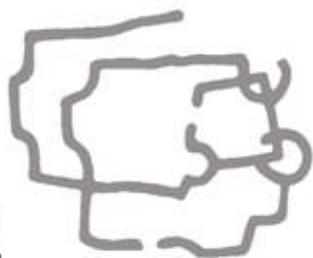


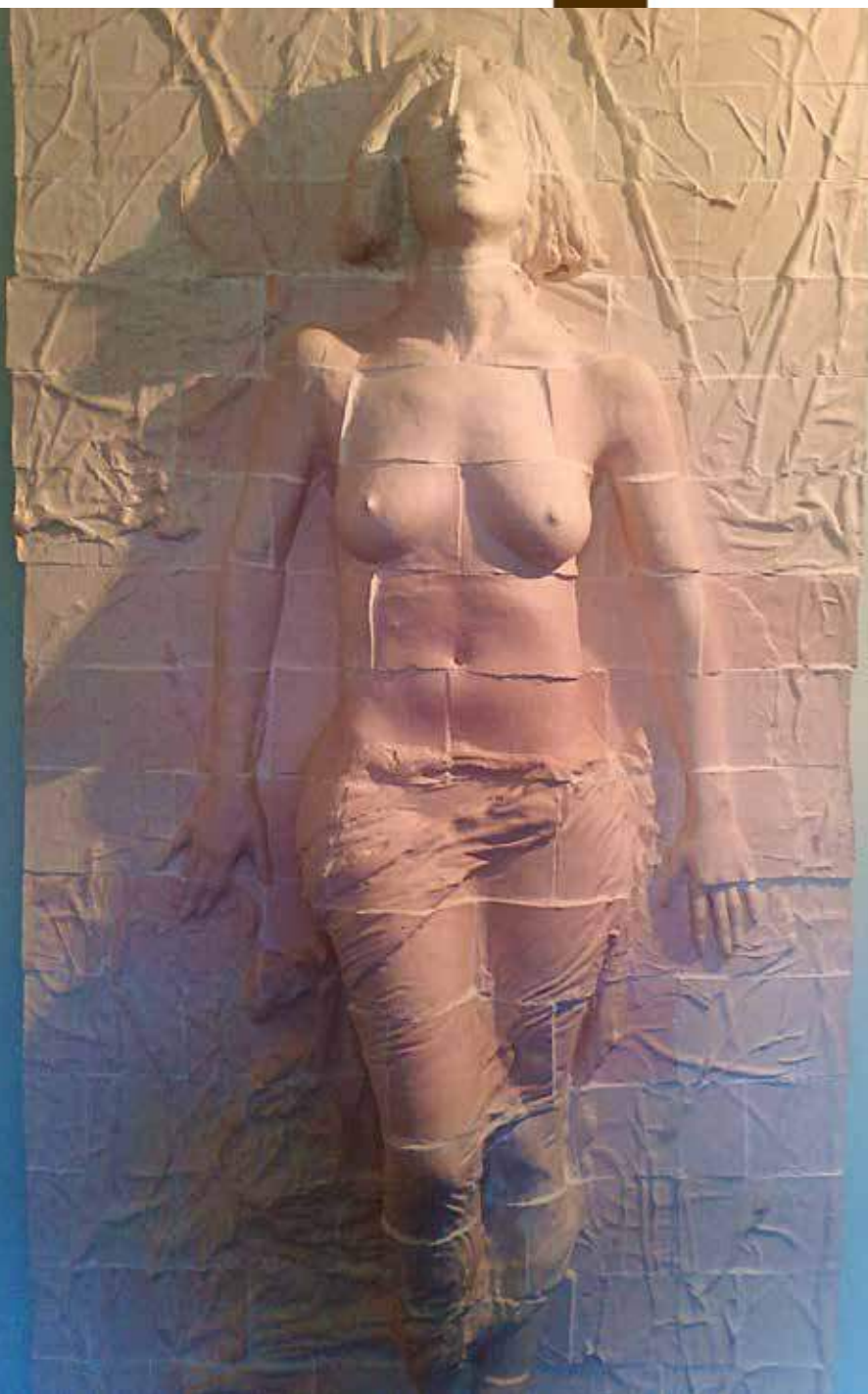
NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XIV nº 56 Enero 2017



Autor: Iñaki Martínez.

"La chica de la rosa". Gres refractario con engobe de porcelana. 200x90x25 cm.

Una mujer recostada, una bella durmiente. En la tradición de estatuas que encontramos en algunos parques, perdidas entre la vegetación. La capacidad de captación de lo real que da el barro permite ofrecer una representación de la vida. La medida del ladrillo con que se reconstruye el cuerpo, es la de la mano, esa mano, dicen, que nos hizo humanos. La figura rellena un hueco en la pared que amenaza ruina, con su material y memoria, cura su herida.

Volumen XIII



Nº 51



Nº 52



Nº 53

Volumen XIV



Nº 54



Nº 55



Nº 56

Volumen XI



Nº 45



Nº 46



Nº 47

Volumen XII



Nº 48



Nº 49



Nº 50

Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42



Nº 43



Nº 44

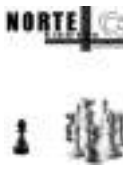
Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



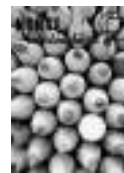
Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

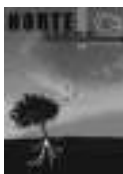
Volumen VII



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

Volumen V



Nº 16



Nº 17



Nº 18



Nº 19



Nº 20



Nº 21

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Cifre, Antonia
Estévez, Juan
González Lorenzo, Félix Andrés
Inchauspe, José Antonio
Lalana, José Manuel
Munarriz, Mikel
Navarro, Mercedes
Novella, Enric
Redero, José María
Sierra, Deirdre

Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	De la Rica, José Antonio	Jimenez Estevez, Juan Fco.	Pérez-S, Pau
Álamo, Cecilio	Desviat, Manuel	Laespada, Teresa	Polo, Cándido
Albi, Inmaculada	Esteban, M. Luz	Lamas, Santiago	Prego, Roque
Álvarez, José M ^a	Esteban, Ramón	Lasa, Alberto	Pradana, M ^a Luz
Angosto, Tiburcio	Fernández Liria, Alberto	Lázaro, José	Rendueles, Guillermo
Aparicio, Víctor	Ferrera, Beatriz	Levav, Isaac	Retolaza, Ander
Arana, Xabier	García Soriano, Maite	Marín, Mónica	Rodríguez, Beatriz
Arias, Paz	Gay, Eudoxia	Marqués, M. José	Rodríguez Pulido, Francisco
Ballesteros, Javier	Gómez, Chus	Martínez-Azumendi, Óscar	Rotelli, Franco
Barrenetxea, Olatz	Gómez-Beneyto, Manuel	Martínez, Ana	Saraceno, Benedetto
Berrios, Germán E.	González Brito, Natalia	Mayoral, Fermín	Sepúlveda, Rafael
Bravo, Mari Fe	González-Pinto, Rodrigo	Meana, Javier	Serrano, Javier
Caldas d'Almeida, José	González Saiz, Francisco	Medrano, Juan	Soler, M ^a del Mar
Carranza, Arturo	González Torres, Miguel Á.	Meneses, Carmen	Susparregui, J. M ^a
Català, Laura	Gracia, Fernando	Mezzich, Juan	Tarí, Antonio
Chicharro, Francisco	Guimón, José	Molina, Germán	Thornicroft, Graham
Colina, Fernando	Gutiérrez Fraile, Miguel	Morchón, J.	Tizón, Jorge Luis
Collazos, Francisco	Hernández, Mariano	Moreno, Ana	Trujillo, Carlos
Comelles, Josep M ^a	Hernández Padilla, María	Olabarría, Begoña	Valverde, Mikel
Del Rio, Francisco	Huertas, Rafael	Palacios, Antonio J.	Villasante, Olga

✓ Acceso disponible en: www.revistanorte.es • Correo-e: info@revistanorte.es

✓ 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.revistanorte.es

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 XIV nº 56, Enero 2017

www.revistanorte.es

Realización y Administración:

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

info@revistanorte.es

Autor de la portada: Iñaki Martínez

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

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

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L.



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 licenciador (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 56. Enero 2017

Editorial	5
• ¿Qué hay de nuevo en las adicciones? <i>Fernando Pérez del Río.</i>	7
Originales y revisiones	9
• Impacto Psicosocial, en Salud y Acceso a su Atención en Poblaciones Migrantes. <i>Jorge Luis López, Yolanda Castañeda, Rosario Martínez, José Arturo Ortiz, Denize Maday Meza.</i>	11
• Continuidad de Cuidados, ¿un paso definitivo hacia la autonomía y mejora de la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Mental Grave? <i>Sergio Azón, José Carlos Azón, Patricia Berges, Begoña Pellicer, Sonia Abadía, Elena Murillo.</i>	26
• Competencias laborales en el deporte: Jóvenes y adultos con capacidades diversas en contextos no formales. <i>Teresa Orihuela, Gustavo Martín, Laura Virginia Sánchez, Pablo Martínez.</i>	41
• Grupo de psicoanálisis multifamiliar: clima y experiencia. <i>Florencio Moneo Martín.</i>	50
• El libre albedrío y la responsabilidad: implicaciones en el campo de la salud mental. <i>Fernando Santander.</i>	57
• La creencia en el libre albedrío y su influencia en Psiquiatría. <i>Pablo Malo Ocejo.</i>	59
• Neurociencia, libertad, salud mental. <i>Xabier Etxeberria Mauleon.</i>	69
Formación Continuada	81
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XXIV). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	83
Historia	87
• In memoriam: José Guimón.	89
• Dos intentos frustrados de legalizar las drogas en los albores de la prohibición. Apuntes sobre la extraña muerte del médico Antonio Pagador y la iniciativa abortada del presidente Lázaro Cárdenas. <i>Juan Carlos Usó.</i>	91
Pre-ocupaciones	107
• Salud mental, género e igualdad. <i>Margarita Sáenz Herrero.</i>	109
• Enfermeras mirando desde un modelo de recuperación. <i>Amaia Vispe Astola, Dácil Rodríguez González, Yaiza Gordillo Díaz, Marlene Socas Socas, Isabel Delgado Moreno.</i>	115
• Metálogos: Canarias. Entrevista a Francisco Rodríguez Pulido.	126
• Posición de la ACN ante la presentación del plan de salud mental en la comisión asesora regional de salud mental del gobierno de Canarias por la consejería de sanidad.	135
Actualizaciones	139
• Cuidados de enfermería sobre la base de los puntos fuertes: Un modelo de atención para favorecer la salud y la curación de la persona y la familia. <i>Gottlieb LN y otros.</i>	141
• Adolescencia y salud mental, una aproximación desde la relación clínica. <i>Alberto Lasa Zulueta.</i>	143
• Patologías de la guerra. Trauma, testimonio y olvido. <i>Omar Alejandro Bravo.</i>	144
• De la cuna al asilo: ¿cuál es el futuro de la salud mental en Europa? <i>José Guimón (Coord.).</i>	145
Agenda	147

Summary

NORTE de salud mental 56. January 2017

Editorial	5
• What's new in addictions? <i>Fernando Pérez del Río.</i>	7
Original and reviews articles	9
• Psychosocial Impact on Health and Access to Care in Migrant Populations. <i>Jorge Luis López, Yolanda Castañeda, Rosario Martínez, José Arturo Ortiz, Denize Maday Meza.</i>	11
• Continuity of care, a definitive step towards autonomy and improvement of the quality of life of patients with Severe Mental Illness? <i>Sergio Azón, José Carlos Azón, Patricia Berges, Begoña Pellicer, Sonia Abadía, Elena Murillo.</i>	26
• Job skills in sport: Young people and adults with diverse abilities in non-formal contexts. <i>Teresa Orihuela, Gustavo Martín, Laura Virginia Sánchez, Pablo Martínez.</i>	41
• Multifamily group psychoanalysis: climate and experience. <i>Florencio Moneo Martín.</i>	50
• Free will and responsibility: implications in the mental health field. <i>Fernando Santander.</i>	57
• The belief in free will and its influence in Psychiatry. <i>Pablo Malo Ocejo.</i>	59
• Neuroscience, freedom, mental health. <i>Xabier Etxeberria Mauleon.</i>	69
Continuing Education	81
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (XXIV). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	83
History	87
• In memoriam: José Guimón.	89
• Two frustrated attempts to legalize drugs at the dawn of prohibition. Notes on the strange death of doctor Antonio Pagador and the aborted initiative of President Lázaro Cárdenas. <i>Juan Carlos Usó.</i>	91
Concerns Challenges	107
• Mental health, gender and equality. <i>Margarita Sáenz Herrero.</i>	109
• Nurses looking from a recovery model. <i>Amaia Vispe Astola, Dácil Rodríguez González, Yaiza Gordillo Díaz, Marlene Socas Socas, Isabel Delgado Moreno.</i>	115
• Metalogos: Canary Islands. Interview with Francisco Rodríguez Pulido.	126
• Posición de la ACN ante la presentación del plan de salud mental en la comisión asesora regional de salud mental del gobierno de Canarias por la consejería de sanidad.	135
Book reviews	139
• Cuidados de enfermería sobre la base de los puntos fuertes: Un modelo de atención para favorecer la salud y la curación de la persona y la familia. <i>Gottlieb LN y otros.</i>	141
• Adolescencia y salud mental, una aproximación desde la relación clínica. <i>Alberto Lasa Zulueta.</i>	143
• Patologías de la guerra. Trauma, testimonio y olvido. <i>Omar Alejandro Bravo.</i>	144
• De la cuna al asilo: ¿cuál es el futuro de la salud mental en Europa? <i>José Guimón (Coord.).</i>	145
Calendar	147



EDITORIAL

¿Qué hay de nuevo en las adicciones?

What's new in addictions?

Uno de los retos más destacables en la actualidad es retrasar la edad en que los jóvenes empiezan a consumir alcohol. Podríamos incluso arriesgarnos a decir que quienes trabajamos en el ámbito de la psicología y la psiquiatría coincidiremos con la aspiración de que se consuma lo más tarde posible.

Uno de los objetivos de la próxima ley sobre adicciones será, con toda seguridad, implicar a los diferentes agentes para que no se ingiera alcohol a edad temprana; quizá la gota que ha colmado el vaso haya sido la reciente muerte de una niña de 12 años por un coma etílico durante un botellón en San Martín de la Vega en Madrid.

Dentro de este reto actual hay que analizar por qué las adolescentes, muchachas entre 13 y 15 años, empiezan a consumir antes y consumen más drogas legales que los chicos de su misma edad, cuando hace años ser mujer era precisamente un factor de protección frente a las drogas. Una de las preguntas que todavía no tienen respuesta clara es ¿por qué está ocurriendo esto? ¿Por qué ahora las mujeres consumen más que los chicos? ¿Acaso porque se desarrollan antes? Sería una respuesta lógica, pero hay que tener en consideración y barajar otras hipótesis, como una mal entendida igualdad; quizá habría que analizar si las chicas sufren más presión por crecer más deprisa, por demostrar antes su madurez. Tal vez la llegada de esa ansiada igualdad frente a los chicos no conlleve únicamente aspectos positivos.

Otro interrogante es el tiene que ver con el consumo de hipnosedantes y su significativo aumento. ¿Por qué los jóvenes los consumen tanto? ¿Cómo los consiguen? ¿Los compran en el mercado negro, los roban a sus progenitores, o existe un intercambio interno entre quienes ya los consumen y quienes en su entorno son susceptibles de poder llegar a hacerlo?

Puesto que hoy día, especialmente en esta década que promediamos, se recetan más psicofármacos que nunca y la tasa de abandono a la hora de tomar los fármacos, como sabemos, es bastante alta, en buena lógica debiéramos preguntarnos cuál es el destino de estas pastillas sobrantes que no se consumen. Muy posiblemente un 'efecto secundario' más de las medicaciones es que éstas acaban cayendo en otras manos, manos a las que no estaban en principio destinadas. Ya, hace 2000 años, el poeta Ovidio decía: "Veo lo mejor y lo apruebo. Pero hago lo peor".

Sabemos que los consumos de drogas están disminuyendo y también vemos que ahora la percepción de riesgo baja ligeramente, pero no ignoramos que, cuando la percepción de riesgo es baja, al cabo de dos o tres años de esa tendencia, aumentan los consumos. Así que podemos predecir con escaso riesgo a equivocarnos que muy probablemente dentro de algunos años volverán a subir un poco los consumos, puesto que ahora la percepción de riesgo es baja.

Cuando uno hace prevención, un enorme reto que asume es sin duda modificar en los jóvenes la creencia normativa a pensar que lo que me ocurre a mí le ocurre a todo el mundo; lo que vivo en mi clase pienso que sucede en todas partes, y puesto que yo consumo nada me impide creer que todo el mundo también lo hace. Al impartir prevención a alumnos adolescentes, uno descubre que la inmensa mayoría, y así lo afirman ellos mismos con tremenda rotundidad, piensa que prácticamente todos sus compañeros fuman. Cuando uno les muestra las estadísticas ESTUDES, donde se dice que solo un 18,6 % de los jóvenes ha fumado porros alguna vez, la respuesta de los jóvenes suele ser: *Eso es mentira, será en los colegios privados y de monjas.*

También tenemos alguna evidencia de que el modelo de ocio está cambiando y cada vez hay



más grupos de jóvenes que ya no practican el botellón, ahora practican ciberbotellón. El empleo del ocio entre los jóvenes se ha bifurcado entre muchas y diversas opciones. Ahora encontramos a una buena parte de ellos que se queda en casa con las TIC y no salen a beber.

- ¿Qué haces tanto tiempo viendo al vegeta777?
-pregunté a un chico de 12 años.-
- Lo mismo que otros 16 millones de chicos -me contestó seriamente.-

Desde hace décadas venimos asistiendo a la llegada de nuevas formas “artísticas” de ocio, cada vez más individualistas. Wismichu, Dulceida, Alexbi, Lovely Pepa, jóvenes de una generación versión *high-tech* que han dado con la clave de bóveda del éxito y que ningún publicista entiende del todo cómo han conseguido una legión de seguidores fieles.

Posiblemente el éxito resida en que otra gente de tu misma edad te hable directamente, en tu mismo idioma, gente como tú mismo que solo pretende pasar el rato sin el propósito de venderte nada, y que además presenta un discurso nada profesional con el cual te puedes identificar.

En la mayoría de los vídeos mezclan sus narraciones y ficciones con algo de su vida personal, hacen indisoluble su ecosistema y saben que eso gusta a los demás. Algunos hablan de su ciudad, de sus novios, de fragmentos de su propia vida, puesto que al final su vida no deja de estar fragmentada. Muchos de ellos han sido repetidores de cursos, como Alexbi y Rubius, y habrían puntuado fatal en el Informe PISA y en inglés. pese a la fiebre anglofílica que sufre España. En definitiva, los videojuegos, las redes sociales y ahora los YouTubers han buñquerizado en sus habitaciones a una parte considerable de los adolescentes.

Por estar un poco al día a través de esta revista *NORTE de salud mental*, haremos mención al último Informe mundial sobre las drogas de 2016, *Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito* (UNODC). De este informe podemos subrayar algunos datos relevantes (aunque cuando hablamos de cifras a nivel mundial cuesta un poco ubicarse). Por ejemplo, en él se indica que 247 millones de personas consumieron drogas el

año anterior y solo una de cada seis recibe tratamiento. El cannabis es la droga más consumida en el mundo, al que le siguen las anfetaminas. Nos recuerda que el mayor riesgo de sufrir una sobredosis se produce tras haber salido de la cárcel. Además, el informe apunta que el cannabis ha aumentado su potencia en Estados Unidos y Europa. En cuanto a su tráfico y, como no podía ser de otra forma, destacan el aumento por ventas en Internet. Pero, por supuesto, es de valorar que casi la mitad del Informe esté dedicado a otros temas que no son estrictamente datos sobre drogas y meras cifras. Y merece elogio el que asocie las drogas al desarrollo sostenible, a la pobreza, al medio ambiente, a la justicia y a los derechos humanos.

Un último tema del que se ha hablado pero que no termina de despuntar son los encuentros sexuales en los que se consumen drogas. Las “chemsex”, término proveniente de la unión de las palabras inglesas *chemical* y *sex*, algo así como “sexo químico”, son un fenómeno que saltó a la palestra gracias al colectivo homosexual y que se caracteriza por tener sexo bajo el efecto de determinadas drogas, speed y ketamina sobre todo. Aunque parece que estos maratones sexuales han quedado estancados, posiblemente por el miedo a las enfermedades de transmisión sexual y a los efectos agresivos de la ketamina, especialmente. En fin... Beatriz Preciado, en su último e interesante ensayo titulado *Pornotopía*, señala: “A nuestro capitalismo le interesan los cuerpos y sus placeres, saca beneficio del carácter politoxicómano y compulsivamente masturbatorio de la subjetividad moderna”. Ahí es nada.

Fernando Pérez del Río



ORIGINALES Y REVISIONES

Impacto Psicosocial, en Salud y Acceso a su Atención en Poblaciones Migrantes.

Psychosocial Impact on Health and Access to Care in Migrant Populations.

Jorge Luis López Jiménez. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría, RF. Calzada México-Xochimilco 101. San Lorenzo Huipulco 101. Tlalpan, 14370. México D. F. (1) • Tel. (55) 4160-5195 • lopezjl@imp.edu.mx

Yolanda Castañeda Altamirano. Centro de Estudios para el Desarrollo Municipal y Políticas Públicas. Universidad Autónoma de Chiapas, UNACH. 16 Norte-Poniente 1591, el Mirador Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 29000 • Tel. (01 961) 61 8 12 79 • caalyo@hotmail.com

Rosario Martínez Martínez. (1) Tel. (55) 4160-51 40 • rosariom@imp.edu.mx

José Arturo Ortiz Castro. (1) Tel. (55) 4160-5140 • ortizcj@imp.edu.mx

Denize Maday Meza Mercado. (1) Tel. (55) 4160-51 40 • denize@imp.edu.mx

Resumen: Los flujos migratorios involucran múltiples circunstancias que colocan a las poblaciones migrantes en situaciones de elevado riesgo físico, emocional y social, constituyendo un importante problema de salud pública. Como resultado de las dificultades que conllevan estos desplazamientos, existen diversos factores que repercuten en sus estados de salud y condiciones que limitan o impiden su acceso a los sistemas sanitarios. En una revisión de la literatura se consultaron fuentes de información nacional e internacional, incluyendo cuatro bases electrónicas, de donde se seleccionaron y recuperaron artículos, reportes e informes entre otros documentos y materiales, los cuales fueron analizados considerando las siguientes categorías y sus combinaciones: migración, salud física, salud mental y acceso a los servicios de salud. Se identifican y describen áreas de impacto personal/individual y social, que repercuten sobre la salud física y emocional de los migrantes, así como dificultades asociadas para su acceso a los servicios sanitarios.

Palabras clave: Poblaciones migrantes, impacto psicosocial, salud, accesibilidad, servicios de atención.

Abstract: Migratory flows include multiple circumstances that lead migrant populations in situations of high physical, emotional and social risk that could be considered as a major public health problem. As a result of the difficulties associated with these movements, there are several factors that affect their health status and conditions that limit or prevent their access to health systems. In a review of the literature several national and international sources were consulted, including four electronic databases, from articles, reports and information from other documents and materials were selected and analyzed considering the following categories and their combinations: migration, physical health, mental



health and access to health services. Several areas have been identified and described that include personal/individual and social impact, which affect physical and emotional health of migrants that have been associated with difficulties in access to health services.

Keywords: Migrant populations psychosocial impact, health, accessibility, care services.

Introducción

Las repercusiones e impacto de la migración en sus ámbitos personales, familiares, sociales, culturales y de derechos humanos han constituido un área creciente de interés, estudio y atención de diversas disciplinas y particularmente por los profesionales de la salud, ya que los traslados o desplazamiento conllevan situaciones de elevado riesgo físico, emocional y social, constituyéndose como un problema de salud pública.

Como fenómeno demográfico (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática -INEGI, 2004), la migración ha sido compleja de definir y estimar, ya que involucra criterios espaciales y temporales, dando lugar a múltiples formas y tipos migratorios. Diversas organizaciones y fuentes de información han utilizado los términos “desplazamiento” (Organización Mundial de la Salud -OMS, 2003; Organization for Economic Co-operation and Development -OECD, 2009), “movimientos de personas/migratorios/pobla-cionales” (OMS, 2003; Fondo de Población de las Naciones Unidas -FPNU/UNFPA, 2004; Organización Internacional para las Migraciones -OIM- 2006; Organización Panamericana de la Salud -OPS-, 2011), y de “movilidad humana” (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Naciones Unidas -CEPAL/NU, 2006; OIM, 2006), para referirse a los flujos poblacionales en sus múltiples contextos.

Si bien existen diversas acepciones sobre migración, la misma ha sido definida como “el desplazamiento de personas para cambiar su lugar de residencia de un lugar geográfico o división político-administrativa a otra” (INEGI, 2004), condición que puede deberse a diferentes causas y motivaciones cambiantes a través del tiempo (World Mental Health Day -WMHD, 2007). Estos traslados o movimientos poblacionales, se han presentado como una estrategia y una opción para las familias y los individuos que buscan mejorar sus vidas, reducir sus riesgos y su vulnerabilidad.

Información presentada por la OMS (2008), es contundente al proporcionar evidencia sobre la existencia de alrededor de 200 millones de migrantes en todo el mundo, dando por resultado (WMHD, 2007), que en esos momentos se encontrarán más personas viviendo fuera de sus países de origen que en ninguna otra época de la historia. Una persona de cada 35 se identificaba como migrante internacional, cifra que representaba al 3% de la población global, lo que incluía a los trabajadores migrantes, los migrantes permanentes, los refugiados y los solicitantes de asilo; aunque no se contemplaba el movimiento cada vez mayor de irregulares e indocumentados que caracteriza a la migración mundial (OMS, 2003).

Para América Latina y el Caribe, los flujos migratorios internacionales han sido un factor destacado y muy presente en la historia de la región, ya que estos han mostrado mayores incrementos en los últimos años, estimándose cercana a los 25 millones en el 2005, proporción superior al 13% del total de los migrantes internacionales (CEPAL/NU, 2006). Para el año 2014, CEPAL, señala que cerca de 28,5 millones de latinoamericanos y caribeños residen en países distintos al de su nacimiento y destaca que los flujos interregionales se han incrementado en los últimos años.

En este sentido, un informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (2007), indica que en diferentes regiones del mundo las personas se ven obligadas a desplazarse por diversos motivos, más sin embargo, esta se observaba sobretudo de las zonas rurales pese a las numerosas dificultades que tienen que enfrentar. Achotegui (2005a), al respecto señala, que el migrar nunca ha sido fácil, ya que la población que se desplaza por lo general vive circunstancias particularmente difíciles. Así mismo, se destaca que en su dimensión social (Ríos, Gasca, Castañeda y Sánchez, 2007), las implicaciones directas e indirectas, hayan sido estudiadas y comprendidas sólo parcialmente. La complejidad y multiplicidad de factores asociados a este fenómeno, no pasa

desapercibida en los estudios epidemiológicos (Alderete et al, 2000).

Al considerar que la migración es un fenómeno global y de magnitud creciente a nivel mundial, no pueden soslayarse las implicaciones sobre la salud de las personas, por lo que la OMS (2003), en un informe sobre Migración Internacional, salud y derechos humanos, señala que en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ya se contemplaba la necesidad de disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, y la Convención Internacional reconocía la protección de los derechos de todos los trabajadores migrantes y de sus familias.

En el contexto sanitario, la OMS (2003), enfatiza que la salud como derecho humano fundamental, debe abarcar a todas las personas y de manera especial a las poblaciones y grupos vulnerables, dentro de los cuales se encuentran los migrantes forzados e indocumentados, quienes por su situación estarían requiriendo atención prioritaria. Los datos y cifras de la OMS (2013), han puesto de manifiesto aspectos relevantes de la salud mental y los trastornos emocionales, por lo que esta dimensión ha sido incorporada en el concepto general de salud y como un determinante que permite ampliar el conocimiento del espectro de la salud. Por consiguiente, el ámbito de la salud comprendería tanto al bienestar físico, como el mental y social, no circunscribiéndose solo a la ausencia de afecciones o enfermedades. En este sentido, la salud mental, ha sido definida como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades para afrontar las tensiones normales de la vida, para poder trabajar de forma productiva y fructífera contribuyendo al crecimiento y desarrollo de su comunidad”.

La OMS (2004) al respecto señala, que aun cuando los trastornos mentales afectan a la sociedad en su conjunto, existen grupos con importantes necesidades de atención, como el caso de los migrantes en quienes se asocian diversos factores de riesgo, descenso del estatus socioeconómico, aislamiento social, prejuicios y discriminación en la comunidad anfitriona, experiencias traumáticas, estrés prolongado previo a o durante la migración, así como la ruptura de las estructuras de apoyo tradicionales y familiares entre otras

condiciones, que estarían impactando su salud física y mental; también se indica, que estos desplazamientos tendrían repercusiones sobre la distribución de la población, con sus elevadas implicaciones en la prestación de servicios de salud. Al existir un número creciente de migrantes, la prevención y atención de los problemas de salud en general conllevan diversas y complejas dificultades (OPS/OMS, 2007).

Por lo anteriormente expuesto, el objetivo del presente trabajo fue el de llevar a cabo una revisión, análisis y descripción de lo señalado en la literatura sobre las repercusiones psicosociales asociadas a la migración, así como las posibilidades de acceso y atención en los sistemas de salud reportadas en los flujos migratorios.

Material y método

A partir de una propuesta internacional para desarrollar un estudio sobre “migración y salud”, desde el año 2008 hasta mediados del 2015, el equipo de investigación procedió a la búsqueda, recuperación y revisión de materiales en diversas fuentes de información y documentación tanto nacionales (INEGI, CONAPO), como internacionales (CEPAL-CELADE, WHO-OMS, OPS, FPNU/UNFPA, OIM, entre otras en ambos casos), incluyendo consultas a cuatro bases electrónicas (EBSCO, Science Direct, SCOPUS y Pubmed), dando por resultado la revisión y resumen de trabajos tanto en inglés como en español, de los cuales se fueron seleccionando de acuerdo a los ejes y categorías de estudio, así como su combinación basada en operadores lógicos (and y or): “migración”, “salud física”, “salud mental” y “acceso a los servicios de salud”. Es de destacar que entre los materiales elegidos se encuentran, artículos, informes, reportes y libros principalmente, los cuales son generados por diferentes instancias y recopilados en diversas fuentes de información. Como parte de los procedimientos se continuaron haciendo búsquedas, revisiones y recuperación de materiales con la finalidad de actualizar la información sobre el tema migratorio y las categorías de interés incluidas en el trabajo. Una vez revisados y resumidos los materiales se procedió a clasificar y categorizar la información obtenida de acuerdo a los ejes de estudio, dando lugar a la elaboración de tres cuadros, lo que permitió



analizar y describir las condiciones sociales, de salud y acceso a los sistemas sanitarios de esta población. Por otro lado, es importante destacar que nuestro interés no fue la de realizar un meta-análisis bibliográfico (Céspedes, 1995), sobre la temática abordada, si bien sobresale que la estrategia utilizada permitió realizar búsquedas focalizadas con palabras clave y términos que se incluyeron en la revisión.

Resultados. A continuación se organiza y describe a partir del material recopilado, las condiciones bajo las cuales se da el tránsito migratorio, el impacto psicosocial, sus repercusiones sobre la salud y las barreras de acceso a los servicios sanitarios, información que dio por resultado la estructuración de cinco secciones y la elaboración de tres cuadros donde se incluyen las principales problemáticas identificadas de acuerdo a las categorías de estudio.

Flujos y motivos migratorios. Las modalidades migratorias en el mundo (Ortiz, Martínez y otros, 2012), han ocurrido ancestralmente, llegando a ser actualmente más numerosas e intensas, determinando en gran parte el crecimiento, evolución y distribución de las poblaciones (López, 2005).

Respecto a los tipos de desplazamientos se ubican los siguientes: rurales-urbanas, regulares-irregulares, temporales-permanentes, individuales-familiares, nacionales-internacionales, legales-ilegales, femeninas-masculinas, y la de menores de edad (Martín-Palomino, 2015), entre las principales. Los traslados aun cuando se han realizado de un sitio a otro por muchas y diferentes causas, es posible determinar que se presentan desde la búsqueda de reunión familiar, mejora educativa, desarrollo económico, escape de persecuciones, libertad política o religiosa, motivos humanitarios y condiciones medioambientales (OMS, 2003); aunque también se reporta la “migración forzada” debida sobre todo a conflictos sociales y políticos, la cual tiene mayores efectos negativos en el individuo que en aquellos que migran para mejorar sus condiciones de vida (WMHD, 2007).

Es de destacar, en cuanto a las principales causas que originan los movimientos migratorios en los adultos jóvenes, sea la búsqueda de empleo y las oportunidades de estudio (FPNU/UNFPA,

2007; OPS/OMS, 2007; INEGI, 2009); si bien, existen otras circunstancias señaladas en la literatura, como los conflictos militares, los debidos a desastres naturales (incendios, inundaciones o sismos), las decisiones individuales y/o familiares (WMHD, 2007), a consecuencia de la violencia, las relacionadas a matrimonio o unión y por motivos de salud.

Impacto de la migración en la salud. La movilidad de la población tiene importantes repercusiones en su salud y derechos humanos, tanto en los migrantes como de las personas a quienes dejan atrás, ya que con frecuencia éstos se enfrentan a graves obstáculos para la atención a su salud debido a la discriminación, el idioma y las barreras culturales, su condición jurídica y otras dificultades económicas y sociales (OMS, 2003). Más allá de que el desplazamiento poblacional se observe de áreas rurales a urbanas, se tiene que considerar que la mayoría de las ciudades han perdido sus tradicionales ventajas respecto a las zonas rurales (FPNU/UNFPA, 2004), lo cual conlleva un empobrecimiento de la vida urbana, que puede originar sentimientos de desarraigo y marginación, desencadenando crisis de identidad, frustración y conductas agresivas. Las elevadas tasas de migración rural-urbana contribuyen a la formación de zonas marginales, con la consecuente proliferación de viviendas precarias, incremento de la pobreza, contaminación ambiental e índices elevados de enfermedad y violencia, condiciones que dan lugar a una importante carga de morbilidad (OPS/OMS, 2007; OMS, 2009).

Derivado de esta situación (OPS/OMS, 2007), del estatus migratorio irregular y la desprotección que se presenta, se conjugan afectando su salud; los migrantes indocumentados con baja escolaridad, y trabajos en actividades que requieren menor calificación, los coloca en situaciones mayormente vulnerables y están más expuestos a diversos factores de riesgo (Consejo Nacional de Población –CONAPO-, 2005). La falta de documentación para residir y trabajar en algún país o región y el corto tiempo de estancia que caracteriza a muchos de los migrantes que viven en condición de pobreza, restringen su elegibilidad a los programas públicos de atención a la salud.

Respecto a los entornos donde tienen lugar los desplazamientos, la OMS (2009) indica que en-

tre los distintos grupos, se presentan diferentes condiciones físicas, influencias psicosociales y esquemas de conducta, lo que los torna en cierta medida más o menos vulnerables a presentar enfermedades. Las características del empleo y las condiciones laborales a las que están expuestos también tienen repercusiones sobre su salud física y mental.

El deterioro en la salud del migrante (CONAPO, 2005), conlleva dificultades para realizar ocupaciones que exigen esfuerzo físico, como la agricultura y la construcción. Se ha señalado por otro lado, que el estado de salud de los migrantes se deteriora con el tiempo de residencia en el lugar de destino, sin embargo, no hay suficiente evidencia para determinar si este deterioro es resultado de años de arduo trabajo y pobreza, de cambios en los hábitos y las conductas que inciden en la salud, como la dieta, alcoholismo y tabaquismo, o de una limitada atención médica preventiva. Así mismo, destaca que por el tipo de actividad que desempeñan, los migrantes tiendan a presentar más accidentes o enfermedades, que reque-

rirían con mayor frecuencia el uso de servicios de urgencia.

Más allá de las razones que origina la migración (WMHD, 2007), tienden a presentarse diversos niveles de estrés producidos por la separación y alejamiento de la familia, amigos y redes sociales establecidas, de las rutinas tradicionales, sistemas de valores y formas de comportamiento aceptadas, lo que implica el tener que adaptarse a nuevos ambientes sociales y contextos psicosociales. Los patrones culturales cambian y se suman a alteraciones en su salud física y emocional; aunado a que los traslados comúnmente se realizan en condiciones extremadamente difíciles (Moya y Uribe, 2007), alterando los patrones alimenticios, estados de ánimo y a una mayor exposición a conductas de riesgo (Bojórquez, González y Guillén, 2014), como el uso de drogas o a prácticas sexuales no seguras (FPNU/UNFPA, 2007). Por lo anteriormente descrito y derivado de las implicaciones e impacto personal/individual y social asociados al tránsito migratorio, se generan diversas problemáticas psicosociales, las cuales son presentadas en el cuadro 1:

Cuadro 1. Impacto psicosocial asociado a la migración

Personal/Individual	Social
Aislamiento, Soledad: Balcázar et al., 1995; IOM, 2003; OMS, 2004; Bhugra, 2004; Cortés, 2005.	Pobreza: Alderete et al., 2000; OMS, 2004; CONAPO, 2005; FPNU/UNFPA, 2007; Chacón y Shannon, 2007.
Pérdida de identidad: WMHD, 2007; Hurtado, Rodríguez, Escobar, Santamaría, y Pimentel, 2008; Rivera, Obregón, y Cervantes, 2009.	Diferencias culturales: IOM, 2003; Stolcke, 2004; CONAPO, 2005; Moya et al., 2007; WMHD, 2007.
Temor a mafias, ser detenidos, expulsados: OMS, 2003; Stolcke, 2004; Rivera et al., 2009.	Discriminación: IOM, 2003; OMS, 2004; OPS/OMS, 2007; Chacón et al., 2007; Serrano-Niza, 2011.
Crisis de identidad: Aguilera, Carreño y Juárez, 2004; FPNU/UNFPA, 2007.	Racismo, prejuicios: IOM, 2003; OMS, 2004; Achotegui, 2005a; Corporación Andina para el Fomento –CAF– (CIDES-UMSA), 2009.
Frustración: FPNU/UNFPA, 2007; CAF (CIDES-UMSA), 2009.	Desprotección: CONAPO, 2005; Cortés, 2005; OPS/OMS, 2007.
Conductas agresivas: Jansà y García de Olalla, 2004; FPNU/UNFPA, 2007.	Pérdidas: hogar, posición en la sociedad, redes de apoyo: Bhugra, 2004; WMHD, 2007; Rivera et al., 2009.
Subalimentación, infravivienda, hacinamiento: Jansà et al., 2004.	Marginación: Cortés, 2005; FPNU/UNFPA, 2007.
Sentimientos de desamparo: IOM, 2003; Vilar y Eibenschutz, 2007.	Incertidumbre hacia el futuro: WMHD, 2007; Ghosh, 2008.
Desesperanza: Achotegui, 2005a; Cortés, 2005.	Desempleo: IOM, 2003; CAF (CIDES-UMSA), 2009.

Fuente: Elaboración propia con base a la información reportada en la revisión de la literatura.



Repercusiones sobre la salud mental. Desde el año 2003, ya se había indicado (OMS) sobre el choque cultural que suele acompañar el contacto inicial con un nuevo sistema sociocultural, el cual puede ser psicológicamente complejo y representar mucho más que la simple negación del acceso a los servicios sociales y de salud de la localidad. La integración social y posteriormente la aculturación son procesos que involucran gran diversidad de factores, los cuales incluyen procesos lingüísticos, sociales, culturales y conceptuales de transferencia, que podrían despojar a los migrantes de todo aquello a lo que estaban acostumbrados y haber constituido la base de su identidad.

Para la población migrante se ha estimado que más del 50% cursaba con desórdenes mentales crónicos, traumas, angustia y elevados niveles de sufrimiento, los cuales con frecuencia daban lugar a la aparición de signos de angustia mental, desencadenando síntomas físicos, como dolor de cabeza, abdominal o muscular y en las articulaciones (WMHD, 2007), así como otras alteraciones físicas (OMS, 2003), padecimientos que tendían a incrementarse, donde la pobreza adquiriría un papel relevante como determinante de la presencia de trastornos mentales, y de estos a su vez sobre la pobreza (OMS, 2004). En cada etapa del proceso migratorio se presentan situaciones de riesgo específicos que derivarían en padecimientos mentales (WMHD, 2007), ya que al desplazarse y abandonar su cultura, se pueden desarrollar sentimientos de diferentes pérdidas: hogar, carrera, posición en la sociedad, de identidad, de las redes de apoyo e incertidumbre sobre el futuro. Al tratar de establecerse en la comunidad anfitriona, son diversas las situaciones las que pueden aumentar su vulnerabilidad psicosocial, destacando en este sentido el racismo y desempleo (International Organization for Migration -IOM-, 2003), las barreras del idioma incidirían en sensaciones de aislamiento y sentimientos de desamparo.

En este sentido Achotegui (2005b), señala que el estrés psicosocial y la salud mental actualmente se inscriben en el campo de las migraciones del siglo XXI; dada la estrecha relación entre el grado de estrés límite que viven y la aparición de síntomas psicopatológicos; no obstante, refiere la necesidad de considerar diferencias en su sa-

lud mental, la cual se agrava en aquellos que se desplazan en situación extrema. Como parte de las dificultades asociadas a la migración destaca la lucha por la supervivencia, subalimentación, infravivienda y hacinamiento, miedo por los peligros físicos del viaje migratorio, enfrentar las mafias, temor a ser detenidos, expulsados y los abusos a que son sometidos.

La combinación de soledad, fracaso en el logro de los objetivos y la vivencia de carencias extremas, serían la base psicológica y psicosocial del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises). Este síndrome y de acuerdo a Achotegui (2005b), se caracterizaría por un estrés permanente, intenso, duradero y múltiple que tendría su origen en la serie de “duelos” derivados de la migración, situación que se produce ante la pérdida del contacto con la familia y amigos, la lengua y la cultura propia, su tierra, su posición social y la seguridad física. La sintomatología derivada estaría caracterizada por la ansiedad, depresión, tristeza, temores, irritabilidad, trastornos disociativos y psicósomáticos (cefaleas, dolores de cabeza, abdominales o fatiga intensa), y en el peor de los casos presentar trastornos de tipo psicótico.

La psiquiatría, por su parte, refiere del aumento de trastornos psíquicos entre los migrantes, debido a la exposición a una serie de obstáculos que los hace especialmente proclives a presentarlos, desencadenándose e incrementándose los padecimientos entre aquellos que no han alcanzado sus propósitos; al respecto, también la psiquiatría transcultural ha identificando estados depresivos y estrés crónico originados por la carrera de obstáculos que supone su desplazamiento, un viaje a menudo peligroso, sumado a la lejanía del entorno y la familia, por las dificultades para encontrar trabajo y obtener documentos o el rechazo de la sociedad de acogida. En este sentido, y como ha sido señalado por el mismo autor en otro trabajo (Achotegui, 2005a), y la OMS, (2003), sobresale la estrecha relación entre el grado de estrés límite que viven los migrantes y la aparición de síntomas psicopatológicos: soledad, miedo y desesperanza, con efectos negativos en su salud mental, derivados de experiencias socialmente adversas e inherentes al desplazamiento, donde se incrementa el riesgo

de desarrollar trastornos ansiosos y depresivos (Rogler, Cortés y Malgady, 1991; Bhugra, 2004; Breslau et al, 2011).

Los estudios sobre migración entre México-EU (Ortega et als, 2000; Organista et al, 2003; Szapocznick et al, 2007; Vega et al, 2009), permiten corroborar que una mayor aculturación (adopción de patrones de comportamiento de la comunidad receptora), se asocia con el aumento de padecimientos emocionales y derivan en el incremento de las tasas de alteraciones psiquiátricas y uso de sustancias; así mismo, se señala que los individuos que tienen más tiempo viviendo en el lugar de arribo experimentan mayores problemas emocionales que los de reciente ingreso (Vega et al, 1998). En este sentido, otro trabajo reporta la existencia

de mayor riesgo de presentar trastornos del humor y de ansiedad después de haber migrado (Breslau et al, 2007).

Al estimar la probabilidad de presentar desórdenes depresivos y de ansiedad en una muestra de migrantes y no migrantes a los EU. Breslau et al. (2011), indican que la experiencia migratoria puede favorecer la aparición de trastornos emocionales clínicamente significativos, donde los migrantes tienen mayor probabilidad de presentar trastornos depresivos e incluso sufrir depresión mayor y distimia, trastornos de ansiedad generalizada y fobia social. Las principales manifestaciones físicas y mentales que de acuerdo a la literatura se asocian a los traslados en las poblaciones migrantes, se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro 2. Repercusiones en la salud de los migrantes

Física	Mental
Dolor de cabeza: Jansà et al., 2004; Achotegui, 2005b; WMHD, 2007.	Estrés crónico/postrumático: IOM, 2003; OMS, 2004; Achotegui, 2005b; WMHD, 2007; Gülsen, Knipscheer, and Kleber, 2010; Schweitzer, Brough, Vromans and Asic-Kobe, 2011; Shawel et al., 2012.
Dolor abdominal: Achotegui, 2005b; WMHD, 2007.	Depresión/distimia: Jansà et al., 2004; Achotegui, 2005b; Ochoa, Muelas, y Lozano, 2005; Roses, 2005; Breslau et al., 2011; Schweitzer et al., 2011; Lu, Hu, and Treiman, 2012.
Dolor muscular: Jansà et al., 2004; WMHD, 2007.	Trastornos de ansiedad: Achotegui, 2005b; Roses, 2005; Breslau et al., 2007; Rivera et al., 2009; Breslau et al., 2011; Schweitzer et al., 2011.
Fatiga intensa: Achotegui, 2005b; Rivera et al., 2009.	Uso de sustancias psicoactivas: Roses, 2005; Vilar y Eibenschutz, 2007; Borges, Breslau. Orozco. Tancredi, Anderson, Aguilar-Gaxiola and Medina-Mora, 2011.
Accidentes: OMS, 2003; Jansà et al., 2004; CONAPO, 2005.	Duelos: Achotegui, 1999; Achotegui, 2005b
Violencia Física: Jansà et al., 2004; FPNU/UNFPA, 2007.	Ideación e Intento suicida: Borges, Breslau, Su, Miller, Medina-Mora & Aguilar-Gaxiola, 2009; Borges, Orozco, Rafful, Miller & Breslau, 2012.
Dolor en articulaciones: WMHD, 2007.	Trastornos disociativos: Achotegui, 2005b; Vilar y Eibenschutz, 2007.
Otros padecimientos: Asma, enfermedades cerebrovasculares, cardiopatías, diabetes, hipertensión, obesidad, anemia aguda. OMS, 2003	Fobia social: Breslau et al., 2007; Breslau et al., 2011. Tristeza: Achotegui, 2005b. Irritabilidad: Achotegui, 2005b. Trastornos del humor: Breslau et al., 2007.

Fuente: Elaboración propia con base a la información reportada en la revisión de la literatura.

Accesibilidad a los servicios de salud. Si bien, la accesibilidad ha sido abordada por diferentes

autores, en cuanto a barreras en la comunicación, aislamiento social, receptividad para acep-



tar mensajes sanitarios y la promoción de conductas saludables (Balcazar, Gonzalez and Krull, 1995; Grand et al, 2015), la OMS (2003), se ha expresado que en el derecho a la salud destaca la importancia del acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria, lo que incluye a su vez a los establecimientos, bienes y servicios de salud, que deben ser accesibles a todos; asimismo, se señala que la accesibilidad como elemento del derecho a la salud contempla cuatro dimensiones superpuestas: 1) no discriminación, 2) accesibilidad física, 3) accesibilidad económica (asequibilidad) y 4) acceso a la información.

Más allá de lo señalado anteriormente, es evidente la existencia de diversas dificultades que se presentan a los migrantes para acceder a los servicios sanitarios, destacando en este sentido las barreras del lenguaje (Kim, Aguado, Chirivoga, Jan, Parmelee y Allen 2011), las cuales constituyen una de las principales limitantes para solicitar atención a los servicios de salud. En ningún ámbito es esto tan evidente como en el área de la salud mental, donde la comunicación entre el paciente y el profesional de salud es fundamentalmente importante y que en el caso de los migrantes constituiría una seria dificultad, ya que un gran número de ellos simplemente no podría comunicarse con el personal sanitario de forma satisfactoria (OMS, 2003). Para Ku y Matani, (2001), los obstáculos que se presentan se relacionan sobre todo a su calidad de extranjero, a los cambios políticos que limitan el acceso al seguro médico y la atención a su salud, así como a las modificaciones en materia de legislación en el campo de la salud.

Las desventajas, los índices de desprotección y la vulnerabilidad que presenta la población migrante influyen en el deterioro de sus estados de salud; quienes viven en situación de pobreza, enfrentan mayores obstáculos que las poblaciones nativas para acceder a los programas públicos de salud destinados a las familias de bajos recursos (CONAPO, 2005); su reducida cobertura se explica en buena medida, por su colocación en actividades poco calificadas y de baja remuneración, donde no se contempla la prestación de beneficios por parte del empleador. La falta de documentación para residir y trabajar en el lugar receptor y el corto tiempo de estancia que

los caracteriza, son factores que restringen su oportunidad de acceso a los programas públicos de atención a la salud. Su estatus migratorio dificulta la obtención de medicamentos y exámenes diagnósticos (Henaó, Restrepo, Alzate and González, 2009).

Por lo anteriormente señalado resulta evidente que en la relación entre pobreza, migración y acceso a los servicios de salud, existen múltiples barreras que los migrantes enfrentan para acceder a los sistemas públicos y privados de salud (Zúñiga, Leite y Nava, 2004). Los obstáculos lingüísticos, culturales y legales tienden a postergar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y el que se acuda con limitada frecuencia a los servicios médicos (CONAPO, 2005), lo que sumado a la falta de información sobre la disponibilidad de los servicios sanitarios o las cuestiones relativas a su salud en general, serían algunas de las razones señaladas por los migrantes con más frecuencia como motivos para no utilizar los servicios de atención a la salud con eficacia y el no adoptar medidas de prevención de las enfermedades por iniciativa propia.

En este contexto, es necesario considerar que los desplazamientos (OPS/OMS, 2007), al modificar la distribución poblacional, repercute sobre la prestación de los servicios sanitarios. Ríos et al., (2007), señalan que las consecuencias de la migración sobre los estados de salud de la población que participa en ella, directa e indirectamente, ha sido escasamente estudiada, lo que incluye de la misma manera el uso de servicios de salud. La OMS (2008), al respecto destaca el hecho de que cada vez haya más personas con síntomas complejos y diversas enfermedades, situación que plantea grandes retos a los sistemas de salud y se asocia a un complejo entramado de factores, entre los cuales se encuentra la migración.

Accesibilidad a los servicios de salud mental. La World Federation for Mental Health (WMHD, 2007), en un informe sobre salud mental e impacto de la cultura refieren que con el aumento global de la migración, los prestadores de servicios de salud mental, recibirán cada vez más pacientes con mayor diversidad cultural y vulnerabilidad. Balcázar et al. (1995), indican que exis-

ten diversos factores relacionados con el acceso a servicios de salud mental, los cuales pueden ser diferentes para cada contexto; así como la problemática que se atiende.

Sumado a los problemas de salud mental (depresión y ansiedad principalmente) que enfrentan los migrantes, existe también riesgo por abuso de sustancias psicoactivas, no obstante destaca el hecho de que en ambas situaciones se comparte el estigma y la discriminación asociada a sus padecimientos; así como que el acceso a los servicios de salud sea igualmente limitado (Roses, 2005). Esta relación ha sido también reportada por Alderete et al., (2000), en el caso de los trabajadores de campo migrantes, donde se presentan condiciones laborales difíciles, bajo sueldo y precarias situaciones de vida. En numerosos casos se considera que viven en pobreza o en extrema pobreza.

Shawel, Lien y Harslof (2012), indican que los padecimientos mentales en los migrantes constituyen un problema de salud pública en diversas regiones; si bien, la investigación en el campo de la salud mental, la migración y el acceso a los sistemas de atención ha sido difícil y los resulta-

dos contradictorios; la información sobre salud mental asociada a la migración puede variar ampliamente, lo que va a depender de los factores socio-culturales, contextos económicos, género, generación, aculturación y la integración social; así como las condiciones y razones bajo las cuales tiene lugar el traslado. Asimismo, se señala que en los contextos migratorios, las áreas de bajos y medianos ingresos presentan elevados niveles de padecimientos mentales derivados del estrés acumulado, del pobre apoyo social, de condiciones socioeconómicas precarias, presencia de múltiples eventos de vida negativos, experiencias discriminatorias y traumáticas previas a su traslado, cuando se comparan con la población general. Sin embargo, también es relevante considerar que existe una gran variabilidad individual, el tiempo que transcurre durante su traslado y las condiciones bajo las cuales se da la movilidad.

Aunado a los problemas de salud que se presentan en los movimientos migratorios, también resulta de relevancia destacar las dificultades para acceder a los servicios de atención especializada y restringidos por diversas circunstancias, entre las cuales se reportan las siguientes:

Cuadro 3. Dificultades en el acceso a los servicios de salud

Barreras del lenguaje:	OMS, 2003; Breslau et al., 2007; Kim et al., 2011.
Estigma por ser extranjero:	Ku et al., 2001.
Abuso de sustancias:	Roses, 2005; Vilar et al., 2007; Borges, Breslau, Orozco, Tancredi, Anderson, Aguilar-Gaxiola and Medina-Mora, 2011.
Condiciones de migrante:	OMS, 2003; Henao et al., 2009; Shawel et al., 2012.
Integración social:	Stolcke, 2004; Shawel et al., 2012.
Servicios sociales disponibles:	Ku et al., 2001; Henao et al., 2009; Wallace, Gutiérrez, and Brown, 2003.
Experiencias discriminatorias:	OMS, 2004; OPS/OMS, 2007; IOM, 2003; Chacón et al., 2007; Serrano-Niza, 2011.
Ser detenido:	
Condiciones jurídicas, leyes y políticas prevalentes en el país:	
Condiciones culturales:	OMS, 2003
Ubicación, distancia, horario y calidad de los servicios:	
Carencia de información en salud:	

Fuente: Elaboración propia con base a la información reportada en la revisión de la literatura.



Conclusiones

Los desplazamientos y tránsitos migratorios forman parte de la vida e historia del ser humano, sus características y motivos se han transformado a través del tiempo, asumiendo múltiples particularidades y contextos en los cuales tienen lugar. En la actualidad los flujos son más intensos y numerosos, repercutiendo en las distribuciones poblacionales, diferenciadas en sus causas, con traslados más largos y peligrosos, mayor diversidad de medios de transporte, lo que constituye una compleja temática que requiere de la atención de diversos campos del conocimiento.

De la revisión de la literatura, se construyeron categorías que permiten identificar y organizar la información revisada, dando lugar a la determinación de su impacto psicosocial que afecta y repercute tanto en la esfera individual/personal, como en la social, situaciones que inciden negativamente en las esferas bio-psico-socio-culturales de las personas migrantes.

Las repercusiones sobre la salud física y mental, derivadas de la movilidad de las poblaciones, dan lugar al desarrollo de diferentes padecimientos y manifestaciones sintomatológicas en la esfera bio-médica y sus consecuentes implicaciones en diversos órganos y sistemas, hasta la presencia de alteraciones mentales como consecuencia de las difíciles y peligrosas situaciones que atraviesan.

Es de destacar que los movimientos migratorios en general, se relacionan a múltiples factores, ya que los mismos conllevan un cambio de lengua, cultura y condiciones medioambientales (Tizón, 1993; Calvo, 2004). Las naciones al recibir a estos grupos, enfrentan problemas emergentes de salud, debido a que estas personas son proclives a padecer el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, donde el estrés pone al límite de sus capacidades a esta población, los síntomas psicopatológicos derivados constituyen un reto más en su camino de supervivencia. En este sentido, Achotegui (2005a), considera que la movilidad convierte a las personas en seres invisibles, sin identidad, integración social y sin opción para atender su salud mental.

Los motivos y razones involucradas en la migración adquieren gran diversidad, donde el ajuste perso-

nal, social y cultural que enfrentan, estaría impactando su salud mental (WMHD, 2007). Derivado de los desplazamientos, las rutinas tradicionales, los sistemas de valores y las formas de comportamiento se trastocan, lo que implica la búsqueda de adaptación a nuevos ambientes sociales y contextos psicosociales que inciden sobre su salud mental, aunado a las condiciones difíciles en que se realizan los traslados (Moya et al., 2007).

Desde el campo de la psiquiatría, se ha observado el incremento de trastornos mentales entre los migrantes, este aumento se ha asociado a la serie de obstáculos que los hace especialmente propensos a padecerlos. Así mismo, resulta por demás evidente que para cada etapa del proceso migratorio, se presenten factores de riesgo específicos que podrían derivar en el desarrollo de alteraciones físicas y emocionales. Al respecto la OIM (2006), plantea que en el ámbito de la salud se debe reducir y atender el impacto que tiene en la salud pública la movilidad de la población, así como el de facilitar la integración de los migrantes a través de la orientación y el manejo del costo efectividad de las condiciones de salud y de la atención médica.

Frente al impacto psicosocial y las repercusiones en la salud de los migrantes, es necesario considerar las barreras de acceso a los sistemas de salud, lo cual dificulta en gran medida el que se les pueda detectar, identificar y tratar oportunamente los problemas de salud física y que sean mucho menos atendidas las alteraciones emocionales en la población migrante.

Aun cuando en algunos casos los migrantes irregulares tienen acceso a los servicios de salud, su atención suele considerarse un acto de 'caridad o generosidad' por parte del Estado; sin embargo, de acuerdo con las leyes de derechos humanos, los gobiernos tienen obligaciones jurídicas con respecto a la salud de toda persona que se encuentre en el ámbito de su jurisdicción. Al respecto la OMS (2003), ha planteado que el acceso debe ser por igual a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos para todas las personas, incluyendo a asilados y migrantes ilegales, más sin embargo, los trabajadores migrantes no tienen derecho a beneficiarse de los programas de salud financiados por el Estado, y con mayor frecuencia carecen de medios para

acceder a los seguros privados. Otro factor que puede disuadir a los migrantes irregulares en la búsqueda de atención y tratamiento, es el temor a que las personas que prestan los servicios médicos estén vinculadas a las autoridades de inmigración, situación que los pondría en riesgo de ser deportados.

No obstante, es de destacar que el problema del acceso a los servicios de salud, no afecta únicamente a los migrantes en situación irregular, ya que incluso los migrantes regulares pueden quedar excluidos de las prestaciones y los servicios públicos, cuando estos se ofrecen solamente a los ciudadanos y residentes permanentes, aunado a que los trabajadores migrantes no puedan obtener seguros por enfermedad y al hecho de tener que hacer frente a condiciones peligrosas de vida y de trabajo, motivos por los cuales suelen resistirse a solicitar tratamiento médico debido a los costos asociados, la imposibilidad de ausentarse del trabajo, el no tener quien cuide de sus hijos, los problemas de transporte y que en su mayoría no estén familiarizados con los sistemas locales de atención médica, y el presentar dificultades lingüísticas y/o culturales para informar sobre sus problemas.

En cuanto a la atención a la salud mental (Balcazar et al., 1995; Wallace, Gutiérrez and Brown, 2003; CONAPO, 2005; Roses, 2005; OMS, 2008) y las dificultades relacionadas (Achotegui, 2005b) se refiere, que los profesionales de los sistemas de salud, no siempre atienden a los migrantes adecuadamente debido a los prejuicios, desconocimiento de su realidad y al racismo; motivos por los cuales no dan importancia a su sintomatología, son erróneamente diagnosticados y reciben tratamientos inadecuados.

Por lo anterior, no es posible pensar que existan estrategias ni respuestas sencillas para el manejo de los problemas de salud en general y de los mentales, en particular en las poblaciones que migran (WMHD, 2007), ya que se tiene que considerar que no todas las personas migrantes pasan por la misma experiencia y/o se establecen en entornos sociales similares. Las barreras culturales y de idioma crean mayores desafíos para los profesionales en la atención a su salud y para los mismos migrantes, especialmente en el campo de la salud mental.

Finalmente, es necesario considerar un abordaje desde el modelo holístico de salud, en cual se incluyan aspectos subjetivos de sus condiciones de vida (CONAPO, 2005; WMHD, 2007); siendo también necesario implementar estrategias de atención oportunas con la finalidad de evitar la cronicidad de sus trastornos y como consecuencia deriven en enfermedades mentales y físicas graves. Las intervenciones deben ser integrales, de tipo psicoeducativo y de contención emocional fundamentalmente, lo que tiene que incluir la participación no solo de psiquiatras y psicólogos, sino a profesionales de enfermería, trabajadores y educadores sociales, así como a otro personal asistencial (Achotegui, 2012).

Contacto

Rosario Martínez Martínez

Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
 Instituto Nacional de Psiquiatría, RF. Calzada México-Xochimilco 101
 San Lorenzo Huipulco 101. Tlalpan, 14370. México D. F.
 rosariom@imp.edu.mx • Tel.: 044(55)3060-0414; 4160-5140



Referencias

- Achotegui J. (1999). *Los duelos de la migración. Una aproximación psicopatológica y psicosocial* (pp. 83-100). Medicina y Cultura. Enrique Perdiguer (comp), Ediciones Bellaterra, Barcelona,
- Achotegui J. (2005a). Estrés límite y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Norte de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*, 5(21), 39-52.
- Achotegui J. (2005b). Emigrar en el siglo XXI: El Síndrome del Inmigrante con éstress crónico, múltiple y extremo (Síndrome de Ulises). *Revista Mugak*, nº32, julio-septiembre. España. Recuperado de <http://mugak.eu/revista-mugak/no-32/emigrar-en-el-siglo-xxi-el-sindrome-del-inmigrante-con-estres-cronico-multiple-y-extremo-sindrome-de-ulises>
- Achotegui J. (2012). Emigrar hoy en situaciones extremas. El Síndrome de Ulises. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 30(2), 79-86.
- Aguilera RM., Carreño S. y Juárez F. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, 27(6), 57-66.
- Alderete E, Vega WA, Kolody B and Aguilar-Gaxiola S. (2000). Lifetime Prevalence of and Risk Factors for Psychiatric Disorders among Mexican Migrant Farmworkers in California. *Am J Public Health*, 90(4), 608-614.
- Balcazar H, Gonzalez F and Krull JL. (1995). Cancer risk reduction in Mexican American women: the role of acculturation, education, and health risk factors. *Health Educ Q*, 22(1), 61-84.
- Bhugra D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand*, 109(4), 243-258.
- Bojórquez I, González E y Guillén T. (2014). Estado de salud e intención de volver a Estados Unidos en migrantes mexicanos: ¿Evidencia de un sesgo de retorno selectivo? *Estudios Demográficos y Urbanos*, 29(1), 165-182.
- Borges G, Breslau J, Su M, Miller M, Medina-Mora ME and Aguilar-Gaxiola S. (2009). Immigration and Suicidal Behavior among Mexicans and Mexican Americans. *American Journal of Public Health*, 99(4), 728-733.
- Borges G, Breslau J, Orozco R, Tancredi D, Anderson H, Aguilar-Gaxiola S and Medina-Mora ME. (2011). A cross-national study on Mexico-US migration, substance use and substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 117(1), 16-23.
- Borges G, Orozco R, Rafful C, Miller E and Breslau J. (2012). Suicidality, ethnicity and immigration in the USA. *Psychological Medicine*, vol. 42, pp. 1175-1184.
- Breslau J, Aguilar-Gaxiola S, Borges G, Castilla R, Kendler K, Medina-Mora ME, Su M and Kessler RC. (2007). Mental disorders among English-speaking Mexican immigrants to the US compared to a national sample of Mexicans. *Psychiatry Research*, 151(1-2), 115-22.
- Breslau J, Borges G, Tancredi D, Saito N, Kravits R, Hinton L, Vega W, Medina-Mora ME and Aguilar-Gaxiola S. (2011). Migration from Mexico to the United States and Subsequent Risk for Depressive and Anxiety Disorders. A Cross-National Study. *Arch Gen Psychiatry*, 68(4), 428-433.
- Calvo F. (2004): Qué es ser inmigrante. Barcelona. Citado en: Achotegui, J. Emigrar en situación extrema: el Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *NORTE de Salud Mental*, 21: 39-52.
- Chacón O y Shannon A. (2007). Primera Cumbre de migrantes de América Latina excede expectativas: migrantes identifican las prioridades para una acción común. *Migración y desarrollo*, vol. 9, pp. 113-128.
- Céspedes VAJ (1995). El meta-análisis. Rev. Cubana de Medicina Militar, jul-dic, 1995. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol24_2_95/mil11295.htm
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Naciones Unidas. (CEPAL/NU, 2006). *Migración Internacional, Derechos Humanos y Desarrollo en América Latina y el Caribe*. Síntesis y conclusiones, Trigésimo primer periodo de sesiones, Montevideo, Uruguay, pp. 20-24,

- marzo. Recuperado de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/24011/DGE2303.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (CEPAL, 2014). Comunicado de Prensa 11 Noviembre 2014. Recuperado de: <http://www.cepal.org/es/comunicados/>
 - Consejo Nacional de Población. (CONAPO, 2005). *Migración México-Estados Unidos*. Temas de salud, México, D. F. Recuperado de http://redbalance.org/migracion/m1/doctos_m1/mex_eu_salud.pdf
 - Corporación Andina de Fomento -CAF- y Postgrado en Ciencias del desarrollo -CIDES-UMSA- (2009). *Migraciones Contemporáneas*. Contribución al debate. La Paz, Bolivia. Plural Editores. Recuperado de <http://migrantologos.mx/textosmateriales/Migraciones%20contemporaneas.pdf>
 - Cortés P. (2005). *Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades*. Programa Regional de Población y Desarrollo -Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de Población/Fondo de Población de las Naciones Unidas, Santiago de Chile. Recuperado de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/23789/lcl2426-p.pdf>
 - Fondo de Población de las Naciones Unidas. (FPNU/UNFPA, 2004). *Migración y urbanización*. Recuperado de <http://www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch4/page3.htm>
 - Fondo de Población de las Naciones Unidas. (FPNU/UNFPA, 2007). *Estado de la población mundial. Liberar el potencial del crecimiento humano*. Thoraya Ahmed Odaid, New York, Estados Unidos de América. Recuperado de http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2007/swp2007_spa.pdf
 - Ghosh B. (2008). Derechos humanos y migración: el eslabón perdido. *Migración y Desarrollo*, no. 10, pp. 37-63.
 - Grand KJ, Mayhew M, Mota L, Klein MC and Kazanjian A. (2015). The refugee experience of acquiring a family doctor. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 11(1), 18-28.
 - Gulsen Ch, Knipscheer J and Kleber R. (2010). The Impact of Forced Migration on Mental Health: A Comparative Study on Posttraumatic Stress among Internally Displaced and Externally Migrated Kurdish Women. *Traumatology*, 16(4), 109-116.
 - Henao S, Restrepo V, Alzate A and González C. (2009). Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 27(3), 271-281.
 - Hurtado G, Rodríguez V, Escobar J, Santamaría S y Pimentel BM. (2008). Los que se quedan. Una experiencia de migrantes. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, No. 6, pp. 9-28. Recuperado de <http://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/12155/15.pdf?sequence=1>
 - Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (INEGI, 2004). *Modulo Sobre Migración, 2002. Encuesta Nacional de Empleo*. Recuperado de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/ene/migracion/2002/migracion2002.pdf
 - Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (INEGI, 2009). *La situación económica mundial podría afectar los patrones de migración internacional de mexicanos*. Comunicados, Aguascalientes, Ags. (055/09). Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/comunicados/internacional.asp>
 - International Organization for Migration. (IOM, 2003). *Position paper on Psychosocial and Mental Well-being of Migrants*. MC/INF/271, November. Recuperado de http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/about_iom/en/council/86/MCINF_271.pdf
 - Jansá J y García de Olalla P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*, 18(suppl 1), 207-213.
 - Kim G, Aguado C, Chirivoga D, Jan Y, Parmelee P and Allen R. (2011). Limited English proficiency as a barrier to mental health service use: A study of Latino and Asian immigrants with psychiatric



- disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 45(1), 104-110.
- Ku L and Matani S. (2001). Left out: immigrants. Access to health care and insurance. *Health Affairs*, 20(1), 247-256.
 - López D. (2005). Migración de mexicanos desde y hacia Estados Unidos de América: Estadísticas, problemáticas y retos. *Boletín de los Sistemas Nacionales Estadístico y de Información Geográfica*, 1(2), 11-15.
 - Lu Y, Hu P and Treiman D. (2012). Migration and depressive symptoms in migrant-sending areas: findings from the survey of internal migration and health in China. *Int J Public Health*, vol. 57, pp. 691-98.
 - Martín-Palomino ET. (2015). La necesaria reconceptualización de las migraciones de menores no acompañados en Canarias, España. *Estudios Fronterizos*, 16(32), 11-39.
 - Moya J y Uribe M. (2007). *Migración y Salud en México. Una aproximación a las perspectivas de investigación. 1996-2006*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, pp. 1-15. Recuperado de <http://www.mappingmigration.com/pdfs/migracionsaludmex.pdf>
 - Ochoa E, Muelas N y Lozano M. (2005). Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Revista Clínica Española*, 205(03), 116-118.
 - Organista PB, Balls P, Organista KC, Kurasaky K and Kevin M. (2003). The relationship between acculturation and ethnic minority health. In: Chun KM, Organista PB, and Marin G, eds. *Acculturation: Advances in Theory, Measurement, and Applied Research*, Washington, DC: American Psychological Association, pp. 139-161.
 - Organization for Economic Co-operation and Development. (OECD, (2009). *El rostro humano de la globalización, Migración internacional*. Recuperado de <http://www.oecd.org/insights/43569178.pdf>
 - Organización Internacional para las Migraciones. (OIM, 2006). *Derecho Internacional sobre migración*. Glosario sobre migración, No. 7. Recuperado de http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main_page=product_info&cPath=2_8&products_id=152&language=es
 - Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2003). *Migración internacional, salud y derechos humanos*. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, No. 4.
 - Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2004). *Invertir en salud mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Catalogación por la Biblioteca de la OMS, Ginebra, Suiza. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf>
 - Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2008). *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
 - Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2009). *Mejorar las Condiciones de Vida*. Parte 3 Condiciones de vida, Medidas recomendadas. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa_part3.pdf
 - Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2013). *Salud mental un estado de bienestar*, diciembre. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
 - Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (OPS/OMS, 2007). *Salud en las Américas*. Publicación Científica y Técnica, vol. I Regional, nº 622. Recuperado de <http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEAo7%2oRegional%2oSPA%2oFront%2oMatter.pdf>
 - Organización Panamericana de la Salud. (OPS, 2011). *Migración de Enfermeras de América Latina: Área de América Central, México y el Caribe Latino*. Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Serie Recursos Humanos para la Salud, Washington, D. C., Nº 61. Recuperado de <http://www.paho.org/hq/index.php?cx=014283770845240200164%3Aprvkaxcnkuo&q=migracion+concepto&searchword=migracion+concepto&sa=>
 - Ortega A, Rosenheck R, Alegría M and Desai R. (2000). Acculturation and the lifetime risk of

- psychiatric and substance use disorders among Hispanics. *J Nerv Ment Dis*, 188(11), 728-735.
- Ortiz A, Martínez R, López JL y Meza DM. (2012). Panorama de la migración interna en la zona metropolitana de la Ciudad de México. *Rev Psic Cient com*, 14(12), 66-78. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/migracion-inter-na-mexico-salud-mental>
 - Ríos V, Gasca A, Castañeda I y Sánchez I. (2007). Migración y salud: Notas para un proyecto de investigación. *Salud Urbana (antes Gaceta Urbana)*, GU, vol. 5, pp. 10-13.
 - Rivera ME, Obregón N y Cervantes El. (2009). *Recursos psicológicos y salud: Consideraciones para la intervención con migrantes y sus familias*. En Jennifer Lira (ed.) Aportaciones de la Psicología a la Salud, Morelia, Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, pp. 225-254.
 - Rogler LI, Cortés D and Malgady R. (1991). Acculturation and mental health status among Hispanics. *Am Psychol*, 46(6), 585-597.
 - Roses M. (2005). La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 18(4/5), 223-225.
 - Schweitzer R, Brough M, Vromans L and Asic-Kobe M. (2011). Mental Health of Newly Arrived Burmese Refugees in Australia: Contributions of Pre-Migration and Post-Migration Experience. *Aust N Z J Psychiatry*, 45(4), 299-307.
 - Serrano-Niza D. (2011). *¿Visibles o invisibles? Mujeres migrantes, culturales y sociedades*. Madrid, Plaza y Valdés, pp. 320.
 - Shawel D, Lien L and Harslof K. (2012): What we know and don't know about Mental Health Problems among Immigrants in Norway. *J Immigrant Minority Health*, vol. 16, pp. 60-67.
 - Stolcke V. (2004). *¿Qué entendemos por integración social de los inmigrantes?* F. Checa, J.C. Checa y A. Arjona (eds), Inmigración y derechos humanos. La integración como participación social, Barcelona, Icaria Editorial, pp. 17-45.
 - Szapocznik J, Prado JG, Burlew A, Williams R and Santisteban D. (2007). Drug abuse in African American and Hispanic adolescents: culture, development, and behavior. *Annu Rev Clin Psychol*, vol. 3, pp. 77-105.
 - Tizón JL. (1993). *Migraciones y salud mental*. Promociones y Publicaciones Universitarias, Barcelona.
 - Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R and Caraveo J. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Arch Gen Psychiatry*, vol. 55, September, pp. 771-778.
 - Vega WA, Canino G, Cao Z and Alegría M. (2009). Prevalence and correlates of dual diagnoses in U.S Latinos. *Drug Alcohol Depend*, 100(1-2), 32-38.
 - Vilar E y Eibenschutz C. (2007). Migración y salud mental: Un problema emergente de Salud Pública. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 6(13), 11-32.
 - Wallace S, Gutiérrez V and Brown R. (2003). *Mexican Immigrants are Generally Healthier, but Have Less Access to Needed Health Care*. Health Policy. Fact Sheet. A publication of the UCLA, Center for Health Policy Research. Recuperado de http://healthpolicy.ucla.edu/publications/Documents/PDF/MexicanImmigrants_FactSheet.pdf
 - World Mental Health Day. (WMHD, 2007). *Mental health in a changing world. The Impact of Culture and Diversity*. World Federation for Mental Health. USA. Recuperado de <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/12/Englishversion2007.pdf>
 - Zúñiga E, Leite P y Nava AR. (2004). *La nueva era de las migraciones. Características de la migración internacional en México*. Consejo Nacional de Población (CONAPO). 1ª edición, México. Recup. http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_Nueva_Era_de_las_Migraciones

- Recibido: 28/6/2016.
- Aceptado: 20/10/2016.

Continuidad de Cuidados, ¿un paso definitivo hacia la autonomía y mejora de la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Mental Grave?

Continuity of care, a definitive step towards autonomy and improvement of the quality of life of patients with Severe Mental Illness?

Sergio Azón Belarre¹, José Carlos Azón Belarre², Patricia Berges Usán³, Begoña Pellicer García², Sonia Abadía Labena⁴, Elena Murillo García⁴

¹ Enfermero en Colchester Hospital University (NHS) Foundation Trust.

² Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Grado Enfermería de la Universidad San Jorge (Zaragoza-España).

³ Auxiliar de Enfermería en el Hospital Psiquiátrico de Sádaba (Zaragoza).

⁴ Enfermera en Hospital Psiquiátrico de Sádaba (Zaragoza).

Resumen: En los últimos años, se ha generado un creciente interés por la continuidad de cuidados y sus efectos sobre los pacientes con Trastorno Mental Grave. Esta revisión analiza la repercusión que ha tenido en estos pacientes, desde que se produjo la reforma psiquiátrica y la desinstitucionalización de éstos. Actualmente, los distintos modelos de continuidad de cuidados que se emplean en la comunidad, proporcionan al paciente una autonomía y calidad de vida, que de otra forma no lograría alcanzar. Pero para conseguir una atención de calidad que permita alcanzar los objetivos finales, los profesionales sanitarios deben formarse correcta y concienzudamente. La buena coordinación del equipo multidisciplinar como gestores de casos y de cuidados tiene un papel crucial en la consecución de los buenos resultados que se están consiguiendo y que se analizan en esta revisión; en concreto, la mejora de la calidad de vida y la autonomía.

Palabras clave: Continuidad de la Atención al Paciente, Calidad de Vida, Autonomía Personal, Enfermos Mentales.

Abstract: In recent years, there has been a growing interest in the continuity of care and its effect on patients with severe mental illness. This review analyze the impact it has had on these patients, since the psychiatric reform and desinstitutionalization of them happened. Currently, different models of continuity of care used in the community, provide the patient autonomy and quality of life, which otherwise would not achieve. But to get quality care for achieving the ultimate goals, healthcare professionals must be trained properly and thoroughly. Good coordination of the multidisciplinary team as case and care managers has a crucial role in attaining the good results are being achieved and discussed in this review; in particular, improved quality of life and autonomy.

Keywords: Continuity of Patient Care, Quality of Life, Personal Autonomy, Mentally Ill Persons.

Introducción

La continuidad de cuidados en Salud Mental ha ido adquiriendo en los últimos años cada vez más importancia en la sociedad, siendo uno de los sectores con mayor crecimiento y mayores tasas de resultados en la población.

A raíz de la reforma psiquiátrica y la desinstitucionalización de los pacientes de los manicmios, se observa la necesidad de creación de nuevos sistemas asistenciales como los CSM, CRPS, pisos protegidos, talleres ocupacionales, UME, hospitales de día... a los que engloba la continuidad de cuidados. Se comienza a implantar en Estados Unidos y Europa. En España, El inicio es posterior, cuando hacia mediados de los ochenta comienzan las experiencias del manicomio de Leganés y en Avilés fundamentalmente ^{(1) (2)}. A pesar de ello seguimos encontrando Comunidades Autónomas donde no existen físicamente unidades de seguimiento de casos.

Una de las acusaciones a las que ha tenido que enfrentarse el movimiento de psiquiatría comunitaria es la de que el desarrollo de los centros de salud mental no sirvió para atender mejor a los pacientes crónicos desinstitucionalizados, ya que los nuevos recursos destinados a tal tarea se emplearon en atender necesidades de personas que antes no acudían a las estigmatizadas instituciones psiquiátricas y que, tanto estos pacientes que habían sido desinstitucionalizados, como los que debutaban con trastornos graves y crónicos después del cierre de los hospitales psiquiátricos, quedaban con facilidad abandonados a su suerte ^{(1) (3)}. Algunos de estos problemas fueron: el fracaso en la integración plena de la población esquizofrénica y con TMG, el aumento de la carga familiar, con el consiguiente deterioro de las familias que debían acoger a estos miembros y no estaban preparadas para ello, la falta de plazas públicas y el aumento de las listas de espera ⁽⁴⁾.

Por esto, desde su implantación ha llevado ligada la polémica sobre su papel y utilidad ya que para los pacientes más graves la continuidad de cuidados es una de las principales aspiraciones para una atención comunitaria de calidad, aunque existen detractores debido a su supuesto alto costo económico ⁽⁵⁾.

La realidad nos indica que existen dificultades para poder hacerlo operativo, que proceden de la ausencia de un modelo epistemológico de salud mental comunitaria, de la escasa dotación financiera por parte de los gobiernos o instituciones de las que depende el desarrollo de los recursos de salud mental, o del desinterés de algunos profesionales que prestan la atención a estos pacientes ⁽⁶⁾.

En España, a partir de la Ley General de Sanidad de 1986, donde se incluyen los principios de la reforma psiquiátrica que aboga por una prestación sanitaria universal, equitativa y descentralizada de financiación pública, frente al modelo liberal defendido por otros sectores, se empiezan a poner en práctica modelos de asistencia a enfermos mentales en la comunidad, que ya habían sido introducidos en otros países como Reino Unido, EEUU, Canadá o Italia ⁽⁷⁾. Desde ese momento, se comienza a fraguar un cambio real en las administraciones y la forma de gestionar los recursos. La necesidad de creación de nuevos soportes asistenciales en la comunidad se hace evidente. Una de las características básicas de las intervenciones en Salud Mental comunitaria es el trabajo en equipo, integrado por distintos profesionales, para ofrecer a la persona una asistencia holística. Por tanto, el trabajo interdisciplinar (actividad realizada con la cooperación de varias disciplinas) se convierte en una pieza clave para que se cumplan los objetivos fijados, además del multidisciplinar (abarca o afecta a varias disciplinas), ya que hace referencia a una problemática que afecta a profesiones como la psiquiatría, psicología, enfermería o trabajo social. Es una puesta en común y una forma de abordar las problemáticas que surjan donde no caben los totalitarismos ni las imposiciones, y se parte de una perspectiva biopsicosocial de la salud mental, por lo que difícilmente puede ser abordada desde otro tipo de atención que no sea la interdisciplinar ⁽⁸⁾. Esta estrategia implica un punto de vista humanista, que aúna aspectos éticos y científicos de manera indisoluble ⁽¹⁰⁾.

Se cree que el principal problema existente en la continuidad de cuidados que explica la mayoría de los problemas que se dan tiene que ver con el funcionamiento actual de los distintos servicios. Sin solución para este problema de poco servirá incrementar los recursos, que corren el riesgo de



seguir siendo mal utilizados; concretamente la diversidad de orientaciones y, el todavía importante grado de desconocimiento que sigue rodeando lo relacionado con la atención comunitaria y con la rehabilitación y el apoyo social en salud mental. Se deberían universalizar aspectos que explicaran la pauta habitual de intervención ⁽¹¹⁾.

Los distintos modelos de continuidad de cuidados surgen con el fin de conseguir un mantenimiento comunitario de los pacientes con patología severa. Resulta muy difícil establecer una clasificación de los modelos existentes, al referirse algunos autores al mismo modelo de distinta forma o con pequeñas variaciones de matiz.

Atendiendo a la función del coordinador de cuidados, podemos englobar los modelos en dos grandes grupos:

- Como administrador (el profesional gestiona los cuidados que proporcionan otros agentes).
- Como proveedor directo de cuidados (el profesional es parte del proceso).

A otro nivel deberíamos clasificar los siguientes modelos, que vamos a explicar a continuación:

- *Modelo case management (C.M.)*: Es un modelo muy conocido y aplicado en muchos centros de salud mental, sobretudo el modelo clínico. Consiste en la asignación a cada paciente de un profesional (management) que se encarga de garantizarle los servicios que le ofertan, así como el acceso a los mismos y coordinar la actuación de los profesionales que actúen sobre él para garantizar la continuidad y coherencia de los cuidados recibidos. Existen dos variantes del modelo, dependiendo de los servicios prestados. Por una parte se encuentra el clínico, en el que el ratio profesional/paciente es 1:30, y el modelo intensivo, que va destinado a pacientes más complejos en el que el ratio profesional/paciente se fija en 1:10 ⁽¹²⁾.

- *Modelo tratamiento asertivo comunitario*: Es otro de los modelos de intervención comunitaria en salud mental más aplicado y probado empíricamente de los que actualmente existen. La característica básica y que da nombre a los equipos de TAC, es que éstos procuran implicar activamente al usuario en su tratamiento, motivándolo en todo momento. Existe un equi-

po multidisciplinar, en el cual están incluidos profesionales sanitarios y sociales, por lo que el servicio que se ofrece posee un carácter holístico, dentro del cual se abordan aspectos tan distintos como el control de la medicación, la conciencia de la enfermedad, el empleo, el ocio o las actividades de la vida diaria. Se entrega la medicación a los pacientes y se desarrollan las habilidades para el manejo y conocimiento de la misma. También resalta el trabajo con habilidades y actividades para la vida diaria (AVD) necesarias para vivir en comunidad, tales como el aseo, el vestido, la compra, la cocina, el transporte, etc. El servicio que se ofrece está disponible veinticuatro horas al día y siete días a la semana, siendo el contacto frecuente y flexible. Se considera también fundamental el trabajo con las familias, que implica la psicoeducación y el apoyo cuando se considere oportuno. El ratio profesional/paciente es de 1:10 ⁽¹⁴⁾.

A lo largo de los años, han surgido variantes de estos modelos, entre las que deberíamos destacar el Tratamiento Intensivo (TI). El TI evolucionó a partir de los modelos de atención extrahospitalarios citados, el tratamiento asertivo comunitario (TAC) y el Case Management (CM), donde el TI recalca la importancia del número pequeño de casos (menos de 20) y el aporte de alta intensidad, además de ofrecer la rehabilitación y las necesidades de apoyo social de la persona tratada, durante un período de tiempo indefinido durante 24 horas al día ⁽¹²⁾.

En cuanto a tratamientos psiquiátricos involuntarios, las experiencias concluyen que los mejores o peores resultados están en directa relación con el grado de desarrollo e implantación de recursos de salud mental comunitarios y con el hecho de que estos servicios dispongan de tiempo, programas y personal suficientemente dedicado y cualificado para desarrollar los programas intensivos de continuidad de cuidados que los usuarios precisan. Todo esto debería ser suficiente para evitar tratamientos involuntarios ⁽¹³⁾.

Es necesario, por tanto, la presencia de profesionales que cumplan ciertos requisitos. Las cualidades personales e interpersonales de éstos son de gran importancia para propiciar cambios. Los expertos sugieren clínicos con experiencia en un amplio rango de problemas humanos y que sean

sensibles a aspectos culturales. Las características de los profesionales que correlacionan con mejores resultados son las siguientes: alto nivel de compromiso con los pacientes y familiares para trabajar en la solución de sus problemas, empatía, respeto al paciente y su familia, alto nivel de preparación intelectual, flexibilidad social e interpersonal, experiencia del funcionamiento del mundo real y de la vida en la calle y confianza en sí mismo ⁽¹⁴⁾, ya que, según los resultados de las encuestas a pacientes, éstos ponen mayor énfasis en las cualidades de empatía personal y comprensión por parte de los profesionales, así como ser escuchados y respetados ⁽¹⁵⁾. Por otra parte, un estudio realizado a profesionales de atención primaria concluye que la falta de tiempo para establecer una buena relación terapéutica con el paciente es el mayor hándicap al que se enfrentan ⁽¹⁶⁾.

Desde el punto de vista de la salud mental, las actuaciones generales en la asistencia domiciliaria a estos pacientes son:

- Detectar y reconducir a los usuarios que dejan de acudir a las citas programadas.
- Reforzar la vinculación del paciente al centro de salud mental y a sus profesionales de referencia.
- Recopilar datos (entrevista, observación, test...) que permitan llevar a cabo la valoración del paciente en su dinámica familiar y en su entorno.
- Asegurar la detección precoz de posibles reanudaciones para poder así intervenir lo más rápidamente posible.
- Realizar intervenciones terapéuticas fundamentalmente psicoeducativas y de apoyo a los cuidadores en el marco del medio familiar.
- Intervenciones en las situaciones de crisis proporcionando apoyo y tratamiento para evitar la hospitalización con la visita regular al paciente en su domicilio ⁽¹⁷⁾.

Para el profesional de salud mental, también destaca la gestión de casos en trastornos mentales graves, manejando la estrategia que haya sido consensuada por el equipo de salud mental, así como participar en la elaboración del plan integral de atención a la salud mental de las personas, familias y grupos, aportando al equipo de salud mental planes de cuidados es-

pecíficos, y coordinar y favorecer la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales, mediante la elaboración del informe de continuidad de cuidados ⁽¹⁸⁾. En el estudio de perfiles de los usuarios incluidos en dos programas de gestión de casos de trastornos mentales severos en Cataluña, como son el programa de seguimiento individualizado (PSI) y el programa de atención específica (PAE), se ha constatado que no se distribuyen según el diagnóstico del paciente, sino que se determina en función de la gravedad del mismo, por lo que se constata que existe una correcta asignación de los pacientes, dado que los dos programas se sitúan en niveles de discapacidad diferentes. Esto debería de ser fundamental a la hora de distribuir a cada paciente dentro del sistema asistencial en el que se encuentre, acoplándose a sus características y situación de salud en un momento determinado ⁽¹⁹⁾, cosa que, como se ha demostrado, conllevaría una mayor rentabilidad de la atención. Varios estudios informan que el tratamiento es considerablemente más barato, en servicios de base comunitaria con una red de recursos. La disminución de costos de servicios de base comunitaria se asocia a la disminución de la referencia al hospital y aumento de ésta a los servicios ambulatorios independientes. En concreto, comparando TAC vs tratamiento estándar, muestran que los clientes de TAC permanecen más en la comunidad sin costo adicional. Un estudio de costo efectividad de Rehabilitación Psicosocial, muestra un promedio de reducción de más del 50% en costes debido a la disminución de la hospitalización ⁽²⁰⁾. Y en otro estudio realizado en México para pacientes con esquizofrenia, se comprobó que la intervención psicosocial y manejo proactivo de casos fue el tratamiento con la mejor relación coste beneficio ⁽²¹⁾.

Para que todo esto sea posible (dar una atención de calidad), se necesita definir claramente los roles profesionales en rehabilitación, así como poseer una formación especializada en EMG y RPS. Uno de los logros importantes en estos años ha sido la participación de los usuarios y familiares en el proceso terapéutico. El acceso a la información y la articulación de procedimientos que recogen su opinión sobre el funcionamiento de los servicios, los aspectos a mejorar, etc. supone un importante punto de vista de la realidad asistencial y las demandas de los pacientes ⁽²²⁾.



En palabras de Begoña Ariño, expresidenta de EUFAMI (Federación Europea de familiares y personas con enfermedad mental), para conseguir la recuperación de las personas con trastornos mentales graves, es preciso la participación activa tanto de los familiares como de los usuarios en la valoración de sus necesidades y que, los profesionales y los miembros de las familias crean en el proceso de recuperación y en la consecución de una ciudadanía activa de las personas con enfermedad mental⁽²³⁾.

Por último, la planificación y programación de carácter general no debe ni puede ignorar las especificidades individuales y la participación de los pacientes en la elección de las intervenciones. Esta perspectiva nos hace incluir no sólo la identificación de las necesidades sino también el parámetro de los valores y en consecuencia el planteamiento de que las intervenciones individualizadas requieren necesariamente de su aceptación por parte de aquellos a quienes están dirigidas⁽²⁴⁾.

El tratamiento en la comunidad en España sigue teniendo un papel residual desde el punto de vista de recursos a tener en cuenta por parte del usuario, donde se le da mucha más importancia al tratamiento en fase aguda, que a una atención holística y continuada a la persona con TMG, que en muchos casos se ve desamparada y “perdida” sin los apoyos necesarios durante las primeras etapas post-hospitalización o en un periodo crítico de su enfermedad. Existen estudios que ponen de manifiesto que, personas con un buen funcionamiento general y una estabilidad en su trastorno, encuentran serias dificultades en el ámbito laboral⁽²⁵⁾, entre otros. Por esto, en muchas ocasiones es necesaria una orientación para alcanzar los objetivos fijados. La población, en general, tiene un gran desconocimiento de la enfermedad mental que les lleva a generar una serie de estereotipos entre los que se encuentra el de peligrosidad o incompetencia, y que se manifiestan en las dificultades para encontrar un empleo y el rechazo⁽²⁶⁾. Además de esto, distintos programas de rehabilitación psicosocial procuran proporcionar al paciente una mejora en su calidad de vida (según los criterios establecidos por la UNESCO en 1979, la calidad de vida comprende todos los aspectos de las condiciones de vida de los in-

dividuos, es decir, todas sus necesidades y la medida en que se satisfacen)⁽²⁷⁾ y su autonomía, además de otros aspectos, pero debemos destacar estos dos como esenciales en la vida del paciente y su grado de bienestar.

El objetivo de este estudio es demostrar que las diferentes intervenciones de continuidad de cuidados llevadas a cabo en la comunidad a pacientes con Trastorno Mental Grave, tienen un efecto positivo en el aumento de la autonomía y la calidad de vida de estos pacientes. Además de eso, valorar qué modelo de continuidad de cuidados es el más predominante en general, y en España en particular, según la bibliografía consultada para la mejora de estos dos parámetros (calidad de vida y autonomía).

Metodología

La búsqueda electrónica se realizó durante los meses de Enero a Marzo de 2014 utilizando las siguientes bases de datos: Cuiden, Cochrane Library Plus, PubMed, Enfispo, Scielo y Dialnet durante el periodo 2000 a 2014, sin utilizar límite en el idioma.

Para analizar el impacto de distintos modelos de continuidad de cuidados en la calidad de vida y autonomía de los pacientes con Enfermedad Mental Grave, las palabras clave utilizadas fueron: *continuidad cuidados, salud mental, gestión de cuidados, tratamiento intensivo, enfermería, inserción laboral, familia, calidad vida, empleo, rehabilitación psicosocial, autonomía, enfermedad mental, psiquiatría, mental health, continuity of care, quality of life, mental illness, autonomy, degree of autonomy, psychiatric patient, adherence*. Las asociaciones de conceptos se unieron con el conector “and”.

Esto se complementó con la revisión manual de la bibliografía original en revistas como la de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), revista Norte de Salud Mental o Presencia de Enfermería.

Los criterios para la inclusión de artículos se basaron en:

- Estudios sobre calidad de distintos modelos de continuidad de cuidados en individuos con Enfermedad Mental Grave en la comunidad.

- Experiencias asistenciales utilizando estrategias innovadoras en continuidad de cuidados en individuos con Enfermedad Mental Grave en la comunidad.
- Evaluación por parte de los pacientes de la calidad de programas de continuidad de cuidados.
- La denominación de paciente con Enfermedad mental grave incluye los trastornos psicóticos en sentido amplio. Se entienden por tales, no sólo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. Estos se podrían agrupar en los siguientes: Trastornos esquizofrénicos, trastornos esquizotípicos, trastornos esquizoafectivos, trastornos delirantes persistentes, episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos y trastorno bipolar.

Al realizar la búsqueda bibliográfica, inicialmente se obtuvieron 41 referencias, de las cuales, tras la aplicación de los criterios de inclusión, se seleccionaron 18 para la realización de la revisión.

Una vez identificados los artículos que cumplían los criterios de inclusión se procedió a clasificarlos según evidencia científica (*Tablas 3, 4 y 5*), siguiendo la metodología del grupo de trabajo "Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)" ⁽²⁸⁾ (*Tablas 1 y 2*).

Revisión

Se ha demostrado que el Tratamiento Intensivo (TI) es efectivo para mejorar muchos resultados relevantes para los pacientes con enfermedades mentales graves. En una revisión sistemática, se buscaron todos los ensayos clínicos aleatorios relevantes en un rango de edad de 18 a 65 años de pacientes con Enfermedad Mental Grave, comparando el TI con la atención estándar. Se observó que el TI reduce la hospitalización y aumenta la calidad en la atención. También mejoró el funcionamiento social a nivel global ⁽¹²⁾. Así como el Tratamiento Asertivo Comunitario, y numerosos estudios controlados que avalan la eficacia del entrenamiento en habilidades socia-

les, donde encontramos evidencias de que centrándose en abordajes rehabilitadores dirigidos básicamente a la funcionalidad, disminuye el uso de sustancias, la hospitalización y posiblemente también el riesgo de exclusión social ⁽²⁹⁾.

Diferentes programas de RPS han demostrado su eficacia en la reducción de ingresos en Unidades de Agudos, como el programa INICIA de inserción laboral, donde se contó con una muestra de 275 sujetos en su evolución desde 1998 a 2005. Sin estar diseñado para ello, se observó una reducción de los días de estancia hospitalaria y de consumo de tóxicos en las personas incluidas en el programa, con la mejora que esto supuso a nivel funcional ⁽³⁰⁾. Tradicionalmente, los servicios de rehabilitación ocupacional ofrecen un periodo de preparación (entrenamiento preocupacional) antes de ubicar a los pacientes en empleos competitivos abiertos. Sin embargo, en una revisión de dieciocho ensayos controlados aleatorios, se ha demostrado que los servicios que ubican a los pacientes inmediatamente y proporcionan apoyo dentro del trabajo (empleo apoyado), logran mayores tasas de continuidad en el empleo, así como más horas trabajadas por mes y mayor sueldo, lo que se traduce en mayor autonomía por parte del paciente ⁽³¹⁾.

La actividad laboral, para las personas con TMG, es tanto resultado como determinante de su evolución. No tiene un claro efecto sobre la sintomatología positiva; tampoco es esperable un gran efecto sobre la sintomatología negativa, en relación a la cual se observan ligeras mejorías. Por el contrario se constata un efecto positivo sobre el funcionamiento social, el grado de satisfacción, la autonomía personal, la autoestima, y en general, sobre la calidad de vida de las personas con TMG ⁽³²⁾.

Algunos Centros de Rehabilitación Psicosocial como "La Casita", hogar tutelado por los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias (SESPA), donde trabaja un equipo compuesto exclusivamente por personal enfermero: seis diplomados y siete auxiliares que dan cobertura de 24h a un máximo de ocho pacientes; organiza sus tareas a través de tutorías y cada enfermero se responsabiliza de dos pacientes como máximo, han publicado resultados muy esperanzadores. Para ello ha sido imprescindible



dible disponer de un espacio físico y entorno apropiados donde poder generar un ambiente terapéutico, pero dentro de la comunidad, en la que el usuario pueda ensayar cotidianamente la recuperación de las capacidades sociales y habilidades personales perdidas por la patología y la institucionalización ⁽³³⁾.

En Barcelona se estudió la efectividad de un Programa de Atención Domiciliaria de Enfermería (PADE). Se realizó un ensayo clínico controlado, donde la muestra estuvo compuesta por 52 pacientes afectados por un trastorno mental grave; 30 en el grupo experimental y 22 en el grupo control. Los resultados permiten concluir que el PADE fue efectivo, ya que cuando los pacientes del grupo experimental lo recibieron, presentaron menos ingresos hospitalarios y cumplieron más las visitas programadas de seguimiento. Asimismo, tuvieron una mejor adherencia al tratamiento y mejoraron su calidad de vida, especialmente en relación con las relaciones interpersonales, las actividades ocupacionales, tanto dentro como fuera del domicilio, el grado de satisfacción acerca de la actividad, el tiempo de inactividad, el nivel de motivación y la implicación en las actividades de la vida cotidiana ⁽³⁴⁾.

En España, el modelo Avilés surge inspirado por el programa de Tratamiento Asertivo Comunitario en la comunidad creado en EEUU en los años setenta. Los resultados en un estudio observacional de la actividad asistencial a 122 pacientes durante 7 años (1999-2006) en Avilés hablan por sí solos; durante los cinco primeros años del programa, los ingresos en Unidad de agudos pasaron de 160 a 42, y los días transcurridos en dicha unidad, de 2.628 a 771, lo que indica que el coste total es menor ya que reduce significativamente los ingresos en Hospitales, además de evitar el deterioro cognitivo y la repercusión en la vida del paciente que producen las recaídas ⁽³⁵⁾.

En el programa de rehabilitación social en los pisos del Centro de Día de Pi i Molist, se realizó un estudio en un grupo de 29 pacientes con EMG durante un periodo de 3 años. Se confeccionó un cuestionario que valoraba cinco variables básicas: días de ingreso, habilidades sociales, actividades lúdicas, relaciones familiares y relaciones sociales. Dicho cuestionario fue administrado sucesivamente durante los 3 años de duración

del estudio. En general los cambios significativos observados se produjeron en las variables de habilidades sociales, actividades lúdicas y relaciones sociales. Estas últimas muy importantes, ya que el hecho de aumentar ligeramente las relaciones en estos pacientes es un hecho muy positivo en sus vidas ⁽³⁶⁾.

Un estudio realizado a partir de una muestra de 52 residentes ingresados en la “Llar-residencia Roger de Llúria”, de la ciudad de Barcelona y perteneciente al programa de acceso a la vivienda para personas con trastorno mental de la Generalitat de Cataluña, concluye que los resultados obtenidos parecen demostrar que el hecho de ir a vivir a una residencia para personas con trastorno mental favorece la mejora en la calidad de vida de los residentes: tanto desde su valoración objetiva (participación en la vida comunitaria, actividades rehabilitadoras y el funcionamiento de las AVD), como desde la valoración subjetiva (percepción de la propia mejora de estabilidad clínica, calidad de vida, autonomía y adquisición de hábitos saludables). Se puede afirmar, de forma general, que las residencias para personas con TMG cumplen con sus objetivos de proporcionar alojamiento, prevenir y tratar el deterioro producido por la cronicidad, trabajar para conseguir una autonomía máxima de los residentes y facilitar la integración de los usuarios en la comunidad, buscando la normalización ⁽³⁷⁾.

En cuanto a estudios realizados fuera de España, podemos citar el estudio retrospectivo realizado con una muestra de 247 pacientes, en el norte de Noruega, donde se evaluó la atención a los pacientes comparando un modelo descentralizado con uno parcialmente centralizado. En la zona descentralizada, los pacientes tuvieron una mejor evolución y mayor seguimiento, mientras que en la centralizada se observaron algunas deficiencias como la falta de información compartida entre profesionales o el alta temprana ⁽³⁸⁾.

En EEUU se recogieron datos de 139 departamentos durante 6 años para concluir que el mayor gasto ambulatorio y mayor grado de énfasis puesto en la atención se asoció con una mayor continuidad de la atención y, por lo tanto, con una mejor atención a pacientes con TMG, que se tradujo en un aumento de la calidad de vida de éstos ⁽³⁹⁾.

Por su parte, en Winnipeg (Canadá) utilizaron un enfoque innovador para la mejora de las capacidades de autocuidado del individuo a través de la implantación de un “planificador de bienestar”. Mediante este estudio, que completaron 42 individuos, se observaron aumentos significativos en el empoderamiento (capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal), la continuidad de la atención y satisfacción con los servicios después de 3 meses de usar el planificador de bienestar ⁽⁴⁰⁾.

En el entorno urbano de Viena se llevó a cabo un estudio observacional sobre la eficacia de un programa de tratamiento individualizado para apoyar la adherencia al tratamiento. Durante 3 meses se observó el cumplimiento de citas y las acciones tomadas por el equipo en respuesta a las citas perdidas. En este período se perdieron 393 (19.2%) de 2049 visitas. Se concluyó que, gracias a los esfuerzos de los profesionales del equipo de Salud Mental, sólo una minoría de pacientes con baja intensidad de tratamiento y un alto índice de citas perdidas tenía un alto riesgo de interrupción del tratamiento, lo que conlleva indirectamente un aumento de la calidad de vida de estos pacientes ⁽⁴¹⁾.

Asimismo, en Dinamarca y Edmonton se evaluó la calidad de la atención prestada por los profesionales sanitarios a través de los datos objetivos y de las opiniones de los pacientes. En Dinamarca, se realizó un estudio retrospectivo con una muestra de 319 tratamientos en un periodo de 6 meses. La continuidad de atención paciente/profesional se mantuvo en más del 90% de los casos. De 114 pacientes que respondieron a un cuestionario, el 75% estaban satisfechos o muy satisfechos con la relación, lo que se traduce en mayor interés en su tratamiento, con las mejoras a nivel de grado de autonomía que eso supone ⁽⁴²⁾. Por su parte, en Canadá, se realizó una revisión sistemática de la literatura de la continuidad de cuidados, complementada con entrevistas a 36 pacientes y sus familias. Las características que ensalzan la continuidad de cuidados se extrajeron de ambas fuentes, entre las que se encuentran el aumento de la autonomía y calidad de vida ⁽⁴³⁾.

En Maastricht (Países Bajos), implantaron una variante del TAC denominada FACT (Tratamiento

Asertivo Comunitario Flexible). El modelo TAC se encarga de englobar al 20% de pacientes más graves, que requieren una supervisión constante, mientras que el 80% restante (más estables) se incluyen en el FACT, el cual presta también servicios de orientación individual, rehabilitación y tratamiento orientado a la recuperación, pero siendo más flexible que el TAC, pudiendo atender a un rango más amplio de pacientes y dotándoles de mayor autonomía en su vida diaria. Debido a los buenos resultados, este modelo se ha extendido por toda Holanda ⁽⁴⁴⁾.

En otro estudio, llevado a cabo en España y Europa para personas sin hogar con trastornos mentales, se analizaron 57 proyectos de continuidad de cuidados llevados a cabo en 10 ciudades europeas. Para ello se entrevistaron entre 5 y 10 usuarios de cada proyecto, con un total de 333. De los resultados obtenidos se extrae que, después de las intervenciones de los profesionales, la mayoría de los pacientes tienen un grado moderado de satisfacción con su calidad de vida. Así mismo, las cifras de salud general y mental son más cercanas a las que presenta la población que acude a Atención Primaria de Salud que las que presentan otras personas sin hogar sobre las que no se están llevando a cabo intervenciones específicas ⁽⁴⁵⁾.

Los resultados de los estudios seleccionados para esta revisión (con excepción de las revisiones que abarcan a varios modelos), para evaluar qué modelo es el más predominante sobre el que se han hecho más estudios incidiendo en la calidad de vida y la autonomía del paciente son:

- En todos los estudios en general se distinguen; 6 modelos “Tratamiento Asertivo Comunitario” (TAC), 3 “Case Management” (CM) y un “Tratamiento Intensivo” (TI).
- En los centrados exclusivamente en España encontramos 2 TAC y 3 CM.

Discusión

Según el análisis de la información recogida, se puede afirmar que la continuidad de cuidados en general, con todos sus recursos asistenciales en particular, sirve para aumentar la autonomía y calidad de vida de los pacientes con TMG, ya sea evitando recaídas que producen deterioro,



aumentando su nivel de ingresos económicos, reduciendo el consumo de tóxicos, o proporcionándoles mayor independencia.

Los profesionales de salud mental, por nuestra parte, no debemos desatender que el objetivo final de las intervenciones está orientado a la consecución del mayor nivel posible de autonomía, inserción y participación del sujeto en su entorno comunitario propio, o lo que es lo mismo, el mayor grado posible de calidad de vida entendida ésta en un sentido activo y socialmente participativo.

Según los resultados de las encuestas realizadas a pacientes éstos ponen mayor énfasis en las cualidades de empatía personal y comprensión por parte de los profesionales, así como ser escuchados y respetados ⁽⁴⁵⁾. Las características que se requieren para una buena atención son: alto nivel de compromiso con los pacientes y familiares para trabajar en la solución de sus problemas, empatía, respeto al paciente y su familia, alto nivel de preparación intelectual y muchísimo sentido común, flexibilidad social e interpersonal, experiencia del funcionamiento del mundo real y de la vida en la calle y confianza en sí mismo/a ⁽⁴⁴⁾.

Por último, es obvio que la continuidad de cuidados en la atención al TMG no podrá alcanzar mayor grado de desarrollo ni realizar evaluaciones exhaustivas sobre la evolución de sus servicios y programas si no se impulsan ni concretan

políticas inversoras suficientes que permitan una gestión clínica de los recursos propios, que avale la continuidad de cuidados y sea lo suficientemente flexible para adaptarse a los cambios sociales, económicos, culturales, educativos, judiciales, etc.

Es de destacar las escasas investigaciones y estudios realizados en España sobre estos parámetros en particular. Además, la calidad de los estudios publicados dificulta el otorgar el máximo grado de recomendación a estas intervenciones. Por esto, aunque los resultados son buenos, el Grado de Recomendación según la “Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)” es “B” (Tabla 2).

Los resultados obtenidos demuestran que una buena actuación por parte de los profesionales sanitarios, con una organización adecuada, conlleva la mejora de autonomía y calidad de vida de los pacientes con EMG. Las actuaciones o características que un buen profesional en Salud Mental debe presentar, para llevar a cabo una buena actuación son: la empatía, el respeto hacia el paciente y la capacidad de escucha activa. Resaltar también que las características sociodemográficas de cada ámbito comunitario son las que marcan las actuaciones más adecuadas a llevar a cabo, por lo que se deben aplicar aquellas intervenciones o características de los modelos que mejor se adapten a la situación en un momento y lugar concreto.

Tabla 1. Niveles de evidencia e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones de prevención (CTFPHC)²⁸

Nivel de evidencia	Interpretación
I	Evidencia a partir de EC con asignación aleatoria.
II-1	Evidencia a partir de EC sin asignación aleatoria.
II-2	Evidencia a partir de estudios de cohortes y casos y controles, preferiblemente realizados por más de un centro o grupo de investigación.
II-3	Evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados espectaculares provenientes de estudios sin asignación aleatoria.
III	Opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Tabla 2. Grados de recomendación para intervenciones de prevención (CTFPHC)²⁸

Grado de recomendación	Interpretación
A	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
B	Existe moderada evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
C	La evidencia disponible es conflictiva y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.
D	Existe moderada evidencia para recomendar en contra de la intervención clínica de prevención.
E	Existe buena evidencia para recomendar en contra la intervención clínica de prevención.
I	Existe evidencia insuficiente (en cantidad y en calidad) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.

Tabla 3

Nombre del estudio	Autor y año de publicación	Tipo de estudio	Modelo de continuidad de cuidados	Mejora en calidad de vida/ autonomía	Nivel de evidencia
Tratamiento Intensivo de las Enfermedades mentales Graves	Dieterich M, et al. ⁽¹²⁾ 2011	Revisión sistemática	Tratamiento Intensivo vs Tratamiento Estándar	Sí	I
Psicoterapia de la Psicosis: de la Persona en Riesgo al Paciente Crónico	Esteve Díaz N, et al. ⁽²⁹⁾ 2010	Revisión sistemática	Intervenciones psicoterapéuticas más utilizadas	Sí	II-1
Reducción de la hospitalización psiquiátrica en personas participantes en programas de inserción laboral	Lastra Martínez I, et al. ⁽³⁰⁾ 2009	Estudio analítico observacional retrospectivo	Rehabilitación y programa de inserción laboral, dentro de un modelo TAC	Sí	II-2
Rehabilitación vocacional para personas con enfermedades mentales graves	Crowther R, et al. ⁽³¹⁾ 2008	Revisión sistemática	Entrenamiento Prevocacional vs Empleo Apoyado	Sí	I
Predictores del desempeño laboral de personas con discapacidad por trastorno mental severo	López Menéndez LA. ⁽³²⁾ 2008	Revisión sistemática	Rehabilitación laboral	Sí	I
Gestión de cuidados en un caso de trastorno mental severo	García García JE. ⁽³³⁾ 2004	Estudio analítico de intervención; ensayo clínico	Case Management	Sí	II-3
Efectividad de la atención domiciliar de enfermería administrada a pacientes con trastorno mental severo: ensayo clínico controlado	Lluch Canut MT, et al. ⁽³⁴⁾ 2006	Estudio analítico de intervención; ensayo clínico	Atención Domiciliar de Enfermería aplicando el modelo de Gestión de casos (CM)	Sí	II-1



Tabla 4

Nombre del estudio	Autor y año de publicación	Tipo de estudio	Modelo de continuidad de cuidados	Mejora en calidad de vida/ autonomía	Nivel de evidencia
El modelo Avilés para la implantación del Tratamiento Asertivo Comunitario: un pacto con la realidad	Martínez Jambriña JJ. ⁽³⁵⁾ 2007	Estudio analítico observacional retrospectivo	Tratamiento Asertivo Comunitario	Sí	II-2
Evaluación de resultados de un programa de pisos para personas con trastornos mentales severos	Besora J, et al. ⁽³⁶⁾ 2000	Estudio analítico observacional retrospectivo	Case Management	Sí	II-2
Estudio comparativo coste-eficiencia en un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severo	Lascorz D, et al. ⁽³⁷⁾ 2009	Estudio comparativo: coste-eficiencia de un dispositivo residencial	Dispositivo residencial	Sí	II-2
Impact on continuity of care of decentralized versus partly centralized mental health care in Northern Norway	Henrik Myklebust L, et al. ⁽³⁸⁾ 2011	Estudio comparativo: modelo parcialmente centralizado vs modelo descentralizado	Tratamiento Asertivo Comunitario	Sí	III
Managerial and environmental factors in the continuity of mental health care across institutions	Greenberg GA, et al. ⁽³⁹⁾ 2003	Estudio analítico observacional retrospectivo	Varios modelos de continuidad de cuidados	Sí	II-2
The wellness planner: empowerment, quality of life and continuity of care in mental illness	Marchinko S, et al. ⁽⁴⁰⁾ 2011	Estudio analítico de intervención; ensayo clínico	Folleto de enfoque innovador para acoplar a los modelos de continuidad de cuidados que se estén utilizando	Sí	I

Tabla 5

Nombre del estudio	Autor y año de publicación	Tipo de estudio	Modelo de continuidad de cuidados	Mejora en calidad de vida/ autonomía	Nivel de evidencia
The efficacy of an individualized treatment schedule to maintain treatment adherence in a urban community mental health center	Steiner E, et al. ⁽⁴¹⁾ 2001	Estudio observacional	Tratamiento Asertivo Comunitario	Sí	III
Continuity of patient care and patient satisfaction in a community-based psychiatric service	Møller-Madsen SM, et al. ⁽⁴²⁾ 2005	Estudio analítico observacional retrospectivo	Tratamiento Asertivo Comunitario	Sí	II-2
Continuity of care in mental health services: toward clarifying the construct	Joyce AS, et al. ⁽⁴³⁾ 2004	Revisión sistemática	Continuidad de cuidados en general	Sí	I
Monitorización Acumulativa de las Necesidades y modelo holandés de Tratamiento Asertivo Comunitario	Irurzun JC, et al. ⁽⁴⁴⁾ 2011	Explicación del modelo implantado en Holanda	Tratamiento Asertivo Comunitario y su variante "flexible"	Sí	III
Intervenciones en personas sin hogar con trastornos mentales: situación en Europa y España	Bravo Ortiz MF. ⁽⁴⁵⁾ 2003	Investigación	Mezcla de Tratamiento Asertivo Comunitario y Case Management	Sí	II-1

Contacto

Sergio Azón Belarre • Av Pirineos nº 10, 9ºE • 22004 Huesca
 sergioazon@gmail.com • Tel.: 637 748 397

Bibliografía

- Alonso Suárez M, Bravo Ortiz MF, Fernández Liria A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2004 Oct/Dic; 24 (92): 25-51.
- Yela Blazquíz D. Los programas de continuidad de cuidados en salud mental comunitaria: un debate. *Presencia de enfermería de salud mental [revista en internet]*. 2006 Ene-Jun [citado 9 Feb 2012]; 2(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n3/r37/articulo.php>
- Fernández Liria A, García Rojo MJ. Los programas de case management. Conceptos básicos y aplicabilidad. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 1990; 10(32): 65-75.
- Saiz Galdós J, Chévez Mandelstein A. La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Intervención Psicosocial [revista en internet]*.



- 2009 Mar [citado 11 Feb 2012]; 18(1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000100009&lng=es&nrm=iso
5. Contreras JA, Navarro D. Un programa de seguimiento comunitario de personas con enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2008; 28(102): 451-475.
 6. López Gómez D. Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. *Rehabilitación psicosocial*. 2006; 3(1): 17-25.
 7. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la ley general de sanidad. *Revista Española de Salud Pública [revista en internet]*. 2011 Sept-Oct [citado 11 Feb 2012]; 85(5): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 8. García López R. Salud mental comunitaria, ¿una tarea interdisciplinar? *Cuadernos de Trabajo Social*. 2004; (17): 273-287.
 9. Guinea R. Breve recorrido por la historia de la Rehabilitación Psicosocial en España. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2007; 7(2): 135-145.
 10. Uriarte Uriarte JJ. Psiquiatría y rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la atención a la enfermedad mental grave. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2007; 7(2): 87-101.
 11. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2007; 27(99): 187-223.
 12. Dieterich M, Irving C, Park B, Marshall M. Tratamiento intensivo de las enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane Traducida). En: *La Biblioteca Cochrane plus*, 2010 Número 10 [citado 15 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCP>
 13. Santander Cartagena F. Tratamiento ambulatorio involuntario: tal vez sí, pero... *Cuadernos Psiquiatría Comunitaria*. 2006; 6(1): 47-54.
 14. Hernández Monsalve M. Los programas de seguimiento en la comunidad: Una alternativa a la hospitalización psiquiátrica, ¿y algo más? En: Rivas F. *La psicosis en la comunidad*. Madrid: AEN; 2000. p. 131-190.
 15. Bjoerkman T, Hansson L, Svensson B, Berglund I. What is important in psychiatric outpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *International Journal Qual Health Care [revista en internet]*. 1995 Dic [citado 16 Feb 2012]; 7(4): 355-362. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8820211>
 16. Beltrán Vilella M, Salleras Marcó N, Camps García C, Solanas Saura P, Igual Massalles E, García-Oria M. Abordaje de los problemas de Salud Mental desde Atención Primaria: relación con los servicios de apoyo especializados. *Atención Primaria*. 2001 Jun; 28(1): 39-45.
 17. González Gromé E. La atención domiciliaria en los equipos de salud mental comunitaria. *Enfermería Docente*. 2005; 81(1): 22-25.
 18. Orden SPI/1356/2011 de 11 de Mayo. *Boletín Oficial del Estado*, nº 123, (24/05/2011).
 19. Carlson Aburto J, Balsera Gómez J, Lalucat Jo L, Teixidó Casas M, Berruezo Ortiz M, Ureña Hidalgo T, et al. Perfil de los usuarios de dos programas de gestión de casos para la atención a pacientes con trastornos mentales severos (TMS): el Programa de Seguimiento Individualizado (PSI-TMS) vs. el Programa de Atención Específica (PAE-TMS). *Rehabilitación psicosocial [revista en internet]*. 2008 Ene-Dic [citado 18 Feb 2012]; 5(1-2): 9-16. Disponible en: http://www.fearp.org/documentos/RevRH_5.1.pdf
 20. Acuña J. Modelos en rehabilitación psicosocial. Madrid: Ministerio de Salud; 1999.
 21. Lara Muñoz MC, Robles García R, Orozco R, Saltijeral Méndez MT, Medina Mora

- ME, Chisholm D. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México. *Salud Mental [revista en internet]*. 2010 May-Jun [citado 23 Feb 2012]; 33(3): 211-218. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252010000300001&script=sci_arttext
22. Vallespí Cantabrana A. Algunas reflexiones sobre la situación actual del desarrollo de la rehabilitación psicosocial y los programas de atención a la enfermedad mental grave en el estado. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2007; 7(2):105-113.
23. Ibáñez Pascual F, Pascual Menéndez J. La familia en la continuidad de cuidados. En: Leal Rubio J, Escudero Nafs A. *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2006. p. 443-454.
24. Lalucat L, Casalé D, Catalá A, Ciutat A, San Emeterio M, Teixidó M. Plan Integral de Atención al Trastorno Mental Severo en la Comunidad: Dispositivos, programas y servicios. En: *Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo*. Salamanca: Kadmos; 2003. p. 267-288.
25. Muñoz M, Pérez E, Crespo M, Guillén AI. Estigma en personas con enfermedad mental grave y persistente. En: *Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Complutense; 2009. p. 107-153.
26. Alonso Suárez M. Salud mental, continuidad de cuidados e inserción laboral. En: Leal Rubio J, Escudero Nafs A, coordinadores. *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2006. p. 197-219.
27. Lafuente Lázaro S, Francisco González JS, Criado Martín I, Covarrubias Fernández C. Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos: El caso de Segovia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [revista en Internet]*. 2007 [citado 23 Feb 2012]; 27(2): 47-59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352007000200005&script=sci_arttext
28. Manterola C, Zavando D. Cómo interpretar los “Niveles de Evidencia” en los diferentes escenarios clínicos. *Revista Chilena de Cirugía*. 2009 Dic; 61(6): 582-595.
29. Esteve Díaz N, Román Avezuela N, González Moliner M, Fraile Fraile JC, García-Cabeza I. *Psicoterapia de la Psicosis: de la Persona en Riesgo al Paciente Crónico*. Clínica y Salud [revista en internet]. 2010 [citado 25 Feb 2012]; 21(3): 285-297. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300007&lng=es.
30. Lastra Martínez I, Arbuldua García C, Verdugo Carrasco S. Reducción de la hospitalización psiquiátrica en personas participantes en programas de inserción laboral. *Informaciones Psiquiátricas*. 2009; (197): 153-162.
31. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Rehabilitación vocacional para personas con enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane Traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4* [citado 3 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003080>
32. López Menéndez LA. Predictores del desempeño laboral de personas con discapacidad por trastorno mental severo: Revisión de estudios y análisis de evidencias. *Intervención Psicosocial [revista en internet]*. 2008 [citado 3 Mar 2012]; 17(3): 245-268. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000300003&lng=es
33. García García JE. Gestión de cuidados en un caso de trastorno mental severo: Diseño, ejecución y evaluación a los dos años. *Index de Enfermería [revista en internet]*. 2004 Jun [citado 4 Mar 2012]; 13(44-45): 21-25. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100005&lng=es
34. Lluch Canut MT, Checa Peña F, García Morales J, Márquez Romero MI, Camarena Pelegrí X, Beltrán Megías JJ, et al. Efectividad de la atención domiciliar de enfermería administrada a pacientes con trastorno mental



- severo: ensayo clínico controlado. *Enfermería clínica*. 2006; 16(4): 198-205.
35. Martínez Jambrina JJ. El modelo Avilés para la implantación del Tratamiento Asertivo Comunitario: un pacto con la realidad. *Cuadernos Psiquiatría Comunitaria*. 2007; 7(2): 147-149.
36. Besora J, Martorell B, Clusa J. Evaluación de resultados de un programa de pisos para personas con trastornos mentales severos. *Informaciones psiquiátricas* [revista en internet]. 2000 [citado 7 Mar 2012]; 159: [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2000/01_159_06.htm
37. Lascorz D, Serrats E, Pérez V, Fábregas J, Vegué J. Estudio comparativo coste-eficiencia en un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severo. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* [revista en internet]. 2009 [citado 7 Mar 2012]; 29(1): 191-201. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=So211-57352009000100014&script=sci_arttext
38. Henrik Myklebust L, Olstad R, Bjorbekkmo S, Eisemann M, Wynn R, Sorgaard K. Impact on continuity of care of decentralized versus partly centralized mental health care in Northern Norway. *International Journal of Integrated Care* [revista en internet]. 2011 Oct-Dic [citado 7 Mar 2012]; 11(142): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3280921/?tool=pubmed>
39. Greenberg GA, Rosenheck RA. Managerial and environmental factors in the continuity of mental health care across institutions. *Psychiatric Services* [revista en internet] 2003 Abr [citado 9 Mar 2012]; 54(4): 529-534. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12663841>
40. Marchinko S, Clarke D. The wellness planner: empowerment, quality of life and continuity of care in mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing* [revista en internet]. 2011 Ago [citado 9 Mar 2012]; 25(4): 284-293. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21784286>
41. Steiner E, Alexander E, Höfer C, Schaffer K. The efficacy of an individualized treatment schedule to maintain treatment adherence in a urban community mental health center. *Psychiatrische Praxis* [revista en internet]. 2001 Sept [citado 9 Mar 2012]; 28(6): 278-283. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11533894>
42. Møller-Madsen SM, Svendsen JM, Kjaersgaard P. Continuity of patient care and patient satisfaction in a community-based psychiatric service. *Ugeskr Laeger* [revista en internet]. 2005 Jun [citado 10 Mar 2012]; 167(25-31): 2766-2769. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16014262>
43. Joyce AS, Wild TC, Adair CE, McDougall GM, Gordon A, Costigan N, et al. Continuity of care in mental health services: toward clarifying the construct. *Canadian journal of psychiatry* [revista en internet]. 2004 Ago [citado 10 Mar 2012]; 49(8): 539-550. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15453103>
44. Irurzun JC, Martín L, Bastida M. Maastricht. Monitorización Acumulativa de las Necesidades y modelo holandés de Tratamiento Asertivo Comunitario: implicaciones para el programa GAZTE. *Revista Norte de Salud Mental*. 2011; 9(41): 31-37.
45. Bravo Ortiz MF. Intervenciones en personas sin hogar con trastornos mentales: situación en Europa y España. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2003; 3(2): 117-128.

• Recibido: 26/10/2016.

• Aceptado: 5/12/2016.

Competencias laborales en el deporte: Jóvenes y adultos con capacidades diversas en contextos no formales.

Job skills in sport: Young people and adults with diverse abilities in non-formal contexts.

Teresa Orihuela Villameriel. Psicóloga y Directora Técnica. Atención a la Diversidad, Fundación INTRAS (1).

Gustavo Martín Villarejo. Educador y Coordinador Departamento (1).

Laura Virginia Sánchez García. Psicóloga (1).

Pablo Martínez Fernández. Psicopedagogo (1).

Resumen: Fundación INTRAS (Investigación y Tratamiento en Salud Mental y Servicios Sociales) ha percibido la alta demanda de práctica deportiva por parte de los jóvenes y adultos que asisten a sus recursos de atención directa. Por eso, se ha regulado su práctica con el Club Deportivo Duero, observando que la versatilidad de deportes practicados en espacios comunitarios no formales, propicia una serie de beneficios cognitivos, emocionales, físicos y sociales en los participantes.

Debido a esa motivación, se está vinculando su práctica hacia la adquisición y/o refuerzo de las siguientes competencias transversales a todo puesto de trabajo: orientación al resultado, atención al cliente, responsabilidad, trabajo en equipo y flexibilidad. Que benefician a la persona en una dimensión “nueva” u olvidada para ellos, la inserción laboral.

Estas competencias se han evaluado, semanal y mensualmente, durante nueve meses por medio de la elaboración de una serie de indicadores.

Palabras clave: INTRAS, Salud Mental, C.D. Duero, Capacidades diversas, Competencias transversales, e Inserción laboral

Abstract: INTRAS Foundation (Research and Treatment in Mental Health and Social Services) was aware of the high demand of sports and physical activity by young people and adults who attend our health care services. Therefore the Sport Club “Duero” was created, throughout this club, Intras regulates the practice of sports and physical activities into the community, and this experience tells us that people who practice sports in public spaces improve their wellbeing, and thus leads to a series of cognitive, emotional, physical and social benefits for participants.

We have managed to channel this motivation towards the acquisition of cross sector-skills needed to be included into the labour market, such as: focus on results, customer



service, responsibility, teamwork and flexibility. This will benefit clients to get into employment.

These skills have been assessed, weekly and monthly for nine months by the development of a set of indicators.

Keywords: INTRAS, Mental Health, Sport Club Duero, different abilities, Transversal skills, and job placement.

Introducción

Fundación INTRAS, Investigación y Tratamiento en Salud Mental y Servicios Sociales, es una organización que tiene como objetivo atender a personas con enfermedad mental, problemas emocionales y dificultades de aprendizaje en su recuperación psicosocial, atendiendo a sus necesidades e intereses.

INTRAS apoya y promueve el enfoque de recuperación, *Recovery*, donde se valora el trabajo de recuperación de la persona, desde sus intereses y necesidades para empoderarla (Suriá, 2013) y crear unas expectativas, que ayuden a construir un proyecto de vida (Boardman, Shepherd, y Slade, 2008).

Este proceso de recuperación, va relacionado al desarrollo comunitario de la persona, como ciudadano en un contexto cultural y social (Farkas, 2007 y Saavedra, 2011), donde se favorece una conexión con la persona, permitiendo conocer sus potencialidades desde una perspectiva integral (Brown y Kandirikirira, 2007).

Este paradigma se apoya en diversas actuaciones y varía dependiendo de cada persona y del contexto; pero se pueden determinar tres acciones generales que acompañan al proceso (Mezzina et al., 2006): “Estando allí”, que consiste en estar al lado de la persona y acompañarla en su desarrollo. Para “Hacer más”, al ayudar a despertar sus curiosidades. Y poder “Hacer algo diferente” que favorezca su proceso de recuperación y construcción de un proyecto de vida (García, Pimienta y Tobón, 2010).

Debido a ello, el acompañamiento de un grupo multidisciplinar de profesionales es la clave para que se produzcan estas actuaciones (Saavedra, 2011 y Cosme, 2013). Todo esto junto a

una amplia variedad de ofertas, que permitan desarrollar la curiosidad, la creatividad y las expectativas de la persona (Nelson, 2010 y Bang y Stolkner, 2013); adaptando los programas de intervención a las demandas.

Fundación INTRAS, constató el interés por practicar actividad física, mediante las demandas de los jóvenes y adultos que acuden a sus recursos educativos, laborales y/o asistenciales; y conociendo los beneficios de la misma en la salud mental durante todo el ciclo vital (Cruz-Sánchez, Martínez-Santos, Moreno-Contreras y Pino-Ortega, 2011), se reguló su práctica mediante el Club Deportivo Duero.

Su filosofía consiste en fomentar la actividad física en red, con entidades relacionadas con el ámbito de la actividad física y el deporte, desde diferentes puntos de actuación en espacios comunitarios, favoreciendo las adaptaciones oportunas con la perspectiva de su retirada paulatina a medida que la persona adquiere mayor autonomía. (Guillén, Muñoz, y Pérez-Santos, 2013).

Esta filosofía coincide y se fundamenta con la Estrategia Europea y Nacional 2010-2020 (Comisión Europea, 2010) donde se promueve la mejora de la salud mental de los ciudadanos, por medio, de entre otras medidas, de la actividad física. Y más concretamente con el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad, de la Junta de Castilla y León y de los Servicios Sociales 2016-2020 (Junta de Castilla y León, 2016); donde se establece unos ejes estratégicos favorecedores del desarrollo biopsicosocial de las personas, dando importancia a la práctica regular de actividad física y a la mejora de la inserción laboral.

Fundación INTRAS está vinculando la actividad física a la mejora y/o adquisición de las compe-

tencias de la persona, como una estrategia favorecedora de su inserción laboral (Piat y Sabetti, 2011). En este sentido, algunos de los profesionales responsables del área laboral también están inmersos en la gestión y desarrollo del Club Deportivo, con la finalidad de continuar trabajando con los deportistas desde otras líneas de actuación (educación formal: programas de formación reglada, educación no formal: Club Deportivo y educación informal: eventos deportivos). (Amado, García, Leo, Sánchez Miguel y Sánchez Oliva, 2012 y Bang y Stolkner 2013).

Método

El objetivo de la investigación es conocer el grado de adquisición de las competencias transversales a todo puesto de trabajo que se están desarrollando y afianzando por medio de la práctica deportiva en los miembros del Club Deportivo Duero.

Este trabajo se ha realizado desde el método de investigación-acción, a través de la observación sistematizada de los datos obtenidos, mediante hojas de registro semanales y mensuales e individualizadas (Valles, 2000 y Gubber, 2001).

La elección de las competencias que se han investigado, se argumentan en base al Proyecto Forward. Dicho estudio ha establecido una evaluación de competencias para colectivos en riesgo de exclusión social, con el objetivo de demostrar las aptitudes y actitudes para su inclusión socio laboral. (Camarasa y Sales, 2013).

Desde el club deportivo se han elaborado cinco competencias con un componente transversal a todos los puestos de trabajo. Siendo las siguientes: responsabilidad, orientación al resultado, flexibilidad, trabajo en equipo y atención al cliente. (Piat y Sabetti, 2011).

De cada una de esas competencias, se han creado una serie de indicadores, vinculados a la actividad física, que son necesarios para demostrar su adquisición y posteriormente observar su posible transferencia al mercado laboral. (Jurado y Olmos, 2010).

Se recogen los indicadores creados de cada competencia (Elaboración propia, 2016):

1. Responsabilidad
1.1. Acuden a los entrenamientos y eventos justificando las ausencias con razones significativas.
1.2. Siempre asisten con toda la indumentaria deportiva.
1.3. Son puntuales, siempre asistiendo antes de tiempo a los entrenamientos y a las convocatorias.
1.4. Se anticipan y piden el horario de actividades del nuevo mes antes de que termine el anterior.

Tabla 1: Elaboración propia a partir de la propuesta del Proyecto Forward (Camarasa y Sales 2013).

2. Orientación al resultado
2.1. Se preocupan por mejorar sus habilidades y marcas deportivas de cara a la competición.
2.2. Ejecutan acciones bajo presión en diferentes eventos deportivos.
2.3. Superan sus frustraciones personales/deportivas, aplicando las estrategias necesarias con apoyo.
2.4. Actúan con un comportamiento deportivo adecuado, dentro y fuera, independientemente del resultado.

Tabla 2: Elaboración propia a partir de la propuesta del Proyecto Forward (Camarasa y Sales 2013).

3. Flexibilidad
3.1. Asisten y se desplazan a practicar actividad física en diferentes espacios deportivos.
3.2. Se adaptan y participan en diferentes actividades deportivas.
3.3. Aceptan las modificaciones de horario, lugar, profesional, material, condiciones meteorológicas, etc.

Tabla 3: Elaboración propia a partir de la propuesta del Proyecto Forward (Camarasa y Sales 2013).



4. Trabajo en equipo
4.1. Colaboran y se adaptan a las necesidades del grupo/deporte.
4.2. Comparten el protagonismo, aceptando su rol dentro de un grupo.
4.3. Se preocupan por sus compañeros, apoyándoles siempre que sea necesario, etc.

Tabla 4: Elaboración propia a partir de la propuesta del Proyecto Forward (Camarasa y Sales 2013).

5. Atención al cliente
5.1. Respetan las normas de juego, preocupándose por la integridad propia, de sus compañeros y adversarios.
5.2. Utilizan un vocabulario adecuado para expresarse, dependiendo de la persona a la que se dirige.
5.3. Comprenden los mensajes verbales y no verbales transmitidos por los profesionales, compañeros y adversarios.
5.4. Interiorizan los mensajes recibidos.
5.5. Aplican los mensajes recibidos en el tiempo acordado.

Tabla 5: Elaboración propia a partir de la propuesta del Proyecto Forward (Camarasa y Sales 2013).

se observan las competencias adquiridas. En la columna de la izquierda aparecen los 42 deportistas, y en las filas se van recogiendo las diferentes competencias evaluadas junto con sus indicadores correspondientes, los cuales tienen la misma ponderación. Los indicadores aparecen explicados en las tablas. Las equis indican la adquisición de esas competencias en cada uno de los sujetos.

La población con la que se ha trabajado está formada por 42 deportistas con edades comprendidas entre los 17 y los 60 años con capacidades diversas, mayoritariamente con problemas de salud mental, que les motiva la práctica deportiva. Debido a la vinculación de los profesionales de orientación e inserción sociolaboral, se conocía los hábitos sedentarios y el desaprovechamiento de un ocio activo de todos los deportistas. Esto había desencadenado en un deterioro de sus competencias transversales, impidiendo su participación activa en la sociedad.

Todos ellos han participado en el estudio de forma voluntaria. Cada deportista ha sido evaluado durante la temporada 2015-2016 y se han registrado los resultados de forma individualizada, valorando las actividades y los eventos deportivos en los que ha participado.

A continuación se recoge una tabla con una hoja de registro mensual de los deportistas en la que

	1. Responsabilidad				2. Orientación al resultado				3. Flexibilidad			4. Trabajo en equipo			5. Atención al cliente				
	1.1	1.2	1.3	1.4	2.1	2.2	2.3	2.4	3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5
1	X	X	X		X			X		X	X		X	X	X	X			
2	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X			
3	X		X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X			
4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X			
6		X	X					X		X		X	X	X	X	X			
7	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8			X		X		X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X
9	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
10	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	X	X	X	X	X			X	X	X	X		X	X	X	X			
14	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
15	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
16		X		X				X						X	X	X			
17	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X			
18	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X			
19	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
21	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X				
22	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
23	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
25	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
26	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
27	X	X	X	X	X				X			X		X	X	X			
28	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X			
29	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
30	X	X	X	X	X			X	X	X		X		X	X				
31	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
32		X		X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X			
33	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
34	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
35	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
36	X	X	X	X	X			X		X		X		X	X	X			
37	X	X	X	X	X			X	X	X	X				X	X			
38		X			X		X	X		X			X	X	X	X			
39		X			X			X	X				X		X				
40	X	X	X	X		X		X	X	X	X		X		X	X			
41	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
42	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X		X

Tabla 6: Registro mensual de las competencias. Elaboración propia a partir de las propuestas de Valles, 2000 y Gubber, 2001.

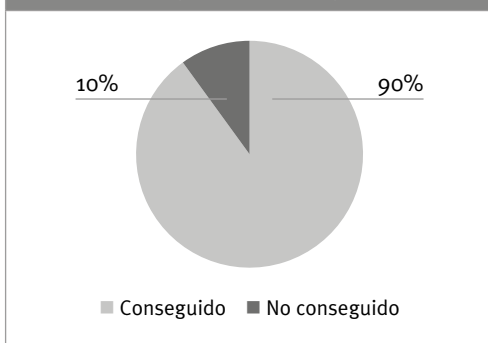


Resultados

Los resultados observados en cada una de las competencias son los siguientes:

En la competencia de responsabilidad, un 90% de los deportistas presentan un alto grado de responsabilidad frente a un 10% que han ofrecido una actuación irregular, atendiendo a varios factores: como los cambios meteorológicos, estados de ánimo, situaciones de incompatibilidad laboral y/o personal.

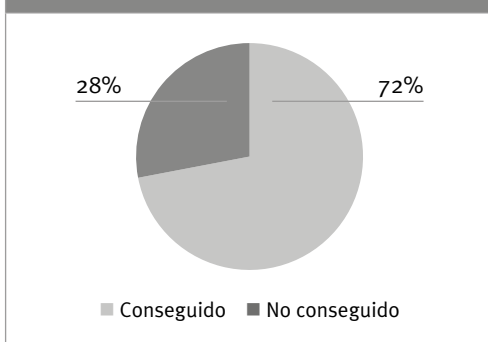
Gráfico 1: Competencia de responsabilidad



Elaboración propia (2016).

En la competencia de orientación al resultado, un 72% de los deportistas han actuado correctamente bajo cierto grado de presión frente a un 28% que se ha dejado influir por el ambiente deportivo, por la inseguridad a la hora de la toma de decisiones y por una comodidad personal.

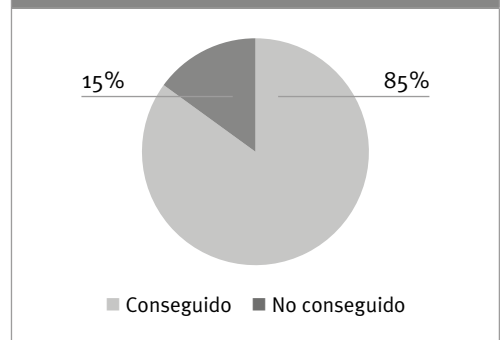
Gráfico 2: Competencia de orientación al resultado



Elaboración propia (2016).

En la competencia de flexibilidad, un 85% de los deportistas han aceptado los cambios de espacios deportivos, de actividades y las modificaciones de horario, meteorológicas, etc. frente a un 15%, que prefieren una rutina en sus hábitos deportivos.

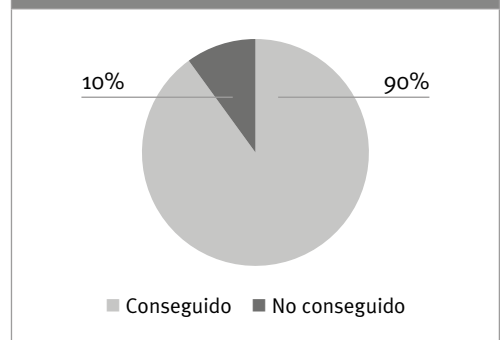
Gráfico 3: Competencia de flexibilidad



Elaboración propia (2016).

En la competencia de trabajo en equipo, un 90% de los deportistas se ha adaptado a sus compañeros y ha ampliado su red social colaborando con los participantes, frente a un 10% que prefiere realizar actividad física de forma más individualizada.

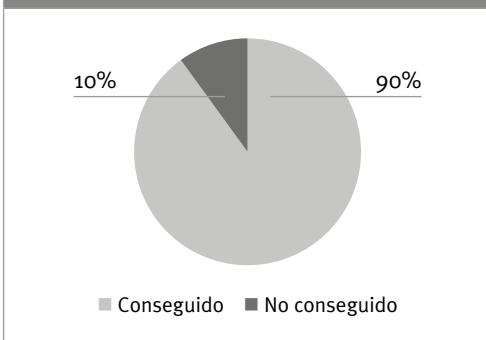
Gráfico 4: Competencia de trabajo en equipo



Elaboración propia (2016).

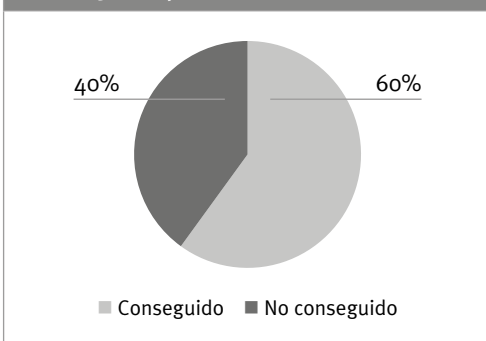
En la competencia de atención al cliente, un 60% de los deportistas han ampliado su red social interactuando con todas las personas implicadas y comunicándose de forma eficiente, frente a un 40% que tiene dificultades en la expresión oral y prefiere desenvolverse en círculos más reducidos y selectivos.

Gráfico 4: Competencia de trabajo en equipo



Elaboración propia (2016).

Gráfico 5: Competencia de atención al cliente



Elaboración propia (2016).

Conclusiones

Se está demostrando que la actividad física proporciona y/o refuerza una serie de competencias que ayudan en la recuperación e inserción socio laboral de las personas que la practican (Cruz, Marqués y Sousa, 2013, y Huete, 2013).

Este estudio quiere fomentar más experiencias reales que promuevan la práctica de actividad física y que demuestren una relación con la adquisición y reforzamiento de las competencias transversales, favorecedoras de la inserción laboral de las personas con problemas de salud mental. (Cueto y Rodríguez 2013).

Los resultados obtenidos han sido satisfactorios, aunque haya sido una intervención breve en el tiempo y con una muestra reducida de deportistas.

Los mayores logros se han observado en las competencias de responsabilidad, flexibilidad y trabajo en equipo; donde los deportistas han demostrado, que si algo es de su interés, las expectativas de éxito son elevadas.

Los resultados a mejorar son los referentes a la competencia de atención al cliente debido a las dificultades de comunicación oral y escrita que tiene este colectivo.

En este trabajo se puede inferir que aquellos deportistas que han demostrado una puntuación elevada en todas las competencias; son personas que si encuentran un trabajo que les motiva y se adapta a sus intereses, pueden ser responsables, colaborar en equipo, cumplir con unos objetivos, interactuar con las personas y adaptarse a los cambios laborales con supervisión.

También se puede extraer, que una persona no necesariamente tiene que demostrar todas las competencias para poder desempeñar un puesto de trabajo; siempre que la competencia no adquirida, no sea relevante en el puesto que ocupa.

Las posibles líneas de intervención futuras que se plantean son:

- Continuar revisando los resultados a medio y largo plazo.
- Mantener las competencias adquiridas y mejorar las que aún están en desarrollo.
- Ampliar la muestra, las modalidades deportivas, los espacios comunitarios y las colaboraciones con otras entidades formativas, deportivas y laborales.
- Hacer partícipes a los deportistas de la gestión del club, asignándoles funciones más allá de la práctica deportiva.

Para finalizar, es necesario tener en cuenta las dificultades de acceso al mercado laboral de las personas con discapacidad por enfermedad mental. De ahí, la gran importancia de que los profesionales que trabajan con este colectivo, desarrollen una serie de estrategias de inserción socio laboral, a lo largo de todo el proceso de recuperación personal. Como puede ser la desarrollada en este trabajo de investigación (Lips, Mascayano y Moreno, 2013).



Contacto

Laura Virginia Sánchez García • Tel.: 653 617 142 • lauravirgi87@hotmail.com

Referencias

- Amado Alonso D, García Calvo T, Leo Marcos FM, Sánchez Miguel PA y Sánchez Oliva D. (2012). *Análisis del grado de diversión e intención de persistencia en jóvenes deportistas desde la perspectiva de la teoría de la autodeterminación*. Revista de Psicología del Deporte, 21(1), 7-13. Recuperado de <http://www.rpd-online.com/article/view/895/819>
- Bang C. (2014). *Community strategies in mental health promotion: Constructing a conceptual framework for approaching complex psychosocial problems*. Psicoperspectivas, 13(2). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-399>.
- Bang C & Stolkner A. (2013). *Aportes para pensar la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de redes*. Ciencia, Docencia y Tecnología, 46, 123-143. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4696604>
- Bang C. (2012). *El juego en el espacio público y la participación comunitaria: una experiencia de promoción de salud mental en la comunidad*. Lúdicamente, 2, 1-20. Recuperado de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/ludicamente/article/view/1781>
- Bang C. (2011). *Prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público: Un estudio exploratorio desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud integral con enfoque en salud mental*. Buenos Aires: Anuario de Investigaciones 18, 331- 338. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar>
- Bang C. (2010). *La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: Una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad*. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA. 3, 242-245. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-031/258.pdf>
- Brown W y Kandirikirira N. (2007). *Recovering Mental Health in Scotland*. Glasgow: Scottish Recovery Network. Recuperado de http://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2008/03/Recovering_mental_health_in_Scotland_2007.pdf
- Camarasa Casals M y Sales Gutiérrez L. (2013). *Un enfoque de competencias para la mejora de la inclusión social de las mujeres migradas*. Fundació Surt. Recuperado de http://forwardproject.eu/wp-content/uploads/2013/11/TOOLBOX_FORWARD_ES-FE_ERR.pdf
- Comisión Europea (2010). *Europa 2020: Una estrategia para el desarrollo inteligente, sostenible e integrador*. Bruselas. (Diario Oficial de la Unión Europea, 3 de marzo de 2010). Consultado en http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/eu2020/emoo28_es.htm
- Cosme Sánchez A. (2013). *La figura del Educador Social en el campo de la Salud Mental Comunitaria: el amor por la pregunta y la construcción del caso en red*. Norte de salud mental, 11(45), 33-39.
- Cruz F, Marques M. y Sousa C. (2013) *Estrategias para la enseñanza de competencias de vida a través del deporte en jóvenes en riesgo de exclusión social* Revista apunts, educación física y deporte, 2(112), 63-71. Recuperado de <http://www.revista-apunts.com/es/hemeroteca?article=1592>
- Cruz-Sánchez E, Martínez-Santos R, Moreno-Contreras MI, y Pino-Ortega J. (2011). *Leisure time physical activity and its relationships with some mental health indicators in Spain through the National Health Survey*. Salud Ment, 34(1).
- Cueto B y Rodríguez V. (2013). *El trabajo de las personas con discapacidad ante la crisis*. Revista Internacional de Organizaciones, 11, 61-86.
- Farkas M. (2007). *Restablecimiento (Recovery) y Rehabilitación. La consideración actual de la recuperación: Lo que es y lo que significa para los servicios de atención*. Madrid: Grupo Web CRL de Ventas.

- García Fraile JA, Pimienta Prieto JH y Tobón S. (2010). *Aprendizaje y evaluación de competencias*. México: Pearson.
- García-Pérez O. (2013). *Viviendas supervisadas para personas con trastorno mental severo en Asturias: ¿ambiente restrictivo o abiertos a la comunidad*. Revista Interuniversitaria, 22, 126-136.
- Garrido C, González M y Hernández M. (2008). *Buscando la reconstrucción personal, retomando el control de la propia vida. Un diseño para favorecer procesos de “recovery” y “empowerment”*. Informaciones Psiquiátricas, 194, 379-392.
- Gubber R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma. Recuperado de http://eva.fcs.edu.uy/pluginfile.php/45450/mod_resource/content/1/7-Guber%20Rosana%20-%20La%20Etnografia.PDF
- Guillén AI, Muñoz M y Pérez-Santos E. (2013). *La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza*. Rehabilitación Psicosocial, 10(2), 10-19. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Ana_Guillen2/publication/259946420-La_lucha_contra_el_estigma_de_la_enfermedad_mental_razones_para_la_esperanza/links/odeec52eb5f93c344600000.pdf
- Huete García A. (2013). *La exclusión de la población con discapacidad en España. Estudio específico a partir de la Encuesta Social Europea*. Revista Española de Discapacidad, 1(2). Recuperado de: <http://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/62>
- Junta de Castilla y León (2016). *Plan estratégico de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Recuperado de http://www.jcyl.es/junta/cp/Plan_Estrategico_GA_SSSS.pdf
- Jurado de los Santos P. y Olmos Rueda P. (2010). *Procesos de orientación para la inserción sociolaboral de personas con especiales dificultades de acceso al mercado de trabajo. Un modelo de orientación para la inserción = Guidance processes for social and labour integration of persons with special*. Asociación Española de Orientación y Psicopedagogía, 21(1). Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/reop/article/view/11515>
- Lips Castro W, Mascayano Tapia F y Moreno Aguilera JM. (2013). *Strategies of employability in population with mental disabilities: a review*. Salud Ment, 36(1).
- Mezzina R & et. al. (2006). *Social nature of recovery: discussion and implications for practice*. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, Philadelphia, v,9, p.63-80.
- Nelson G. (2010). *Housing for people with serious mental illness: approaches, evidence, and transformative change*. Journal of Sociology & Social Welfare, XXXVII, 4,123-146.
- Piat M y Sabetti J. (2011). *Residential Housing for Persons with Serious Mental Illness: The Fifty Year Experience with Foster Homes in Canada*. International Encyclopedia of Rehabilitation. Recuperado de <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/236/>
- Saavedra Macias F J. (2011). *Cómo encontrar un lugar en el mundo: Explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves*. História. Ciências. Saúde-Manguinhos, 18(1), 121- 139.
- Boardman J, Shepherd G, y Slade M. (2008). *Making Recovery a Reality*. Londres: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Suriá Martínez R. (2013). *Discapacidad y empoderamiento: análisis de esta potencialidad en función de la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad*. Revista RACO, 43(3). Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/272076>
- Urbina (2010). *Methodology for the work performance evaluation in the health sector*. Revista Cubana Salud Pública, 36(2).
- Valles M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis. Recuperado de <https://metodologiaecs.files.wordpress.com/2014/11/vallesmiguel-tc3a9cnicas-cualitativas-de-investigac3b3n-social-1999.pdf>

• Recibido: 23/9/2016.

• Aceptado: 22/11/2016.

Grupo de psicoanálisis multifamiliar: clima y experiencia.⁽¹⁾

Multifamily group psychoanalysis: climate and experience.

Florencio Moneo Martín

Médico psicoterapeuta psicoanalítico multifamiliar. AMSA-IMQ. Bilbao.

Resumen: Freud no hizo psicoanálisis multifamiliar. Aportó su concepto de ternura: designa una actitud hacia otro que perpetúa o reproduce el primer modo de relación amorosa del niño. Ferenczi tampoco hizo grupos multifamiliares. Desarrolló su concepto y práctica de la técnica activa, ese conjunto de procedimientos técnicos. El psicoterapeuta no se limita a dar interpretaciones. Badaracco fue el primer autor de Psicoanálisis Multifamiliar. Dijo que durante las primeras etapas del proceso terapéutico, cuando el paciente recibe más de lo no verbal que de lo verbal, más importante es cómo le dice lo que se dice que el contenido mismo: el tono de voz, el sentimiento expresado verbalmente, etc., pues los pacientes psicóticos son muy sensibles a cualquier actitud que pueda sonar a imposición, y una interpretación fuera de lugar o de timing podría provocar un rechazo profundo. El psicoanalista puede sentirse tentado de dar una interpretación porque es acertada, pero no siempre por ser cierta será lo que más ayuda al paciente. Pone el énfasis en el clima emocional, clima de seguridad psicológica que el paciente podrá ir trazando su self. En un ambiente de ansiedad, violencia, exigencia, arbitrariedad, nadie podrá manifestarse espontáneamente. Lo máximo que podrá hacer es identificarse internalizando ese clima enloquecedor y actuarlo hasta que nosotros, desde nuestra función terapéutica, le aportemos como objetos estructurantes, un entorno diferente al enfermante. Se citan las aportaciones de Mitre, Mascaró, Ayerra, López Atienza y Maruottolo que hicieron aportaciones a la teoría desde sus propias observaciones personales. Moneo aporta su experiencia personal como psicoterapeuta y paciente para terminar el artículo señalando unas consideraciones sobre la creación del clima, las aportaciones de los pacientes, el equipo, la Institución y la Formación.

Palabras clave: Psicoanálisis Multifamiliar. Clima emocional. Experiencia. Grupo.

Summary: Freud did not do multifamily psychoanalysis. He contributed his concept of tenderness: designating an attitude towards another which perpetuates or reproduces the child's first loving relationship. Nor did Ferenczi do any multi-family groups. He developed its concept and practice of the active technique, that set of technical procedures. The psychotherapist is not limited to giving interpretations. Badaracco was the first author of Multifamily Psychoanalysis. He said that during the first stages of the therapeutic process, when the patient receives more of the non-verbal than the verbal, it is more important how what is said is said than its content: the tone of voice, the verbally stated feeling, etc. as the psychotic patients are very sensitive to any attitude which could sound like imposition, and a wrong or untimely interpretation could lead to deep rejection. The psychoanalyst may feel tempted to give an interpretation because it is correct, but just because it is true does not necessarily mean that it

will help the patient more. Placing the emphasis on the emotional atmosphere, the atmosphere of psychological security that the patient will be able to trace their self. In an anxious, violent, demanding, arbitrary atmosphere nobody can express themselves spontaneously. The most they will be able to do is identify themselves internalising that maddening atmosphere and act it, until we, from our therapeutic function, provide with a different atmosphere to the one making them ill as structuring objects. Contributions are cited from Mitre, Mascaró, Ayerra, López Atienza and Maruottolo who contributed to the theory from their own personal observations. Moneo provides his personal experience as psychotherapist and patient in order to end the article by setting out some consideration on the creation of the atmosphere, the contributions from the patients, the team, the Institution and the Training.

Key words: Multifamily Psychoanalysis. Emotional Climate. Experience. Group.

1. Definición

El Diccionario de la Lengua Española (2) en la página 346 de su vigésimaprimer edición, en la tercera acepción dice así: **clima:** “ambiente. Conjunto de condiciones de cualquier género que caracterizan una situación o su consecuencia, o de circunstancias que rodean a una persona. CLIMA *intelectual, político*, etc. Por lo tanto, también *clima emocional*.”

2. Lo que dijeron los autores sobre el clima emocional psicoterapéutico

Freud (3,4) no hizo psicoanálisis multifamiliar. Aportó su concepto de ternura: designa una actitud hacia otro que perpetúa o reproduce el primer modo de relación amorosa del niño, en el cual el placer sexual no se da independientemente, sino siempre apoyándose en la satisfacción de las pulsiones de autoconservación, en contrapartida al concepto de sensualidad.

Ferenczi (5) tampoco hizo grupos multifamiliares. Desarrolló su concepto y práctica de la técnica activa, ese conjunto de procedimientos técnicos. El psicoterapeuta no se limita a dar interpretaciones, sino que formula órdenes y prohibiciones referentes a ciertos comportamientos repetitivos del paciente durante la cura y fuera de ella, cuando éstos procuran al sujeto satisfacciones tales que impiden la rememoración y el progreso de la cura.

Badaracco (6,7,8,9,10,11,12,13,14,15) –primer autor de *Psicoanálisis Multifamiliar*– dijo que tenemos que tener cuidado como psicoterapeutas para no caer en la tentación de hacer todo por

los enfermos. Más que sustituirlos seremos garantes y estimulantes de su self, para no correr el riesgo de desposeerlos. Por esta razón, durante las primeras etapas del proceso terapéutico, cuando el paciente recibe más de lo no verbal que de lo verbal, más importante es cómo le dice lo que se dice que el contenido mismo: el tono de voz, el sentimiento expresado verbalmente, etc., pues los pacientes psicóticos son muy sensibles a cualquier actitud que pueda sonar a imposición, y una interpretación fuera de lugar o de timing podría provocar un rechazo profundo. Uno puede sentirse tentado de dar una interpretación porque es acertada, pero no siempre por ser cierta será lo que más ayuda al paciente. En ese sentido es que ponemos tanto énfasis en el llamado clima emocional. Es solamente en el clima de seguridad psicológica que el paciente podrá ir trazando su self. En un ambiente de ansiedad, violencia, exigencia, arbitrariedad, nadie podrá manifestarse espontáneamente. Lo máximo que podrá hacer es identificarse internalizando ese clima enloquecedor y actuarlo hasta que nosotros, desde nuestra función terapéutica, le aportemos como objetos estructurantes, un entorno diferente al enfermante. Si un paciente siente paz podrá empezar a confiar, a contar más con nosotros y con el mismo. Poco a poco el clima enfermante se irá transformando en tranquilizante y se irá incorporando en el aparato psíquico como experiencia enriquecedora y fundamental.

Los pacientes psicóticos buscan el afecto primario, un contacto personal a través de un clima diferente y estructurante de recursos yoyicos, un acompañamiento a ese self débil, con características de presencia real. Esta concepción es



diferente a la basada en la función psicoterapéutica como pantalla de proyección de contenidos inconscientes. En esos momentos, al poner en palabra el significado emocional o vivencial de lo que sucede en su mundo interno, el paciente puede sentir un rechazo de sus necesidades más primarias por parte del terapeuta.

Estos pacientes pueden producir rechazo en algunos médicos y otros miembros del personal. Inconscientemente entran en complicidad con la familia y los descalifican a través de una contraactuación contratransferencial. La función terapéutica que defendemos es rescatar al paciente y rescatarnos como terapeutas de este tipo de conflicto. De lo contrario se detiene el proceso terapéutico.

Mitre (16) sobre el cuidado de los pacientes dice que a medida que comprendía el hilo conductor y el funcionamiento de los GMF observó que la tendencia de los pacientes y sus familiares era la de relatar los acontecimientos traumáticos sin medir las consecuencias. Las historias eran demasiado fuertes e íntimas como para ser expuestas en un grupo grande. Ellos creían que había que decirlo todo para llegar a un proceso de curación. No poseían la perspectiva de proceso. La sensación de seguridad y contención hacía que en los grupos se pusieran en evidencia diversas patologías. Descubrió cómo se arman y se desarman las tramas familiares. Vio cómo los pacientes se recuperan progresivamente. El paciente pasaba de un repliegue autista, un mutismo total, a exclamar sus recriminaciones y quejas. Salían del sometimiento. Razonaban adecuadamente. Sus padres difícilmente lo podían tolerar. Se desarrollaba el camino de la autonomía en presencia de los padres, quienes recibían ayuda de los médicos y otros padres.

3. El clima del medio social

Nuestro GMF lo creo Mascaró(17) –psiquiatra que introdujo el psicoanálisis multifamiliar en España en 1983, acompañado Ayerra (18) y López Atienza, en el Centro de Salud Mental Comunitaria de Uribe kosta, perteneciente a la red pública de los ayuntamientos de la comarca–, ayudado por Maruotolo. Nuestro GMF comenzó su singladura a principios de los años 2000. Está ubicado en el seno del sector extrahospitalario de

un servicio de Psiquiatría Comunitaria –AMSA, Avances Médicos SA–. Atiende a seguros privados. Se relaciona con la red de la sanidad pública –Osakidetza–, los servicios sociales de base públicos –Diputación Foral y los ayuntamientos de 26 municipios– y las asociaciones de profesionales, familiares y usuarios de servicios de salud mental. Atiende en una población (19) de un millón de habitantes situada en el valle del río Nervión: el Gran Bilbao –extensión territorial 371,8 km², densidad de población 2.336,6 habitantes por km²– a 400.000 asegurados. La institución posee más de 15.000 historias abiertas en la actualidad.

3. Clima de nuestro GMF en el último año

El GMF de Bilbao está formado por pacientes en tratamiento en el hospital de día, sus familiares y los psicoterapeutas del equipo de conducción. También acuden pacientes que fueron dados de alta del hospital de día y sus familiares. La asistencia no es obligatoria para los pacientes y sus familias, pero sí es recomendada. El local es una sala rectangular ubicada en uno de los locales del hospital de día, en Bilbao Centro. La cabida máxima es de 50 personas sentadas.

Se reúne todos los lunes del año de 19:30 a 21:00 horas. Con un pregrupo de 19:00 a 19:30 horas y un postgrupo de 21:00 a 21:30 horas.

Se consideran pacientes a las personas que siguen el tratamiento del hospital de día y a sus familiares.

En el último año la asistencia de pacientes ha sido entre 12 y 43 personas. La asistencia de psicoterapeutas fluctúa entre 1 y 10. Psiquiatras, psicólogos, psiquiatras y psicólogos en prácticas.

La sesión del GMF propiamente dicha dura 90 minutos. Podemos dividirla artificialmente en tres fases.

En la primera trabajamos desde los contenidos aportados por los pacientes en sesión del anterior GMF, postgrupo y pregrupo, los emergentes familiares que son las interdependencias recíprocas patológicas, así como las elaboraciones de psicoterapeutas y pacientes emergentes de la situación en el aquí y ahora de la unidad de día y del hospital de día. A continuación el

psicoterapeuta principal hace el trabajo de integración de los elementos parciales y lo lleva a la sesión propiamente dicha del GMF.

En la fase de elaboración del hilo conductor, la segunda, la propiamente dicha fase de trabajo psicoterapéutico psicoanalítico de aparición de las interrelaciones recíprocas, los vínculos patogénicos, el efecto de paralización de la capacidad de pensar y de cambiar a padres e hijos, su desarme y la riqueza de la aportación de los otros padres e hijos. Esta fase se lleva prácticamente el total de la sesión.

Primer ejemplo: un paciente nos cuenta que está sintiendo en propia carne de una manera muy emocional el problema central son su padre que no le vio nunca en sus necesidades de ayuda, bien para los estudios, las relaciones con los amigos, la construcción de sus verdaderas aficiones, la aceptación de sus errores, la ayuda para corregirlos, el cambio del enfado por la tranquilidad, etc. A esta problemática esencial añade que parecidas conductas desplegaron su madre y los hermanos de su familia de origen. Una crisis le llevó a un primer ingreso hospitalario, la imposibilidad de continuar los estudios universitarios, el aislamiento de sus amigos y compañeros de clase, hasta la reclusión en la casa, en la cama, su refugio psíquico. Lo trabajamos en el pregrupo. Luego en la primera parte del GMF el terapeuta principal, después de dar las informaciones administrativas y de testear el estado de ánimo de los presentes le da la palabra y trabaja minuciosamente esa conflictiva, ese déficit, con el paciente. A través de preguntas y respuestas, de sugerencias y expresiones respetuosas del terapeuta principal, el paciente se abre al diálogo y se animan otros padres y madres, de otras familiar a hacer otra pregunta o de comunicar una opinión al hijo. Pero el tono de la voz, la calidad expresiva del lenguaje, el acento, el sentido del humor, la expresión corporal, los gestos de la cara, todas ellas son características de los otros padres siempre diferentes a las preguntas y las opiniones del padre del paciente. De esta manera, el terapeuta principal se desplaza desde una conducción muy directiva a otra más posibilitadora de la participación espontánea de los padres de las otras familias. El dialogo pasa desde terapeuta – hija a terapeuta - padres – madres – hermanos – hermanas - hija.

Segundo ejemplo: una paciente describe en el pregrupo su sufrimiento de naturaleza intolerable. Describe sus obsesiones, sus ideas fijas. Hace tres años fue víctima de la acción violenta de un timador económico. Perdió todos sus ahorros. El caso lo lleva la policía judicial. Se halla a la espera de juicio por parte del juzgado de primera instancia de instrucción correspondiente. El día del robo ella se encontraba en una academia de baile. Aquella institución le expidió un certificado de presencia a instancia de la paciente para entregárselo al juez. Pero no le sirve, no le vale. En realidad, afirma, nada le vale ya. No puede tolerar el sentimiento de desamparo, de falta de ayuda, de soledad cósmica, de impotencia. Su miedo no la deja vivir. La ayuda de la hermana tampoco. Le llama mujer de papel. La ordena que no le cuente ese sentimiento de desamparo porque la va poner la cabeza como un bombo y no puede más. La reprocha su sentimiento de soledad intolerable. La crítica. Exclama: “¡De qué te quejas!” Y añade: “¡Si vives como una reina!” La paciente me confiesa que ve a la hermana muy agobiada con el estrés laboral de su profesión de maestra, el cuidado de los hijos, el sostén al marido que ha perdido el puesto de trabajo porque la empresa cerró bajo los efectos de la crisis económica. Además, la madre ha fallecido recientemente de un cáncer gástrico muy invasivo. El padre está ingresado en una residencia enfermo de un grado avanzado de Enfermedad de Alzheimer. La misma paciente ahora cuida al padre. Forma parte de un sistema de relevos que las hermanas han configurado para asistirle en el acompañamiento al padre todas las tardes de la semana. Al mismo padre que en la infancia le veía tan rígido y lejano que nunca pudo acercarse a él. Sólo mediante la conducta del llanto de una niña, de la paciente niña. Aquel padre se burlaba de la hija. Se reía de ella. Decía en voz alta: “Se aparta de las otras niñas y de las hermanitas. ¡Qué llorona!” Ya en la sesión del GMF la paciente, a través del diálogo avivado por el terapeuta, puede vivenciar otra experiencia de clima familiar, diferente y correctora de la original. Los padres se interesan por sus traumas. La ofrecen opiniones diferentes. La valoran. No se ríen. Se interesan por ella. La escuchan con interés. La hija se asombra gratamente. Vive otro clima familiar a través de la participación de los otros padres, las madres la comprenden la sole-



dad del duelo activo por la ausencia de la madre que ejercía una misión de intermediación entre padre superrígido e hija aterrada de miedo.

Desde el primer minuto de la sesión del GMF trabajamos minuciosamente las características del encuadre: la hora de finalización, la naturaleza psicoterapéutica de la sesión, la confidencialidad, el trato respetuoso hacia los demás que compromete a todos los asistentes, el respeto a las opiniones diferentes del otro, la función de los psicoterapeutas como garantes de la seguridad de la sesión, el tono verbal moderado de las voces de los participantes, la exclusión de las expresiones y objetivos reivindicativos de las sesiones, la exclusión de todo parecido con un programa televisivo de la reality show.

La tercera fase. En ella el psicoterapeuta trabaja el cierre de la sesión a través de los materiales del hilo conductor de la sesión del GMF. Se activa 15 minutos antes de la sesión, de forma natural y espontánea cuando es posible, y algo ajustadamente, si la sesión fue muy profunda e intensa. Pensamos que esta fase es importante para facilitar la elaboración de los duelos, todos patológicos, que los pacientes nos confían para su digestión psíquica saludable.

Los temas actuales –lo manifiesto– del GMF son: traumas que dividieron a los miembros de la familia de cuando la guerra civil española –un familiar muerto en la guerra en combate o fusilado, otro familiar desterrado o hecho prisionero en la postguerra–, emigraciones familiares por motivos económicos, las falsas ideas sobre la crianza de los bebés, la escasa educación sanitaria sobre la relación mama-bebé, secretos heredados de los ancestros, impactos emocionales por pérdida de empleo, por fracasos escolares de los hijos, la violencia familiar, divorcios que dañaron a ambos, malos tratos a los padres, a los hijos, el terrorismo...

Los temas profundos –lo latente– del GMF son las dinámicas familiares clásicas descubiertas, descritas y desarrolladas por los autores del psicoanálisis que han tratado en este tipo de grupo grande a los pacientes y sus familias: distintos momentos de la constitución del psiquismo, pareja, proyecto familiar, embarazo, parto, primer año de la vida de los bebés, desarrollo del grupo

familiar, salida del nido de los hijos, relaciones con los parientes, economía, educación, herencias culturales, migraciones, separaciones, accidentes, enfermedades, duelos patológicos, déficits y conflictos que se generan en ellas.

6. Mi experiencia personal (20,21)

Yo me incluí por primera vez en un grupo multifamiliar en enero de 1997. Actualmente continúo asistiendo a sus sesiones. Voy a describir mi experiencia vivencial de un proceso de más de 18 años que continúa.

El primer día sentí sensaciones contrapuestas: expectación alegre y temor, facilidad para mi ubicación y dificultad para hacerlo, escucha atenta y dificultad para seguir el hilo conductor cuando éste se enredaba como un ovillo desordenado. El sentimiento de fondo era de calma y amabilidad. Aquellos padres hablaban de sus hijos. Describían a seres con problemas. Ellos mismos aceptaban el hecho de haber sido protagonistas de infortunios, poseer desánimos, crispaciones, decepciones, crisis. Algunos lloraban. Todos se emocionaban. Yo, que me encontraba atrapado por las vicisitudes de los encuentros y desencuentro en la relación con mi padre, me sentía un privilegiado. Aquellas sesiones me permitían conocer mis sentimientos hacia los padres diferentes que no tuve. Imaginaba ser partícipe de todas y cada una de aquellas relaciones hijo-padre, reales, existentes en la sociedad, que yo no tuve.

Por aquella época, mi padre había fallecido 10 años antes –en 1987– y mi madre uno –1996–. Aquellos padres me aportaron un nuevo sentimiento: la sensación aliviadora de verme admitido en un espacio de encuentro distinto, desconocido, plural, muy diverso, caracterizado por el ambiente de acogida, de afecto, de respeto profundo, de amistad, impresionantes. Jamás me había sentido así, anteriormente.

Aquellos hijos, padres y abuelos, eran distintos en muchos aspectos, a los padres y abuelos que yo tuve. Nació mi hijo, y la multi me aportó muchas relaciones diferentes con los hijos. Me sentí incluido desde el primer día en aquel grupo –la multi–, como nunca me había sucedido. El clima de aceptación hacia mí me conmocionó. Hubo un antes y un después en mi vida.

Aquel año 1997 yo crecí en mis sentimientos, en mis confusiones, en mis escuchas, en la percepción de mis problemas más significativos: la rivalidad con mis iguales, el rechazo hacia aquellos que me superaban en esta o aquella habilidad, mi pasividad en la tarea de la escritura y la lectura, mi inhibición en el trato interpersonal a desarrollar con mínima exigencia, mis dificultades para un uso del lenguaje más dulce y menos apasionado, lo infundado de mis miedos a lo desconocido. Yo venía de una constelación compleja familiar de mi familia de origen. Exceso de dependencia de mi madre, enfrentamiento y contradependencia de mi padre, rivalidad con mi hermana, 3 años menos de edad que yo, hermana atrapada en un rechazo hacia mí desde la adolescencia. Padre agresivo verbalmente. Madre seductora verbalmente también. Todos, en aquella familia de origen mía, nos encontrábamos atrapados en una red compleja de desencuentros, luchas intestinas, cambios en las alianzas motivados para el rechazo, la crisis, la discordia, el desaire y la descalificación. Siempre había dos bandos. Los hijos contra los padres. Los padres contra los hijos. Hermano contra hermana. Hermana contra hermano. Esposo contra esposa. Esposa contra esposo. Padre e hija contra madre e hijo. Madre e hijo contra padre e hija. Madre e hijo contra padre e hijo. Padre e hijo contra madre e hija. Padre contra madre, hija e hijo. Madre, hija e hijo contra padre. Madre contra padre, hija e hijo. Padre, hija e hijo contra madre. Hija contra padre, madre e hijo. Padre, madre e hijo contra hija. Hijo contra padre, madre e hija. Padre, madre e hijo contra hijo. Todos contra todos. Cada miembro del grupo familiar en guerra contra sí mismo. 26 constelaciones vinculares muy complejas atrapando a las personas de este reducido grupo familiar. Era demasiado. También, es cierto, coexistieron con ellas, otras 26 constelaciones vinculares promotoras, creadoras, sostenedoras de vínculos constructivos, sanos, de solidaridad, amistad, ayuda económica, apoyo cultural, intercambio, conocimiento, acompañamiento, amor, fidelidad, lealtad, responsabilidad intensas. No, no lo hicieron tan mal. Aquella generación de padres con muy poquito hizo mucho por sus hijos.

Para mí la multi supuso el cambio desde un mini-grupo a un grupo grande. El ambiente de trabajo, el respeto, el silencio, la afabilidad, la posibilidad de poder hablar de todo, lo noté. Lo sigo notando. Es un sueño que en cada sesión hago realidad. Hablan, hablo, escuchamos todo tipo de problemas interpersonales, compartiendo una visión positiva y un esfuerzo mental dirigido al cambio de los reclamos, los reproches, los rechazos, los significados de los sucesos familiares. Un esfuerzo grupal para generar sentimientos de familiaridad y producir pensamiento propio. Un esfuerzo y compromiso personal en el sostén del clima acogedor a todos los participantes.

Personalmente me siento muy agradecido a estas personas, a sus presencias e intervenciones. Sigo aprendiendo mucho de ellos. Les doy las gracias. Me siento eternamente en deuda con la multi. Yo intento aportar lo mejor de mí al desarrollo y crecimiento de la multi.

7. Conclusiones

1. El clima emocional psicoterapéutico requiere de un trabajo continuado por parte de los psicoterapeutas para su detallada construcción y sostenimiento. No se hace solo.
2. Los psicoterapeutas conductores del Grupo Multifamiliar conscientemente elaboran durante la primera parte de la sesión el clima emocional. Pare ello las reuniones de pregrupo y postgrupo de cada sesión forman parte del trabajo de clima.
3. Los pacientes hacen aportaciones enriquecedoras en los espacios pre y post sesión del GMF.
4. El contexto de la institución –Servicio extrahospitalario hospital de día– facilita la asistencia al GMF de los nuevos pacientes.
5. Nuestra manera de trabajar en salud mental, psiquiatría y psicoterapia facilita a los psicoterapeutas psicoanalíticos en formación su inclusión espontánea y voluntaria en la experiencia de clima emocional del GMF.



Contacto

Florencio Moneo Martín

AMSA IMQ • Calle Heros nº 28, 1º • 48009 Bilbao

fmoneo@avancesmedicos.es • florencio@moneo.e.telefonica.net

8. Bibliografía

1. Una versión anterior se leyó en calidad de ponencia en las II Jornadas Europeas de Grupo Multifamiliar que bajo el lema: “¿Cómo cura el grupo de psicoanálisis?” Se celebraron en Bilbao el mes de noviembre de 2015.
2. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española 21ª edición. Madrid: RAE Ed. 1992.
3. Freud S. Obras Completas. IX tomos. Madrid: Biblioteca Nueva; 1974.
4. Freud S. Obras Completas. XXII tomos. Buenos Aires: Amorrortu. 1979.
5. Ferenczi S. Obras Completas. IV tomos. Madrid: Espasa Calpe; 1980.
6. García Badaracco JE. Diario de una esquizofrenia. Buenos Aires: FCE; 1982.
7. Gracia Badaracco JE. La Comunidad terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar. Madrid: Tecnipublicaciones: 1989.
8. García Badaracco JE. La comunità terapeutica psicoanalítica di struttura multifamiliare. Milano: FrancoAngeli; 2007.
9. García Badaracco JE. Psicoanálisis Multifamiliar. Barcelona: Paidós; 2000.
10. García Badaracco JE. Psychanalyse Multifamiliale. Paris: Editions en Press; 2003.
11. García Badaracco JE. Psicoanálisis Multifamiliar. Milano: Bollati Boringhieri; 2004.
12. García Badaracco JE, Narraci A. La Psicoanálisis Multifamiliare in Italia. Torino: Antigone Ed; 2011.
13. García Badaracco JE. Demonios de la mente. Buenos Aires: Lugar Ed; 2005.
14. Cook-Darzens S. Thérapies multifamiliales. Paris: Érès; 2007.
15. Moneo F. Boletín APAG. 2000 Feb 1.
16. Mitre ME. Buenos Aires: Lugar Ed; 1990.
17. Mascaró N. La psicoterapia institucional. Avances en Salud Mental Relacional.
18. Ayerra JM. El Grupo Multifamiliar y lo social. Boletín APAG: 1990.
19. Eustat. Población de la Comunidad Autónoma de Euskadi. URL: www.eustat.eus/estadisticas/tema_159/opt_o/temas.html#axzz455JaO2Ht
20. Moneo F. Tesis de fin de curso de Psicoanálisis Multifamiliar. Instituto de Salud Mental. Buenos Aires: Instituto Universitario de Salud Mental. En prensa.
21. Moneo F. Psicoanálisis Multifamiliar. El grupo de Bilbao. En prensa.

• Recibido: 7/4/2016.

• Aceptado: 22/8/2016.

El libre albedrío y la responsabilidad: implicaciones en el campo de la salud mental.

Free will and responsibility: implications in the mental health field.

Fernando Santander

Psiquiatra. Red de Salud Mental de Álava.

El 10 de junio de 2016, en el contexto de las VII Jornadas de la Red de Salud Mental de Bizkaia, realizamos una mesa-debate sobre las implicaciones en el campo de la salud mental del libre albedrío y la responsabilidad. Los ponentes fueron Xabier Etxeberria, catedrático emérito de ética de la Universidad de Deusto y Pablo Malo, psiquiatra de la RSMB. Publicamos aquí sus enjundiosas e interesantes contribuciones.

El concepto del libre albedrío es uno de los grandes temas que ha preocupado a filósofos, teólogos y pensadores a lo largo de la historia. Aunque ya en el s. V (a.c.) Platón y Aristóteles reconocieron la voluntad humana como fundamento de la responsabilidad, será Agustín de Hipona (s. IV) quien conceptualice el libre albedrío como la libertad de elección o libertad de la voluntad humana. Desde entonces ha sido un tema recurrente en la teología cristiana: ¿cómo conciliar el libre albedrío del ser humano con la omnisciencia y omnipotencia divinas? Posteriormente también se ocuparían del tema pensadores como Descartes, Spinoza, Hume, Hobbes, Kant, Schopenhauer, Nietzsche, Mill, Freud y otros muchos.

Desde la ciencia moderna, se ha planteado la cuestión del determinismo como contrapuesto al libre albedrío: si, según las leyes universales de la naturaleza, todo suceso es unívocamente determinado por sus antecedentes causales ¿cómo pensar que algunas de las elecciones de los hombres puedan ser libres? Por otro lado,

desde la filosofía analítica anglosajona, intentando acotar este complejo terreno, se plantea: libre albedrío significa únicamente ausencia de coacción. El tema no está agotado ni resuelto, obviamente.

El libre albedrío, la libertad de decisión humana, la responsabilidad... son cuestiones que tienen capital importancia en nuestro quehacer asistencial cotidiano. Desde el campo de la ética asistencial se considera la *autonomía* como uno de sus cuatro principios de referencia (junto con la *beneficencia*, la *no-maleficencia* y la *justicia-equidad*). El reconocimiento de la capacidad autónoma de gestión de uno mismo es lo que fundamenta el *consentimiento informado* y casi todas las cuestiones y problemas que se plantean en la actual ética asistencial. Cabe aquí recordar, esquemáticamente, los criterios que plantearon hace casi dos décadas Paul Appelbaum y Thomas Grisso para valorar la capacidad para tomar decisiones: comprensión y apreciación global de aquello sobre lo que se ha de decidir, manejo racional de la información y capacidad de comunicar una decisión (estable).

La ausencia o limitación de esa autonomía serían los únicos puntos de apoyo para poner en entredicho la *capacidad* de decisión sobre los propios actos o los actos de otros.

La "libertad absoluta" del sujeto sobre sus actos podría entrar en la categoría de mito al considerar



que el ser humano puede aspirar a la libertad omnisciente y omnipotente (pleno conocimiento, plena capacidad) que es atribuida a los dioses.

Tras muchos de los estudios de la neurociencia actual parece innegable que hemos de asumir que los seres humanos tenemos una frágil y condicionada libertad de decisión (algo que ya fue esbozado por Freud). Desde este presupuesto podemos plantear que el libre albedrío, en esencia, consiste en la capacidad de elegir, incluso en oposición con las propias preferencias (o

deseos); ¿cómo, si no, podríamos hablar de responsabilidad sobre los propios actos? o ¿desde dónde podríamos plantear la legitimidad de las intervenciones contra la voluntad (psíquicamente afectada) del sujeto?

Tal vez sea que, en tanto seres sociales que somos, sea una ilusión o no, no tenemos otra opción que actuar como si existiese el libre albedrío.

Contacto

Fernando Santander • nantander@gmail.com

- Recibido: 3/8/2016.
- Aceptado: 27/11/2016.

La creencia en el libre albedrío y su influencia en Psiquiatría.

The belief in free will and its influence in Psychiatry.

Pablo Malo Ocejo

Psiquiatra. Centro de Salud Mental Bombero Etxaniz, Bilbao.
(Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza).

Resumen: En el artículo se argumenta que la creencia en que tenemos libre albedrío, que la voluntad es libre, tiene muchos problemas científicos y filosóficos y se detallan algunos. También se señala que sostener esa creencia tiene una repercusión negativa para la atención a los pacientes mentales.

Palabras clave: libre albedrío, voluntad, libertad, inconsciente, autocontrol, suerte, justicia.

Summary: The belief in free will has a lot of philosophical and scientific problems and some of them are addressed in the article. In addition to it, the author claims that this belief is harmful for the understanding and treatment of mental disorders.

Key words: free will, freedom, inconsciuous, self-control, luck, justice.

En modo alguno creo en el libre albedrío en sentido filosófico. Todo el mundo actúa no solo bajo compulsión externa sino también de acuerdo a una necesidad interna. Lo que Schopenhauer decía “un hombre puede hacer lo que desee pero no puede desear lo que quiera” ha sido para mí una verdadera inspiración desde mi juventud, un consuelo constante frente a las dificultades de mi vida tanto como la de los otros, ha sido una fuente incalculable de tolerancia.

Albert Einstein

Antes de entrar en materia creo que conviene hacer una mínima justificación de por qué este milenario problema filosófico tiene interés para la Psiquiatría. Existe un discurso ampliamente aceptado, tanto en Psiquiatría como en el Derecho, la que podemos considerar la hipótesis por defecto, que plantea que los seres humanos somos libres pero que en determinadas circunstancias perdemos esa libertad (1). Las enfermedades mentales, desde este enfoque,

son reconocidas como enfermedades de la libertad, especialmente las psicosis porque ocurre en ellas una distorsión de la realidad. Sin embargo, este discurso ha sido fuertemente cuestionado por los descubrimientos en neurociencia en los últimos años (2,3) y también por poderosos planteamientos filosóficos (4,5).

En este artículo yo voy a defender que ni los pacientes ni los terapeutas (psiquiatras o psicólogos) somos libres y que nuestra creencia en el libre albedrío influye en la forma en que entendemos y tratamos las enfermedades mentales. Mi postura es que creer en el libre albedrío es erróneo y tiene inconvenientes sociales e individuales y que no creer en el libre albedrío tendría ventajas a nivel social y también en la concepción y tratamiento de las enfermedades mentales.

La definición de *libre albedrío* que voy a usar es *la capacidad de poder hacer otra cosa* (dado un estado del mundo determinado). Se le llama



en filosofía la definición contrafactual. Para la mayoría de autores, una voluntad libre implica también: 1) que hablamos de *un poder racional*, es decir que el sujeto usa la razón para valorar un curso de acción y decide racionalmente. Si alguien decide sin razones se supone que no es una elección libre. Habitualmente, se acepta que los animales no tienen libre albedrío porque no son racionales; y 2) una voluntad libre implica control, si las cosas ocurren por razones sobre las que yo no tengo *control*, no son mis actos y no se me puede pedir responsabilidad.

El libre albedrío está muy unido a la responsabilidad moral. De hecho existe otra definición de libre albedrío que dice que el libre albedrío es el poder que tiene un agente moral por el que se le puede considerar digno de alabanza o castigo, es decir, responsable moral. Los sistemas judiciales de todos los países del mundo se basan en la creencia en el libre albedrío, se considera que la persona que ha actuado mal o ha cometido un delito podía haber hecho otra cosa, y por lo tanto es responsable de sus acciones

Antes de seguir, una matización, porque toda definición es imperfecta. Se ha discutido en filosofía si realmente la posibilidad de poder hacer otra cosa es necesaria para la existencia del libre albedrío. En concreto, el filósofo Harry Frankfurt (6) ha presentado unos casos hipotéticos a modo de experimento mental en los que defiende que disponer de alternativas no es necesario para considerar que una persona tiene libre albedrío y que es responsable. Estos casos siguen el siguiente esquema: Un científico malo, Jack, le ha puesto a una persona, Jones, un chip en el cerebro de manera que cuando Jones va a tomar una decisión, pongamos votar demócrata o republicano, el chip puede detectar lo que va a hacer. Entonces, si Jones quiere votar demócrata le deja continuar pero si quiere votar republicano el chip cambia la acción de Jones y le haría votar demócrata. En este escenario, supongamos que Jones quiere realmente votar demócrata. Aunque no puede hacer otra cosa porque el chip no le permitiría la otra alternativa, Frankfurt plantea que Jones es responsable de su acto.

Estos ejemplos de Frankfurt son en realidad variaciones de un ejemplo anterior de John Locke, que es el caso del *hombre en la habitación*. Loc-

ke pone el ejemplo de un hombre que es sedado y llevado a una habitación. El hombre se despierta y no sabe que la puerta de la habitación está cerrada. A pesar de ello, el hombre desea continuar en la habitación por sus propias razones. Para Locke el hombre sería responsable de su decisión, aunque en realidad no podría haber hecho otra cosa. Lo que hace Frankfurt en sus ejemplos es pasar la limitación o coerción situada en el mundo exterior (la puerta cerrada) al mundo interior (un chip en el cerebro).

Creo que las personas escépticas del libre albedrío podemos rebatir de una manera bastante contundente estos ejemplos porque el problema de la libertad es anterior a que la puerta esté abierta o cerrada o el chip entre en acción o no. Lo que tenemos que preguntarnos es por el origen de la decisión inicial del hombre de quedarse en la habitación o de votar demócrata. La intuición de los escépticos del libre albedrío es que si seguimos la historia causal de esa decisión de estar en la habitación siempre nos va a remitir a causas de esa acción que no están bajo el control de la persona y por lo tanto esa decisión (independientemente de chips y puertas) no es libre. Veremos esto a continuación.

A pesar de que no voy a tratar el tema de una manera filosófica, sino más bien desde la fenomenología psicológica y psiquiátrica creo que conviene resumir brevemente las principales posiciones filosóficas ante el problema del libre albedrío. El tema es muy complejo y hay casi tantas posturas como filósofos, los tres grandes grupos serían:

1. Libertarios: creen que las leyes del Universo no son deterministas (no reconocen el determinismo causal que implica que toda causa tiene una causa previa y así hasta el origen del Universo) y que tenemos libre albedrío.
2. Compatibilistas: reconocen que el determinismo causal es cierto (o puede serlo) pero creen que el libre albedrío es compatible con un Universo donde las leyes son deterministas.
3. Escépticos del libre albedrío o incompatibilistas duros [Pereboom (5)]: son los que creen que no existe el libre albedrío. Consideran que las leyes del universo son deterministas y que el determinismo es incompatible con el libre

albedrío. Tanto los libertarios como los escépticos del libre albedrío son incompatibilistas, es decir creen que determinismo y libre albedrío no pueden existir a la vez. La diferencia es que los libertarios creen que lo que no existe es el determinismo mientras que los escépticos del libre albedrío creen que lo que no existe es el libre albedrío.

Según encuestas, la mayoría de la gente de la calle en todo el mundo piensa a) que nuestro universo es indeterminista y b) que la responsabilidad moral no es compatible con el determinismo (7). Por el contrario, la postura mayoritaria entre los filósofos es el compatibilismo. Según el estudio de Bourget y Chambers (8) el 59,1% son compatibilistas, 13,7% libertarios, 12,2% no creen en el libre albedrío y 14,9% quedarían en la categoría “otros”.

Decía Borges que el futuro es un jardín de caminos que se bifurcan. Esa es la intuición que todos tenemos, que en muchos puntos de nuestra vida llegamos a bifurcaciones donde podemos elegir un camino u otro, que reflexionamos y, tras esa reflexión, de una manera racional optamos. A partir de este punto voy a intentar convencer al lector de que esas bifurcaciones que vemos tan claras son en realidad, ilusorias, que no existen más que en nuestra imaginación, y que el hecho de que podamos imaginar opciones no quiere decir que realmente las tengamos a nuestro alcance. Sé que dicho así el lector va a pensar que mi objetivo es imposible y que estoy fuera de la realidad pero espero que, si tiene la paciencia de seguir conmigo, no llegue al final con la misma certeza de que estoy equivocado de la que tiene ahora. Por todas estas razones que ahora voy a analizar creo que no es posible sostener la idea de que la voluntad es libre. Al final plantearé los inconvenientes de la creencia en el libre albedrío para la sociedad y para la Psiquiatría.

1. Origen y control de nuestras acciones

“Las decisiones de la mente no son nada salvo deseos, que varían según varias disposiciones puntuales”.

“No hay en la mente un absoluto libre albedrío, pero la mente es determinada por el desear esto o aquello, por una causa determinada a su vez por otra causa, y ésta a su vez por otra causa, y así hasta el infinito.”

Baruch Spinoza

Los seres humanos no elegimos cosas tan importantes como nuestra inteligencia, nuestra orientación sexual, nuestros pensamientos, nuestros deseos, nuestras creencias, nuestra personalidad, nuestras emociones (de quién nos enamoramos, p.ej.), etc. Dado que a la hora de elegir elegimos en base a nuestras creencias, deseos, preferencias, carácter, etc., es evidente que no se nos puede pedir responsabilidad por actuar con facultades que no hemos elegido nosotros y de las que no hemos tenido el control. Esto en terminología del filósofo Bernard Williams se llama constitutive luck (9). Básicamente que no somos responsables de ser lo que somos.

Quiero hacer hincapié en dos de las cosas que he dicho que no elegimos porque son bastante contrarias al sentido común (el lector interesado puede estudiar el tema en más profundidad en 4). Una de ellas es que no elegimos nuestros deseos, nuestras preferencias, las cosas que nos gustan. Cuando yo como cerezas porque me gustan más que las naranjas yo no he decidido racionalmente que me gustaran las cerezas y no las naranjas. Recordad que en la definición de libre albedrío he dicho que era un poder racional. Yo no me encuentro en ningún momento en una bifurcación en la que racionalmente elijo entre que me guste Honky tonk women o me guste La Macarena. Hay una música o una fruta que me gusta y eso no es en ningún momento una elección racional. De igual manera, yo no decido de quién me enamoro. Para verlo más claro fijaos en que los niños pequeños, de meses incluso, tienen preferencias y les gusta más una comida que otra y no son todavía capaces de elegir racionalmente. Lo mismo ocurre con los animales. Si le doy a elegir a mi perra entre un trozo de carne o una manzana es claro que tiene preferencias.

Vamos ahora con algo mucho más interesante: no elegimos nuestras creencias. Imaginemos que yo me enfrento por primera vez a la homeopatía, no sé nada de ella y quiero saber qué es, en qué consiste, es decir, conocerla y por lo tanto forjarme una creencia acerca de ella. Entonces me pongo a leer y me voy enterando de que dice que si diluimos un supuesto medicamento va ganando en potencia, que en cierto momento no queda ni una molécula del producto original pero que el agua tiene el recuerdo de la sustancia que estuvo en contacto con ella, etc. Dada mi naturaleza



escéptica y mis conocimientos de medicina y de física (tampoco muchos), automáticamente se va formando en mí la idea de que eso no tiene ni pies de cabeza y que no hay un mecanismo científico conocido que pueda sustentar las afirmaciones de la homeopatía. Si lo que dice la homeopatía es cierto se merecen varios premios Nobel, los de Medicina, Física y Química, por lo menos. Entonces, si analizamos fenomenológicamente lo que ocurre en mi mente cuando estoy formando una creencia acerca de la homeopatía es que en ningún momento se produce una bifurcación en la que tengo dos opciones: 1) creer que la homeopatía es un tratamiento con base científica 2) creer que la homeopatía no es un tratamiento con base científica, y que entonces con mi voluntad libre elijo una u otra. En mi mente sólo hay una posibilidad, yo sólo puedo pensar que la homeopatía no tiene base científica.

Cuando formo una creencia yo trato de encontrar la verdad sobre el estado del mundo en ese momento. Lo que hago se parece más a una percepción que a otra cosa. Es como si veo que el cielo es azul, yo no puedo elegir entre verlo azul o verlo verde. Con la homeopatía me ocurre lo mismo: yo no elijo entre creer que tiene base científica y creer que no. Para mí el cielo es azul y la homeopatía no es más que efecto placebo.

Pero esto que estoy comentando vale para todas las creencias. Si intento saber la verdad acerca de la existencia de Dios vuelve a ocurrir lo mismo. No tengo la opción de creer en Dios o no creer y entonces decido, con mi voluntad libre, que voy a creer. Y si hablamos de ser de derechas o de izquierdas, o nacionalista o no-nacionalista, etc., ocurre exactamente lo mismo. Si el lector cree que no tengo razón y cree que él sí puede elegir sus creencias, le desafío a que cambie sus creencias con su voluntad, a que elija otra cosa. Si por ejemplo es creyente, le desafío a que cambie sus creencias y se convierta en ateo; o si es de izquierdas le desafío a que cambie sus creencias y pase a tener las creencias de la derecha... Sencillamente no se puede. Bifurcaciones ilusorias.

Así que estamos muy orgullosos de nuestra ideas y vamos por ahí presumiendo de nuestras creencias pero presumir de nuestras creencias es como presumir de nuestra altura o del color

de nuestros ojos y discriminar a los demás por sus ideas tiene la misma lógica que hacerlo por el color de su piel o por su sexo, es decir, por algo que no está bajo su control.

Así que resumo el punto principal de este apartado: si mis acciones se deben a mi carácter, motivaciones, deseos, preferencias y creencias y yo no he elegido nada de todo ello, ¿cómo puedo decir que soy libre y responsable de mis actos? Imaginaos que en vez de ser la naturaleza la que me ha otorgado mi carácter, mi inteligencia, mis creencias, etc., hubiera sido un científico loco quien hubiera programado todas esas cosas, como ocurre con los replicantes en la película *Blade Runner*. Programa todas esas facultades en mi mente y me suelta en el mundo. Si yo actúo según una programación sea artificial o natural que yo no he elegido ¿se puede decir que soy libre? A mi modo de ver, no. En cualquier caso, creo que la respuesta que demos para esos androides replicantes vale para nosotros.

2. La existencia del inconsciente

“Los Hombres se creen libres porque ellos son conscientes de sus voluntades y deseos, pero son ignorantes de las causas por las cuales ellos son llevados al deseo y a la esperanza.”

Baruch Spinoza

Si nuestros actos se deben en una medida mayor de la que creemos a razones que no conocemos, a factores inconscientes que no controlamos, esto mina las condiciones de racionalidad y de control que forman parte del concepto de libre albedrío. Sólo voy a dar un dato: se calcula que el cerebro humano maneja 11 millones de bits de información por segundo y que de esos 11 millones sólo 16-50 bits de información son conscientes. Creo que el dato es lo suficientemente elocuente. Hay toda una literatura en psicología sobre el *implicit bias* y la que se llama *situacional* (10) en la que se ve que por ejemplo los jueces dictan condenas más leves a personas guapas y a mujeres o que no dan libertad condicional antes de la comida y la dan en un 60 por ciento después de comer, con el estómago lleno (11). Los jueces creen que están decidiendo en base a los datos del expediente pero está influyendo un factor, que ellos desconocen y no controlan, y están decidiendo influidos por esos factores incons-

cientes. Hay miles de ejemplos de estos sesgos y no abundaré en ellos, creo que mi punto está suficientemente argumentado.

3. La suerte. La hipótesis del mundo justo

La suerte es un factor del que nuestra cultura no quiere hablar. Existe la llamada “*hipótesis del mundo justo*” (para una revisión ver 12) que plantea que el mundo es justo y que a la gente buena le pasan cosas buenas y a la gente mala le pasan cosas malas. Y que si te pasa algo malo pues será porque algo malo habrás hecho. Es la filosofía del “si quieres puedes”, de que todo el mundo puede llegar a presidente de Estados Unidos y de que si te esfuerzas triunfas, y si eres pobre es porque eres un vago. Evidentemente esto es absolutamente falso. Es verdad que la gente que triunfa se ha esforzado pero también lo es que la mayoría de los que se esfuerzan, no triunfan. Pero no podemos dar ese mensaje a la gente porque cundiría el pánico. No podemos decir a la gente que la pobreza se hereda, que tus ingresos y riqueza dependerán del país del mundo en el que hayas nacido y de la clase social en la que hayas nacido.

Hay estudios que demuestran que existe una relación entre ambientes pobres e inestables y la delincuencia (13). La precariedad da lugar a estrategias vitales cortoplacistas: conductas antisociales, experiencias sexuales tempranas, consumo de drogas, más promiscuidad sexual y menos inversión parental, y mortalidad temprana. La pobreza da lugar a impulsividad, falta de autocontrol y delincuencia pero también a una alteración del desarrollo del cerebro y de sus funciones cognitivas que algunos han estimado equivalente a una pérdida de 13 puntos en el Cociente Intelectual (14).

4. Auto-control

Puedo hacer lo que deseo: Si puedo, si lo deseo, dar todo lo que tengo a los pobres y por lo tanto hacerme pobre yo mismo – si lo deseo. Pero yo no puedo desear esto, porque los motivos opuestos tienen demasiado poder sobre mí para poder hacerlo.

Por otro lado, si tuviera un carácter distinto, al extremo de que yo fuera un santo, podría desearlo. Pero entonces no podría dejar de desearlo por lo que tendría que hacerlo... tampoco como una bola en una mesa de billar no se puede mover

antes de recibir un impacto, tampoco puede un hombre levantarse de su silla antes de ser jalado o impulsado por un motivo. Pero el pararse es tan necesario e inevitable como el rodar de una bola después del golpe. Y esperar que alguien haga algo a lo que absolutamente ningún interés lo impulsa...

Es lo mismo que esperar que un trozo de madera se mueva hacia mí sin ser jalado por una cuerda...

Schopenhauer

Quiero tocar este punto porque para muchos autores (el eminente psicólogo Roy Baumeister, por ejemplo, (15) libre albedrío es equivalente a autocontrol o “fuerza de voluntad”. Los animales actúan por instinto, hacen sus necesidades sin ninguna reflexión, o sin tener en cuenta otras consideraciones, pero nosotros no, nosotros controlamos nuestros instintos. En mi opinión, lo que llamamos *auto-control es en realidad hetero-control* y es muy dudoso que implique libertad. Cuando yo no hago algo que quiero hacer y aplico un veto (algunos llaman *free won't* a esta capacidad de veto que supuestamente implica libertad) nunca lo hago desde una voluntad libre sino que lo hago por fuerzas y razones que actúan sobre esa libertad como contrapeso, inclinándola a frenar una acción que quería realizar en primera instancia. Por ejemplo, si no me como un trozo de tarta de chocolate porque tengo miedo a engordar y a que mi novia me deje o a que la gente se ría de mí y me llame gordo, no creo que a eso se le pueda llamar libertad. Si no robo un reloj por miedo a ir a la cárcel o si no le robo 50 euros a mi abuela por miedo a lo mal que me voy a sentir luego y a los dolorosos sentimientos de culpa que me asaltarán, tampoco creo que eso sea la actuación de una voluntad no determinada por nada. En estos casos la voluntad no es libre sino que actúa por unas razones que muchas veces son los intereses de los demás más que los míos. Sin embargo, consideramos habitualmente que mi verdadero yo es el que se pliega ante lo aceptado como “bueno o moral”. Un ejemplo: hace calor y me gustaría ir al trabajo en pantalón corto y chanclas. Pero como eso no está aceptado voy con traje y corbata. En teoría, estoy ejerciendo mi autocontrol y mi voluntad libre. Según mi visión estoy siendo hetero-controlado por los intereses del grupo y es muy dudoso llamar a eso libertad.

En moral siempre lo bueno es lo que beneficia al grupo. Si existe la moral es porque somos criaturas



sociales, no existe ninguna necesidad de moral en seres no sociales porque no existe el daño al otro. La moral son, simplificando mucho, las normas de tráfico para vivir en sociedad. Podríamos decir que la moral es una aplicación que el grupo instala en nuestro polo prefrontal para que nos sujetemos a los intereses del grupo y no trastornemos la convivencia social. Los psicópatas serían, según esta visión, personas que no tienen esta aplicación instalada en su polo frontal. Voy a poner para cerrar este apartado lo que le dice un psicópata a Kevin Dutton, autor del libro *The Wisdom of Psychopaths* (16). Dutton se dedicó a entrevistar a psicópatas encarcelados y uno de ellos le hace esta inquietante pregunta:

“No dejes que te engañe tu cerebro, Kev, con todos esos exámenes que no te dejan ver la realidad. Solo hay una diferencia entre tú y yo: Yo lo quiero y voy a por ello, tú lo quieres y no vas a por ello. Estás asustado Kev, tienes miedo. Tienes miedo de todo, lo veo en tus ojos. Miedo de las consecuencias. Miedo de que te cojan. Miedo de lo que pensarán. Miedo de lo que te harán cuando vengan a llamar a tu puerta. Tienes miedo de mí. Mírate. Tienes razón, tú estás fuera y yo estoy aquí dentro. Pero... ¿quién es libre, Kev? Libre de verdad, quiero decir. ¿Tú o yo? Piensa en ello esta noche. ¿Dónde están los barrotos de verdad Kev? ¿Ahí afuera? (señala la ventana). ¿O aquí dentro?” (y se toca la sien)”

5. Dualismo

El cuadro que emerge del análisis científico no es el de un cuerpo con una persona dentro, sino el de un cuerpo que es una persona.

BF Skinner

Crear en el libre albedrío implica seguir manteniendo un dualismo, es seguir creyendo que hay algo “espiritual” “mental”, etc., que está al margen del cuerpo. Todo tiene causas previas pero si creemos en el libre albedrío pensamos que hay algo que no es afectado por genes, ambiente y azar; algo que está ahí “flotando” valorando todo fría y racionalmente y decidiendo al margen de la historia causal previa que tienen los actos. Esto es científicamente imposible, la neurociencia no ha encontrado ningún homúnculo en el cerebro, ningún núcleo que no esté conectado con todos

los demás y que por lo tanto no se vea influido por todas las causas previas.

6. Meseta moral, diferencias y limitaciones psicológicas

Creer que tenemos libre albedrío es juzgar a todas las personas por igual. Es creer que a partir de cierta edad todos alcanzamos un grado de desarrollo moral en el que somos iguales, es decir, subimos a una meseta moral (es un concepto de Bruce Waller, ver 17) donde todos tenemos las mismas capacidades de hacer lo moralmente correcto. La realidad es que no todos tenemos las mismas capacidades y condiciones que sabemos que influyen en la conducta moral como el auto-control o “fuerza de voluntad”, control de impulsos, intensidad del deseo sexual, etc. Esto no se hace en otras esferas de la vida. Si Ronaldo mete 50 goles o Usain Bolt corre los 100m en menos de 10´ no pensamos que todos lo podemos hacer. Pero si yo no robo me creo que alguien nacido en una zona urbana degradada, hijo de unos padres traficantes y drogadictos, también puede no robar.

Existen datos para pensar que existe un cerebro moral o, por lo menos, que muchas cualidades que tienen que ver con nuestra capacidad moral (control de impulsos, disposición al riesgo, gusto por la novedad, fuerza de voluntad o capacidad de esfuerzo, etc.) pueden variar de forma natural y por lo tanto dar lugar a capacidades morales que no son iguales en todas las personas. Esto lo podemos demostrar en casos extremos. Es un clásico el caso de Phineas Gage que tras sufrir un accidente que afectó a su polo prefrontal cambió de ser una persona formal y cumplidora a ser un informal incapaz de mantener un trabajo. Antonio Damasio (18) ha estudiado casos de personas con tumores o accidentes cerebrovasculares en la región ventromedial del polo prefrontal y se puede apreciar en ellos que aunque la inteligencia es normal y no se ve afectada, su conducta se psicopatiza: juego patológico, inconstancia en el trabajo, violaciones de normas, incapacidad de asumir sus responsabilidades como padres o maridos, la mayoría se divorcian, pierden el trabajo, etc. Si esto ocurre por alteraciones posteriores al nacimiento es lógico pensar que esas mismas variaciones pueden venir implementadas de “fábrica” y que lo mismo que hay una variación en la

altura también la hay en la capacidad de cumplir las normas sociales.

7. La evolución

Aunque nos resulte profundamente antipático, la teoría de la evolución nos dice que somos vehículos diseñados por nuestros genes para hacer copias de sí mismos. El cerebro lo crean los genes para hacer copias de sí mismos. El cerebro no es libre, no es una tabla rasa y nacemos con una serie de reglas, programas, y algoritmos implementados. No voy a extenderme porque el tema es vastísimo pero voy a poner un ejemplo simple: nosotros no elegimos querer vivir, la decisión de querer vivir no es fruto de una decisión razonada y libre. Existe el llamado sesgo optimista (19), como todo ser vivo queremos vivir y eso no es una decisión racional. Otro ejemplo: las chicas quieren estar delgadas, aparentar juventud, una cintura estrecha... Todo ello son signos de fertilidad y es precisamente lo que atrae a los hombres. Ellas dirán que quieren estar delgadas porque se les ha ocurrido a ellas pero qué casualidad que sea lo que los genes de una mujer necesitan que haga esa mujer para hacer más copias de sí mismos. Y a las chicas les gustan los chicos fuertes, listos y guapos. Y esto también indica buenos genes y un individuo del otro sexo con el que es buena idea intercambiar genes porque tiene las condiciones necesarias para que sus hijos sobrevivan mejor y se reproduzcan.. De nuevo qué casualidad que les guste lo que sus genes precisan... En todas las culturas el grupo más violento de la población son los hombres jóvenes, nunca las mujeres postmenopáusicas... es decir, hay leyes biológicas que determinan nuestros deseos y las cosas que podemos incluso pensar o no pensar. Somos marionetas manejadas por los genes (y por el ambiente, somos gentes y ambiente pero no elegimos ninguno de los dos).

8. Lo Posible Adyacente

Tú puedes hacer lo que siempre haces, pero en algún momento de tu vida sólo podrás hacer una actividad definida, y no podrás hacer absolutamente nada que no sea esta actividad.

Schopenhauer

A mi modo de ver, si existiera el libre albedrío la sociedad sería muy diferente. Por ejemplo, no

habría obesidad, no habría drogadictos, no habría jugadores patológicos, ni personas que no pueden dejar de fumar. La persona obesa usaría su libre albedrío para hacer ejercicio y cuidar la dieta y así quedaría solucionado el problema de su obesidad. Y lo mismo en muchos otros casos y situaciones. Pero no es esto lo que vemos, lo que vemos es que en cada momento la gente no puede querer otra cosa que lo que quiere y que, como dice Schopenhauer, sólo hay una posibilidad a su alcance.

El físico Stuart Kauffman ha puesto en circulación la idea de *lo posible adyacente* que ha sido especialmente aprovechada por Steven Johnson (20). En cada momento, la biosfera, el Universo y cada uno de nosotros, se expande hacia lo posible adyacente. Un reptil no puede desarrollar alas de golpe o en la Edad Media no era posible inventar un iPhone. Todo debe seguir una evolución: primero se descubre la electricidad, luego los transistores, luego los ordenadores y luego el iPhone. Esto explica el hecho de que muchos descubrimientos se han realizado a la vez por diferentes personas, los ejemplos son miles. La explicación sería que ese descubrimiento ya estaba en el posible adyacente. La propia selección natural es un ejemplo. Tanto Darwin como Wallace la descubrieron casi a la vez y podemos estar seguros de que si no hubieran sido ellos algún otro científico la habría descubierto, pero el mundo no se habría quedado sin conocer la teoría de la selección natural.

Los cambios en la vida de las personas siguen también esta regla. Ocurren cuando son posibles, no cuando quiere la voluntad. Voy a poner un ejemplo. El psicólogo Walter Mischel, autor del famoso experimento del test de la golosina, era un empedernido fumador que no conseguía dejar de fumar. En los años 50 se publicó el informe del Cirujano General de USA confirmando la relación entre el tabaco y el cáncer de pulmón, pero Mischel no dejó de fumar. Sin embargo, un día que estaba de visita en un hospital vio a un enfermo pintado de verde al que iban a radiar por un cáncer de pulmón y el impacto de esta visión hizo que dejara de fumar. ¿Dejó Mischel de fumar por un acto libre de su voluntad? A mi modo de ver, desde luego que no. Dejó de fumar por una razón que antes no se había presentado en su vida. Si todo dependiera de una voluntad libre su voluntad podría haber conseguido dejar de fumar 5 o 10 años antes pero,



según el concepto de Kauffman, en aquel entonces dejar de fumar no se encontraba en el posible adyacente de Mischel. Creo que este es un concepto que psicólogos y psiquiatras deberían entender y aplicar en su práctica. Sería muy importante conocer si los cambios que queremos conseguir en los pacientes están o no en su posible adyacente (desgraciadamente, no existe un método científico para hacerlo). Empeñarnos en conseguir algo que no está al alcance de los pacientes sólo va a provocar frustración y desesperanza.

A un nivel filosófico el concepto de Posible Adyacente nos transmite una idea del Universo como un todo, como un único suceso. Creo que cuestiona el concepto de causalidad como tal, la propia existencia de causas y efectos. Entendido de esta manera, sólo existe un único suceso en el Universo, el propio Universo que se va “desplegando” y va cambiando y evolucionando. Nada es causa de nada.

9. Consecuencias negativas de la creencia en el libre albedrío

Los del norte no debemos sentirnos demasiado moralmente superiores a los esclavistas del sur porque si estuviéramos situados donde ellos están actuaríamos y sentiríamos como ellos; y si ellos estuvieran situados como estamos nosotros actuarían y sentirían como nosotros; y no debemos perder de vista este hecho al tratar este asunto.

Abraham Lincoln

Una vez expuestas todas estas razones, creo que la creencia en el libre albedrío es no sólo errónea sino perjudicial para la sociedad por su asociación con la hipótesis del mundo justo, entre otras razones. Creer en el libre albedrío ayuda a mantener el statu quo y a que las élites sigan disfrutando de su privilegios. Según esta visión, la causa de los problemas y desigualdades son individuales, no sociales. Ayuda a que las mayorías sean dominadas por las minorías, encima con su beneplácito haciendo creer a los más desfavorecidos que ellos tienen la culpa de su situación. Una sociedad sin la creencia en el libre albedrío sería más solidaria y se esforzaría más en repartir la mala suerte y en no abandonar a su suerte a los más pobres y desfavorecidos, tanto económica como psicológicamente.

No creer en el libre albedrío promovería un sentido mayor de solidaridad, igualdad y empatía con

los menos favorecidos así como un sentido de gratitud por la posición de uno en la vida. A la hora de resolver los problemas y las diferencias partiríamos de una posición totalmente diferente, mucho más tolerante y abierta de la que partimos ahora, como vemos en la cita de Lincoln, conocido por su determinismo. Los problemas derivados de un choque de ideologías seguirían siendo muy difíciles de resolver, pero sería un avance partir desde otra visión del mundo totalmente diferente.

10. Consecuencias negativas de la creencia en el libre albedrío en Psiquiatría

Algunas consecuencias derivadas de la creencia en el libre albedrío que afectan al campo de la Psiquiatría y Psicología serían las siguientes:

- 1. Impide que se reconozcan las enfermedades mentales como enfermedades.** Si yo soy libre puedo cambiar mi conducta, esforzarme, poner de mi parte y salir de la depresión o de la adicción. Desde la visión de la creencia en el libre albedrío estas situaciones no son enfermedades sino debilidades morales. Los enfermos y familias no buscarán ayuda si no creen que esto es una enfermedad
- 2. Aumenta el estigma de la enfermedad mental,** o de otras enfermedades en general. Ahora estamos viendo el estigma de la obesidad: son unos vagos y perezosos que no se esfuerzan y se ponen morados a chocolate. Se lo merecen y les vamos a cobrar más en los aviones y van a pagar una parte de la atención sanitaria porque ese gasto es evitable si cambian su conducta y es evidente que pueden cambiarla
- 3. Aumenta la culpa y la vergüenza de los enfermos mentales.** Les hace sufrir doblemente: por su enfermedad y por ser los causantes de su enfermedad. Esto puede dificultar su atención y su búsqueda de ayuda también.
- 4. Entorpece la relación médico-enfermo:** Si creemos en el libre albedrío es más fácil que juzguemos a los pacientes, y que les juzguemos negativamente por sus conductas inadecuadas y por no corregirlas. No creer en el libre albedrío ayudaría a aceptar al paciente, a darnos cuenta de que está haciendo todo lo que puede hacer. Se sentiría más escuchado y

atendido. Veríamos sus **limitaciones psicológicas**, que normalmente no se ven y esto disminuiría el sufrimiento de los pacientes.

11. Conclusiones

Toda la teoría está en contra del libre albedrío;
toda la experiencia a favor.

Samuel Johnson

Creo que el debate acerca de la existencia o no del libre albedrío sigue sin resolverse porque diferentes sistemas psicológicos dan diferentes respuestas al mismo problema; chocan dos intuiciones profundas e incompatibles de la mente humana. Escojamos la respuesta que escojamos una mitad de nosotros no queda satisfecha, por lo que básicamente el dilema no tiene solución. Una parte lógica, abstracta o “fría” nos dice que todo efecto tiene causas previas y que el universo es determinista, pero cuando hay un daño y alguien comete un asesinato, por ejemplo, el sistema “caliente” se dispara y nos dice que el sujeto es responsable y se merece el castigo.

Estos sistemas psicológicos tienen su origen en la selección natural y es lógico pensar que la creencia en el libre albedrío es adaptativa para el ser humano y está cableada por tanto en nuestra

mente. Tenemos unos instintos retributivos que nos llevan a castigar las acciones que causan un daño; estas acciones despiertan en nosotros unas “emociones reactivas”, como las llamaba el filósofo P. F. Strawson (21) como la ira y el deseo de castigo y de reparación, y en estas emociones podemos trazar el origen de nuestra creencia en el libre albedrío. En este sentido es significativo que atribuyamos más libre albedrío a las acciones malas que a las buenas (22), algo que demuestra también el llamado efecto Knobe (23).

A pesar de ello, creo que la pérdida de creencia en el libre albedrío es la próxima frontera en la evolución moral humana. Las neurociencias la están poniendo en cuestión y este cambio en la forma de pensar ya está empezando a tener repercusiones en el sistema legal y en la aplicación de la justicia. Cambiar la creencia en el libre albedrío supone una reestructuración de la sociedad en muchos sentidos y es de esperar que las resistencias van a ser muy fuertes. También se decía que si dejáramos de creer en Dios no existiría la moral y nos comeríamos los unos a los otros. Vemos que esta profecía no se ha cumplido. Podemos construir un mundo sin la creencia en el libre albedrío, un mundo mejor y más habitable para todos, y en especial para los enfermos mentales.

Contacto

Pablo Malo Ocejo • pablo.maloocejo@osakidetza.eus

Bibliografía

1. Meynen G. Free Will and mental disorder: exploring the relationship. *Theor Med Bioeth* 2010; 31: 429-443.
2. Eagleman D. Incógnito. Las vidas secretas del cerebro. Barcelona: Anagrama; 2013.
3. Eagleman D. The brain on trial. *The Atlantic* July/August 2011. <http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2011/07/the-brain-on-trial/308520/> (accedido 13-06-2016).
4. Strawson G. Freedom and belief. Oxford University Press; 2010.
5. Pereboom D. Living without free will. Cambridge University Press; 2010.
6. Frankfurt H. Alternate possibilities and moral responsibility. *Journal of Philosophy* 1969; 66: 829-839.
7. Sarkissian H, Chatterjee A, De Brigard F, Knobe J, Nichols S, Sirker S. Is belief in free will a cultural universal? *Mind & Language* 2010; 25(3): 346-358.
8. Bourget D, Chalmers D. What do philosophers believe? *Philosophical studies* 2014; 170(3): 465-500.



9. Rossell S. Nagel y Williams acerca de la suerte moral. *Revista de Filosofía* 2006; 31(1):143-165.
10. Implicit Bias. Kirwan Institute for the study of race and ethnicity. State of the science: implicit bias review 2014. <http://kirwaninstitute.osu.edu/wp-content/uploads/2014/03/2014-implicit-bias.pdf> (accedido 16-6-2016).
11. Danziger S, Levav J, Avnaim-Pesso L. Extraneous factors in judicial decisions. *PNAS* 2011; 108(17): 6889-6892.
12. Dalbert C. Belief in a just world. En: Leary MR, Hoyle RH (eds.), *Handbook of Individual Differences in Social Behavior*. New York: Guilford Publications; 2009. p. 288-297.
13. Minkow M, Beaver K. A test of life history strategy theory as a predictor of criminal violence across 51 nations. *Personality and individual differences* 2016 July; 97: 186-192.
14. Mani A y cols. Poverty impedes cognitive function *Science* 2013; 341(6149): 976-980.
15. Baumeister R. *The cultural animal: human nature, meaning and social life*. Oxford University Press 2005.
16. Dutton K. *The wisdom of psychopaths*. Arrow 2013.
17. Waller B. *The Stubborn system of moral responsibility*. Massachusetts Institute of Technology 2015.
18. Damasio A. *El error de Descartes*. Destino 2011.
19. Sharot T. *The Optimism Bias. Why we are wired to look on the bright side*. Robinson 2012.
20. Steven J. *Where good ideas come from: the seven patterns of innovation*. Penguin 2011.
21. Strawson P.F. Freedom and resentment. *Proceedings of the British Academy* 1962;48: 1-25.
22. Feldman G y cols. Bad is freer than good: positive-negative asymmetry in attributions of free will. *Consciousness and cognition* 2016; 42:26-40.
23. Knobe J. "Intentional action and side effects in ordinary language". *Analysis* 2003; 63(3):190-194.

• Recibido: 3/8/2016.

• Aceptado: 27/11/2016.

Neurociencia, libertad, salud mental.

Neuroscience, freedom, mental health.

Xabier Etxeberria Mauleon

Catedrático Emérito de Ética. Centro de Ética Aplicada de la Universidad de Deusto.

Resumen: El debate en torno a la existencia o no de la libertad es una constante en filosofía. Cuando el saber científico se consolidó en la forma en que hoy lo conocemos, entró a participar en él. Hoy es especialmente relevante para esta cuestión su expresión como saber neurocientífico. Es el que, desde la filosofía, se tiene presente aquí, al abordarse esta problemática. En concreto, se sitúa la argumentación en lo que se conoce como “neurociencia de la ética”, en la que se persigue descubrir las bases neuronales de la conducta humana que calificamos como “moral”. Y dentro de ella, se debate su interpretación determinista a la hora de abordar la fundamentación cerebral de esa conducta y la definición de sus leyes “morales”. Se concluye la reflexión proyectando el resultado de la misma sobre el ámbito de la atención a la salud mental.¹

Palabras clave: Neurociencia, neurodeterminismo, libertad moral, salud mental.

Abstract: NEUROSCIENCE, FREEDOM, MENTAL HEALTH. The debate about the existence of freedom is a constant in philosophy. When scientific knowledge was consolidated as we know it today, it was introduced in it. Today, its expression as neuroscience is especially relevant to this issue. It is this expression which is taken into consideration here, from the philosophical perspective, to address this problem. Specifically, the analysis is placed in the field known as “neuroscience of ethics”. Such field seeks to discover the neural basis of human behavior which we describe as “moral”. Within it, its deterministic interpretation when addressing the cerebral basis of such conduct and the definition of “moral” laws are debated. This reflection is concluded projecting the outcome of it on the field of mental health care.

Key words: neuroscience, neurodeterminism, moral freedom, mental health.

1. El neurodeterminismo

Aunque no todos los defensores del neurodeterminismo lo expresan de la misma forma, podría ser definido así: el comportamiento de las personas es siempre el resultado causal necesario de un procesamiento cerebral sometido a leyes de

la naturaleza, en el que se sintetizan causalidades de origen múltiple, internas y externas a la persona, así como el curso evolutivo que, entre otras cosas, ha generado el cerebro que procesa.

La tesis estaría avalada por los experimentos de Libet y posteriores. Muestran, se indica, que los

¹ Texto algo ampliado de la intervención del autor en la mesa de debate “El libre albedrío y la responsabilidad: implicaciones en el ámbito de la salud mental”, dentro de las VII Jornadas de la Red de Salud Mental de Bizkaia, Bilbao, 9 y 10 de junio de 2016.



potenciales cerebrales se adelantan a la decisión consciente del agente, aunque sea en milisegundos. Esto es, que es el cerebro el que determina lo que vamos a hacer (prepara el movimiento de la mano antes de que seamos conscientes de decidirlo), aunque, como lo ignoramos, creemos que es nuestra decisión consciente la que causa la acción. Pero se trata de una ilusión, pues es el proceso cerebral, sobre el que no tenemos control, el que ha determinado la consciencia. Por tanto, no existe capacidad de decidir libremente nuestros actos. En palabras de Smith: “en algún punto, las cosas que están predeterminadas neurológicamente son aceptadas y asumidas como propias por la conciencia”. (1)

Algunos se expresan como deterministas contundentes y otros probabilísticos: dados los datos experimentales de que disponemos tenemos que concluir, con bases sólidas, en la tesis de la ilusión de la libertad, aunque no haya que desear la posibilidad de que nuevos experimentos apuntaran a que existe. En cualquier caso, la dilucidación sobre si hay o no libertad correspondería a la neurociencia y los saberes anexos a ella, no a la filosofía.

2. Implicaciones del neurodeterminismo

Una implicación clave de este determinismo –y de todos– es que la clásica distinción de la filosofía moral entre el “es” y el “debe”, dado que presupone la libertad, desaparece. En el fondo, todo son hechos. Propiamente, ya no hay leyes *morales* que regulen algunos de estos hechos –acciones humanas–. Aunque se hable de códigos de conducta seleccionados en la evolución y asentados en nuestro cerebro –se mencionarán más adelante–, si se interpretan deterministamente, son meras leyes biológicas a las que no se les puede llamar éticas.

Esto tiene unas consecuencias fortísimas de las que debemos ser conscientes. Cuando cae la libertad, cae la intencionalidad, la teleología, la valoración de los actos, la exhortación y el mandato, la culpabilidad y el arrepentimiento, la incriminación –y por tanto, la distinción moral entre víctimas y victimarios en sentido moral–, etc. Ser determinista coherente pide una revolución en el lenguaje, del que habría que desterrar todas estas referencias.

Pero no cae solo el lenguaje. Caen, conjuntamente con la ética, las instituciones que se sustentan en lo que ese lenguaje significa. Por supuesto, el Derecho, en especial el penal, pero también la política con intencionalidad transformadora, la religión que va más allá de la contemplación de lo que es, incluyo la sanidad o la educación guiadas por esa misma *intención de mejora*, etc. Igualmente, se trastoca el modo como entendemos muchas de nuestras relaciones interhumanas, como las afectivas o las de cuidado. Decisivamente, caen los derechos humanos y su enraizamiento en la dignidad universal. Todo ello deja de tener sentido, fundamentado como está en una libertad que pasa a ser considerada como ilusoria.

Cae también la *responsabilidad*, en cuanto que desaparece la imputabilidad. La que antecede a nuestras acciones y la que sigue a ellas. La responsabilidad ante nosotros mismos y ante los otros. La responsabilidad por la acción en sí y por sus consecuencias. Pues de lo que es necesariamente no cabe dar cuenta. Lo único que queda es la *respuesta* necesaria al estímulo causal.

3. ¿Mantener la ilusión de libertad?

En principio, la coherencia determinista pediría, tras la lucidez encontrada, actuar en consecuencia, transformar lenguaje, instituciones y relaciones, no como acto de libertad, sino como consecuencia necesaria de la lucidez. En cuestiones puntuales así lo proponen quienes niegan la libertad. Pero no percibo que entre ellos haya una propuesta firme y sistemática de cambio global. ¿Por qué? Podría decirse que se debe a que ello parece remitir a una intencionalidad que presupone libertad, lo que sería contradictorio. Pero la razón de fondo más efectiva es que tal horizonte tiende a asustar. Este parece ser el motivo de que neurocientíficos como Rubia, quien se apoya en el filósofo Smilansky, propongan conservar la ilusión de la libertad, pues nos ayuda a mantener “aspectos cruciales de nuestra realidad moral y personal”. Habría que conservarla como una “ficción útil” para el orden y cohesión de la sociedad, pero “sin creernos nuestros propios engaños”. (2)

El autor parece ignorar que una ilusión funciona como si no fuera ilusión solo cuando se des-

conoce que lo es. ¿Se trataría de que solo las élites fueran conscientes de la ilusión? Pero, además, ¿cómo probar que defender que sea mantenida no es un acto de decisión libre sino solo un acto necesario que “parece libre”, incluso para el sujeto que no cree en la libertad? ¿Cómo entender que la consciencia de ilusión no sea una causa que genere consecuencias necesarias de transformación del lenguaje y de la realidad?

¿O podría decirse, con otra perspectiva, que los humanos hemos experimentado una extraña evolución, en la que el lenguaje, la consciencia, la limitada programación fija de nuestras respuestas a los estímulos, provocan primero la ilusión de la libertad, alientan luego la conciencia de esa ilusión, pero, a continuación, empujan a que se mantenga como si no lo fuera? ¿Que, parafraseando a Sartre aunque en contextos de significación muy diferentes, estaríamos *condenados* a sentirnos libres y a considerar forzosamente nuestra conducta como si lo fuéramos? Extraño determinismo este, que pide a la vez defenderlo y actuar “etsi non daretur”, como si no existiera.

4. Una mirada a clásicos de la filosofía

La neurociencia que da razón de sí misma tiende a enfrentarse al dualismo cartesiano de mente y cuerpo, pensamiento y extensión, en interacción problemática; y, si es determinista, a citar en su favor a Spinoza. Esto es, los dos grandes racionalistas están en su punto de mira.

Descartes no es solo dualista. Es nítido defensor de la libertad. La duda metódica con la que comienza su propuesta filosófica es un acto de libertad, la presupone. La libertad es para él una idea innata, evidente: merecemos alabanza o inculpación porque somos dueños de nuestras acciones. Que de hecho alabemos e inculpemos lo pone de manifiesto.

Para Spinoza, en cambio, el todo –*Deus sive natura*– es una sustancia infinita que se expresa en modificaciones de manera necesaria, es decir, que es causa inmanente de todas ellas en cadenas finitas de causalidad, subyaciendo a ellas. (3) Se trata de un sistema único que puede ser concebido bajo el atributo del pensamiento o de

la extensión, en una unificación que también se da en el hombre. En concreto, la mente humana es la idea del cuerpo, es decir, hay una dependencia física de la primera, tesis, por cierto, que puede avalar una investigación científica de ella a la manera de la neurociencia, aunque Spinoza la plantee en el marco de una metafísica especulativa, como fruto de una deducción lógica *a priori*.

Como se ve, se trata de una metafísica contundentemente determinista. No existe causa final en la realidad, solo causa eficiente (con lo que, por cierto, y de nuevo, todo podría caer bajo la investigación científica). No hay imperfecciones ni males en la naturaleza; los percibimos así porque el alcance de nuestra visión de ella es muy limitado. Del mismo modo, si los humanos nos creemos libres es porque desconocemos las causas eficientes que nos impulsan a querer y desear. Es decir, la libertad es fruto de la ignorancia (4).

A pesar de lo cual, sorprendentemente, Spinoza nos propone una ética, *nos exhorta* a un camino moral, a avanzar desde las emociones pasivas, que son ideas inadecuadas (por ejemplo, el odio) a las emociones activas, las que emergen de la mente (cuando comprendo que aquel a quien odio obró por necesidad, ceso de odiarle porque es una emoción irracional; esto es, todos los hombres somos excusables de todo). Cuando comprendo la determinación general y lo subyacente a las emociones pasivas, me libero de la servidumbre de estas.

Como se ve, hay aquí una gran afinidad con la propuesta estoica de la *apatheia*, de la acogida serena de lo que es y acontece por necesidad. En ambos casos se nos invita a una modalidad de aceptación de la determinación que, en sí, pide un ejercicio de la libertad, pues supone un *esfuerzo* a favor de un progreso intelectual que es visto como progreso moral. Se proclama así un determinismo absoluto que acaba teniendo una grieta, aparentemente pequeña pero muy significativa, pues tal determinismo se quiebra cuando le surgen fisuras. Una nueva muestra, añadida a las consideraciones anteriores, de la enorme dificultad de sostener coherentemente el determinismo en el ámbito de la acción humana, de la praxis.

5. A favor de una frágil y condicionada libertad moral

Defender la libertad no significa negar dinámicas de causalidad presentes en el ser humano. Muchas de nuestras acciones se rigen por ellas. Significa solo defender que hay un espacio en el que prevalece la iniciativa libre del sujeto. Aunque se trate de un espacio limitado y de una iniciativa frágil. De una libertad condicionada por factores físicos, biológicos, psíquicos y sociales. Implicando sentimientos y razones conscientes que no excluyen supuestos inconscientes. Con la posibilidad de ser bloqueada por avatares y por poderes humanos externos y de ser herida por trastornos internos, “mentales”.

Evidentemente, resulta fácil combatir la existencia de una libertad que regula autosuficientemente el conjunto de nuestras acciones. Es lo que hace Rubia –y lo que parece presupuso Spinoza– cuando dice: “Pensemos lo que significaría tener libertad. Necesitaríamos ser conscientes de todos los factores que determinan nuestros pensamientos y acciones y tener un control absoluto sobre ellos”(5). Me distancio de su afirmación no tanto porque defiende la libertad, sino porque no comparto esa noción de libertad.

El determinista reconoce que su tesis es contraintuitiva: nos *experimentamos* libres. Es lo que hace espontáneamente difícil, subraya, que reconozcamos como ilusión una libertad así sentida. Su expectativa está en que sea la evidencia científica la que nos abra los ojos. Ahora bien, antes de entrar a considerar esta última cuestión, se imponen dos observaciones sobre la premisa de arranque: en primer lugar, las intuiciones de libertad del común de los mortales no son intuiciones de libertad omnímoda, sino frágil, limitada y condicionada; y en segundo lugar, hay que reconocer que son confusas, por lo que es muy conveniente una reflexión filosófica que las clarifique y discierna.

La filosofía está haciendo esta tarea y tiene un método para ella, el método fenomenológico, que pretende describir con todo rigor las vivencias de la conciencia; mejorado, desde mi punto de vista, cuando avanza hacia el método hermenéutico, interpretativo de producciones culturales –simbólicas, metafóricas, narrativas, especialmente, en este tema, en torno a la ex-

periencia del mal– preñadas de sentido, en este caso, en relación con la libertad. Considero especialmente rica en este ámbito la presentación que hace Ricoeur de nuestra libertad *encarnada*, en la que el cuerpo es mediador de la conciencia intencional y a la vez generador de límites, en la que se imbrican lo voluntario y lo involuntario, el obrar y el consentir, la falibilidad y la perfectibilidad, lo arqueológico y lo teleológico del deseo –teniendo aquí como contraste a Freud–, la conciencia del mal que ponemos con nuestra libertad, junto con la del mal que nos tienta y arrastra y con la del mal que nos desborda. Al percibirnos en esta complejidad, que aquí no puedo entrar ni siquiera a sintetizar, afirmamos nuestro *libre arbitrio*, pero, paradójicamente, tensionado con lo que sentimos como *siervo arbitrio*.(6)

El determinista neurológico tiene que hacerse cargo de que su tesis implica negar una libertad no absoluta sino concebible en términos como estos, la que hace que allá donde él describe una elección supuestamente libre como “determinada”, el defensor habitual de la libertad la lea como “elección condicionada”.(7) Debiendo añadirse, además, que no está condicionada solo la elección; lo está su puesta en práctica: puedo elegir algo que luego factores externos me impiden coactivamente realizar, o que factores internos me dificultan llevar a cabo.

6. Sobre la noción de libertad moral

Si los experimentos neurocientíficos sobre la libertad deben tener presente la fragilidad y complejidad fenomenológica de ella, deben tener igualmente presente su naturaleza. Más allá de la concepción de libertad que tengan sus impulsores, la que fácticamente está presupuesta en ellos no puede ser considerada libertad moral: se limita a la posibilidad de elección entre dos alternativas simples sin carga ética y sin que se precise una argumentación que, sintetizando razones y sentimientos, cupiera considerarse moral. Se asemeja, en ese sentido, a la arbitrariedad del deseo. La que, por ejemplo, está presente en un niño de tres años cuando, sin haber desarrollado aún su capacidad de autonomía, expresa sus preferencias alimentarias. Murillo y Giménez-Amaya observan oportunamente que se acaba considerando libres a los “impulsos conscientes de llevar a cabo una acción” (como

pulsar el botón izquierdo o el derecho), contexto en el que es normal que “el espacio de motivación lo ocupen las urgencias pulsionales”.(8)

La libertad moral en ejercicio no es la mera complejización de tal modalidad de elección. Es otra cosa. Es libertad que decide argumentando moralmente y con disposición a ejecutar lo decidido, cuestionando la espontaneidad de los deseos, entre posibilidades que no son indiferentes respecto al bien y al mal, sintiéndose por eso no solo autora primaria sino también responsable de la iniciativa a que avoca la elección. En concreto, quien se considera así libre: a) decide, a través de criterios morales argumentados y contextualizados en las situaciones, una acción u omisión; b) decide también, atento al conocimiento de sí mismo y de sus circunstancias, modos de desarrollo de su carácter moral, a los que llamamos virtudes; c) enmarca decisiones puntuales en planes o proyectos de vida globales –su supradecisión– llamados a guiarse por la autenticidad. Y en todas estas decisiones –y sus correspondientes deliberaciones– entran en juego referencias memoriales y disposicionales, unas conscientes y otras inconscientes, que si a veces pueden condicionar y limitar la decisión, en otras ocasiones en las que concentran el peso de decisiones pasadas, la potencian claramente.

Los experimentos realizados, con los que se pretende demostrar el determinismo de la voluntad, no se confrontan con nada de esto. Podría aducirse que hay que comenzar por lo sencillo. Vale. Pero de eso sencillo no se pueden extraer conclusiones que engloben a lo complejo. Podría contraobjetarse señalando que si se es determinista en lo sencillo se será en lo complejo. Pero lo complejo no es la complicación de lo sencillo, sino, como he adelantado, otra cosa.

7. A favor de la libertad moral neuro-genética y culturalmente enraizada

El determinista que afirma que lo es porque no existe ninguna comprobación empírica de la existencia de la libertad presupone: a) que no hay más conocimiento cierto que el científico experimental; b) que es viable una comprobación empírica de su inexistencia. Pero el primer supuesto no puede probarse desde el saber empírico: desde él no cabe decidir si más allá de lo que él al-

canza hay algo o no hay nada y si es o no cognoscible por otras vías; es agnóstico a este respecto. En cuanto al segundo supuesto, el determinista piensa que ya se ha demostrado la inexistencia de la libertad, o que se está en vías de hacerlo. Pero es muy discutible que pueda hacerse una demostración científica, tanto del determinismo como del indeterminismo de la libertad. Libert dice que ambos son “creencias especulativas”. (9) Por mi parte me adhiero a la tesis de que ninguno está sujeto a la demostración racional científica o teórica, pero que hay además una *razonabilidad práctica* desde la que se puede afirmar, según su modo de saber, la libertad. Con ello, me alinee con lo básico del enfoque kantiano, aunque no con todo lo que se incluye en él.

Asumamos, nos dice Kant, que la libertad es indemostrable desde el uso teórico de la razón, pero abordémosla desde su uso en la praxis humana. Constatamos entonces que, ante el *factum* de que la ley moral se nos muestra nítidamente pensada en el seno de nuestra razón práctica, tenemos que *postular* que la libertad queda contundentemente afirmada para esa misma razón (no para la razón teórica), como condición de posibilidad de la moralidad. Dicho con sus palabras: “la libertad es sin duda la *ratio essendi* de la ley moral, pero la ley moral es la *ratio cognoscendi* de la libertad. [...] si no hubiera libertad alguna, no podría *de ningún modo encontrarse* la ley moral en nosotros”.(10) Añado por mi parte que de esta consideración no tiene por qué derivarse necesariamente, como ocurre en Kant, que la libertad postulada es una libertad absoluta, en el sentido de que tiene que desligarse en su ejercicio de inclinaciones, deseos y contextos. Habrá que reconocer, por el contrario, que se trata de una libertad ligada a ellos.

A esta razón a favor de la libertad hay que añadirle la aportada por la fenomenología ajustada de la vivencia subjetiva de libertad, a la que antes hice referencia, que nos muestra a su vez sus modalidades y límites. E, igualmente, la experiencia intersubjetiva de libertad, en la que nos percibimos capaces de discernir entre relaciones moralmente correctas e incorrectas, relaciones libres y opresoras, responsables y no responsables; aunque en ocasiones haya espacios de ambigüedad, que los catalogamos así precisamente en referencia a la libertad.



La articulación de todo ello, pienso, permite defender una consistente *razonabilidad práctica* de la existencia de la libertad. O si se quiere, formulado en un lenguaje más próximo para la razón científica, ofrece *claramente* una mayor razonabilidad y plausibilidad para la tesis de la libertad frágil que para la del determinismo.

Matizando lo antes dicho, la ciencia no tiene por qué ser totalmente ajena a esta afirmación de la libertad. ¿Por qué no pensar que la especie humana se encuentra *en condiciones* de proponerse fines y de tomar decisiones desde su voluntad libre, precisamente como resultado de su proceso evolutivo genético y neuronal científicamente describable, que le ha aportado aptitudes lingüísticas, así como una racionalidad deliberativa imbricada complejamente con las emociones? Es lo que considera Joaquín Gil (11) que puede concluirse a partir del planteamiento del darwinista Dawkins. La ciencia de la evolución no demostraría la libertad, pero mostraría que existen sus condiciones biológicas de posibilidad, las que, conjuntamente con los contextos culturales, la hacen a la vez viable y limitada, además de encarnada y enraizada.

8. Aportaciones de la neurociencia a la libertad moral postulada

Hasta ahora, he avanzado las siguientes argumentaciones contra la tesis determinista: 1) la enorme dificultad, cuando no imposibilidad, que tiene de sostenerse coherentemente en el ámbito de la acción humana; 2) que lo que explica en clave de determinación, se deja explicar mejor en clave de condicionamiento;(12) 3) que presupone un prejuicio cientifista respecto a los límites y modos de conocimiento y se cierra al conocimiento de la razón práctica; 4) que los experimentos neuropsicológicos que pretenden probarla abordan una situación dilemática artificial y muy simple, que no cabe extrapolar automáticamente a la gran complejidad de lo que consideramos libertad moral.

Hay, además, objeciones directamente ligadas a la metodología de los experimentos, que no sé valorar en su justeza, por lo que me inhiba de hacerlo. Pero sí quiero subrayar una observación clave respecto al famoso y básico dato de que, en ellos, los potenciales cerebrales se adelanten

a la decisión consciente. En principio, se señala que el que en ellos se alerte a los sujetos en vistas a la actividad de mover el brazo, no hace extraño que el potencial cerebral de disposición se ponga en marcha antes de la decisión consciente de moverlo. Pero, yendo al fondo de la cuestión, María Vázquez observa, creo que oportunamente, que “si afirmamos que el sustrato biológico de la mente es el cerebro, necesariamente se tiene que cumplir que *todo proceso mental sea precedido de una actividad neuronal concreta*. [...] Lo verdaderamente sorprendente, con los conocimientos científicos actuales, sería que se demostrara conciencia *previa* a los procesos biológicos que la *posibilitan*. Lo que muestran los experimentos de Libet y Haynes (y muchos otros) es que en la toma de decisiones participan procesos inconscientes, que resultan esenciales, lo que no niega la posibilidad de un control consciente”.(13)

Dicho todo esto, debe añadirse que, desde la tesis de la libertad, la neurociencia no solo no debe ser rechazada, sino que tiene que ser considerada como fuente de aportaciones relevantes. Evidentemente, si es interpretada de modo no determinista, algo que no solo hacen filósofos (entre los cuales también hay deterministas)(14) sino científicos (entre los cuales también hay no deterministas)(15).

En esta interpretación se parte del supuesto de que el cerebro es necesario para realizar las dinámicas de la moralidad, que hay bases neuronales de las emociones, pensamientos y conductas humanas que es positivo conocer. Son condición necesaria de la libertad, pero no condición suficiente-causante (sustitutoria). En ese sentido, por un lado la posibilitan y por otro la condicionan. Participan a su modo en las decisiones, pero no las toman. Es, por eso, muy positivo que la neurociencia siga investigando cómo interviene el cerebro en la toma de decisiones morales libres, avanzando respecto a los tímidos pasos que ha dado hasta ahora.

La “neurociencia de la ética” no solo está estudiando los procesos de toma de decisiones. También trata de encontrar códigos de conducta, potencialmente universales, basados en el funcionamiento del cerebro humano. Se han encontrado tendencias conductuales que ya sabíamos,

como la de que al dar una respuesta “moral”, nos influye más la situación de la gente cercana; o la de que tenemos la capacidad de “reciprocarnos”, de saltarnos la tendencia de amparar a los próximos, a los “nuestros”, para amparar a otros, si hay expectativas de reciprocidad. Serían mecanismos surgidos a través de la evolución con fines adaptativos y de supervivencia.

Pues bien, hallazgos como estos pueden tener dos lecturas. La primera es que se trata de verdaderos *códigos* de conducta, que constituirían la auténtica ética universal (Gazzaniga y Mora) (16). Pueden además interpretarse determinísticamente, lo que significa que los cumplimos necesariamente, sin que se pueda elegir su (no)seguimiento, con lo que no deberían llamarse *códigos* éticos. La segunda lectura los ve como inclinaciones, asentadas en el cerebro a través de la evolución. La filosofía moral las ha conocido desde siempre, aunque el saber neurológico-genético le permite ahora constatar su enorme enraizamiento en el ser humano. Pero, además, desde una ética de la libertad, no considerándolas en sí leyes morales, se ha preguntado si *deben* ser seguidas o no. Habiéndose destacado dos posturas al respecto: la de orientación kantiana que propone dejarlas de lado en la constitución y seguimiento de los imperativos morales, y la de inspiración aristotélica –más comprensiva de lo que somos los humanos– que propone que sean enmarcadas en y moduladas por las auténticas leyes y virtudes morales, con las correspondientes transformaciones prácticas(16).

La moralidad reconoce así las dimensiones positivas de solidaridad de las tendencias indicadas, pero también las dimensiones peligrosas, pues predisponen igualmente a la violencia contra el extraño o el no reciprocante. Es solo con estos distanciamientos como puede concebirse y defenderse que todos los humanos, por el hecho de serlo, somos sujetos de dignidad inalienable, que la solidaridad debe tener alcance universal. Aunque luego, las antedichas tendencias compliquen grandemente la realización de conductas coherentes con la dignidad proclamada. El que las neurociencias nos muestren el por qué biológico de esta “insociable sociabilidad” humana, que diría Kant, es una aportación nada desdeñable para poder afrontarla mejor.

9. Implicaciones del debate en el ámbito de la salud mental

Comencemos considerando la hipótesis determinista y luego la de la libertad tal como han sido presentadas aquí.

1. Para el determinismo, el trastorno mental no es *nunca* algo que el paciente ha causado con su iniciativa libre. Es algo que tenía que acontecer. Evidentemente, si todo el mundo estuviera convencido de esto, el estigma y el menosprecio que aún pesa sobre las personas con problemas de salud mental, desaparecería totalmente. No son responsables de nada, porque nadie lo es. A estos efectos, da lo mismo que su trastorno sea fruto causal de una caída que le dañó el cerebro, del consumo excesivo deseado de alcohol o de la experimentación de un cirujano que le utilizó como medio.

De ello se deriva que la asunción del enfoque determinista impone redefinir ciertos saberes de la psiquiatría y la psicología clínica, esos que consideran algunos trastornos psicóticos como vivencias en las que el paciente experimenta que la propia voluntad es suplantada por algo o alguien distinto a uno mismo, sea situado en su interior o en el exterior. Pide, además, redefinir el horizonte de “curación”: no puede consistir en conseguir que el enfermo “recupere” el sentido y ejercicio ajustados de su autonomía y responsabilidad –no existen–, sino a lo más, y con cierta contradicción con los postulados supuestos, en que encuentre la lucidez y serenidad en la comprensión del determinismo, que engloba todo englobándole a él en lo que es y hace.(17)

Desde el punto de vista de la responsabilidad moral, da también igual que, ya sufriendo el trastorno, la persona tenga una conducta pacífica, autoagresiva o heteroagresiva. No hay que plantearse si tiene o no algún nivel de responsabilidad, porque nadie la tiene en ningún nivel. Evidentemente, desde el punto de vista del sufrimiento, de ella y de otros, no da lo mismo ni tener o no el trastorno, ni tener una u otra tendencia conductual. ¿Pero puede decirse que ese sufrimiento que experimenta o causa supone un mal? No un mal moral que “debe ser” evitado, porque el “debe” ha desaparecido. Y en visiones como la de los estoicos o Spinoza ni siquiera es

un mal; lo concebimos así por nuestra incapacidad de percibir el conjunto de la realidad –en su evolución, se añade ahora– que implicaría el bien, o que estaría gobernada por el *Logos*. Es cierto que esta es ya una visión metafísica, no científica, del sentido, pero también lo sería concebir que en la realidad férreamente determinada hay evolución hacia el progreso o hay presencia necesaria del mal.

Consideremos ahora la perspectiva de quien atiende a la persona con trastorno mental. Que el trastorno desaparezca, no es algo que dependa de –o que esté facilitado por– la iniciativa *libre* del primero (la del psiquiatra, el familiar, el propio afectado atendándose a sí mismo): podrá haber interacciones subjetivas causales entre estos y otros sujetos, pero estarán reguladas por la necesidad, tanto en su existencia como en sus modos. Modos estos que pueden ser opuestos: un familiar puede pretender dedicarse intensamente a la “cura” de quien en la familia tiene una depresión severa y otro tratar de acabar con su vida porque le resulta incordiante; no cabe imputación moral en ningún caso porque ambas respuestas son igualmente necesarias.

Indicaba que la terapia coherente con el determinismo es la del logro de lucidez sobre lo que es necesariamente. Pero, como subrayé con Spinoza, proponerse eso frente a no proponérselo, es muestra de un ejercicio básico de libertad, que agrieta el determinismo. En neurocientíficos deterministas que quieren aplicar su saber a realidades como la del trastorno mental (o enfermedad cerebral) y en profesionales, suele ser fácil encontrar estas grietas, que, creo, si consideran que no deben ser suturadas, les deberían llevar a replantearse su defensa del determinismo.

2. Pasemos ahora a la consideración del trastorno mental dese el enfoque de libertad. Se le acusa de que favorece la estigmatización del paciente, al asignarle culpabilidad por su enfermedad. Es cierto que este enfoque llama a la responsabilidad, por ejemplo, en el consumo de alcohol, que en algunos puede implicar un cierto grado de responsabilización en el trastorno a que les conduzca. Ahora bien, en primer lugar, estas responsabilidades se dan en pocas personas con trastorno y como responsabilidades parciales, difíciles de juzgar desde fuera. Además, la con-

cepción de libertad que estoy defendiendo aquí implica condicionamientos, fragilidad y límites, que empujan al dinamismo de la comprensión, complementario –y no sustitutivo– del de asignación de responsabilidad. Por último, vivida como libertad moral asentada en la dignidad, esta implica en quienes no tienen el trastorno el deber de atender en sus necesidades humanas a toda persona con trastorno, deber correspondiente al *derecho* de esta a ser atendida, más allá de las responsabilidades que haya podido tener en su trastorno.

Como puede verse, la estigmatización no está en el enfoque de libertad, sino en el ejercicio indebido de esa libertad –negador de la dignidad de quien sufre el trastorno mental– por parte de determinados sectores de la población. Como tal, que tengamos libertad posibilita que cuando se da esa estigmatización se tenga responsabilidad por ella; como posibilita igualmente que se den actitudes morales profundamente expresivas de la justicia y solidaridad hacia quien tiene un trastorno mental, actitudes que comienzan con la denuncia de la estigmatización. Es ciertamente una tarea difícil, pero encuentro más difícil aún que se logre ese objetivo desde el neurodeterminismo, el cual contempla como ley asentada en el cerebro una búsqueda prioritaria de supervivencia del grupo que fuerza a marginar a los “débiles”. Además, considero que no se estigmatiza prioritariamente a las personas con problemas relevantes de salud mental porque se les asigna culpabilidad, sino por una mezcla de desprecio y temor hacia ellas que, desde el determinismo, hay que aceptar como hecho necesario, mientras que, desde la libertad moral, hay que combatir con toda firmeza.

Con el enfoque de libertad adquiere toda su relevancia el criterio diagnóstico de que ciertos trastornos deben ser identificados como heridas en la conciencia y el ejercicio de la autonomía moral y en la correspondiente responsabilidad. Así como el criterio terapéutico de que el trabajo de reconstrucción de la autonomía y responsabilidad dañadas, en colaboración respetuosa con el paciente, marca un horizonte decisivo para su recuperación. Desde el supuesto de que la libertad humana es libertad condicionada, se trata de lograr que consiga disfrutar de una autonomía con dinámicas de condicionamiento razonables, esto

es, con dinámicas de libertad suficientemente ricas como para merecer ser llamadas así.

A su vez, la colaboración de profesionales, familiares y otras personas en los procesos de acompañamiento y recuperación de la persona con problemas de salud mental, pasa a ser una decisión moral libre, que tiene que concretarse en estrategias respetuosas de la dignidad de esta, y a la vez lo más eficaces posibles, implicando denuncia de toda estigmatización, marginación y manipulación que sufran. Como ya he adelantado *todas* las personas con trastornos mentales son sujetos de derechos de respeto y derechos de atención.

3. Por último, volviendo al determinismo, si este se expresa como determinismo neuroesencialista duro, el que reduce la identidad personal al cerebro, acarrea otros problemas para la atención profesional que aquí solo menciono, apoyado en otros autores por ser una cuestión que desborda mi especialidad.⁽¹⁸⁾ En ese marco, lo que hay son no trastornos mentales sino enfermedades cerebrales, implicando: que la psiquiatría tiene que migrar a la neurología; que la terapia dominante tiene que ir por la vía de los fármacos y la cirugía; que la relación te-

rapéutica y el trabajo sobre la “mente”, con sus referencias a la historia y narrativa vital y a los contextos familiares y socioculturales, quedan totalmente relativizados, cuando no puramente desechados, etc. Los autores que estoy teniendo presentes –un neurólogo y una psicóloga clínica–, ante este unilateralismo, abocan a una conclusión que considero razonable: hay que dar la relevancia que merece, en el diagnóstico y en la terapia, a los reflejos en la biología cerebral de los trastornos mentales, pero sin renunciar a la mente –que debe ser concebida como encarnada y arraigada en un contexto–, ni reducirla a su sustrato biológico.

Concluyo esta intervención alentando la promoción de diálogos intensos y sistemáticos, plasmados si es posible en investigaciones compartidas, entre la disciplina neurocientífica y la filosófica. En nuestro contexto son aún muy discretos y parciales. Pero son muy necesarios para un aprendizaje e interpelación mutuos que redunden en la mejor realización de aspectos clave del bien público, como, por ejemplo, el de la salud mental que aquí hemos considerado, con el correspondiente beneficio para todas las personas implicadas y, en la práctica, para toda la ciudadanía.

Contacto

Xabier Etxeberria Mauleon • xetxemau@deusto.es

Referencias

1. Citado por Gil, J., “El espacio de la libertad en el seno del determinismo neurológico”, en VV.AA., *Bioética, neuroética, libertad y justicia*, Granada, Comares, 2013, p. 897.
2. *Ibid* p. 843.
3. Copleston hace una presentación muy adecuada, de cara a nuestro tema, de la filosofía de Spinoza, en su *Historia de la filosofía*, vol IV, Barcelona, Ariel (accesible en internet: www.olimon.org/uan/copleston_spinoza.pdf). Me inspiro aquí en ella.
4. Spinoza lo expresa muy plásticamente –aunque con cierta complicación argumental– en la carta a Schuller (accesible en internet). Imaginemos una piedra con conciencia que es arrojada por una mano o fuerza que desconoce. Mientras continúa moviéndose solo tiene conciencia de su “esfuerzo” y considera su movimiento como fruto de su libertad. Pero, evidentemente, lo que le mueve es ese impulso que ignora. Esta es, concluye, la “famosa libertad humana que todos se jactan de tener”: una ilusión producida por la ignorancia.
5. *Op.cit.* p. 840.

6. Véanse sus libros: *Philosophie de la volonté 1: Le volontaire et l'involontaire*, París, Aubier, 1988 (1ª ed. 1950), *Philosophie de la volonté 2: Finitude et culpabilité*, París, Aubier, 1988 (1ª ed 1960) y *De l'interprétation. Essai sur Freud*, París, Seuil, 1965. El segundo y el tercero están traducidos al español: *Finitud y culpabilidad*, Madrid, Trotta, 2004 y *Freud: una interpretación de la cultura*, Madrid, Siglo XXI, 1970.
7. El liberalismo –libertarismo– individualista “ambiental”, ese que dice “puedes conseguir todo lo que te propones con fuerza de voluntad”, aún tiende a inclinarse a una concepción de la libertad no absoluta pero sí mucho menos condicionada de lo que en realidad está. Ahora bien, cualquier análisis lúcido y desprejuiciado de la realidad, así como cualquier reflexión que se hace cargo del momento crítico de los llamados “maestros de la sospecha” (Marx, Nietzsche, Freud) aunque se distancie de sus conclusiones, tienen que asumir la tesis de la fragilidad constitutiva de la libertad humana.
8. “Tiempo de conciencia y libertad: consideraciones en torno a los experimentos de Libet y colaboradores”, en *Acta Philosophica* 11/17 (2008), 304).
9. Podría decirse para ambas, siguiendo los criterios falsacionistas propuestos inicialmente por Popper, que ninguna de las dos tesis es empíricamente falsable.
10. *Crítica de la razón práctica*, Salamanca, Sígueme, 1994, p. 16 en nota.
11. *Op.cit.*, p. 901.
12. Los ejemplos en la argumentación son delicadísimos. Para ilustrar una idea o para cuestionar un punto de vista pueden ser muy fecundos, y en el peor de los casos solo son inadecuados. Para probar la verdad de una ley valen muy difícilmente y pueden ser tramposos: más que ejemplos, tienen que mostrarse como expresión fiable de lo que es en sí la ley, lo que es prácticamente imposible por su particularidad. Para probar la falsedad de una ley o principio general valdrían más fácilmente: basta que el ejemplo muestre fehacientemente que no se cumple su pretensión universal para que caiga como tal (conexión con el tema popperiano de la falsabilidad), y pase a ser cuanto más tendencia probabilista. Pero aquí cabe una trampa: que sea el objetante el que convierta en ley universal lo que combate, y que luego muestre ejemplos que palmariamente no la cumplen. El determinista que con ejemplos cuestiona una propuesta de libertad que diga que todos los humanos la ejercemos siempre y en su expresión absoluta, cuestiona la concepción de libertad que él ha formulado, y hace que caiga esa concepción, pero no las propuestas de libertad que sostienen que no todos los humanos la tenemos, ni siempre, y que nadie la tiene en su expresión absoluta, sino en expresiones condicionadas y frágiles. Los ejemplos que entonces se citan, suelen quedar mucho mejor situados en el enfoque de la libertad condicionada aunque tampoco hay que pretender que la demuestren empíricamente. Piénsese en el conocido ejemplo trabajado por Churchland de quien tiene conductas sexuales compulsivas que podrían parecer libres, que se descubre que se deben a un tumor en el hipotálamo, que, extirpado, abre paso a conductas no compulsivas.
13. “¿Somos esclavos de nuestro cerebro? Neurociencia, determinismo y libertad”, en VV.AA., *Bioética, neuroética, libertad y justicia*, Granada, Comares, 2013, p. 1045.
14. Por ejemplo Churchland, P. “The Big Questions: Do we have free will?” (2006), en web de: philosophyfaculty.ucsd.edu [acceso el 15-5-2016].
15. Por ejemplo: Fuster, J., *Cerebro y libertad. Los cimientos cerebrales de nuestra capacidad para elegir*, Barcelona, Ariel. Resalta que el libre albedrío tiene límites, pero aceptándolo.
16. Véase: Gazzinaga, M.S., *El cerebro ético*, Barcelona, Paidós, 2006; Mora, F., *Neurocultura*, Madrid, Alianza, 2007.
17. Sobre esta cuestión véase: Cortina, A. “Neuroética: ¿Las bases cerebrales de una ética universal con relevancia política?”, *Isegoría*, 42 (2010) 129-148. También de esta autora,

sobre la temática aquí tratada: *Neuroética y neuropolítica: sugerencias para la educación moral*, Madrid, Tecnos, 2011; y “La conquista de la libertad. Una perspectiva neuroética”, en Blanco, A. y Núñez, M.P. (eds), *La bioética y el arte de elegir*, Madrid, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid, 2014, p. 16-26.

18. Reasumo a mi modo ideas que encuentro en Vázquez, M. y Vázquez, J.F. “Neuroética y psiquiatría. Hacia un modelo integrador de los trastornos sociales”, en VV.AA., *Bioética, neuroética, libertad y justicia*, Granada, Comares, 2013, p. 1021-1038.

19. Véase *ibid.*

- Recibido: 3/8/2016.
- Aceptado: 16/10/2016.



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.



FORMACIÓN CONTINUADA

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XXIV)

La relación médico paciente y desarrollo humano a lo largo del ciclo vital. Desarrollo a lo largo del ciclo vital. 2ª parte.

Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz

Con esta 2ª entrega damos por terminado el repaso a algunos de los aspectos más interesantes relacionados con el desarrollo del individuo y de la relación médico-paciente. En próximos números de *NORTE de salud mental* serán abordados nuevos trastornos y nuevos campos en psiquiatría.

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.

Pregunta 188. ¿Cuál de los siguientes autores describió los hitos del desarrollo normal de un niño desde el nacimiento hasta los 5-6 años?

- a. Arnold Gesell.
- b. Erik Erikson.
- c. Jean Piaget.
- d. Sigmund Freud.
- e. Donald W. Winnicott.

Pregunta 189. Todos los siguientes, menos uno, son reflejos que presentan los seres humanos al nacer. ¿Cuál no está presente al nacimiento?

- a. Reflejo de hociqueo.
- b. Reflejo de Monroe.
- c. Reflejo de Babinski.
- d. Reflejo del paracaídas.
- e. Reflejo de presión palmar.

Pregunta 190. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los efectos en los niños del divorcio de los padres, es falsa?

- a. El rendimiento escolar suele sufrir un retroceso.
- b. Suele cursar con alteraciones emocionales y de la conducta.
- c. Entre los niños el síntoma más evidente es la agresividad.
- d. La readaptación y recuperación dura entre 3 y 5 años.
- e. Rara vez producen traumas psicológicos persistentes.

Pregunta 191. Respecto a la longevidad, todos los siguientes son factores que pueden controlarse y la favorecen, excepto uno

- a. consumo nulo o mínimo de alcohol y cafeína.
- b. la dieta adecuada.
- c. el ejercicio moderado.
- d. controles médicos regulares.
- e. la herencia.

Pregunta 192. Tienen mayor riesgo de sufrir un duelo de características patológicas, las personas que:

- a. sufren una pérdida repentina
- b. tienen historias de pérdidas traumáticas.
- c. están aisladas socialmente.
- d. mantenían una intensa relación de dependencia o ambivalencia.
- e. Todas.



Pregunta 193. Las siguientes características, menos una, son propias del primer periodo de la adultez (20-40 años):

- Apogeo biológico.
- Predomina el proceso de individuación.
- Separación de la familia de origen.
- Elección de la pareja.
- Se hace presente lo irremediable de la muerte.

Pregunta 194. De las siguientes opciones, una no es característica del segundo periodo de la adultez (40-65 años). ¿Cuál de ellas?

- Cuestionamiento y evaluación de los logros alcanzados.
- Toma de conciencia de la propia mortalidad.
- Estancamiento en el desarrollo y capacidad funcional biológica.
- El pensamiento se hace más relativo.
- El duelo es una de las tareas principales de esta etapa.

Respuestas

Pregunta 188. Respuesta: A

Comentario: Arnold Gesell fue un psicólogo y psiquiatra estadounidense cuyos estudios pioneros sobre el desarrollo físico y mental normal dieron lugar al establecimiento de pautas que describían los logros personales y sociales de los lactantes y niños pequeños desde el nacimiento hasta los 5-6 años de edad en el aspecto motor, adaptativo y del lenguaje. El Denver Developmental Screen, ampliamente utilizado por los pediatras, es una adaptación de las pautas normativas de Gesell. Los hitos en el desarrollo permiten establecer una comparación entre el grado de desarrollo de un niño concreto en comparación con la media.

Bibliografía: Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Jack A. Grebb. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 7ª edición. Editorial Médica Panamericana. 1996. Pág. 37-51.

Pregunta 189. Respuesta: D

Comentario: Los reflejos primitivos son patrones de movimiento de reacción automática e involun-

taria que tienen una función de supervivencia y que permiten valorar el estado neurológico del bebé en los primeros meses de vida. Muchos reflejos en los bebés desaparecen a medida que el niño crece, aunque algunos permanecen a lo largo de la vida adulta. Todos los reflejos mencionados, salvo el del paracaídas, se presentan en el recién nacido ya en el nacimiento. El reflejo del paracaídas se presenta en bebés un poco mayores (6 meses) cuando se sostiene al bebé en posición erguida y luego se rota su cuerpo rápidamente con la cara hacia adelante (como si cayera). El bebé extenderá los brazos hacia adelante como para interrumpir la caída. Suele desaparecer a los 9 meses.

Bibliografía: Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Jack A. Grebb. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 7ª edición. Editorial Médica Panamericana. 1996. Pág. 41.

Pregunta 190. Respuesta: E

Comentario: El divorcio de los padres suele tener un fuerte impacto emocional en los hijos. Aproximadamente un tercio de los hijos de padres divorciados sufren un trauma psicológico persistente. La recuperación completa y la readaptación necesaria en los dos tercios restantes, después de un divorcio, suele durar entre 3 y 5 años. La reacción del niño depende en gran parte de la edad que tiene cuando se produce el divorcio. Los niños entre 3 y 6 años no entienden lo que pasa y con frecuencia se sienten responsables en cierto modo. Los que tiene entre 7 y 12 años suelen sufrir un retroceso en el rendimiento escolar. Los adolescentes entienden el divorcio, pero se suelen mostrar dolidos, enfadados y críticos ante la actitud de los padres. Los hijos consiguen adaptarse mejor al divorcio si ambos padres hacen un esfuerzo por continuar la relación con su hijo, a pesar del enfado de éste.

Bibliografía: Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Jack A. Grebb. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 7ª edición. Editorial Médica Panamericana. 1996. Pág. 50.

Pregunta 191. Respuesta: E

Comentario: Una historia de longevidad familiar es el mejor predictor de una larga vida individual. Es posible prevenir, mejorar o retrasar ciertos factores que tienden a acortar la vida, con una

intervención efectiva. La herencia es un factor que está más allá del control del individuo. Los factores que pueden controlarse y favorecen la longevidad son los controles médicos regulares, el consumo mínimo o nulo de cafeína o alcohol, la gratificación laboral, la conciencia de saberse útil a la sociedad a través de una labor altruista, la dieta y el ejercicio.

Bibliografía: Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Jack A. Grebb. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 7ª edición. Editorial Médica Panamericana. 1996. Pág. 68-69.

Pregunta 192. Respuesta: E

Comentario: Algunas personas sufren un duelo y periodo de luto anormales. El duelo patológico suele adoptar diversas formas, que van desde la ausencia o retraso en la aparición del duelo hasta un duelo excesivamente intenso y prolongado que suele asociarse a intenciones suicidas o síntomas abiertamente psicóticos. El mayor riesgo de sufrir un duelo de características patológicas lo tiene aquellas personas que sufren una pérdida repentina o que se produce en condiciones horribles, los que están aislados socialmente, los que se sienten responsables (reales o imaginarios) de la muerte, los que arrastran historias de pérdidas traumáticas y los que tienen una intensa relación de ambivalencia o dependencia con la persona fallecida.

Bibliografía: Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Jack A. Grebb. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 7ª edición. Editorial Médica Panamericana. 1996. Pág. 86-87.

Pregunta 193. Respuesta: E

Comentario: La irrupción en la propia conciencia de lo irremediable de la muerte caracteriza sobre todo a la edad adulta tardía (40-65 años). Lo característico de del primer periodo de la adultez es que en esta etapa se alcanza el apogeo biológico, se asumen los roles sociales más importantes y se empiezan a establecer relaciones sociales más serias en el ámbito laboral y en el personal. Es la etapa en la que predomina el proceso de individuación. Un tema clave es la separación de la familia de origen, que conlleva la mudanza del hogar paterno, incrementar la independencia económica y emprender nuevos roles más responsables.

Es frecuente que decidan casarse y tener hijos. Al adquirir el nuevo rol de padres disminuye su rol de hijos y se consolidan como adultos.

Las personas comienzan a afianzarse en el campo laboral y están en pleno desarrollo profesional. En la adultez temprana predomina el pensamiento operativo, dispuesto a ejecutar decisiones de profundas proyecciones hacia el futuro. Pero hacia los 35 años se va tornando más reflexivo, y empiezan a aparecer los primeros atisbos de lo ya decidido y logrado.

Bibliografía: Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Jack A. Grebb. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 7ª edición. Editorial Médica Panamericana. 1996. Pág. 58-65.

Pregunta 194. Respuesta: E

Comentario: El duelo es uno de las tareas principales de la vejez (entre 65 años), ya que la mayoría debe enfrentarse con un sinnúmero de pérdidas (amigos, familiares, colegas). Además deben superar el cambio de status laboral y la merma de la salud física y de las habilidades. La edad adulta media, que se extiende entre los 40 y los 65 años es un tiempo de cuestionamiento y evaluación de los logros alcanzados a lo largo de la vida. Se ha alcanzado la cumbre vital, por lo que se cuenta con una gran cuota de poder, y madurez. Se desarrolla un sentido de urgencia de que el tiempo se está acabando, y al mismo tiempo se toma conciencia de la propia mortalidad. De manera que el “como” y “en que” se invierte el tiempo se convierte en un asunto de gran importancia. En el plano biológico se produce un estancamiento en el desarrollo y la capacidad funcional. Lo irremediable de la muerte se hace presente. Se descubre que la muerte es inevitable y no puede eludirse. Llegada la edad media con su consabida crisis de finitud, el pensamiento se hace más relativo. Se hace un balance de lo vivido hasta el momento y se cuestiona cómo continuará la propia existencia.

Bibliografía: Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Jack A. Grebb. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 7ª edición. Editorial Médica Panamericana. 1996. Pág. 62-79.



HISTORIA



In Memoriam

José Guimón Ugartechea
(Bilbao, 1943—Bilbao, 2016)

El 5 de diciembre conocimos el fallecimiento sorpresivo de José Guimón Ugartechea, un grande de la psiquiatría vasca e internacional en no pocos aspectos. Barcelona, Bilbao, Nueva York, Madrid, Ginebra... conocieron de su sabiduría profesional durante tiempos prolongados, y otras muchas ciudades conocieron su firme paso en estancias menores.

Poseedor de uno de los currícula más llamativos del panorama psiquiátrico, con amplia formación neuropsicológica y psicoanalítica. Licenciado en Medicina en la Universidad de Barcelona (1966), ejerciendo seguidamente en el Centro Psiquiátrico de Martorell y en el servicio de neuropsiquiatría del hospital de San Pablo (1966 a 1969). Doctor en Medicina y especialista en Psiquiatría y en Neurología (1970) tras estancias en Ginebra y en el New York University Medical Center donde acudió con su enorme impulso formativo. Catedrático de Psiquiatría de la UPV/EHU desde 1980. Con un enorme curriculum pleno de responsabilidades y reconocimientos durante medio siglo: director del Dpto. de Psiquiatría y Psicología (1975-1989), de la sección de Psiquiatría del Dpto. de Neurociencias (1989-1993) y coordinador del Área de Psiquiatría del Dpto. de Neurociencias (2003-2014). Professeur Honoraire de la Universidad de Ginebra y responsable del Dpto. Universitario de Psiquiatría dirigiendo los servicios psiquiátricos del Cantón de Ginebra (1993-2003). Profesor Clínico adjunto en la Universidad de Nueva York desde 1977 hasta 2007. Desarrolló su actividad clínico-asistencial como

Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto en Bilbao (1973-1993), jefe del servicio de mujeres del Hospital Psiquiátrico de Zamudio (1980-82) y después en Ginebra.

Experto de la Organización Mundial de la Salud desde 1995 donde formó parte de la Task Force de la OMS para la evaluación de los sistemas asistenciales psiquiátricos en Europa, Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría (1985-89), miembro de la Comisión Española para la Reforma Psiquiátrica (1983-88), así como para el Plan de Reforma de Psiquiatría de Euskadi (1979-83). Labor asistencial, investigadora y docente que le llevaron a centenares de publicaciones científicas y literarias, entre ellos 50 libros. Con un nivel de participación asociativa inmenso, siendo miembro titular de una treintena de asociaciones científicas: La Real Academia de Medicina de España, la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País, la Asociación Psicoanalítica Internacional, Eusko Ikaskuntza-Sociedad de Estudios Vascos, la SEP, Jakiunde, Osabide, la AEN/Profesionales de Salud Mental... Desde esta última propondremos sea nombrado Socio de Honor a título póstumo así como instituir un Premio con su nombre en este ámbito de la Salud Mental. Patrono fundador de la Fundación Vasca para la Investigación en Salud Mental/OMIE, donde se impulsan títulos Master en Salud Mental y Técnicas Psicoterapéuticas y los cursos de Experto en Trabajo Grupal y Master en Psicoterapia Analítica Grupal. Fundador del Instituto de Psicoterapia de Bilbao, y fundó también



AMSA, en la actualidad una amplia red privada de orientación comunitaria donde coexisten unidades de programas específicos, hospitales de día, unidad de hospitalización y consultas ambulatorias de psiquiatría o psicología.

Renovador e innovador permanente, actitud que le llevó a impulsar la creación del Consorcio de Salud Mental de Uribe Kosta, el rudimentario origen del Servicio de Psiquiatría del hospital de Basurto, y poco después, quizá, el primer hospital de día psiquiátrico de la época. Llegó a introducir el psicoanálisis en los programas de formación médica en el ámbito universitario, o la psicoterapia como pieza importante de la atención integral al paciente psiquiátrico, introdujo la formación en psicoterapia grupal, y llegó a expresar *“en los decenios que vienen nuestra actividad se definirá mejor como ‘asistencia en salud mental’ que como psiquiatría (...) Las actividades de la salud mental no se limitan ya a los enfermos, sino que incluyen a la población sana a la que se intentará aumentar su nivel de bienestar psicosocial y detectar cualquier signo de anomalía que pueda alertar sobre la proximidad de una enfermedad. Los profesionales se verán involucrados cada vez con mayor frecuencia en cuestiones como el empleo, la educación, el alojamiento y los problemas legales de sus pacientes y de las poblaciones en general. Esto está requiriendo ya, y lo hará más claramente mañana, la participación de muy diversos profesionales además de los psiquiatras”*. Algo que podría entenderse como crítico a otros discursos hegemónicos. No, no era una posición antagónica, respondía a su reflexión sobre la visión psicosocial y el funcionamiento multiprofesional, no en vano fue un referente en los orígenes e implantación del modelo de “psiquiatría comunitaria” en Euskadi. Galardonado con el Premio Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría; Premio Alfredo Alonso Allende de Neuropsiquiatría; Primer Premio Ajuriaguerra, y otros muchos reconocimientos. Hemos tenido al lado a gran gestor, gran científico y gran clínico, cualidades que raramente se encuentran reunidas en la misma persona.

Desde aquellos los años 70s, cuando cantaba Brassens y Moustaki, o la balada emotiva *Ne me quitte pas*, de Jacques Brel; leía y admiraba a Pío Baroja, García Lorca, Oscar Wilde, Arthur

Rimbaud, autores con quienes continuó muchos años. Se introdujo en los místicos españoles por influjo de Julián Ajuriaguerra; y le gustaba la pintura, decía a menudo sentirse un artista fallido y por ello acrecentó su interés por las artes plásticas, quizá de ahí su impulso a las terapias corporales y artísticas con espíritu inquieto, de una enorme curiosidad intelectual desbordaba no pocas áreas de conocimiento. Hasta la actualidad ha transcurrido mucho en este amplio campo de la Salud mental donde supo buscar respuestas y sentido a las limitaciones gracias a su amplio saber. Llevaba una década con una productividad literaria impresionante. Uno, dos, hasta tres libros cada año. Ha quedado en el aire esa biografía sobre su padre que ultimaba las semanas finales, un canto a la familia Guimón. Y ha quedado postpuesta su biografía que comentábamos realizar “con calma, en dos o tres años” y vinculada al desarrollo de la Psiquiatría y los recursos de atención a la Salud mental en Bizkaia, y más allá. Le había ilusionado y ya no será igual, pero llegará, será obligado para tener presentes su obra y su enorme vitalidad.

José Guimón, un vasco internacional, brillante, culto, divertido, peleón, generoso, afectivo, entrañable, inseguro en su seguridad como los grandes. Vivió y ganó mucho y a muchos. Ganó Jefaturas, cátedras, publicaciones, premios, dispositivos varios para la atención de calidad frente a la enfermedad mental; ganó la capacidad de elegir, sus lugares, sus vínculos, sus seres queridos y sus amistades. Ganó en iniciativas, conocimiento y empatía. A pesar de su pudor, timidez y autoridad no siempre bien entendida cuando se atrevió a decir aquello que otros callaron. Supo ir ganando mientras compartía con su buena gente. Perdió tras la zancadilla final donde se quedó junto a los suyos. Había perdido hermanos, hermanas, amigos muy queridos... y todo eso duele mucho. Aunque, como decía, le compensaba la satisfacción de quien tenía en casa, de hablar con frecuencia con sus hijos y las muchas amistades de acá, allá y allende los mares. Deja una profunda huella que perdurará en la psiquiatría vasca y en la española.

Iñaki Markez

Dos intentos frustrados de legalizar las drogas en los albores de la prohibición. Apuntes sobre la extraña muerte del médico Antonio Pagador y la iniciativa abortada del presidente Lázaro Cárdenas.

Two frustrated attempts to legalize drugs at the dawn of prohibition. Notes on the strange death of doctor Antonio Pagador and the aborted initiative of President Lázaro Cárdenas.

Juan Carlos Usó

Historiador. Castellón.

Resumen: La despenalización de las drogas ilegales no es una idea nueva ni reciente. En los años treinta del siglo pasado hubo dos intentos de legalizarlas estrechamente vinculados a las figuras del médico español Antonio Pagador y del presidente mejicano Lázaro Cárdenas. En este trabajo se analiza el origen y el abortado desarrollo de ambas iniciativas.

Palabras clave: despenalización, drogas ilegales, Antonio Pagador, Lázaro Cárdenas, prohibición.

Abstract: The decriminalization of illegal drugs is not a new or recent idea. In the thirties of the last century there were two attempts to legalize them closely linked to the figures of the Spanish physician Antonio Pagador and Mexican President Lázaro Cárdenas. This paper analyzes the origin and the aborted development of both initiatives.

Key words: decriminalization, illegal drugs, Antonio Pagador, Lázaro Cárdenas, prohibition.

En los años 30 de la pasada centuria algunas personas ya habían tomado conciencia de que la política prohibicionista emprendida había fracasado estrepitosamente en sus objetivos declarados. Las drogas, cada vez más caras e impuras, habían pasado de las manos de médicos y farmacéuticos a ser dispensadas por criminales y a estar controladas por policías, muchos de los cuales habían cedido a la corrupción. Consecuentemente, los empleos terapéuticos convencionales se habían vistos restringidos en favor unos usos considerados socialmente indecentes, que se habían multiplicado.

Las noticias sobre los primeros intentos de revertir esta situación nos sitúan en Hispanoamérica, concretamente en Perú y México, y giran en torno al médico español Antonio Pagador y al presidente mexicano Lázaro Cárdenas. En este sentido, nos parece oportuno dedicar este trabajo a la labor de ambos personajes.

¿Quién era el doctor Pagador?

Los datos biográficos que conocemos acerca de Ignacio Antonio Pagador y Gómez de León son escasos y bastante fragmentarios. Nada sabemos

acerca de su nacimiento, ni de su infancia, ni de su juventud, ni tampoco de sus antecedentes familiares, exceptuando que era hijo político del subintendente militar Germán Alonso Cuevillas y Álvarez¹.

Cursó estudios en la Facultad de Medicina de Zaragoza y siempre consideró al doctor Ricardo Royo Villanova —rector de la Universidad de Zaragoza entre 1913 y 1928— como su maestro². Por lo demás, sus primeros ejercicios teóricos datan de finales de 1908, cuando publicó varios trabajos de higiene municipal en la *Revista Municipal*, un suplemento de la *Gaceta Política*³.

Ingresó en el Ejército y a finales de 1914 fue nombrado médico provisional del cuerpo de Sanidad Militar, siendo destinado inicialmente al Hospital de Sevilla⁴. Al cabo de un par de meses, ya en 1915, fue destinado a las Comandancias de Artillería e Ingenieros de Barcelona, donde permaneció hasta julio de dicho año⁵.

Nos atrevemos a suponer que por esa época albergó ciertas veleidades y aspiraciones poéticas. De hecho, en junio de 1915 la revista *Blanco y Negro* publicó un poema suyo titulado “Vía dolorosa”, que arroja no poca luz acerca de su personalidad, carácter y obsesiones:

Fueron mis ancestrales guerreros y princesas;
heredé de unos su noble gallardía;
dejáronme las otras la gran melancolía
que hizo madres y santas y monjas y abadesas.

Soy triste y soy altivo. En mi el escepticismo
marcó la honda huella de mi sufrir tan fuerte.
Es mi conciencia recta, surcada por un istmo
que entrelaza dos mares: el honor y la muerte.

Sobre mi frente pesa la maldición sagrada
de aquel judío errante. Es mi vivir ansioso,
y hacia la madre tierra va siempre mi mirada,
buscando en sus entrañas un lugar de reposo.

Me ha tratado la vida a recios latigazos.
La desgracia y la duda han sido mis mentores;
he sentido en el alma los crueles zarpazos
de mi destino, lleno de penas y dolores.

Nada sé de la dicha, ni del amor tampoco.
Mi compañera eterna ha sido la amargura.
Tras el amor he ido constante como un loco,
sin tocar con mis labios su copa de dulzura.

Y cruzo por la tierra cumpliendo mi destino.
No encuentro quien restañe la sangre de mi herida,
que, cada vez más grande, es puerta que a la vida,
le deja el paso libre. ¡Soy siempre el peregrino
Que dejará a jirones el alma en el camino!⁶

En pleno verano de 1915, tras ocuparse de algunas eventualidades del servicio en la cuarta Región Militar, dependiente de la Capitanía General de Cataluña⁷, fue destinado, también como médico provisional, a los talleres del material de Ingenieros, hasta noviembre del citado año⁸. Ese mes recibió el nombramiento que lo vinculó durante un tiempo al segundo batallón del regimiento de Infantería de Alcántara⁹. Durante 1916, después de desempeñar eventualidades del servicio en la cuarta y en la quinta Región Militar, esta última dependiente de la Capitanía General de Aragón¹⁰, fue destinado como médico provisional al segundo batallón del regimiento Infantería de Asia 55⁹, acuartelado en Girona¹¹. De ahí, ya en 1917, pasó a prestar servicio como oficial médico en el regimiento Dragones de Montesa, 10⁹ de Caballería, destacado en Barcelona¹². Por último, a finales de ese año, y sin que sepamos el motivo, Antonio Pagador solicitó la baja del servicio activo y pasó a 1ª Reserva gratuita facultativa del Cuerpo, con el empleo de Médico segundo¹³.



Fig. 1. Antonio Pagador.

Durante más de cinco años no sabemos nada de su vida. Según el médico chileno Pedro Macuada, que lo conoció en 1928 y lo asistió en sus últimos días, era “simpático, gran charlador, fino, de enorme cultura” y entendía su profesión como un auténtico “sacerdocio”. Primero fue radiólogo y luego ejerció la cirugía, pero después se apa-

sionó por el estudio de los estupefacientes y por el tratamiento de los toxicómanos, arte en el que el citado doctor Macuada lo consideraba como un “selecto especialista”¹⁴. Prueba de ello es que el 31 de enero de 1923 salió de los talleres del impresor Antonio López, establecidos en el núm. 8 de la calle del Olmo, de Barcelona, un libro suyo titulado *Los venenos sociales. Opio. Morfina*¹⁵.

Los vicios sociales

Aunque publicado en Barcelona, el doctor Pagador decidió promocionar su libro en Madrid. Y consiguió hacerlo desde uno de los foros más prestigiosos. Así, a mediados de febrero de 1923 los rotativos *Heraldo de Madrid* y *ABC* anunciaron una conferencia suya en el Ateneo de Madrid que versó sobre el tema “Los vicios sociales: el opio y la morfina”¹⁶.



Fig. 2 y 3. Los venenos sociales. Opio. Morfina (1923) y Pueblos, razas y venenos (1936).

El diario monárquico no se limitó a anunciar la charla, sino que también publicó una breve reseña de la misma:

Muy interesante y muy digna de todo elogio fue la conferencia que ayer dió en el Ateneo el distinguido médico Sr. Pagador ante un numeroso auditorio, que le siguió con verdadera atención y le mostró su complacencia con largos aplausos.

Disertó el Sr. Pagador acerca de “Los vicios sociales: el opio y la morfina”, y después de anticipar como antecedente que desde los tiempos más remotos el hombre ha buscado siempre excitantes para su vida en el jugo de las plantas, explicó los efectos desastrosos

que producen el opio y la morfina —no dosificados por la terapéutica— ingeridos, fumados o inyectados con propósito morboso de disfrutar paraísos artificiales.

Estos efectos, en síntesis, suelen ser la caquexia, los ataques epilépticos, la locura, y siempre la degeneración y la muerte.

Describió los fumaderos de opio, el proceso psicopático de los opiómanos y morfínomanos, la etiología de estos vicios, su diagnóstico y su tratamiento, para terminar con la exposición de medidas necesarias para restringir la venta y la aplicación de estos terribles tóxicos, que van envenenando a la Humanidad¹⁷.

La conferencia tuvo tanto éxito y despertó tanto interés que al mes siguiente volvió a repetirla desde la misma tribuna, haciéndose eco de la misma los periódicos *El Imparcial*, *El Sol* y *La Correspondencia de España*¹⁸. En concreto, el diario independiente *El Sol* dijo a propósito de la misma:

En el Ateneo dió ayer tarde una interesante conferencia el doctor D. Antonio Pagador acerca del tema: “Los vicios sociales: el opio y la morfina”.

Acerca del opio hizo un examen detallado de su uso en la China, causa principal de que este gran pueblo de quinientos millones de habitantes viva en plena decadencia moral y material, apegado a sus usos y costumbres ancestrales, negado a todo avance cultural y a todo progreso de civilización.

Importada la costumbre de fumar opio en Europa, esta sustancia tóxica produce terribles estragos, porque el europeo no resiste, como el chino, los efectos, puesto que en éste es un vicio hereditario y ya forma como una segunda naturaleza suya.

Después estudió la etiología y la fenomenología del vicio, y expuso paso a paso el triste proceso del fumador de opio, que comienza por buscar en la droga un sedante o un estimulante y acaba por encontrar la degeneración y la muerte.

Igual hizo con respecto a la morfina y sus similares y derivados, cuyo uso exótico en España hasta hace algunos años, se está extendiendo de modo alarmante.

El que se entrega a estas drogas da pruebas de un egoísmo execrable, porque lo que busca es suprimirse los problemas y las preocupaciones, desentenderse de la vida y dejarse caer en un nirvana engañoso.

Es difícil que el que comienza a usar esas drogas se sustraiga en lo sucesivo al enorme poder de atracción que tienen. Y no en todos los casos la oportuna intervención médica logra la curación del enfermo.

Citó a este efecto varios ejemplos reveladores de las tristes consecuencias del vicio, puesto de moda por una literatura obscena y decadente, que debiera perseguirse a sangre y fuego, y por los centros de diversión de nuevo cuño, corruptores de costumbres y degeneradores de raza¹⁹.

No debe extrañarnos que la intervención del Dr. Pagador tuviera tan gran acogida, pues desde hacía algunos años la moda de las drogas se había ido incorporando paulatinamente a la cultura popular española. Efectivamente, los consumos de drogas al margen de los usos terapéuticos convencionales habían cobrado protagonismo en los medios durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918). Primero se registraron dos campañas contra la cocaína y otras drogas en Barcelona, sustentadas por el diario radical *Germinal* y el diario republicano *El Diluvio* respectivamente. Luego hubo otra campaña llevada a cabo por toda la prensa donostiarra al completo (*Diario Vasco*, *El Liberal Guipuzcoano*, *El Pueblo Vasco*, *La Voz de Guipúzcoa*, *La Constancia* y *La Información*), tras la muerte por sobredosis de un joven aristócrata en un cabaret, que alcanzó amplia resonancia en periódicos de toda España. Finalmente, en febrero de 1918 algunos rotativos madrileños (*El Sol*, *La Acción*, *El Imparcial*, *Diario Universal*, etcétera) expresaron su desazón por el incremento del uso de drogas en la Villa y Corte y por la inhibición de las autoridades competentes ante dicho aumento. A nivel clínico, otro médico español, el psiquiatra madrileño César Juarros, ya se había dado a conocer al gran público gracias a su libro *Tratamiento de la morfínomanía* (1920) y el doctor R. de Vera se anunciaba en *ABC* ofreciendo una “curación rápida sin sufrimientos” de la morfínomanía²⁰. En el terreno literario, el escritor sevillano José Mas vendía miles de ejemplares de su novela *Los sueños de un morfínomano* (1921). Y en la calle,

después de registrarse otra sobredosis, en septiembre de 1922 se habían llevado a cabo varias redadas contra los camellos de cocaína y morfina que pululaban por el Madrid más canalla. La policía trincó a “El Juanito” y “El Vedrines”, que se dedicaban a vender drogas en los cabarets a “pollos bien y cocotas”. También cayó el portero del Ideal Rosales, un médico, un farmacéutico, un camaretero del Café Colonial, otro de Los Gabrieles, el botones de Casa Morán, etcétera. Se decomisaron diversas cantidades de las referidas sustancias, que con receta todavía podían comprarse en cualquier farmacia: un gramo de morfina costaba 3 pesetas, uno de cocaína 4, uno de heroína un duro...

Por lo demás, la obra del doctor Pagador —plagada de comentarios y observaciones que hoy no dudaríamos en calificar de inadmisiblemente racistas— encontró uno de sus principales valedores en el escritor regeneracionista José M^a Salaverría, quien desde las páginas del diario *La Vanguardia* la ponderó como “una apreciable obra de vulgarización y de alarma defensiva”²¹. Salaverría también aprovechó sus colaboraciones en *ABC* para publicitar el libro de Pagador²². Y todavía en mayo de 1923 el diario *ABC* incluyó una noticia breve anunciando la publicación del libro y su precio, que era de 10 pesetas²³.

En abril de 1924 algunos periódicos madrileños, como *ABC* y *La Voz*, insertaron anuncios que prometían un “tratamiento especial de desintoxicación sin sufrimiento” para morfínomanos y cocainómanos, llevado a cabo por el doctor Pagador en el Hotel Palace de Madrid entre las cuatro y las siete de la tarde²⁴. No sabemos si lo anunciado eran auténticas prácticas clínicas o charlas teóricas sobre el tema, pero según un conocido periodista Pagador fue quien liberó definitivamente del hábito de la morfina al pintor y escritor Santiago Rusiñol²⁵, quien ya se había sometido a un tratamiento de desmorfínización en un sanatorio francés a finales del siglo XIX.



Fig. 4. Anuncio publicado en en *ABC* (24 de abril de 1924).

De lo que sí tenemos certeza es que durante el verano de dicho año viajó a Ginebra “por asuntos profesionales relacionados con las reuniones preparatorias del Congreso del Opio que se celebrará en el palacio de la Sociedad de las Naciones”²⁶. Finalmente, y delegado por el gobierno español, en noviembre volvió a la ciudad helvética —junto con Francisco Bustamante Romero, jefe de servicios farmacéuticos de la Dirección general de Sanidad— para asistir a la denominada Convención Internacional sobre Restricción en el tráfico del opio, morfina y cocaína, que no concluiría hasta 19 de febrero de 1925²⁷.

Toxicólogo de prestigio internacional

Según información facilitada por el periodista José L. Barberán, el doctor Pagador ingresó, mediante oposición, en el Cuerpo diplomático para poder continuar sus estudios e investigaciones sobre drogas en diferentes países. En 1927 estuvo en Méjico, visitando el departamento de Salubridad Pública y el departamento de Narcóticos, varias cárceles y hospitales, así como el renombrado manicomio de Castañeda, mientras tomaba contacto con consumidores de marihuana y peyote. Durante su estancia en Méjico no sólo se relacionó y frecuentó círculos científicos, sino que también hizo incursiones en los barrios bajos de la capital federal, “acompañado muchas veces de viciosos y traficantes, para desentrañar todos los secretos de tan pernicioso comercio”²⁸. Después de su periplo mejicano, viajó a Cuba, y en 1928 prosiguió sus investigaciones en Chile, Perú, Bolivia, y EEUU, manteniéndose permanentemente en contacto con la Comisión especial de la Liga de las Naciones, con el fin de “estudiar la manera de contrarrestar los manejos de los contrabandistas”²⁹.

En Perú prolongó su estancia a fin de estudiar detenida y minuciosamente el arbusto productor de la hoja de coca y la elaboración de cocaína. Allí pudo observar de primera mano tanto el consumo de coca por parte de la población indígena, como el comercio ilegal del alcaloide en sus primeras fases, y expuso a Augusto Bernardino Leguía y Salcedo, presidente constitucional de la República del Perú, un ambicioso proyecto para nacionalizar la cocaína y, de este modo, someter su producción y venta de cocaína al “completo control de las autoridades”³⁰, para lo cual

contaba con el apoyo incondicional del médico higienista peruano Carlos Enrique Paz Soldán, pionero de la medicina social, y la colaboración de R. Norris Shreve, profesor de química en la Universidad Purdue³¹.

Además, en Nueva York supo infiltrarse en los bajos fondos y “se introdujo en todos los medios del vicio, descubriendo y apoderándose de muchos secretos de los comerciantes ilegales en todo género de drogas”³².

El último viaje

A principios de 1930 el doctor Pagador regresó a España para pasar unos días con su familia, que residía en Madrid. Embarcó de nuevo con destino a Nueva York y el 11 de abril de ese año realizó la travesía de Nueva York a Lima, donde prosiguió sus investigaciones para “demostrar los peligros de las drogas heroicas”³³. Tras unos meses de estancia en la capital peruana, volvió a Nueva York, donde permaneció un tiempo, para iniciar el que habría de ser su último viaje.

Según declaraciones del capitán Pel Parker, el vapor Santa Clara, con el doctor Pagador a bordo, zarpó del puerto de Nueva York, con destino a Valparaíso, el 29 de agosto. El doctor Pagador ocupó él solo el camarote número 61 y durante la travesía hasta Panamá fue visto en cubierta casi todos los días, dando la impresión de que disfrutaba del viaje. Francisco Arévalo, residente en Santiago de Chile y aparentemente un muy buen amigo del toxicólogo le acompañaba constantemente. Otro pasajero que frecuentemente se veía con él era Orion J. Libert, que iba a Chile para desempeñar el puesto de tercer secretario de la Legación de EEUU en Santiago. Al llegar el barco al canal de Panamá el 3 de septiembre de 1930, el doctor Pagador desembarcó en el puerto panameño de Colón. Por lo visto, una vez en tierra, estuvo en un restaurante llamado Bavaria, regentado por asiáticos, donde tomó un vaso de leche. Cuando volvió a bordo comentó a un camarero del barco que había tomado algo que lo había indispuerto y que se sentía muy mal del estómago. Al día siguiente, se llamó al médico del vapor, doctor Vandyne, quien le atendió a diario hasta el 14 de septiembre, fecha de la llegada del barco a Valparaíso, donde acudieron su a encuentro un grupo de amigos, incluido un médico,

presumiblemente el citado doctor Macuada, que arregló su traslado del vapor, primero a casa de la familia Ramírez Castelblanco y después, en ambulancia, a la Clínica Española de la ciudad chilena. Pocos días más tarde, concretamente el 22 de septiembre, falleció Antonio Pagador entre atroces padecimientos³⁴.



Fig. 5. Cabecera del diario *Heraldo de Madrid* (30 de enero de 1931).

Informaciones contradictorias

Los diarios *ABC* y *La Época* fueron los primeros en publicar el despacho telegráfico de la agencia United Press dando cuenta del intento de envenenamiento del insigne toxicólogo por parte de un desconocido que venía acechándolo desde Nueva York³⁵. Se suponía que el envenenamiento se había producido al ingerir arsénico en un vaso de leche que había tomado al hacer escala el barco en Colón y que el suceso estaba relacionado con la batalla que venía librando el doctor Pagador contra el tráfico de drogas³⁶. Un día después *ABC* informaba de su fallecimiento en Valparaíso³⁷ y en los días siguientes varios medios escritos se volcaron sobre el tema, si bien los detalles sobre el suceso resultaban contradictorios. Por una parte, *El Sol* y *La Época* insistían en que había muerto “envenenado por traficantes en estupefacientes”³⁸. Sin embargo, *ABC* decía que la causa del fallecimiento había sido una “colitis”, declarando, por tanto, “falsas las versiones de un envenenamiento realizado por misteriosos vendedores de drogas heroicas”³⁹. Por otra parte, así como al principio se había hablado de arsénico, tanto *ABC* —en completa contradicción con la versión de la colitis como causa de la muerte— como *El Sol* decían que no se sabía qué clase de veneno había originado la fatal intoxicación⁴⁰.

El cadáver del doctor Pagador fue inhumado en el mausoleo de la Sociedad Española de Beneficencia de Valparaíso, después de que varios médicos le practicaran la autopsia por orden judicial. Los diarios *ABC* y *La Correspondencia Militar* publicaron varias líneas del informe médico:

Hubo envenenamiento. El corazón estaba en estado de degeneración aguda. El pulmón presentaba las dos bases con congestión. En el estómago e intestinos aparecía punteado hemorrágico. Los riñones y el hígado presentaban también síntomas de degeneración aguda, y el bazo aparecía considerablemente hinchado⁴¹.

No obstante, el periódico *La Libertad* informaba que los médicos no habían encontrado “ningún rastro del veneno que se supone ocasionó la muerte del Sr. Pagador en los órganos vitales de éste”⁴². Esta circunstancia fue confirmada por el médico chileno Pedro Macuada, lo cual no le impidió seguir pensando que su colega había resultado asesinado⁴³. Las autoridades judiciales chilenas tomaron declaración al capitán y al médico del barco, y las vísceras del malogrado médico fueron enviadas a Santiago de Chile para un examen científico en mayor profundidad. Finalmente, el diario *ABC* decía que la investigación seguía abierta⁴⁴.

Para complicar más las cosas, a principios de 1931 el periodista José L. Barberán consiguió entrevistar para el diario *Heraldo de Madrid* a un íntimo amigo del doctor Pagador, quien declaró que éste había pedido al médico de a bordo “una ampolla de morfina para calmar los horribles dolores de la mortal intoxicación”⁴⁵. Asimismo, los médicos que extendieron el certificado de defunción en Valparaíso hicieron constar que se le habían administrado a bordo varias “dosis moderadas y repetidas” de morfina:

Por vía bucal algunos comprimidos suministrados por el médico del barco (dosificados en grains), y cuatro ampolletas subcutáneamente de 0,01 cada una⁴⁶.

Sin embargo, el citado el médico chileno Pedro Macuada afirmó que le propuso una inyección en sus últimos días para mitigar los dolores, pues “su boca y faringe eran una sola llaga dolorosa y sangrante” y “apenas podía ser alimentado por

medio de una sonda esofágica”, y que Pagador la rechazó enérgicamente gesticulando negativamente con la cabeza y las manos, y que apenas habló, antes de entrar en coma, para denunciar una “venganza internacional”⁴⁷.

Fuera como fuera, los médicos que lo atendieron en sus últimos momentos certificaron lo siguiente:

Se trata de un paciente enflaquecido considerablemente, de piel seca, en la que se observan Petequias y equimosis, más manifiestas en las extremidades y parte inferior del tórax. En general da la impresión de un paciente debilitado, asténico y adinámico. En los labios hay placas de herpes infectado. En la cavidad bucal, ulceraciones cubiertas de una secreción mucopurulenta, que se extiende hasta la faringe. La lengua está seca y saburral. Las encías, tumefactas. Pulso, pequeño y taquicárdico, a consecuencia de latidos cardíacos apagados y frecuentes. Congestión de las bases pulmonares. Abdomen, meteorizado. Sensorio, lúcido, teniendo momentos de embotamiento cerebral. No hay rigidez muscular; los reflejos están normales. Escritura, difícil; y hay momentos en que no la puede ejecutar. Temperatura axilar y rectal, por debajo de la normal. Orina, escasa, con indicios de albúmina (0,5 por 1000).

La evolución de la enfermedad se caracterizó principalmente por la sintomatología cardíaca, que presentaba una inestabilidad muy manifiesta en el pulso, consistente en períodos durante los cuales se hacía imperceptible por su blandura y aceleramiento. En estos períodos había un franco estado de lipotimia.

El funcionamiento renal mejoró en los cuatro primeros días, observándose un aumento creciente en la secreción urinaria: 400, 600, 800 y 1.200 gramos. Pero a continuación hay una disminución brusca a 200 y 300 gramos en las veinticuatro horas, lo que dura hasta el desenlace. El intestino manifestó una estitiquez pertinaz, y aun con la ayuda de grandes enemas sólo obtuvimos el vaciamiento de escasísima cantidad de excrementos. En los tres últimos días hubo una parálisis faríngea que hacía imposible la ingestión de líquidos, por lo cual se le alimentó con sonda esofágica.

Con los datos que dio el paciente y con los síntomas objetivos, principalmente del corazón, diagnosticamos una miocarditis degenerativa tóxica⁴⁸.

Valoración del diagnóstico

Para empezar, conviene señalar que la miocarditis es un trastorno poco común. Casi siempre está causada por una infección viral, bacteriana o micótica que afecta el corazón, aunque también puede obedecer a otras causas: reacciones alérgicas a ciertos medicamentos o toxinas (alcohol, cocaína, ciertos fármacos quimioterapéuticos, metales pesados y catecolaminas) y ciertas enfermedades (artritis reumatoide, sarcoidosis), que causan inflamación en todo el organismo.

Con los datos disponibles no resulta fácil llegar a un diagnóstico definitivo, aunque el diagnóstico de sospecha que parece más consistente es el de una intoxicación aguda por arsénico, que presenta síntomas parecidos al cólera y otras patologías digestivas severas. No obstante, habría que determinar la presencia de dicho veneno en muestras biológicas (orina, cabello, uñas) para confirmar esta impresión diagnóstica.

Los síntomas iniciales (“horribles dolores como calambres en estómago e intestino y vómitos, opresión, angustia”) son bastante típicos, aunque no específicos. Comienzan con una clínica digestiva para pasar a una cardiovascular: hipotensión y shock (“desvanecimiento, franco estado de lipotimia”), seguida de síntomas secundarios a la vasodilatación y disminución de la función miocárdica, edema agudo de pulmón (“congestión de las bases pulmonares”), arritmias (“inestabilidad muy manifiesta en el pulso, consistente en períodos durante los cuales se hacía imperceptible por su blandura y aceleramiento; pulso, pequeño y taquicárdico, a consecuencia de latidos cardíacos apagados y frecuentes”) y una miocardiopatía congestiva (“miocarditis degenerativa tóxica”). Por otra parte, la ausencia de fiebre descarta una probable infección, reforzando la idea de una intoxicación.

A nivel de piel y mucosas aparece un exantema (“petequias y equimosis, más manifiestas en extremidades y parte inferior del tórax”). Lo más típico, que son las denominadas líneas de

Mees —unos surcos blancos transversales que aparecen en las uñas— se manifiestan unas semanas más tarde. El funcionamiento renal se caracteriza, debido a glomerulopatías y tubulopatías, por oliguria y proteinuria (“orina, escasa, con indicios de albúmina”). Las lesiones bucales (“en los labios hay placas de herpes infectadas, ulceraciones cubiertas de una secreción mucopurulenta”) pueden ser consecuencia de la intoxicación oral. La descripción del estado general (“paciente enflaquecido considerablemente, de piel seca, debilitado, asténico y adinámico”) también es compatible con la deshidratación y la insuficiencia cardíaca. La “parálisis faríngea que hacía imposible la ingestión de líquidos” podría explicarse por los polineuropatías y disfunciones motoras que aparecen en unos diez días.



Fig. 6. Noticia publicada en el diario *Heraldo de Madrid* (3 de febrero de 1931).

El hecho de que no se produjeran otros casos similares a bordo refuerza la hipótesis del envenenamiento en tierra, durante la escala del barco en Colón. Sin embargo, en el caso de una intoxicación por arsénico, echamos a faltar un síntoma característico: el aliento con olor aliáceo, típico después de haber ingerido el citado veneno. El doctor Pagador, como toxicólogo, tendría que haberlo notado y reconocido. En este sentido, resulta curiosa su seguridad de que el origen de la intoxicación hubiera estado en el vaso de leche ingerido, cuando —de haber contenido una dosis mortal de arsénico— debía de haber apesado a ajo. También llama la atención que, a pesar de mencionarse una colitis, no haya ninguna referencia a diarrea riciforme, o sea, en forma de

granos de arroz, o hemorrágica, que es habitual en los casos de intoxicación por arsénico.

Testimonios y sospechas

A parte de la excursión realizada por el doctor Pagador en Colón y que culminó con la fatal ingesta del vaso de leche en el restaurante Bavaria, el diario chileno *Mercurio* mencionó en una de sus informaciones —recogida posteriormente por el periódico *Heraldo de Madrid*— a un “personaje misterioso” que viajó con el doctor Pagador, el cual “estuvo cerca de él en algunas circunstancias en el trayecto entre El Callao y Valparaíso y que luego desapareció de este último punto sin dejar huella”⁴⁹.

Además el diario *Heraldo de Madrid* consiguió entrevistar a Luis A. Gómez Silva, gran amigo chileno del médico español, quien confirmó al rotativo madrileño que el doctor Pagador se sabía perseguido por traficantes de drogas:

Indudablemente. No se le ocultaba que era perseguido día y noche, y que sus enemigos estaban dispuestos a todo. Estos sabían que el doctor Pagador les había descubierto los hilos y que estaba próximo a coronar el esfuerzo de muchos años exponiendo a la luz pública de todos los países del mundo las proporciones del tráfico de drogas y la forma en que operaban los contrabandistas. De manera que era cuestión de salvación para ellos eliminar al sabio español, al delator contra el que nada habían podido⁵⁰.

Y, todavía más, Gómez Silva manifestó la certeza de que su amigo había sido envenenado por ellos:

Tengo el convencimiento absoluto. Aparte de los enemigos ignorados que seguramente nos rodeaban en Nueva York, hubo un individuo que persiguió al doctor y que, valiéndose de subterfugios, se embarcó en el mismo vapor, llegando hasta el Perú, según parece⁵¹.

En opinión de Gómez Silva, el motivo que guió la mano criminal, capaz de ejecutar el designio de esa voluntad poderosa, resultaba más que evidente:

El doctor Pagador tenía el proyecto de constituir una gran empresa [...] para hacer la legali-

zación, el registro, del comercio internacional de drogas. Esto iba a matar, naturalmente, el tráfico clandestino⁵².

Para José Simón Valdivieso, redactor del diario *Heraldo de Madrid*, no cabía ninguna duda acerca del móvil del crimen: la “activísima y eficaz campaña contra el tráfico clandestino de estupefacientes”, emprendida por el doctor Pagador, que tenía “repercusión en el Comité correspondiente de la Sociedad de Naciones” y especialmente el proyecto de control sobre el tráfico de drogas que había elaborado, “aceptado ya por el Gobierno del Perú”, y que prometía ser “la ruina de la poderosa asociación internacional de traficantes clandestinos”⁵³.

El proyecto del doctor Pagador

¿En qué consistía ese gran proyecto que había expuesto al presidente Leguía, y que, de haberse realizado, según el también periodista José L. Barberán, “hubiera dejado sujeta a completo control de las autoridades la producción y venta de la cocaína”⁵⁴?

No conocemos con exactitud todos los detalles de dicho proyecto para nacionalizar la cocaína peruana, pero por las informaciones publicadas en el diario *Heraldo de Madrid* suponemos que consistía en la implantación de “estancos y monopolios” que impidieran cualquier iniciativa privada, dejando “la distribución de drogas estupefacientes bajo el absoluto control del Estado”⁵⁵. Según el investigador Paul Gootenberg, el ministro de Finanzas de Perú, Fernando Fuchs, había negociando con Pagador un acuerdo de monopolio que ascendía a un millón de dólares de ingresos anuales, una suma nada despreciable en los inicios de la Gran Depresión. El objetivo del proyecto —siguiendo la idea del citado doctor Paz Roldán— era reducir tanto el consumo nativo de coca como las exportaciones a Occidente. De acuerdo con el plan establecido, la Schieffelin Drug Company de Nueva York (un ex importador de coca con buenos contactos políticos) se convertiría en el único “agente mundial” de un monopolio peruano de clorhidrato de cocaína. Incluso se llegó a precisar el lugar donde se establecería la fábrica a través de la cual se centralizaría todo el proceso⁵⁶.

Según algunas fuentes, el proyecto fue rechazado inicialmente por el presidente de Perú, pero

Leguía renunció a la Presidencia el 25 de agosto de 1930, después de que el comandante Luis Miguel Sánchez Cerro se sublevase a la cabeza de la guarnición de Arequipa. Y, por lo visto, la Junta Militar de Gobierno que tomó las riendas del poder sí que aceptó llevar adelante el proyecto del doctor Pagador rechazado anteriormente. Según otras, fue curva caótica de la política peruana, con la caída del régimen de Leguía, la condenó el futuro del proyecto de Pagador, llevándose consigo el monopolio de coca. También corrieron rumores de que el doctor Pagador llegó a descubrir que el plan era un fraude, una fachada para “tráfico ilícito”, y se acabó por desentenderse del asunto.



Fig. 7. Augusto Leguía.

En cualquier caso, su misteriosa muerte, de la que R. Norris Shreve culpó a agentes de compañías farmacéuticas británicas, francesas o suizas, en quienes se originaba el tráfico ilícito de cocaína⁵⁷, cobró pleno sentido, pues con esa demostración de fuerza se conseguía, por una parte, descabezar dicho proyecto y, por otra, lanzar una temible advertencia a cualquiera que pretendiera normalizar el mercado negro de drogas.

La iniciativa del presidente mejicano Lázaro Cárdenas

Tras la muerte del doctor Pagador, su colega y amigo, el médico chileno Pedro Macuada se preguntaba si existía una “confabulación del silencio”, si se había puesto una “mordaza en la

boca de los que pueden gritar y denunciar” los siniestros negocios de drogas, si se había instalado “el temor en los corazones”, paralizando “las manos que enristran las plumas denunciadoras y valientes”⁵⁸.

La respuesta a las cuitas del doctor Macuada vino de otro país del ámbito hispanoamericano. Efectivamente, en 1940, durante el último año de su mandato, el presidente mexicano Lázaro Cárdenas derogó el Reglamento Federal de Toxicomanías, vigente desde 1931, que establecía un sistema de persecución y denuncia de los consumidores y traficantes de drogas, por considerarlo injusto, ya que se cebaba en “un pequeño número de viciosos” y en “los traficantes en corta escala”, quienes “por carecer de suficientes recursos no logran asegurar su impunidad”. Para sustituirlo, promulgó un nuevo reglamento que conceptuaba al “vicioso” más como un “enfermo” al que se debe “atender y curar” que como un “verdadero delincuente”⁵⁹.



Fig. 8. Lázaro Cárdenas.

El nuevo reglamento obligaba a los usuarios de drogas a “someterse a tratamiento”, bien “en los dispensarios o por médicos particulares”, toda vez que el incumplimiento de este requisito implicaba el internamiento forzoso en el Hospital para Toxicómanos (art. 6). Pero, al mismo tiempo, el referido reglamento autorizaba a los farmacéuticos a despachar drogas en “dosis mayores de las señaladas por la farmacopea”, siempre y cuando estuvieran justificadas por prescripción médica (art. 4), y obligaba a los dispensarios a “despachar sustancias narcóticas” y “administrar al paciente la droga” recetada (art.8.b y art. 8.c).

Se trataba de una medida revolucionaria para la época pues pretendía establecer un monopolio para la venta de drogas prohibidas, que serían distribuidas a los usuarios a precio de coste, evitando de esa manera que las adquirieran a los traficantes ilegales.

El proyecto se había presentado meses atrás al gobierno de EEUU, explicando a sus funcionarios que “era imposible acabar con el tráfico de drogas debido a la corrupción de la policía y de los agentes especiales, y por la riqueza e influencia política de algunos traficantes”⁶⁰.

La eminencia gris del proyecto

Detrás del proyecto impulsado por el presidente Cárdenas se encontraba el director del Departamento de Salubridad Pública, doctor Leopoldo Salazar Viniegra, quien había fundado la Clínica de Zacatecas, había sido profesor de patología médica en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y también había dirigido el Manicomio General “La Castañeda”.

Entre 1938 y 1939, antes de que el presidente Cárdenas diera luz verde al nuevo Reglamento Federal de Toxicomanías, el doctor Salazar Viniegra, había llevado a cabo una campaña para desmitificar el uso de la marihuana y para dejar de perseguir a los drogadictos como criminales y empezar a tratarlos como enfermos, concentrando los esfuerzos de la ley en la represión de los traficantes⁶¹. En el manicomio de “La Castañeda” llegó a repartir cigarrillos a los internos para que fumaran marihuana en “grandes cantidades”. Salazar afirmaba “que la planta no era dañina para el ser humano y que nadie había perdido la razón con su uso”. Para demostrar sus conclusiones, en una ocasión distribuyó cigarrillos entre los miembros del Comité Nacional de Drogas Narcóticas, sin que supieran que estaban hechos con marihuana. Además, él mismo fumaba marihuana para que sus interlocutores observaran los cambios en su conducta y se convencieran de que no sucedía nada “anormal”. Finalmente, su plan contemplaba legalizar su siembra y cobrar un impuesto a los agricultores, como en el caso del tabaco⁶².

Con la entrada en vigor del Reglamento Federal de Toxicomanías de 1940, el Departamento de

Salubridad Pública creó dispensarios donde los usuarios pagaban su dosis y se le suministraba la droga cuando ellos la solicitaban. Según el escritor y periodista Juan Alberto Cedillo, el primer dispensario para comenzó a operar en la calle Versalles del centro de la capital mexicana. A él acudieron alrededor de 700 personas. Pagaban 20 centavos por la inyección de morfina, y entre 10 y 12 pesos por cinco dosis diarias. Salazar afirmó que gracias a ese dispensario, Lola “la Chata”, la principal traficante mexicana del momento, estaba perdiendo alrededor de 2 600 pesos diarios⁶³.

A pesar de los logros del nuevo Reglamento Federal de Toxicomanías, el gobierno federal de EEUU consideró las medidas de Salazar como un “peligro” para Estados Unidos y comenzó a cabildear ante el gobierno mexicano para que fuera relevado de su cargo. Primero intentaron desprestigiar al funcionario, quien tenía quien había estudiado medicina en España y psiquiatría en la Sorbona de París y gracias a sus investigaciones era considerado “el Pasteur mexicano”. Luego sus diplomáticos insistieron en el riesgo potencial que entrañaba la nueva política de drogas mexicana, ya que podría propiciar una “invasión” de droga desde la frontera sur. En consecuencia, los burócratas de Washington maniobraron en contra de Salazar a través de funcionarios mexicanos afines a su punto de vista. Posteriormente presionaron ante la Oficina Central Permanente del Opio, con sede en Ginebra, para que impusiera un embargo de medicamentos a México. Esa dependencia era la única responsable de autorizar a ciertos países el cultivo de adormidera así como la producción de opio y morfina para fines médicos, productos que el gobierno mexicano adquiriría, principalmente, en Inglaterra y Holanda, a pesar de que en Sinaloa existía una gran siembra de adormidera, ya que el país no podía procesar el opio autóctono para elaborar sus propios fármacos. A los pocos meses el embargo comenzó a tener efecto, y la principal firma farmacéutica de la República Mexicana, la empresa alemana Casa Beick Félix y Cía., comenzó a notar la escasez de narcóticos terapéuticos. Harry A. Anslinger, director de la Oficina Federal de Narcóticos (FBN), informó al gobierno de Lázaro Cárdenas que “el embargo sería levantado cuando México aprobara la suspensión del reglamento”⁶⁴.

Debido a las presiones de EEUU, el 3 de julio de 1940 el *Diario Oficial* publicó el Decreto que suspendía la vigencia del Reglamento Federal de Toxicomanía. La medida se justificó argumentando que debido a la guerra en Europa había grandes dificultades para la adquisición de las drogas.



Fig. 9. Primera plana del diario *El Universal* (13 de julio de 1940).

De este modo, la diplomacia de Washington se anotó un trascendental triunfo ante sus homólogos mexicanos, enterrando la revolucionaria medida con la que se pretendía combatir al narcotráfico en México. A partir de entonces regresó a la política prohibicionista que perdura hasta nuestros días.

A modo de conclusión

Las personas que actualmente abogan por la legalización de las drogas se dividen entre las que piensan que esa eventual legalización debe pasar necesariamente por la creación de monopolios estatales y las que entienden —sin duda influidas por el pensamiento de Antonio Escotado— que simplemente hay que derogar la prohibición, recuperando el derecho previo a la prohibición, como paso previo a la normalización de la relación del ser humano con las sustancias modificativas del ánimo.

Los dos casos expuestos muestran las reacciones suscitadas en su día en Perú y México ante la creación de sendos monopolios estatales como solución al denominado problema de las drogas. Dos ejemplos que no pueden caer en saco roto. Queda por ver cuáles serían las reacciones en el caso de que se intentara una derogación incondicional de la prohibición.

Contacto

Juan Carlos Usó

Notas

1. Ver esquila en *La Vanguardia*, 26 de mayo de 1916 p. 1.
2. Ver dedicatoria en Pagador, Antonio: *Los venenos sociales. Opio. Morfina*, Barcelona, Antonio López, 1923, p. 5.
3. “Publicaciones”, *La Lucha (Diario de la tarde de avisos y noticias)*, 7 de octubre de 1908, p. 2; “Publicaciones”, *La Lucha (Diario de la tarde de avisos y noticias)*, 27 de noviembre de 1908, p. 2 y “Publicaciones”, *La Lucha (Diario de la tarde de avisos y noticias)*, 17 de diciembre de 1908, p. 2.
4. *Revista de Sanidad Militar*, 1 de diciembre de 1914, p. 731.
5. *Diario Oficial del Ministerio de la Guerra*, 21 de febrero de 1915, p. 538; “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 25 de febrero de 1915, p. 16; *Revista de Sanidad Militar*, 1 de marzo de 1915, p. 156; “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 30 de mayo de 1915, p. 18; “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 1 de junio de 1915, p. 14; “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 4 de junio de 1915, p. 12; “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 5 de junio de 1915, p. 12; “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 6 de junio de 1915, p. 17; “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 9 de junio de 1915, p. 15; “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 1 de julio de 1915, p. 16; “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 5 de julio de 1915, p. 10; “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 11 de julio de 1915, p. 15; “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 21 de julio de 1915, p. 5 y “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 30 de julio de 1915, p. 14.
6. Pagador, Antonio: “Vía dolorosa”, *Blanco y Negro*, 13 de junio de 1915, p. 34.
7. *Revista de Sanidad Militar*, 15 de agosto de 1915, p. 527
8. *Diario Oficial del Ministerio de la Guerra*, 24 de septiembre de 1915, p. 993; “Disposiciones oficiales”, *La Correspondencia Militar*, 24 de septiembre de 1915, p. 3 y *Revista de Sanidad Militar*, 1 de octubre de 1915, p. 624.
9. “Disposiciones oficiales”, *La Correspondencia Militar*, 25 de noviembre de 1915, p. 3 y *Revista de Sanidad Militar*, 1 de diciembre de 1915, p. 751.
10. *Revista de Sanidad Militar*, 1 de julio de 1916, p. 407; “Disposiciones oficiales”, *La Correspondencia Militar*, 9 de septiembre de 1916, p. 4 y *Revista de Sanidad Militar*, 15 de septiembre de 1916, p. 567.
11. “Disposiciones oficiales”, *La Correspondencia Militar*, 13 de octubre de 1916, p. 4; *Revista de Sanidad Militar*, 15 de octubre de 1916, p. 632; “Notas sueltas”, *Diario de Gerona de Avisos y Noticias*, 17 de octubre de 1916, p. 3 y *España Médica*, 1 de febrero de 1917, p. 15.
12. “Disposiciones oficiales”, *La Correspondencia Militar*, 22 de enero de 1917, p. 3; *Revista de Sanidad Militar*, 1 de febrero de 1917, p. 85; “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 3 de mayo de 1917, p. 13; “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 4 de mayo de 1917, p. 14; “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 24 de mayo de 1917, p. 14; “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 25 de mayo de 1917, p. 11 y “Noticias militares”, *La Vanguardia*, 31 de mayo de 1917, p. 13.
13. *Revista de Sanidad Militar*, 1 de diciembre de 1917, p. 722.
14. Macuada, Pedro: *El suicidio por las drogas*, Santiago de Chile, Zig-Zag, 1940, p. 130.
15. Ver colofón en Pagador, Antonio: *Los venenos sociales. Opio. Morfina*, Barcelona, Antonio López, 1923, p. 215. Se sabe que también tenía en preparación otras dos obras: *Cocaína y cocainomanías. Psicopatología de*

- los intoxicados y tratamiento de la intoxicación y Alcoholismo y sus trastornos*, pero no tenemos constancia de que llegaran a ver la luz. Con posterioridad a su muerte, en Chile se publicó otro libro suyo: *Pueblos, razas y venenos*, Santiago de Chile, Ercilla, 1936, que previamente había sido publicado, a modo de folletín, por el periódico bonaerense *La Nación*.
16. "Ateneo de Madrid", *Heraldo de Madrid*, 16 de febrero de 1923 p. 3 y "Ateneo de Madrid", *ABC (Madrid)*, 17 de febrero de 1923, p. 23.
 17. "Lecturas y conferencias. El opio y la morfina", *ABC (Madrid)*, 18 de febrero de 1923, p. 24.
 18. "Noticias. Reuniones y sociedades", *El Imparcial*, 17 de marzo de 1923, p. 5; "Guía del lector", *El Sol (Diario independiente)*, 17 de marzo de 1923, p. 1 y "Ateneo. Los vicios sociales: el opio y la morfina", *La Correspondencia de España*, 19 de marzo de 1923, p. 6.
 19. "En el Ateneo. Conferencia de D. Antonio Pagador", *El Sol (Diario independiente)*, 18 de marzo de 1923, p. 4.
 20. Ver anuncio en *ABC (Madrid)*, 21 de junio de 1922, p. 24 y en *ABC (Madrid)*, 28 de septiembre de 1922, p. 32.
 21. Salaverría, José M^a: "El vicio nuevo", *La Vanguardia*, 17 de marzo de 1923, p. 12.
 22. Salaverría, José M^a: "Los paraísos artificiales", *ABC (Madrid)*, 24 y 26 de marzo de 1923, pp. 3-4.
 23. "Noticias de libros y revistas", *ABC (Madrid)*, 10 de mayo de 1923, p. 22.
 24. Ver anuncios en *ABC (Madrid)*, 13 de abril de 1924, p. 22; *ABC (Madrid)*, 24 de abril de 1924, p. 14; *La Voz*, 24 de abril de 1924, p. 4 y *La Voz*, 30 de abril de 1924, p. 3.
 25. Barberán, José L.: "La universal y milenaria manía de los tóxicos. El caso misterioso de un célebre doctor español, que se supone fue envenenado por los traficantes de estupefacientes", *Ahora (Diario Gráfico)*, núm. 761, 23 de mayo de 1933, pp. 33-35.
 26. "Notas locales", *La Vanguardia*, 19 de agosto de 1924, p. 7.
 27. "Noticias de Barcelona. Al Congreso del Opio", *La Voz*, 5 de noviembre de 1924, p. 8; "Notas locales", *La Vanguardia*, 6 de noviembre de 1924, p. 8; "Informaciones. España en la conferencia sobre el opio, de Ginebra", *La Época*, 8 de noviembre de 1924, p. 2; "España en la Conferencia del Opio", *ABC (Madrid)*, 9 de noviembre de 1924, p. 20 y "Información nacional. Dos nombramientos", *La Vanguardia*, 9 de noviembre de 1924, p. 16.
 28. Barberán, José L.: "La universal y milenaria manía de los tóxicos. El caso misterioso de un célebre doctor español, que se supone fue envenenado por los traficantes de estupefacientes", *Ahora (Diario Gráfico)*, núm. 761, 23 de mayo de 1933, pp. 33-35.
 29. Macuada, Pedro: *El suicidio por las drogas*, Santiago de Chile, Zig-Zag, 1940, p. 129.
 30. Barberán, José L.: "La universal y milenaria manía de los tóxicos. El caso misterioso de un célebre doctor español, que se supone fue envenenado por los traficantes de estupefacientes", *Ahora (Diario Gráfico)*, núm. 761, 23 de mayo de 1933, pp. 33-35.
 31. Cfr. Gootenberg, Paul: *Cocaína andina. El proceso de una droga global*. Buenos Aires: Eudeba; 2016.
 32. Barberán, José L.: "La universal y milenaria manía de los tóxicos. El caso misterioso de un célebre doctor español, que se supone fue envenenado por los traficantes de estupefacientes", *Ahora (Diario Gráfico)*, núm. 761, 23 de mayo de 1933, pp. 33-35.
 33. "Los peligros de las drogas", *ABC (Madrid)*, 11 de abril de 1930, p. 31.
 34. Valdivieso, José Simón: "Un médico español asesinado en Panamá. Los médicos chilenos certifican el envenenamiento. Hay un pasajero misterioso que viajó con el doctor Pagador en el Santa Clara, desembarcó con él en Colón y desapareció a la llegada a Valparaíso. El certificado facultativo de la defunción del doctor Pagador", *Heraldo de Madrid*, 3 de febrero de 1931, p. 16.

35. En días sucesivos, la noticia también fue publicada por el *New York Herald* (21 de septiembre), *A Noite* (22 de septiembre), *The San Bernardino County Sun* (22 de septiembre), *Warren Times-Mirror* (23 de septiembre), *The Detroit Free Press* (24 de septiembre), etcétera.
36. “En el extranjero. Se intenta envenenar a un médico español”, *ABC (Madrid)*, 21 de septiembre de 1930, p. 43 y “Despachos telegráficos. En Valparaíso se intenta envenenar a un médico español”, *La Época*, 22 de septiembre de 1930, p. 1.
37. “En el extranjero. Fallecimiento del médico Sr. Pagador”, *ABC (Madrid)*, 23 de septiembre de 1930, p. 41.
38. “El contrabando de estupefacientes. Fallece el médico español D. Antonio Pagador. Se dice que ha sido envenenado por traficantes en estupefacientes”, *El Sol (Diario independiente)*, 23 de septiembre de 1930, p. 1 y “Despachos telegráficos. En Valparaíso ha muerto envenenado un médico español”, *La Época*, 23 de septiembre de 1930, p. 1.
39. “En el extranjero. Sobre el fallecimiento del doctor Pagador”, *ABC (Madrid)*, 24 de septiembre de 1930, p. 26 y “Noticias necrológicas. Sobre el fallecimiento del doctor Pagador”, *ABC (Sevilla)*, 24 de septiembre de 1930, p. 28.
40. “En el extranjero. Sobre el fallecimiento del doctor Pagador”, *ABC (Madrid)*, 24 de septiembre de 1930, p. 26 y “Se confirma que el doctor Pagador murió envenenado”, *El Sol (Diario independiente)*, 24 de septiembre de 1930, p. 5.
41. “En el extranjero. El doctor Pagador murió envenenado”, *ABC (Madrid)*, 30 de octubre de 1930, p. 39; “El doctor Pagador murió envenenado”, *ABC (Sevilla)*, 30 de octubre de 1930, p. 32 y “Noticias del extranjero. El doctor Pagador murió envenenado”, *La Correspondencia Militar*, 30 de octubre de 1930, p. 2.
42. “La muerte del doctor Pagador”, *La Libertad*, 5 de noviembre de 1930, p. 8.
43. Macuada, Pedro: *El suicidio por las drogas*, Santiago de Chile, Zig-Zag, 1940, p. 131.
44. “Chile. De la extraña muerte del doctor Pagador”, *ABC (Madrid)*, 8 de noviembre de 1930, p. 30.
45. J.L.B.: “El misterioso asesinato, en Panamá, del sabio médico español D. Antonio Pagador. Todos los indicios acusan como autores del asesinato a los traficantes internacionales en drogas heroicas. La Liga de las Naciones y los gobiernos de Chile y Perú —¿y el de España?— están interesados en desentrañar el misterio de esta muerte”, *Heraldo de Madrid*, 26 de enero de 1931, p. 13.
46. Valdivieso, José Simón: “Un médico español asesinado en Panamá. Los médicos chilenos certifican el envenenamiento. Hay un pasajero misterioso que viajó con el doctor Pagador en el Santa Clara, desembarcó con él en Colón y desapareció a la llegada a Valparaíso. El certificado facultativo de la defunción del doctor Pagador”, *Heraldo de Madrid*, 3 de febrero de 1931, p. 16.
47. Macuada, Pedro: *El suicidio por las drogas*, Santiago de Chile, Zig-Zag, 1940, p. 130.
48. Valdivieso, José Simón: “Un médico español asesinado en Panamá. Los médicos chilenos certifican el envenenamiento. Hay un pasajero misterioso que viajó con el doctor Pagador en el Santa Clara, desembarcó con él en Colón y desapareció a la llegada a Valparaíso. El certificado facultativo de la defunción del doctor Pagador”, *Heraldo de Madrid*, 3 de febrero de 1931, p. 16.
49. *Ibid.*
50. Valdivieso, José Simón: “Un médico español asesinado en Panamá. La poderosa organización internacional de traficantes clandestinos en estupefacientes tenía interés en que desapareciera el doctor Pagador, y éste fue envenenado en el puerto de Colón”, *Heraldo de Madrid*, 30 de enero de 1931, p. 16.
51. *Ibid.*
52. *Ibid.*
53. Valdivieso, José Simón: “Un médico español asesinado en Panamá. Los médicos chilenos certifican el envenenamiento. Hay un pasajero misterioso que viajó con el doctor Pagador

- en el Santa Clara, desembarcó con él en Colón y desapareció a la llegada a Valparaíso. El certificado facultativo de la defunción del doctor Pagador”, *Heraldo de Madrid*, 3 de febrero de 1931, p. 16.
54. J.L.B.: “El misterioso asesinato, en Panamá, del sabio médico español D. Antonio Pagador. Todos los indicios acusan como autores del asesinato a los traficantes internacionales en drogas heroicas. La Liga de las Naciones y los gobiernos de Chile y Perú —¿y el de España?— están interesados en desentrañar el misterio de esta muerte”, *Heraldo de Madrid*, 26 de enero de 1931, p. 13.
55. Valdivieso, José Simón: “Un médico español asesinado en Panamá. La poderosa organización internacional de traficantes clandestinos en estupefacientes tenía interés en que desapareciera el doctor Pagador, y éste fue envenenado en el puerto de Colón”, *Heraldo de Madrid*, 30 de enero de 1931, p. 16.
56. Cfr. Gootenberg, Paul: *Cocaína andina. El proceso de una droga global*. Buenos Aires: Eudeba; 2016.
57. Ibid.
58. Macuada, Pedro: *El suicidio por las drogas*, Santiago de Chile, Zig-Zag, 1940, p. 29.
59. Departamento de Salubridad Pública: “Reglamento Federal de Toxicomanías”, *Diario Oficial (Órgano del Gobierno constitucional de los Estados Unidos Mexicanos)*, nº 40, 17 de febrero de 1940, pp. 5-6.
60. Cedillo, Juan Alberto: *La Cosa Nostra en México (1938-1950)*. México: Grijalbo; 2011, pp. 24-27.
61. https://es.wikipedia.org/wiki/Lola_la_Chata
62. Cedillo, Juan Alberto: *La Cosa Nostra en México (1938-1950)*. México: Grijalbo; 2011, pp. 24-27.
63. Ibid.
64. Ibid.



PRE-OCUPACIONES

Salud mental, género e igualdad.

Mental health, gender and equality.

Margarita Sáenz Herrero

Psiquiatra. Hospital Universitario de Cruces. Profesora asociada de UPV-EHU.

Resumen: Las mujeres han permanecido invisibles como seres diferentes en la Biología, y en la Psicología y en la Psiquiatría. No se ha incluido en las investigaciones sobre salud, sobre patologías o sobre fármacos qué influencias tienen la cultura, las relaciones de poder y los estereotipos de género en la Salud Mental. Por ejemplo, no se ha incluido en los trabajos de investigación sobre las causas de enfermar ni la violencia de género que ampliamente extendida en las capas más profundas de la sociedad, está produciendo graves consecuencias sobre la salud psicológica y física; ni tampoco el impacto sobre su salud en el papel de cuidadoras que han mantenido las mujeres como un formato socialmente determinado. Otro problema que sesga en las investigaciones de salud pública es precisamente no incluir preguntas sobre cuestiones relacionadas con las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres, y diferencias sobre la sobrecarga diaria, la doble jornada y las tareas que se realizan en el ámbito doméstico.

Palabras clave: mujer, salud mental, género, igualdad, investigación.

Abstract: Women have been invisible as different in Biology, Psychology and Psychiatry. They have not been included in Health Research, Clinical Approach, Pharmacological Trials and Culture Influences, Power Relationships and Gender Stereotypes in Mental health. For example, Gender violence has not been included in Research Works as one of the ethiological causes, or their consequences in psychological or physical problems. Moreover the impact in health in women as the role of caregivers is socially determined. Other problems related to gender bias are not being included questions about life conditions, and laboral status, because of women double or triple work shifts and domestic work performed in the household by women.

Key words: women, mental health, gender, equality, research.

Salud mental, género e igualdad

Las mujeres han permanecido invisibles como seres diferentes en la Biología, y en la Psicología y en la Psiquiatría. No se ha incluido en las investigaciones sobre salud, sobre patologías o sobre fármacos qué influencias tienen la cultura, las relaciones de poder y los estereotipos de género en la Salud Mental. Por ejemplo, no se ha incluido

en los trabajos de investigación sobre las causas de enfermar ni la violencia de género que está ampliamente extendida en las capas más profundas de la sociedad, y está produciendo graves consecuencias sobre la salud psicológica y física; ni tampoco el impacto sobre su salud en el papel de cuidadoras que han mantenido las mujeres como un formato socialmente determinado (Recordemos que la mayoría de las cuidadoras



de personas enfermas y ancianas son mujeres, muchas de las cuales tiene vínculos emocionales con las personas a quienes atienden)

Este tipo de relaciones de cuidado incluye a menudo una relación emocional además de la personal, médica y doméstica. Es frecuente que estas mujeres experimenten altos niveles de estrés y preocupación, presenten amplio rango de respuestas emocionales, tengan redes sociales reducidas, con problemas de aislamiento y estigma asociado.

Otro problema que sesga las investigaciones de salud pública es precisamente no incluir preguntas sobre cuestiones relacionadas con las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres, y las diferencias existentes sobre la sobrecarga diaria, la doble o triple jornada y las tareas que se realizan en el ámbito doméstico.

Las mujeres acuden con mayor frecuencia a los centros de salud mental y padecen con mucha más frecuencia trastornos de ansiedad y depresión (los trastornos de conducta y alcoholismo son más frecuente en varones y los trastornos de conducta alimentaria más frecuente en mujeres hasta 9:1). La depresión, la patología más prevalente entre las mujeres, es la segunda causa de discapacidad en la estimación para el año 2020 y la primera para las mujeres.

El consumo de psicofármacos es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres, y se mantiene entre todos los grupos de edad. Incluso en ausencia de diagnóstico psiquiátrico el consumo es mayor en mujeres (1). Las razones argumentadas hasta la fecha en la literatura científica han hecho hincapié en la influencia genética y hormonal, así como en los efectos de diversos neurotransmisores en el sistema nervioso central de ambos sexos. La mayor parte de los trastornos psiquiátricos hoy en día se interpretan como constructos biopsicosociales y sin embargo los aspectos sociales, históricos y políticos no son incluidos en la construcción de los síntomas en cada uno de los trastornos (1). En un mundo globalizado, donde la información es poder, explorar las raíces de este fenómeno constituye una necesidad, más cuando los datos en algunos países sobre violencia de género son alarmantes. Un cuarto de las mujeres inician su

vida sexual en el contexto de violencia en determinados países (2) La Organización Mundial de la Salud denunciaba la existencia de alarmantes niveles de violencia de género presentes a lo largo de la vida de las mujeres cuya prevalencia a lo largo de la vida se estimaba desde un 15 a un 71% (2).

La noción de género es un concepto metodológico que va surgiendo para distinguir la diferencia biológica y el rol cultural que se asigna a los sexos. La incorporación de la perspectiva de género es un enfoque aceptado mundialmente para lograr la igualdad de género y constituye una parte esencial de la organización de Naciones Unidas (3). La perspectiva de género fue desarrollada por departamentos de diferentes Universidades norteamericanas inicialmente dentro de los Women Studies y posteriormente los Gender Studies (3). Los estudios han ido paralelos y no integrados en las distintas materias como la Medicina, la Psicología o la Biología, como líneas paralelas que nunca se cruzan.

Sexo y género están relacionados pero no son lo mismo. Cada variable es motivo de estudio por sí misma. El género es una variable continua, y no categórica, en la investigación en resultado de la salud (4). La famosa frase de Simone de Beauvoir de “no se nace mujer, se llega a serlo” tiene su rastro en una afirmación de Erasmo de Rotterdam a propósito de la educación de los niños “*Homines non nascuntur, sed effinguntur*”. El ser humano es, pues, no una realidad natural, sino cultural (3) No hay una “*esencia de mujer*” sino muchas diferencias que debieran ser tenidas en cuenta. Las mujeres somos fragmentos, pedazos e incompletud, así en esa falta se encuentra el origen del malestar y la psicopatología asociada. El hecho de aludir a una feminidad original o auténtica es un ideal nostálgico como afirma la filósofa Judith Butler y propone la necesidad actual de analizar el género como una construcción cultural compleja.

La palabra Queer viene del anglosajón y se remonta a varios siglos atrás. El escritor Dickens utilizaba la palabra Queer Street para referirse a donde vivían los pobres, enfermos y endeudados de la sociedad. Con el juicio y el encarcelamiento de Oscar Wilde por su homosexualidad (Recordemos las cartas y poemas que escribe desde

Reading hablando del hambre, del insomnio y de la enfermedad) los movimientos de liberación sexual de los años setenta toman la palabra *queer* que significa de manera literal raro, extraño, de carácter cuestionable, dudoso, como una palabra de orgullo y resistencia de la comunidad gay y lesbiana. En su origen la palabra viene de la protesta social y posteriormente la teoría *queer* se reapropia en los años noventa como una crítica hacia la homogeneización cultural y sexual del ámbito académico de los estudios de género donde no se contemplaba la diferentes maneras de relacionarse los seres humanos entre sí, y las diversas prácticas sexuales, tendiendo hacia una homogeneización de las mismas. Se trataba de potenciar un diálogo sobre sexualidad, de romper los silencios frente a los estudios académicos. “Otra manera de pensar lo sexual” Sin embargo la deriva que ha tenido el movimiento *queer* desde estudios filosóficos postestructuralistas nos lleva hacia una deconstrucción del sujeto antes del género/ sexo y sexualidad. Un nihilismo teórico alejado de la realidad social (3).

El constructo sexo género ha de ser estudiado por separado. Hacen falta estudios que relacionen características de género y su resultado sobre la salud que podrían aportar más información que subyace en los mecanismos que influyen por debajo, en vez de diferencias categóricas entre ambos sexos en términos de morbilidad, mortalidad y conductas saludables (4).

En biomedicina y epidemiología, la diferenciación entre sexo y género es difícil y a veces confusa, incluso llegando a utilizarse género cuando simplemente se desagregan los datos por sexos, o incluso considerando ambos términos como sinónimos y por tanto, intercambiables. En 1998, la Unión Europea lo define como un: “concepto que hace referencia a las diferencias sociales (por oposición a las biológicas) entre hombres y mujeres que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura”

El género como categoría analítica permite aprender, indagar e interpretar las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres dentro de sus contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos. Históricamente se

centraban en salud sexual y reproductiva, a estudios de problemas de salud con necesidad de respuestas desde la perspectiva de género (1). La incorporación de la perspectiva de género en la investigación en salud, requiere una relectura del conocimiento que nos facilita identificar, analizar y documentar las desigualdades en salud entre hombres y mujeres.

La meta es lograr la transformación social necesaria para vivir en el mejor estado de salud y bienestar posible. Lograr la equidad de género significa en Salud Pública lograr la ausencia de diferencias innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. La aplicación de la perspectiva de género en la investigación en Salud Pública es un fenómeno reciente y necesario. Debemos aplicar dicha perspectiva a Salud Mental.

La epistemología de estudios de género considera que, pese al carácter progresista de la ciencia, ésta es androcéntrica, es decir, surge de la experiencia social masculina (1). Por tanto, sus aplicaciones y tecnologías, sus formas en definir los problemas de investigación y de diseñar experimentos, sus modos de construir y conferir significados son sexistas. El fin del androcentrismo requiere transformaciones en los significados y prácticas culturales de la investigación.

La igualdad es un concepto político, ético y filosófico. De la Igualdad se habla en los servicios públicos (educación, salud, justicia) La Igualdad se nombra y se invoca a cada instante aún cuando sea para reclamar privilegios disfrazado de derechos. La igualdad se da por supuesta, por extendida, por aceptada y practicada, por normalizada, Sin embargo vamos viendo que la supuesta igualdad es un discurso aún apartado de la realidad. Se convierte como indiscutible y dogmática. A veces oímos dentro y fuera del ámbito cultural en que las personas estamos inmersas: “Es que yo no quiero ser igual que los hombres”. O “a mí me gusta mucho ser mujer y me enorgullezco de ello” o “es que los hombres y las mujeres no somos iguales” o “¿es que es malo que yo quiero ser igual?” Hay muchas personas que refieren no ser machistas ni feministas como si la opresión y la igualdad fueran comparables. Hay que seguir luchando por la igualdad de trato, de oportunidades y de condiciones como premisas imprescindibles para que la justicia exista entre



los seres humanos, y no por desdibujar de las diferencias sexuales o reproductivas, se trata de la mejora de las condiciones de vida de buena parte de la humanidad, al menos de la mitad.

La igualdad es hija de la Ilustración. Está siendo difícil el dotar a las democracias del siglo XXI de un carácter incluyente de todas las mujeres y de otros grupos humanos excluidos, sin pegos, sin condiciones, ni generosas condiciones, sino como derechos equivalentes a los de los varones con derechos (3).

Cuando las profesoras universitarias son rechazadas una y otra vez en sus pretensiones legítimas de ocupar una cátedra, se comenta que sólo se ha tomado en cuenta el mérito y la capacidad, que no pueden pretender que se hagan excepciones con ellas por ser mujeres, porque somos iguales. ¿No queríais igualdad? Pues ahí la tenéis. Tampoco los varones con poder de decisión y ejecución hacen suyos los derechos de las mujeres como derechos humanos que conducen a la igualdad (5).

Personalmente pensaba que políticamente poco a poco las mujeres iríamos ganando terreno. Ya que la mayoría de las estudiantes universitarias éramos mujeres, ya hace más de 20 años, unido a modelos de igualdad, poco a poco se estaba aproximando e iríamos ganando puestos de poder. Ninguna mujer dispone de poder para el cual haya sido perfectamente autorizada de modo que nadie lo ponga en duda y que el poder vaya acompañado de autoridad, respeto y reconocimiento.

Las mujeres son observadas y evaluadas por encima de la media. Su fragilidad les hace buscar confirmaciones. Todavía hay mucha gente que verbaliza “yo nunca me he sentido discriminada” Se sigue diciendo, a pesar de la falta de igualdad en los espacios de poder. Es una realidad innegable dónde no nos engañemos, destacar es peligroso. Existe una violencia que cursa con la igualdad y que tiene que ver con el sistema patriarcal en el que vivimos todas las personas. ¿No es igual a mí? Qué lo demuestre (5). Una igualdad mal asumida puede dar lugar a una violencia nueva. Dos cosas matan la república, la falta de igualdad y la igualdad extrema decía Montesquieu citado por Fernando Colina. Hay que des-

velar las claves antropológicas y sociales de la violencia, de las microviolencias y de la violencia estructural del sistema jerárquico en el que vivimos los seres humanos.

Las condiciones de las mujeres no han cambiado, como hemos visto en los últimos años. La igualdad y el respeto son productos del aprendizaje. Hay que desarmar la violencia estructural del sistema. Las propias mujeres están confusas con su igualdad. No saben qué modelo tomar, ni por qué. Nadie les ha enseñado a poner límites, y mucho menos la cultura en que estamos inmersas. Sólo viene la receta de la paciencia y del agrado. Hay muchas mujeres y hombres que ya no creen en este modelo. Muchas personas no creen en la superioridad masculina. El problema de la especie humana no sabe cómo comportarse como una especie no natural (5).

Por qué si no las mujeres que acceden a través, no de la inteligencia, ni el conocimiento, ni la dignidad, sino a través del agrado, el ballet social, la receta de la sumisión y el agrado, se transforman en objetos y hacen flaco favor a otras mujeres, participando de alcanzar cotas de poder de esta manera como ha comentado en una entrevista la psicoanalista Juliet Mitchell (6).

La afirmación repetida de que el sexo es a la naturaleza como el género es a la cultura supone ya una construcción cultural. Foucault, Derrida, Mónica Wittig, Teresa de Lauretis fue quien primero utilizó el concepto queer en los años noventa (3). La heterosexualidad obligatoria que plantea Mónica Wittig, distingue entre mujer y lesbiana. Judith Butler objeta que eso presupone que hay una persona anterior al género (7), representada como libertad, lo que nos lleva a pensar en una sustancia anterior a lo social, que sería como preguntarse qué había anterior al big bang (3).

Si ya no somos mujeres ¿qué somos? Pasamos del binarismo rígido al nihilismo. En la práctica clínica pasamos del postmodernismo al mundo real. La mayoría de las pacientes atendidas en los centros de Atención Primaria y en los Centros de Salud Mental somos las mujeres. ¿Cuáles son las razones para que las mujeres presenten una peor Salud Mental? ¿O que demanden una mayor atención médica en primaria? Los profesionales

sanitarios diagnostican y tratan según el entrenamiento recibido y la información de la que disponen. Como afirma Carme Valls existe un error sistemático relacionado con la insensibilidad de género, que erróneamente considera a los hombres y mujeres como similares (o diferentes) en la exposición a riesgos o en la historia natural de la enfermedad (síntomas y signos de comienzo y sintomatología, respuesta a los tratamientos, y pronóstico) siendo la principal consecuencia del sesgo de género en la investigación y en la atención sanitaria, ante la falta de resultados válidos.

Me parece estéril y hasta inadecuado elucubrar sobre ciberfeminismo y la teoría queer si continuamos en el Pleistoceno en lo que a igualdad práctica se refiere (8).

Es cierto que las reflexiones sobre filosofía, arte, literatura, historia, ciencia no se transmiten a amplias capas de manera inmediata. Pero también es cierto encontrar en nuestro territorio a personas que declaren y defiendan que las obras de las mujeres son peores, en el mundo del arte. Y sin embargo, no se las premia, no se las critica, no se las compra. Lo mismo que ocurre en el mundo del Arte como denuncia Marina Nuñez (8), (en el libro *Mujeres en el sistema del arte en España*) ocurre en la ciencia. Se puede decir lo mismo de la Medicina y la Psiquiatría.

Nature, en el número de marzo de 2013 (9), reflejaba “La ciencia continúa institucionalmente sexista”. A pesar de algunos progresos, las mujeres científicas cobran menos, son menos promocionadas y consiguen menos becas y con más probabilidad abandonan la investigación con la misma cualificación que sus compañeros varones. En ese número especial de la revista se revisa el gap de género existente en la ciencia. Las razones públicas y conocidas, y encubiertas de dicha discriminación abarcan la coincidencia inevitable con los años productivos y reproductivos. El ritmo que llevamos en la progresiva visibilización de las mujeres resulta patético, sin relación alguna con el desarrollo teórico. María Zambrano ya afirmaba “No hemos podido nacer por nosotras mismas”

Así lo ha demostrado estudio de la Universidad de Yale (10) publicado en la revista *Proceedings*

de la Academia Nacional de Ciencia en octubre de 2012. La investigación concluye alertando de que, en general, el profesorado de ciencias de las universidades americanas considera menos competentes a las alumnas que a los alumnos que tienen idéntica capacidad y preparación.

Un equipo multidisciplinar que incluía biólogos moleculares, estadísticos, sociólogos, llegaron a estos resultados. “Querían comprobar si existía sexismo en el mundo académico. Realizaron un experimento muy sencillo: fabricaron dos currículos ficticios con méritos idénticos, uno bajo el nombre de John y otro para una candidata llamada Jennifer. Escribieron a alrededor de 400 profesores y profesoras de las 7 universidades más importantes de Estados Unidos. Los autores del estudio les pidieron que evaluaran, como parte de una investigación, la solicitud de una persona recién licenciada para un puesto de trabajo como jefe de laboratorio. “De los 137 que contestaron, un 70% eran hombres y el 30% restante, mujeres. Estos porcentajes se corresponden con la presencia de hombres y mujeres en cargos académicos altos”, incide la catedrática.

Los evaluadores consideraron que el candidato masculino era significativamente más competente que la candidata. También ofrecieron a John un salario más alto para comenzar en el puesto y más apoyo y recursos para desarrollar su carrera investigadora que los ofrecidos a Jennifer.

Sorprende que el sexo de los evaluadores no afectó a sus respuestas, ya que tanto hombres como mujeres exhibieron sesgo de género contra las mujeres estudiantes que solicitaron el puesto. “Las candidatas tenían menos posibilidades de ser elegidas porque eran vistas como menos competentes. Lo que evidencia un sesgo preexistente contra las mujeres, asociado a un menor apoyo para las mujeres estudiantes, que no ocurría en el caso de los estudiantes masculinos. Estos resultados sugieren intervenciones dirigidas al sesgo de género, para conseguir el incremento de la participación de la mujer en la ciencia”, concluye el artículo.

“Tenemos esos sesgos interiorizados y no nos podemos librar de ellos si no somos conscientes de que actúan, aún de forma inconsciente”,



y esto alude a la imagen social de la feminidad. Esto supone que existen cualidades ligadas a hombres y mujeres. Cuando se intercambian las cualidades aparece un rechazo. Si una mujer es ambiciosa resulta negativo, al igual que un hombre sensible está mal considerado. La naturaleza no reparte esas cualidades en función del sexo, sino de las personas. La meta es lograr la transformación social necesaria para vivir en el mejor estado de salud y bienestar posible.

Conclusiones

La igualdad y el respeto son productos del aprendizaje.

Aprender e interiorizar estos aspectos que permite vivir en igualdad.

Lograr la equidad de género significa en Salud Mental lograr la ausencia de diferencias innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres.

Contacto

Margarita Sáenz Herrero • margarita.saenzherrero@osakidetza.eus

Bibliografía

1. Valls-Llobet C. Mujeres, salud y poder. Cátedra eds. Barcelona, 2011.
2. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, García Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and Mental Health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *Lancet* 2008; 371:1165-72.
3. Rodríguez Magda R. Sin género de dudas. Biblioteca Nueva eds. Madrid, 2015.
4. Ristvedt SL. The evolution of Gender. *Jama*, November, 2013.
5. Valcarcel A. Feminismo en el mundo Global. Cátedra eds. Madrid, 2009.
6. Mitchell J. <http://www.theclinic.cl/2016/06/14/mujeres-contra-mujeres-la-trampa-del-patriarado/>
7. Butler J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Paidós eds. Barcelona, 2010.
8. Nuñez M. Mujeres en el sistema del arte en España. Exit Eds. Madrid, 2012.
9. Nature. Women in Science. Special suppl. March, 2013.
10. Moss Racussin CA Dovidio JF. Science faculty's subtle gender biases favour male students. *PNAS Proceedings of Natural Academy of Science*. vol 109, Nº 49, 2012.

- Recibido: 30/9/2016.
- Aceptado: 27/11/2016.

Enfermeras mirando desde un modelo de recuperación.

Nurses looking from a recovery model.

Amaia Vispe Astola, Dácil Rodríguez González, Yaiza Gordillo Díaz,
Marlene Socas Socas, Isabel Delgado Moreno

Enfermeras de Salud Mental. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.
Servicio Canario de Salud.

Resumen: En el presente trabajo, y desde nuestra posición de enfermeras, nos proponemos revisar el concepto de paradigma de Thomas S. Kuhn en relación con las diferentes visiones y modelos existentes en el campo de la salud mental, así como los cuestionamientos que se pueden hacer a los mismos. Hacemos una propuesta, desde un enfoque posmoderno, construccionista, recogiendo los fundamentos de dicho pensamiento (construcción social de las ideas, realidad construida a través del lenguaje y organizada a partir de historias y ausencia de verdades esenciales), así como la posible repercusión de dicha propuesta en la clínica. Nos detenemos también en algunos comentarios sobre el pensamiento foucaultiano y el dispositivo del panóptico, en relación con lo expuesto. Por último, abordamos el constructo de “paciente imposible”, planteando qué “ingredientes” son necesarios en nuestra intervención enfermera para *mirar* de manera *posible* a las personas que cuidamos.

Palabras clave: construccionismo, paradigma, posmodernidad, psicoterapia, psicosis.

Abstract: In the current paper and from our nurse’s point of view, we propose to review the Thomas S. Kuhn paradigm’s concept in relation to different models and views existing in the mental health field as well as the questions that can be made to them. We make a proposal, from a constructionist, postmodern approach, using the fundamentals of that thought (social construction of ideas, reality build through language and organized from stories and absence of essential truths) as well as the potential impact of this proposal in the clinic. We also focus in some comments about foucaultian thoughts and the panoptic device in relation with the exposed above. By last, we approach the “impossible patient” concept, proposing which “ingredients” are necessary in our nursing intervention *to look* in a *possible* way the people we care.

Key words: constructionism, paradigm, postmodernity, psychotherapy, psychosis.

Paradigmas

Thomas S. Kuhn (1) fue un historiador y filósofo, y un reconocido estudioso de la ciencia y su funcionamiento. Haciendo un brevísimo resumen, podemos decir que Kuhn plantea que la ciencia

pasa por momentos de ciencia inmadura (que son los momentos en los que existen diversas tendencias o escuelas). Cuando una escuela se impone al resto se establece un paradigma teórico que proporciona un marco conceptual de los fenómenos estudiados en esa disciplina.



Una vez determinado el paradigma, se entra en el período de ciencia normal, donde se empieza a progresar en la investigación, dentro del susodicho paradigma. Cuando se van acumulando los problemas que no se resuelven en esa matriz teórica, se detiene el progreso, y se llega a una situación de crisis que acarrea la sustitución del paradigma por otro alternativo. Éste es el período de ciencia revolucionaria, en el que se entabla la lucha entre paradigmas enfrentados. La elección entre paradigmas, aunque parezca increíble, se basa en criterios extra-lógicos como pueden ser: la persuasión, la popularidad, la capacidad para progresar o resolver cuestiones inmediatas e intereses económicos o de prestigio profesional. En un campo como el nuestro, la psiquiatría, donde conviven diferentes paradigmas, es interesante señalar que Kuhn afirmaba que los diferentes paradigmas son inconmensurables, es decir, no pueden compararse unos con otros porque cada uno establece su propio campo teórico, y no hay un consenso teórico común previo desde donde hacer esa comparación. Podemos decir que ningún paradigma parte de la misma definición de enfermedad, salud, entorno y persona.

Kuhn no cree que la ciencia sea exclusivamente objetiva e independiente de su entorno social. Si en la actualidad predomina el llamado “paradigma biológico”, Kuhn nos enseña que un paradigma puede ser sustituido por otro cuando se acumulan los problemas que no se resuelven en el mismo.

Por poner un par de ejemplos:

En el *British Journal of Psychiatry* (2) se publica en 2012 un artículo especial firmado por 29 profesionales de la salud mental británica que se titula “La psiquiatría más allá del paradigma actual” y la Asociación Británica de Psicología (3) publica un manifiesto en 2013 que se titula “Tiempos para un cambio de paradigma”.

Quizás, como apuntan estos importantes textos, el cambio del paradigma biológico nos lleve a un paradigma basado en lo social con enfoque narrativo... Hacia un modelo posmoderno, construccinista.

Si continuamos hablando de modelos o paradigmas (que son simplemente una manera de “ver”

el mundo y a las personas que en él habitamos) diremos algo muy contundente: no es posible definir el papel de la enfermera, en el cuidado hacia las personas, sin partir de un determinado modelo, el cual siempre estará presente en nuestras intervenciones de forma implícita o explícita. Y es que muchas veces se nos olvida que para nuestro trabajo es imprescindible e inevitable partir de un modelo o paradigma. Una visión del ser humano, de la vida, de la muerte, de la salud y de la enfermedad. En fin, una concepción del ser humano. Y dependiendo del modelo que tengamos en la cabeza, cuidaremos. Los manicmios no sólo están entre los muros que los rodean sino que también pueden estar dentro de nuestras cabezas.

Pero sigamos con una pequeñísima revisión histórica...

Claro, y en psiquiatría nosotros, los enfermeros, no somos prescriptores, entonces ¿qué hacemos? ¿Hablamos con ellos? ¿Los acompañamos? Y les repito que nuestra escucha, nuestro apoyo, nuestra ayuda y nuestro cuidado, dependerá del modelo o paradigma que tengamos en la cabeza.

Vamos a reflexionar un poco sobre los diferentes modelos... Ya que tenemos que elegir uno, o varios, o por lo menos debemos saber cuáles son los diferentes modelos que hay. Una cosa que ayuda mucho a ajustarse a los demás profesionales (psiquiatras, psicólogos) y hablar en el mismo lenguaje (aunque no compartamos la misma visión acerca de la psiquiatría) es conocer qué campo teórico copa su conocimiento. Al psicoanalista le podremos hablar en términos de estructura psicótica, neurótica o perversa (y quedará encantado). Al cognitivo-conductual le podremos hablar del procesamiento de la información y las consecuencias que eso tiene en la conducta del paciente, y al sistémico comentarle algo de la familia disfuncional. Eso siempre funciona.

Si nosotros pensamos en el individuo como un motor hidráulico u olla a presión con sus pulsiones, represiones, consciente, inconsciente, ello, yo y superyó, todas y cada una de las conversaciones que tengamos con y sobre el paciente tendrán que ver o con su infancia reprimida o su gran ego o sus limitaciones inconscientes, sus deseos inconfesables, sus traumas enterrados...

Siempre con lo oculto, lo prohibido, el pecado a descubrir... ¡¡¡Señor Freud, perdone usted!!! Creemos que el paradigma psicoanalítico está muy bien para teorizar sobre las vidas de las personas pero nosotros, enfermeros, somos de una naturaleza más práctica y por mucho que tengamos catalogados los deseos y pulsiones de nuestros pacientes... Esto no nos ayuda a acompañarlos a la compra, a que sepan defenderse ante trámites burocráticos, a mejorar su autoestima ni a encontrar un significado a sus vidas. Así que *Auf Wiedersehen Herr Freud*.

Luego llegaron los ordenadores y a nivel heurístico se utilizaron por los cognitivo-conductuales como metáfora para explicar lo que nos pasaba en el cerebro. Se habla entonces de la memoria a largo plazo, la memoria a corto plazo... Como si nuestro cerebro estuviera ordenado en pequeños cajones donde guardar la información que procesan nuestros sentidos. Es la información desplazándose por circuitos mentales lo que dio lugar a la analogía cognitivista del cerebro como un ordenador. Y aquí acabamos haciendo psicoeducación a usuarios y familiares (como si no fueran ellos los primeros expertos en el tema), trabajando en habilidades sociales y convenciéndoles que tienen una enfermedad mental y la necesidad de una adherencia terapéutica y una conciencia de enfermedad que no es otra cosa que “usted haga lo que yo le diga”. Como dice Fernando Colina (4), “exigir, tantear o conseguir que el psicótico se reconozca enfermo tiene más de confesión religiosa o judicial que de ejercicio clínico”. Programando y reprogramando cerebros. Así que *Goodbye Mister Beck*.

La cibernética es la ciencia que estudia la comunicación y el control de las máquinas y los seres vivos, y va un paso más allá y nos explica el funcionamiento de la información en un sistema, y a nosotros los profesionales como simples observadores, pudiendo catalogar lo que vemos como normal o anormal (más académicamente hablando, como funcional o disfuncional). Y así nos encontramos la terapia familiar estructuralista que define la familia funcional, el individuo funcional y los correctos sistemas de comunicación entre ellos. La familia es descrita como una “estructura” determinada, que el terapeuta puede modificar. El terapeuta es capaz de “descubrir” lo que está mal en el sujeto o en la familia, y utilizando

una serie de técnicas a través de las cuales “arreglar” lo previamente disfuncional. *Ciao Signor Minuchin*, nosotras no creemos en la disfuncionalidad. Nosotras creemos en las capacidades y fortalezas.

Hilando un poco con la teoría de Kuhn de cómo se forma el conocimiento, en nuestra opinión no está claro que la psiquiatría haya estado nunca realmente en un período de “ciencia normal”, es decir, que haya predominado un paradigma de forma tan completa que no haya habido voces discordantes de consideración. Como comentamos en un trabajo previo (5), en psiquiatría ha habido un constante movimiento pendular a lo largo de la Historia entre, por decirlo así, somatistas y psicologicistas, con distintos vaivenes. Hasta los años 50 aproximadamente del pasado siglo fue predominante el psicoanálisis para luego, con la llegada de la clorpromazina, irse instaurando un paradigma biológico que todavía no es hegemónico ni mucho menos. No olvidemos que fue sobre los años 60 cuando hicieron acto de presencia las orientaciones, sistémica o cognitiva, sin que eso significara la muerte del psicoanálisis, tantas veces anunciada y nunca certificada. Creemos que puede decirse que es posteriormente, hacia los años 80 y 90, cuando el paradigma biológico va haciéndose predominante, tomando como ejemplo la publicación del DSM-III y el DSM-III-R y en clara relación temporal con la aparición de los psicofármacos de elevado precio (primero los antidepresivos ISRS y, posteriormente, los antipsicóticos denominados atípicos). Parece coincidir con esos momentos que el paradigma biológico inicia su supremacía, pese al cual, resisten las otras orientaciones psicologicistas citadas, aunque más bien en ámbitos psicológicos, sociológicos o filosóficos, más que en ámbitos psiquiátricos. Este paradigma biológico se va convirtiendo cada vez más en *biocomercial* (6). Pero esto es otro asunto para otro momento.

Si algún paradigma predomina en la actualidad, como hemos dicho, en los ámbitos psiquiátricos clínicos donde desempeñamos nuestro trabajo, es el biológico. A partir de los mecanismos de funcionamiento de los psicofármacos se desarrollan hipótesis causales sobre los trastornos subyacentes. Como los neurolépticos mejoran algunos síntomas psicóticos y bloquean la do-



pinamina, se asume que los síntomas psicóticos derivan de un exceso de dopamina. El problema es que tales hipótesis no han sido demostradas y podrían acabar llevando a teorizar un déficit de aspirina como causa de cefalea. Se trata de un modelo neuroquímico simplón y carente de pruebas, poco preocupado por los efectos secundarios y mucho más influido por intereses comerciales de la industria farmacéutica de lo que nos gustaría admitir. Nos encontramos entonces con cerebros averiados sin solución que llevan a que tratemos a nuestros pacientes como seres limitados, mitad niños mitad tontos, que no son capaces de controlar ni su cerebro, ni sus pensamientos, ni sus deseos, ni sus decisiones, ni sus vidas, teniendo que ser adiestrados por expertos profesionales. Todo esto no deja margen de esperanza ni para ellos ni para nosotros. Aquí no podemos decir adiós porque esto es lo que nos encontramos en nuestra práctica cotidiana.

Nosotras, como muchos de los profesionales, venimos de tradiciones modernistas, de modelos normativos, del modelo biomédico, que consideran que existe una realidad objetiva en la que encontrar lo patológico. Los modelos o paradigmas a los que hemos hecho referencia (psicoanalítico, cognitivo-conductual, el sistémico estructuralista y el biomédico) son ejemplos de modelos modernistas o normativos, es decir, presuponen una realidad externa objetiva e independiente del observador que puede ser captada y descrita. El mundo es de una manera y nuestro modelo lo descubre y lo explica todo (y lo que todavía no ha conseguido explicar lo acabará haciendo con la ayuda de nuevas tecnologías aún sin descubrir). Frente a esto, la posmodernidad considera inalcanzable un saber completo sobre la realidad y entiende los diferentes paradigmas como mapas con los que moverse en esa realidad. Mapas que no tienen un valor de verdad sino de utilidad (7). Nosotras no rechazamos los modelos sino que los empleamos en lo que puedan ser útiles sin enamorarnos de ninguno de ellos ni hacer encajar al paciente como sea en esas verdades absolutas.

Un ejemplo de ciencia moderna es la física clásica newtoniana que pretendía explicar de forma completa el funcionamiento del mecanismo del universo. Lo que hizo tambalear los cimientos de

la física clásica fue el principio de incertidumbre o de indeterminación de Heisenberg. Este principio dice: no es posible conocer a la vez la posición y la velocidad de una partícula subatómica en un momento determinado. Para hacerlo, el observador ha de proyectar luz sobre la partícula, pero cuando lo hace, su curso queda modificado por el impacto del fotón emitido.

¿Qué quiere decir esto? Que el observador (los profesionales), por el mero hecho de observar, alteramos lo que observamos (conductas de los pacientes). No se puede describir la realidad sin tener en cuenta quién la describe. Así es que, si no es posible una observación sin influir en lo observado, se cuestiona la existencia de una realidad exterior objetiva y única.

A este desplazamiento de la atención desde el sistema observado (paciente) al sistema observante (profesional) se ha denominado “cibernética de segundo orden” y para poder explicarlo, la terapia familiar se ha valido de ideas provenientes del construccionismo social.

Construccionismo social

Pero ¿en qué se fundamentan las ideas construccionistas? Hay cuatro premisas fundamentales (8).

1. *Las ideas son construidas socialmente.* Al relatar la evolución de un grupo cultural incipiente explican cómo se va construyendo entre los miembros del grupo, lo que después será considerado la realidad única e inmutable.

Un poco de imaginación. Entre los miembros de una hipotética sociedad emergente, las costumbres y distinciones serán frágiles al comienzo, fácilmente intercambiables. Como el grupo es incipiente, está aún cercano el motivo y el cómo se decidieron las cosas. Son capaces de recordar: “eso es como decidimos hacerlo”. Existe alguna conciencia de que existen otras posibilidades. Empiezan a emerger instituciones como la maternidad o el cuidado del niño, entre otras.

Para los hijos de la siguiente generación, las decisiones de cómo hacer las cosas no son tan inmediatas, pero aún pueden recordar: “así es como decidieron hacerlo nuestros mayores”.

Según el grupo evoluciona, para los individuos de la siguiente generación, el recuerdo de que las cosas se hicieron de una manera consensuada se va perdiendo. De modo que van ganando terreno afirmaciones como: “así es como se hizo siempre”. Estas generaciones y las posteriores empiezan a actuar como si siempre existiesen tipos de personas que son madres, obreros, granjeros... Con toda probabilidad se escribirán leyes sobre cómo hay que construir las casas, cuándo, dónde... Se identificarán ciertas personas más adecuadas para hacerlo. Emergen las instituciones.

En la cuarta generación el “así es como se hizo” se convierte en “así es como es el mundo: ésta es la realidad”.

2. La realidad se construye a través del lenguaje. (Para los posmodernos, el lenguaje que usamos construye nuestro mundo y nuestra ciencia. Es en el lenguaje donde las sociedades construyen sus visiones de la realidad. Los únicos mundos que podemos conocer son los mundos que compartimos en el lenguaje. “El mundo está fuera, pero las descripciones del mundo no. El mundo no habla. Sólo lo hacemos nosotros”. Lo importante cuando se produce el cambio (a nivel psicoterapéutico) implica un cambio en el lenguaje. El lenguaje es siempre cambiante. Los significados son siempre indeterminados, y por tanto mutables. El significado no lo da una palabra, sino una palabra en relación con su contexto. Por ello el significado preciso de una palabra es algo a negociar entre dos o más conversadores. Y esto es esperanzador.

3. Las realidades se organizan y mantienen a través de las historias. Para dar sentido a nuestras vidas, las personas nos enfrentamos a la tarea de ordenar nuestra experiencia de los acontecimientos a través del tiempo de tal forma que conseguimos un reconocimiento coherente de nosotros mismos y del mundo que nos rodea. Este recuerdo adopta una forma que es la auto-narrativa. Desde un punto de vista posmoderno, no hay significados escondidos en las historias, no hay una “esencia” a capturar de la experiencia humana. Un concepto clave en la terapia narrativa es que en cualquier vida hay siempre más eventos que no son historiadados (a estos eventos se les llama excepciones), que no nos

hemos contado y que no hemos introducido en nuestra historia. Y esto significa que hay historias alternativas en todos nosotros y que podemos reescribir nuestras vidas. Y esto también es esperanzador.

4. No hay verdades esenciales. La auto-imagen o los self se construyen socialmente a través del lenguaje y se mantienen a través de la narrativa (a través de lo que nos contamos nosotros mismos, a través de lo que nos cuentan de nosotros). Diferentes imágenes nuestras aparecen en diferentes contextos (madre, hija, profesional, amiga, enferma...). Ninguno de ellos es más verdadero que otro. Aunque sí es cierto que presentaciones particulares del self son preferidas por las personas dentro de las culturas. Los terapeutas posmodernos trabajan con personas para ayudarles a vivir narrativas que apoyen el crecimiento y el desarrollo de los self preferidos. Esto nos abre posibilidades.

Pero ¿qué efectos tiene esto a nivel práctico, en la clínica?

Con llegada de las ideas construccionistas se abandonó la idea de una “descripción real” de lo que le ocurría a la familia para sustituirla por el concepto de realidades interpretadas alumbradas por el sistema observante. Se pasó de la búsqueda del Universo objetivo a la del Multiverso, donde muchas visiones de distintos observadores convivían.

Con la llegada de ideas construccionistas a la terapia se facilitó también una posición de mayor cooperación entre paciente y terapeuta.

El terapeuta ya no tiene como objetivo el revelar una realidad, hasta ahora invisible para la familia, sino que propone o hace posible una de las múltiples alternativas. Las preguntas ya no son sólo herramientas para obtener información, sino instrumentos para conseguir un cambio.

Para el posmodernismo, la vida humana es demasiado lábil, única, polifacética, incierta y compleja como para que se puedan alcanzar “conclusiones” mediante el “conocimiento experto”. No podemos encajar la vida en generalizaciones, ningún “experto” puede generalizar acerca de ella, únicamente se pueden formar



hipótesis imposibles de comprobar. Los pensadores posmodernos no niegan que la investigación cuidadosa puede ofrecer útiles sugerencias sobre lo que podría ser “real” pero nos mueven a ser cautelosos ante afirmaciones universales (9). El “conocimiento experto” es parcial, provisional, unilateral y muchas veces distante de los conocimientos concretos y específicos de la vida cotidiana.

La posmodernidad no venera el conocimiento local, ni hace de él una bucólica forma de “sabiduría popular”. El error “modernista” fue elevar la ciencia sobre el resto del saber; la posmodernidad intenta no incurrir en el mismo error. Contraponer posmoderno a moderno implica una dicotomía contraria a la intención posmoderna. El término posmoderno no es antimoderno.

Por tanto, la posmodernidad no sostiene que “lo que sabemos, pensamos y hacemos es mejor que lo que sabían, pensaban y hacían antes”; más bien, que no tenemos un “conocimiento experto” de lo que es verdadero y nunca podremos tenerlo; siempre estamos empezando nuevamente y arribando a conclusiones parciales.

La crucial diferencia entre conocimiento “experto” y conocimiento “experiencial” es que este último es significativo, no “objetivo” (10). Encarna el significado que la persona brinda a sus experiencias.

Foucault y el panóptico

En relación con ese “conocimiento experto” vamos a mencionar de manera superficial una idea muy interesante sobre el poder y el saber desarrollada por Foucault (11).

Michel Foucault fue un filósofo francés que intentó demostrar que las ideas básicas que la gente considera verdades permanentes sobre la naturaleza humana y la sociedad cambia a lo largo de la Historia.

Foucault propone que la gente de la sociedad occidental ha desarrollado, lenta pero continuamente, su capacidad para mantener posiciones de poder gracias a su conocimiento experto y que instituciones como la medicina, la psiquiatría, las clases sociales, la ley y la moral sexual perpetúan ese poder. Además, el poder no se establece por

medio de la amenaza y la fuerza, sino de la defensa del conocimiento del especialista que lo instaura en primer lugar y por la oculta persuasión que mueve a la gente a “interiorizar” su inferioridad haciendo de ella una “verdad”, a crear continuamente su propia identidad subordinada.

El Panóptico es una forma arquitectónica inventada por Jeremy Bentham en el siglo XVIII. Bentham lo propone como un modelo “ideal” para la organización o distribución de personas en el espacio de forma tal que las convirtiera en “cuerpos dóciles”. La consideraba ideal en el sentido de que aumentaría la eficacia de las personas a la vez que reduciría al mínimo los esfuerzos necesarios para supervisarlas.

Como forma arquitectónica, el Panóptico constituía un edificio circular con un patio en el centro, o una serie de edificios con un patio central. El edificio podía tener varios niveles, cada uno de ellos con la altura de una sola habitación. Cada nivel estaba dividido en espacios pequeños, en habitaciones, y cada habitación tenía una ventana trasera que dejaba entrar luz natural y una amplia apertura al patio central. No había ventanas laterales con lo cual las personas no podían tener contacto directo entre ellas. Las personas que se encontraban en esas habitaciones eran objeto de observación perpetua. La torre central estaba situada de tal manera que las personas de las habitaciones no podían ver a los guardias. De este modo, se sentían objeto de una mirada omnipresente. Este mecanismo de poder tenía el efecto de “incitar” a las personas a actuar como si estuviesen siendo observadas en todo momento.

La mirada omnipresente que sentían los ocupantes de las estancias individuales era, en efecto, una mirada normalizadora. Esas personas se sentían constantemente evaluadas según las normas y reglas determinadas por la organización. Esto permitió que los individuos fueran “captados y fijados por escrito”, y esto facilitó la confección de estadísticas y el establecimiento de normas, es decir, la construcción de conocimientos globales sobre las personas. Un gran ejemplo de desarrollo de conocimientos globales basados en conductas particulares lo tenemos en Emil Kraepelin (12), que fue el padre de los conceptos actuales de esquizofrenia (demen-

cia precoz) y de trastorno bipolar (psicosis maníaco-depresiva), que desarrolló la parte inicial de su trabajo clasificatorio, base de las actuales clasificaciones psiquiátricas, en un manicomio en Estonia donde ni siquiera hablaba el idioma de los pacientes ya que él era alemán (13). En estas condiciones tan lamentables de observación Kraepelin construye sus categorías que nosotros tomamos ahora como si fueran clases naturales, como si fueran reales.

El éxito del mecanismo de poder representado en el Panóptico depende en gran medida de que la fuente de poder no sea visible para los que lo padecen. Proporciona una forma de control muy económico y eficaz. A través de este poder las personas se someten a “verdades” normalizadoras que prefijan sus vidas y sus relaciones.

Los análisis de Foucault de las situaciones de poder/saber/control examinan muchas instituciones que son, o creen ser, benévolas. La forma en que la gente poderosa establece y mantiene su poder usando “técnicas de dominación” que requieren del “conocimiento experto”, la benevolencia aparente, la vigilancia y el fomento de la subordinación interiorizada son semejantes al poder institucional en los hospitales psiquiátricos.

Nosotras trabajamos en la comunidad con personas diagnosticadas de trastorno mental grave. Como hemos visto antes, los diagnósticos también son una realidad que como profesionales construimos socialmente y, en consecuencia, también construimos unas ideas que hacen que nosotras, como profesionales, los veamos muchas veces como “pacientes imposibles”.

“Pacientes imposibles”

Analicemos de qué manera catalogamos a un paciente imposible (14)...

Históricamente la imposibilidad se ha atribuido siempre al paciente (sobre todo si ya tiene un diagnóstico de trastorno mental grave): “no hay nada que hacer, esto no va a cambiar”, y muchas veces el camino hacia el caso imposible se abre desde la misma expectativa de imposibilidad. Es decir, la profecía autocumplida que se llama. Una vez puesta en marcha la expectativa de que el caso es difícil, dicha expectativa puede ser sorprendentemente inamovible, quedando la

persona “desindividuada” y terminando por ser equivalente a su etiqueta. Una vez ocurrido esto, los profesionales distorsionamos la información recibida para ajustarla a dichas expectativas o ideas sin ser conscientes de ello. Es decir, y aunque suene duro, dejándonos llevar por nuestra rutina profesional podemos estar transformando un caso con buenas perspectivas en uno totalmente perdido.

De la mano de Chema Rodríguez de Castro (comunicación personal, julio de 2011), vamos a clasificar este tipo de ideas (quizás les suene alguna):

- Ideas imposibilitadoras: “Nunca se podrá recuperar de un trastorno mental grave”, “no hay nada que puedan hacer por sí mismos”, “no pueden hacer ningún cambio significativo respecto a sus problemas o sus vidas”, “necesitarán ser medicados el resto de su vida”.
- Ideas culpabilizantes: “La familia ha causado el trastorno mental grave”, “los pacientes y sus familias presentan resistencias”, “los pacientes interpretan papeles y realmente no quieren cambiar”, “algunos actos de los pacientes son búsqueda y demanda de atención”, “algunos actos de los pacientes son manipulaciones en busca de beneficios”.
- Ideas desresponsabilizadoras: “Las personas enfermas son incapaces de controlar o cambiar su conducta”, “la conducta del paciente queda determinada por el trastorno mental grave”.
- Ideas invalidantes y desautorizadoras: “Los clientes o sus familias no saben nada acerca del trastorno mental grave, necesitando ser adiestrados por expertos en salud mental”, “los trastornos mentales graves son exclusivamente trastornos cerebrales y el único remedio efectivo es la toma de medicación de por vida”, “los profesionales sabemos lo que le conviene hacer al paciente o a su familia respecto a múltiples aspectos de sus vidas”.

Evidentemente las personas no dejan de tener sus propias teorías acerca de sus problemas, de sus dificultades y de su situación vital. Cuando dichos puntos de vista son ignorados, atacados o desautorizados, como hemos visto, no es sorprendente la aparición de “resistencias” o incumplimientos



terapéuticos. En este momento muchas veces el paciente empieza a convertirse, para el profesional, en un caso imposible. Y el profesional se convierte, para el paciente, en una persona poco interesada o evidentemente equivocada. Llegados aquí las intervenciones han pasado de ser relaciones de ayuda o cuidado para convertirse en confrontaciones.

Ingredientes

Nosotras trabajamos con una serie de ingredientes que alimentan la alianza, la colaboración o el ajuste necesario para poder cuidar a las personas (que al final es a lo que nos tenemos que dedicar).

- Respeto: Trabajamos para supervivientes, para veteranos de las intervenciones psiquiátricas/psicológicas.

Vemos al psiquiatrizado como un héroe en el “drama de la terapia” y creemos, que no sólo dispone de todo lo necesario para resolver sus problemas, sino que puede que haya empezado a hacerlo o tenga una buena idea de cómo conseguirlo.

Desafortunadamente, esos veteranos de la tristeza han sido frecuentemente maltratados por el sistema sanitario y perciben a los profesionales como personas que no tienen en cuenta sus deseos, no dan crédito a su malestar e incluso no creen en sus desgraciadas historias. Llamarlos veteranos nos ayuda a verlos de nuevo como seres humanos. Pasan de ser “crónicos” o “graves” a “supervivientes” o “veteranos”.

- Expectativas de éxito: Nos centramos en los recursos y habilidades de las personas, más que en sus limitaciones.

Nos centramos en los recursos de las personas más que en sus déficits, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones. Porque ellos nos enseñan cómo trabajar y cómo resolver los dilemas que les ayuden a centrar su atención en crear expectativas para el cambio. Nosotras estamos convencidas de que todas las personas disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para resolver problemas. Es nuestra tarea acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas.

Estamos más preocupadas por trabajar desde las capacidades y fortalezas que desde las debilidades y dificultades, pasando de un enfoque de riesgo, a otro enfoque basado en el desafío y en las potencialidades. Si preguntamos por fortalezas e historias de éxito, éstas aparecerán y terminarán convirtiéndose en el motor del cambio que se moverá también en esa misma dirección, positiva y apreciativa.

- Aceptación positiva e incondicional: Los vemos sanos y capaces.

Las personas no son el problema, el problema es el problema. Nosotras trabajamos con la convicción de que si los vemos sanos y capaces, y utilizamos un lenguaje que representa esto que pensamos, construimos junto a ellos historias alternativas a enfermedad, a cronicidad, a incapacidad...

- Trabajamos con perspectiva: Admitimos que el cambio en la persona es constante y nos comportamos como si fuera inevitable y contagioso.

Si admitimos que el cambio es constante, nos comportaremos como si fuera inevitable. Un pequeño cambio en una parte del sistema produce cambio en otra. El feedback es circular, lo que hacemos repercute inexorablemente en los otros y viceversa, porque el cambio es contagioso, crea un efecto de onda expansiva en el resto.

- Cooperación: Creemos que cada uno de ellos tiene una forma única de cooperar, y que nuestra tarea es identificar y utilizar esa manera de cooperación.

Cooperación, cooperación, cooperación, hacia sus objetivos, desde su postura, con su lenguaje (15).

- Autodeterminación: Sabemos que somos los que sugerimos y la persona, la que elige.

De Shazer (16) tras su “declaración de muerte a la resistencia” asume y con esto nos enseña que las personas quieren cambiar realmente. Su punto de vista es que no existe la resistencia (especialmente cuando no esperamos que la haya). Es verdad que las personas no siguen siempre nuestras sugerencias, pero esto no lo consideramos resistencia. Cuando esto ocurre, simplemente nos están enseñando cuál es el

método más productivo y que mejor encaja para ayudarles a cambiar.

- Validación: Pensamos que es importante reconocer y validar lo que la persona ha estado pensando y sintiendo.

La validación incluye incluso respetar la validez de ideas y conductas muy inusuales. Pero la validación no nos debe constreñir a pensar que la historia de la persona es la única explicación posible de la situación. La validación de perspectivas permite generar nuevas ideas. Las personas, normalmente, después de darse cuenta de que no hay necesidad de defender o discutir sobre la validez de una posición o “idea delirante”, suelen abandonar aquellos aspectos de sus creencias que no son de utilidad. La validación le concede a la persona espacio y comodidad para encontrar maneras de solucionar sus problemas guardando las apariencias.

- Excepciones: Aprovechamos los periodos libres de problema porque éstos también existen.

Nosotras pensamos que las personas son ricas en experiencias vividas y que sólo una parte de estas experiencias pueden relatarse pero que gran parte de ellas quedan fuera del “relato dominante” acerca de las vidas. Estos “acontecimientos extraordinarios” constituyen una fuente llena de riqueza y fertilidad, para la generación de relatos alternativos. Los “relatos dominantes” se ponen en marcha una vez que la persona es diagnosticada. Nosotras intentamos no ignorar los acontecimientos extraordinarios en la vida de las personas y así mirar y que se miren de otra manera. Por esto tomamos con reserva las notas o informes clínicos de otros profesionales. Sabemos que es mejor acercarse a la persona sin ideas preconcebidas, atentos a nuevas oportunidades.

Sólo tenemos que leer con detenimiento cómo habla el DSM-IV o cualquier informe de alta sobre un paciente. Es muy difícil encontrar algo respetuoso o amable. No suele haber ninguna mención a algún aspecto positivo o a algo que haga bien. Y esto también está en relación con el hecho de que a los profesionales nos resulta difícil no colocarnos en situación de superioridad respecto a los pacientes.

- Dignidad: Sabemos que la persona desmotivada no existe.

Es posible que no comparta nuestra motivación, pero no hay duda de que posee la suya y es muy fuerte. Es por esto que damos muchísima importancia a sus objetivos personales. Protegiendo en todo momento su dignidad. Sus objetivos nos proporcionan una visión clara de la teoría de la persona y una ruta hacia una conclusión satisfactoria.

- Tranquilidad: No tenemos prisa.

Nos gusta aplicar la máxima castellana del “vísteme despacio, que tengo prisa”, salvo que sean las personas quienes insistan en acelerar el ritmo. Una tarea demasiado exigente puede llevar a las personas al fracaso y, por consiguiente, hacerles sentir desmoralizados o incluso humillados.

El objetivo de tomarse el pulso como profesional es resistir la ansiedad, la urgencia, el pesimismo y la sobreabundancia de responsabilidad. Estos estados de ánimo contribuyen a la predicción o anticipación de la imposibilidad.

- Flexibilidad: Respondemos con flexibilidad.

Usamos teorías que promueven la mejora, ayudan a las personas a conseguir sus objetivos y proporcionan espacio para ser cuestionadas tanto por parte de los profesionales como por parte de las personas a las que atendemos.

Sabemos que la teoría perfecta no existe. Utilizamos aquélla que resulte más aplicable a nuestro veterano. Nos colocamos en una posición de igualdad, intentando mostrar un compromiso en la ayuda o alivio del malestar de las personas.

- No somos policías de la realidad: No hacemos ningún intento de negar la realidad, la tomamos como auténtica, porque sabemos que no necesitamos ser un policía de la realidad. Nosotras no tenemos como objetivo el revelar una realidad. Tenemos la creencia de que existen múltiples “realidades” y múltiples significados de la misma. Y nuestras preguntas no son herramientas para obtener información sino instrumentos para conseguir el cambio.



“Si yo tuviese que desear algo, no desearía riquezas ni poder, sino la pasión de la posibilidad, el ojo que en todas partes ve la posibilidad eternamente joven, eternamente ardiente. El placer decepciona, la posibilidad no” (Soren Kierkegaard).

Porque intentamos tener un pensamiento posible, y esto es básicamente una forma de mirar la vida, apreciando lo que nos rodea. Es actuar con asertividad (17). En el trabajo dejamos de suponer un problema tras otro para convertirlo en una oportunidad para aprender y crecer. Nuestra narración sobre lo que vivimos pasa a ser optimista y positiva. Contamos lo mejor y nos centramos en hacerlo crecer. Implica salirnos del ciclo del miedo, la tristeza y la compasión para pasar a comprender al otro desde el reconocimiento y el amor, la valentía y la alegría. Los miedos son el enemigo de la creatividad. El pánico paraliza.

Todos estos ingredientes van a darle seguridad dentro del sistema, una conexión emocional y un camino hacia propósitos compartidos.

Conclusión

¿Nos atrevemos los profesionales a nuevos horizontes como desafiar las ideas que culpabilizan a la familia, u oponernos a las ideas que ven a las personas como irresponsables, y luchar contra las ideas que desautorizan o invalidan a las personas?

¿Y nos sentimos verdaderamente competentes los profesionales como para transmitir expectativas de éxito (tipo “lo conseguiré”), de control interno (como “depende de mí”) y de autoeficacia (“soy capaz”)?

¿Somos válidos como para transmitir ilusión, esperanza, proyección al futuro, sensación de conseguir una meta y creer en el futuro donde los problemas estén mejorados, resueltos, con una vida más satisfactoria?

¿Estamos a la altura de confiar en los recursos internos de las personas para las que trabajamos, y creer que poseen los recursos suficientes para abordar múltiples aspectos de su vida?

Contacto

Amaia Vispe Astola • amaia_vispe@hotmail.com
Avenida de Madrid nº 11, portal 5, 8º B • 38007 Santa Cruz de Tenerife

Bibliografía

1. Kuhn T.S., *La estructura de las revoluciones científicas*. México, FCE, 1975.
2. Bracken P., Thomas P., Timimi S., Asen E., Behr G., Beuster C. et al. “Psychiatry beyond the current paradigm”. *The British Journal of Psychiatry*. Dec 2012, 201 (6) 430-434; DOI: 10.1192/bjp.bp.112.109447
3. Division of Clinical Psychology Position Statement Final Version: “Time for a Paradigm Shift”. Disponible en: <https://dxrevisionwatch.files.wordpress.com/2013/05/position-statement-on-diagnosis-master-doc.pdf>
4. Colina F. *Sobre la locura*. Cuatro ediciones, 2013.
5. García-Valdecasas J., Vispe A., García-Valdecasas V., Hernández M. “¿Hacia un nuevo paradigma en Psiquiatría?”. *Norte de salud mental*, 2016, vol. XIV, nº 55, 20-30.
6. García-Valdecasas J., Vispe A., “Mercaderes en el Templo: hegemonía del paradigma bio-comercial en Psiquiatría”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2011, vol. 31, nº 110, 321-341.
7. Gergen K. y Gergen M. *Reflexiones sobre la construcción social*. Paidós, 2011.
8. Fernández Liria A. y Rodríguez Vega B. *La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas*. Desclée de Brouwer, 2001.

9. White M. y Epston D. *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós, 2010.
10. Payne M. *Terapia narrativa*. Paidós, 2002.
11. Foucault M. *El poder psiquiátrico*. Ediciones Akal, 2005.
12. Kraepelin E., *Tratado de Psiquiatría*, octava edición. Edimburgo, Robertson, 1921.
13. Garrabe J. *La noche oscura del ser*. Fondo de Cultura Económica, 1996.
14. Duncan B.L., Hubble M.A. y Miller S.D. *Psicoterapia con casos "imposibles"*. Paidós, 2003.
15. Beyebach M. *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder, 2006.
16. De Shazer S. "The Death of Resistance". *Family Process*, 1984, 23: 11–17. doi:10.1111/j.1545-5300.1984.00011.x
17. Subirana M. y Cooperrider D. *Indagación apreciativa*. Kairós, 2013.

- Recibido: 11/9/2016.
- Aceptado: 24/11/2016.

Metálogos:

Canarias. Entrevista a Francisco Rodríguez Pulido.

Canary Islands. Interview with Francisco Rodríguez Pulido.

Reiniciamos una serie de intervenciones y entrevistas. Anteriormente y desde hace una década, fueron entrevistados entre otras personas, Juan Campos, José Guimón, Jorge García Badaracco, Manuel Desviat... Ahora, pretendemos conocer la opinión de personas expertas de diferentes asociaciones autonómicas que podrán aportar sus opiniones en torno a la situación de la atención a la Salud mental, la cobertura y la dotación de las Unidades de Salud Mental, el desarrollo del modelo de asistencia comunitaria, la ley de dependencia, la atención infanto-juvenil y a trastorno mental grave, la rehabilitación,... y, como no, el apoyo al movimiento de primera persona.

Iniciamos con la comunidad de Canarias y para ello entrevistamos a Francisco Rodríguez Pulido.

Francisco Rodríguez Pulido, Vicepresidente de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental; Presidente de la Sección de Rehabilitación de la AEN; Profesor Titular de psiquiatría de la ULL; Promotor de la Iniciativa Legislativa Popular en Defensa de la Sanidad y Salud Pública. Fundador y Responsable del Equipo Comunitario Asertivo (2005-2011).

¿Consideras que hay mayor malestar subjetivo en la población canaria hoy?

Realmente hasta hoy, la ausencia de planificación y la carencia de financiación son los dos problemas principales de la sanidad pública en las islas. Y durante más de una década la asistencia a la salud mental lo ha sufrido y la propia población canaria. La situación de la asistencia psiquiátrica es preocupante porque no se ha producido ninguna nueva inversión estratégica desde hace más de ocho años, y hay indicadores que hablan de una mayor malestar en la población.

Por ejemplo, por las políticas de ajuste presupuestario, en los presupuestos de 2016 del SCS se contara con 20 millones de euros de menos por parte del Estado. Esto hace que los servicios de salud sufran una gran tensión y la asistencia psiquiátrica, como la cencienta de la medicina, lo ha sentido especialmente.

En el 2002 en un estudio de costes -el más completo en salud mental en nuestra comunidad- se calculó que los costes totales de las enfermedades mentales ascendieron a 189,59 millones de euros. Los costes directos sanitarios fueron de 81,67 millones de euros, el 43% de los costes totales y el 5,2 del gasto sanitario público en esta autonomía. Los costes indirectos ascendieron a 107,92 millones de euros, el 57% del total. El elevado coste directo ya nos habla de un modelo conservador de base hospitalaria y pese al crecimiento de la población, la inversión ha estado congelada. Así mismo, los indicadores reflejan este malestar en el alto consumo de psicofármacos, recogidos en datos publicados en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), cuando se hace referencia a los últimos 12 meses, los hipnosedantes constituyen la tercera sustancia psicoactiva más prevalente, tanto en España como cuando se centra el análisis en Canarias. La prevalencia en la Comunidad ha experimentado un ligero crecimiento (3,7 puntos porcentuales), y en 2013, los individuos que han consumido en el último año representan el 14,5% de la población, 2,3 puntos por encima del valor nacional (12,2%). Entre los indicadores de malestar subjetivos tendríamos el alto índice de consumo de las benzodiacepinas y antidepresivos. De esas 124.498 personas que el pasado año recibieron en Atención Primaria, tranquilizantes y antidepresivos, 40.616 eran mujeres de entre 45 y 60

años. O el 30% de la población está en riesgo de padecer un trastorno mental.

Es más, una investigación elaborada por un equipo interdisciplinar de la Universidad de Castilla-La Mancha y el Servicio Canario de Salud ha puesto de manifiesto que, por detrás de las enfermedades osteomusculares, la segunda causa de baja laboral la ocupan los trastornos mentales. El trabajo, publicado en el *European Journal of Health Economics*, ha valorado el impacto económico y social de estos trastornos, constatándose que son muy elevados, a pesar de que este grupo de patologías son la cuarta causa de cuidados informales, es decir, de apoyo prestado por familiares y no por profesionales sanitarios, después de los accidentes cerebrovasculares, las demencias y las enfermedades osteomusculares.

Y es que una economía dependiente es muy sensible a las políticas públicas y, ante la actual crisis económica está colocando a amplios sectores de la población Canaria en riesgo de vulnerabilidad psicológica y en exclusión social es más elevado, más aún cuando sabemos que los determinantes de la salud son factores de riesgo, como la pobreza – el INE destaca que uno de cada tres canarios, el 33,8 por ciento, vive bajo el umbral de la pobreza-, una infancia en riesgo (tres de cada 10 niños en riesgo de exclusión social), el desempleo (50% jóvenes canarios), alta tasas de divorcio, el hacinamiento en el hogar, altos porcentajes de mujeres víctimas de la violencia machista, una peor alimentación infanto juvenil, alto índice de personas mayores, unas 300.000, que viven solas, y unas 20.000 personas sin hogar –mujeres de mediana edad con hijo a cargo– según Caritas. Esta situación social y económica, así como la ausencia de planificación, inciden en el aumento de la morbilidad y la mortalidad por problemas psiquiátricos en las islas, cuyo impacto lo podremos medir en estos próximos años. De hecho, en el 2012, el Instituto Anatómico Forense en Gran Canaria, se alarmó del alto índice de suicidios en esa isla, y si comparamos las tasas de suicidio ofrecidas por el INE, comprobamos que desde 1992 hasta 2012 han subido dos puntos. Sufrimos una tasa de suicidio por encima de la media nacional.

En la Encuesta de Salud de Canarias del 2004, aunque mejora en el 2009, 22% de las mujeres

realizan una autovaloración negativa de su salud frente al 12% de los hombres, y por grupos de edad, aumento la mala valoración de su salud a medida que aumentaba la edad, siendo el grupo entre 45-64 años, y más de 65 años, que presentaban porcentajes del 22% que valoraban negativamente su salud.

Esta situación de “no hacer nada” desde hace años, podemos también verla reflejadas en las cifras de investigación en Salud Mental en Canarias en el periodo 2009-13, proporcionado por el Instituto de Salud Carlos III, no ha habido sido ninguna.

Todo ello requiere un esfuerzo de corrección urgente en el ámbito de la salud mental y en la gestión de los crónicos, precisamente en los debates en las Jornadas de Valladolid la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Canarias no ocupa un lugar relevante en las buenas prácticas. El no hacer nada o el hacer por hacer es la expresión máxima de la ineficacia de la gestión pública.

¿La asistencia psiquiátrica ha mejorado en las islas? ¿Cómo la valoras?

Al final de la década de los setenta y principio de los ochenta, al calor de las aspiraciones democráticas, las transferencias sanitarias, la ley general de sanidad, y los cambios de la realidad asistencial psiquiátrica en Europa, se generó unas condiciones para iniciar los cambios en las instituciones totalitarias de los manicomios. Proceso que se inició y se cerró en Gran Canaria (2005), pero en Tenerife, sufrió una reconversión, que aún no ha finalizado. Paralelamente a este proceso, se desarrolló la red comunitaria de salud mental, se incrementó las plazas de hospitalización breve en los hospitales generales, y se transfirieron las competencias sanitarias de los Cabildos a la Consejería de sanidad, –hace unos años en Tenerife y mucho antes en Gran Canaria–, y a su vez también se descentralizó la asistencia psiquiátrica a nivel insular con recursos propios en las islas de más de 20.000 habitantes. Díganos que hasta la segunda década de los noventa estas transformaciones, al calor del I Plan de Salud de Canarias, con diferentes ritmos, se materializó en cada isla. En estos veinte

anos una constante ha sido el esfuerzo de los profesionales más comprometidos y de las organizaciones de familiares para empujar en la dirección de los tiempos ante una vacilante administración pública. A finales de los años noventa, con el desarrollo de los Consejos Insulares de Rehabilitación y Acción Social, al calor de las Direcciones de los PIRP, y en el marco de los Planes Insulares de Rehabilitación y el Plan Sectorial de la Discapacidad, se ha operativizado una red comunitaria de atención a las patologías psicóticas grave y crónicas. Pero digamos con rotundidad, que debido a la crisis económica, la inversión en recursos en salud mental ha sido mínima o ninguna, ni en el ámbito de la asistencia ni en el ámbito de la rehabilitación. Esta parálisis, nos llevó a promover, con mis compañeros del Foro, la iniciativa legislativa popular en defensa de la sanidad y salud pública.

Hemos hecho un esfuerzo de reforma basado en las “estructuras”, y hay que ir pensando en la construcción de un sistema más flexible, transversal y participativo, con los recursos disponibles en cada momento. Debemos conducirnos a generar una mejora de la tecnología de la psiquiatría comunitaria, porque esta también como valor, incorpora al emergente movimiento de primera persona, como agente responsable para este nuevo siglo. Los enfermos no son historiales, sino personas, aunque parece algo sencillo, los servicios de salud vacilan en asumir esta visión. Es un tiempo perdido dudar de ello. Nos encaminamos hacia la atención en el domicilio en el sistema de salud con equipos móviles donde la enfermería debe jugar un papel relevante. Las experiencias evaluadas en Finlandia, Trieste y Suiza, apuntan sobre un modelo más humano y de dialogo sin contención físicas para las psicosis, haciendo tambalear la hostilización como hoy día la conocemos. Las Islas reúnen condiciones para el desarrollo de alternativas asistenciales, siempre y cuando una innovación razonable sea parte de las políticas públicas,

No obstante, el marco de la Ley General de sanidad es un marco superado, y en el presente, en la normativa generada, destaca el Real Decreto R.D. 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional de Naciones Unidad sobre los Derechos de las

Personas con Discapacidad. Dicha Convención había sido aprobada el 13 Diciembre de 2006 por la Asamblea General de Naciones Unidas ya había sido ratificada por España en 2007. Los principios generales que se desprenden de la Convención aprobada, y consecuentemente, del Real Decreto (R.D.) que la llevaba a la práctica, son el respeto a la dignidad inherente a la persona, la autonomía individual (incluida la libertad para tomar las propias decisiones), la independencia de cada ser humano, la no discriminación, la participación e inclusion plenas y efectivas en la sociedad, la igualdad de oportunidades, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como manifestación de la diversidad y la condición humana. Esto determinara las acciones en salud mental pues es lo único que compromete a los gobiernos en las políticas públicas.

También es reseñable en este punto, mas técnico, la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. y que en nuestra comunidad, recientemente se ha presentado su versión autonómica, siendo incluido el trastorno mental grave como paciente crónico altamente complejo, pero estimo y preveo, que solo se podrán beneficiar un grupo muy reducido de avanzada edad para poder cumplir los criterios. Otras comunidades han avanzado mucho en explorar estos nuevos modelos de gestión que no dejan de tener un hondo calado en las elecciones de los criterios de estandarización no asépticos.

En Julio 2016 el Parlamento de Canarias aprobó por unanimidad de las fuerzas políticas el III Plan de Salud, con una vigencia de un año, sin ficha financiación, y sin generar ningún entusiasmo en la comunidad sanitaria. Al menos desde este marco nuestro campo podrá exigir la responsabilidad social en su cumplimiento, así como, de las resolución que acompaña al citado Plan. Esperemos que el tiempo raquítico que tardo en debatirse en el Parlamento no refleje la intensidad del compromiso asumido. Y recientemente la Consejería presento en la Comisión Asesora Regional el marco para una Estrategia de Salud Mental cuando todos solicitamos un Plan Integral de Salud Mental. Los niveles de alcance e implicación de una Estrategia o un Plan no es lo mismo.

Por lo tanto las líneas de mejora están claras y son factibles, pues aún, el grado o nivel de satisfacción con respecto al funcionamiento del Sistema Sanitario Público en España, según el Informe anual del SNS del 2012, es de 6,6 puntos sobre 10. No se debe perder más tiempo porque -al no avanzar y evaluar- lo logrado por varias generaciones se colapsara.

Las Unidades de Salud Mental ¿están bien dotadas y con cobertura poblacional sectorizada?

Las actuales dotaciones de las Unidades de Salud Mental Comunitarias, tanto a nivel de recursos humanos como de infraestructura, siguen siendo irregulares y heterogéneas, de unos territorios a otros, e incluso dentro de la misma área de salud. La distribución de los profesionales, en base a la población, fue realizada en la segunda década de los noventa con alguna corrección posterior, pero no ha sido ajustada de acuerdo al crecimiento de la población de hecho, que es la que está sometida al riesgo. Hoy Canarias supera los dos millones de habitantes con una población flotante cada año de diez millones. Se requieren más recursos de los que actualmente disponen y ser consecuentes con su dependencia administrativa de Atención Especializada, en lo relacionado con la planificación de espacios (planes funcionales de desarrollo futuro en los centros de atención especializada) y ajustes en el pago de lo singular de sus funciones (desplazamientos de los profesionales). Por ejemplo, Fuerteventura es una isla con mucha dispersión geográfica entre sus municipios y ha crecido sustancialmente su población de hecho en estos últimos veintes años, pues bien, se reclama dos nuevas Unidades de Salud Mental para atender

Se está llegando a un grado de deterioro en el que las Unidades de Salud Mental Comunitaria carecen de los espacios adecuados para desarrollar de forma eficiente y con calidad su labor asistencial, por una parálisis de gestión de los responsables, y esto ha sido puesto en conocimiento de las autoridades por la ACN, sin que hasta la fecha de hoy, se haya producido ningún cambio. Y también, los profesionales lo han demandado en sus órganos de coordinación que no tienen carácter vinculante. Siendo este, otro de los problemas sangrantes. Esperamos que

en el nuevo plan de infraestructura de los nuevos gobernantes de la administración regional se tenga en cuenta, porque en salud mental los espacios son esenciales para el trabajo grupal y comunitario.

Asimismo, las listas de espera de más de tres meses en las Unidades de salud mental; un riesgo de dos a tres veces superior de morbilidad física en los pacientes con trastornos mentales graves en relación a la población general, unos picos elevados anuales en las tasas de suicidio, una carencia de programas preventivos, unas ratios de enfermeras por debajo de la ratio óptima, carencia de programas específicos de intervención extensos para toda la red asistencial, ausencia de terapeutas ocupacionales en los centros ocupacionales, un registros de casos desvinculado de las necesidades de transformación de los servicios, y la necesidad de una formación participativa e integrada, y evaluada de forma independiente.

No dejaría de señalar también el esfuerzo que hay que realizar en la colaboración entre atención primaria y atención especializada. Los sistemas intranet de consultoría y las tutorías in situ han dado buenos resultados en la co-gestión del sistema en otras especialidades y en salud mental tienen que profundizarse en estas medidas sin añadir más confusión.

¿Podemos hablar de un modelo de asistencia comunitaria?

En absoluto. Eso se pretendió al comienzo de los cambios, en los años ochenta, pero sólo hemos llegado a un modelo ambulatorio reforzado con fragmentación de dispositivos. Una aplicación errática y vacilante, así como, una visión muy administrativa ha condicionado este desarrollo en las islas. La psiquiatría comunitaria es una tecnología y una cultura de los cuidados. La gestión hospitalocéntrica, los estilos de trabajo individualizados de los profesionales, la dinámica escasamente asertiva y móvil, el escaso contacto con la sociedad civil de cada territorio donde se ejerce la actividad, la concentración de la mayoría de los profesionales concentrados en el hospital, y una figura de dirección de las unidades devaluadas, las escasa participación de los pacientes en los servicios, así lo confirman. Esto no

es lo que algunos hemos tenido como proyecto. Por ello uno de los desequilibrios más sangrantes que sufre la asistencia en la isla, es la acumulación excesiva de profesionales de la salud mental en el ámbito hospitalario frente al ámbito de la comunidad, la desproporción es llamativa. Parece que se ha diseñado un sistema hospital céntrico, donde la mayoría de los efectivos esperan a que lleguen los pacientes al hospital. Cuando una distribución más equilibrada nos permitiría anticipar y frenar los riesgos de ingreso, con mayor presencia en el territorio, fomentando un estilo de asistencia asertivo, y con una enfermería con gran liderazgo. Las islas es un territorio, que por la escasa movilidad de la población permitiría hacer algunos ensayos controlados de mejora de la eficiencia y la efectividad en la distribución del personal sanitario. Hay mucho inmovilismo en los profesionales y en las instituciones y esto a medio plazo tiene consecuencias tremendas. Este modelo defensivo, hace que durante el período 2000-2010. Se ha estimado unos reintegros en las unidades de hospitalización por trastorno mental del 26.5%. y la letalidad global de los pacientes hospitalizados llegó a alcanzar en el 2010, un 4.6%.

Y se ha cuidado muy poco a los profesionales. Algo tan evidente como el reconocimiento Especialidad de Enfermería en Salud Mental en nuestra comunidad ha llevado muchos esfuerzos para que los poderes públicos locales la reconozcan y la ACN ha realizado un papel relevante este logro reciente. Desde finales del año 2013, la ACN (AEN) presenta en el Parlamento de Canarias, un documento con registro de entrada, para solicitar el reconocimiento de la Especialidad de Enfermería en Salud Mental. Esperamos que de forma inmediata el SCS ejecute este acuerdo político con creación de la categoría Enfermero Especialista en Salud Mental en la relación de Puestos de Trabajo (RPT). O por ejemplo, que todas las Unidades de salud mental cuentan con trabajadores sociales propios, si no, comparten varios dispositivos. Los auxiliares de clínica en algunos lugares, no hacen de auxiliares, sino de administrativos.

Y no digamos nada de la toma de decisiones. Los órganos de participación, como el CIRPAC o las coordinadoras insulares de Gran Canaria y Tenerife, no tienen un carácter vinculante sus decisio-

nes para las Gerencias, ni para las direcciones de Áreas de salud. O sea, no hay órganos para la fiscalización de los acuerdos de la “comunidad psiquiátrica”, lo que se decide por los profesionales no obliga de forma razonable a las Gerencias, Direcciones de Área y las direcciones de programas asistenciales. No se puede pretender hacer una reforma basada en los principios comunitarios fundamentado en que las “estructuras están ya”. Precisamente, lo comunitario es una cultura del bien común, el desarrollo de un sentido de pertenencia, que hay que construirlo y fortalecerlo en todos los ámbitos y niveles de relaciones. No es estar, sino habitar en ella, acompañando a las necesidades de la población del territorio, del cual, se asume la responsabilidad de atender su bienestar mediante la construcción de factores de protección, como los estudios de salud pública nos orienta.

Y la atención en urgencias ¿cómo la están viviendo los pacientes?

La atención a las personas con un trastorno mental que acuden a los Servicios de Urgencias de los Hospitales, resulta actualmente desigual, existiendo criterios de derivación diferentes de unas islas a otras. Los servicios de urgencia hospitalarios requieren mejoras estructurales y funcionales significativas para adecuarse a las necesidades de los pacientes y profesionales en la atención a las urgencias psiquiátricas, tendiéndose a igualar los niveles de respuesta a las “urgencias en Salud Mental”, en todo el territorio de la Comunidad Autónoma. Resulta imprescindible disponer de un espacio propio para enfermos mentales graves en los Servicios de Urgencias, que permita dispensar lo singular de su atención (evitando fugas y agresiones innecesarias, así como, acortando la permanencia de los pacientes a lo estrictamente necesario por razones clínicas). Estas zonas deben estar a cargo de un personal especializado y bien coordinado, tanto con las unidades clínico-asistenciales y dispositivos extrahospitalarios, como con las hospitalarias.

En términos generales, se estima que 30 de cada 1.000 personas fueron atendidas en las USM de Canarias en 2008 –las únicas disponibles–, por causas como trastornos neuróticos (24 por cada 1.000), trastornos del humor (16 por cada 1.000)

y por cuadros de psicosis (13 de cada 1.000), entre los casos más frecuentes.

El segundo borrador del PLUSCAN (Plan de Urgencias de Canarias) remite a las acciones en las urgencias psiquiátricas al Plan de Salud Mental y lo que pueda disponerse. Sin embargo, este planteamiento nos parece que posterga nuevamente la respuesta a la deficiente situación actual para el futuro, cuando desde el 2008, en las conclusiones de reunión de los Jefes de Servicio celebrada en el El Hierro, todos los responsables de salud mental remitieron exigencias de espacios específicos y dotación de personal adecuada para solucionar las malas condiciones de la atención urgente a estas personas. Los gerentes de los hospitales ya cuentan con escritos de protesta de los profesionales y jefes de servicio de psiquiatría, denunciando el riesgo actual para los pacientes y los profesionales, al dejarle en situación de indefensión, recurriéndose a contenciones mecánicas que vulneran la dignidad y los más elementales derechos de estos pacientes

Esperamos que en el Plan de Urgencias presentado por la actual administración corrija esta denigrante y lamentable situación que está llevando, me atrevería a decir, a la violación de derechos de los pacientes con medidas de contención por carencia de personal y espacios adecuados, sobre todo, con la saturación actual que se viene sufriendo en los servicios de urgencias. Pero la administración en el Plan presentado, ha dejado todas las acciones referidas a nuestros pacientes pendientes al desarrollo, del Plan de salud mental. Ya veremos sino serán fuegos artificiales.

¿Hay áreas ciegas de atención en su comunidad?

Aun hoy hay “puerta falsa” o “la puerta giratoria” en el ámbito de la salud mental. Quienes sufren patología dual entran y salen de las unidades asistenciales de drogodependencias y las unidades de psiquiatría en un circuito cerrado. Cuando llegan a una unidad asistencial para las drogodependencias son remitidos a Psiquiatría y Psiquiatría les remite a Drogodependencias. Son pacientes que “se pierden” y terminan por cronificar su adicción. El tratamiento de las drogadicciones, sigue llevándose a cabo en redes paralelas al sistema de salud. No parece que haya mucha

voluntad política en integrar las adicciones en Salud Mental, como proponemos las sociedades científicas, y también la Sociedad Española de Patología Dual. Desde luego no en Canarias, que sigue marcando una raya entre la psiquiatría y las patologías adictivas, a diferencia de otras Comunidades: Navarra, Valencia, Murcia...etc. y ello a pesar que en el III Plan Canario de Drogas se apuesta por la integración. También es preocupante la atención a la Psicogeriatría, así como, a los Trastornos Límites de la Personalidad (TLP), y la psiquiatría forense y penitenciaria. Hasta el momento sólo existen recursos de rehabilitación específicamente dirigidos a TLP en la Comunidad de Madrid y en Aragón. En Cataluña se está estructurando un grupo de trabajo colaborativo para el tratamiento integral a lo largo de la vida y para la investigación del TLP.

En la Dirección del Servicio Canario de la Salud, en la Dirección de programas asistenciales y en la Dirección Regional de Salud Mental, hasta ahora, nunca ha formado parte de la agenda política. Estas áreas de atención forman parte de la atención especializada, son parte del cuerpo doctrinal de la Psiquiatría, sobre las que se debería tomar una posición más decidida, activa, evitando su segregación y/o abandono. Y los trastornos límites no tienen recursos específicos de carácter público, sólo privado, con un coste elevado y eso no está al alcance de todos. Si bien, señalar que en el programa de gobierno de los responsables regionales actuales, figura este tema, entre otros, como prioritario. Esperemos que lo cumplan. Y sobre todo es urgente, que se despliegue de forma definitiva la red completa de atención infanta juvenil en las islas y se establezca líneas de colaboración estables con los servicios sociales y educación.

Los desequilibrios interinsulares también deberían ser corregidos.

¿Podrías detenerte más en la situación de la atención infanto-juvenil?

Sabemos que entre el 7 y el 25% de los menores reúnen criterios para un diagnóstico psiquiátrico y que alrededor de la mitad presenta un significativo desajuste como consecuencia de ello. El desarrollo de estrategias que promuevan la Salud Mental de los niños es fundamental para el

adecuado desarrollo individual y social, entendiendo que no puede esperarse Salud Mental en el adulto si no ha existido en la infancia.

La asistencia de salud mental para los niños, niñas y jóvenes debe ser específica y diferenciada de los dispositivos de asistencia mental para adultos. Tal como señala nuestro Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, aunque las actuaciones en Salud Mental Infanto-Juvenil han de estar integradas en los Planes de Salud generales, precisan para tener éxito, desarrollos específicos que contemplen los aspectos cualitativos propios de la población a la que se dirigen. A pesar de que la implementación del Programa se puso en marcha hace ya casi una década, el desarrollo de los dispositivos de atención a la población Infanto-Juvenil con problemas de salud mental ha sido lento, irregular y poco equitativo. No todas las áreas geográficas disponen de USMIJ completamente dotadas de especialistas así como físicamente diferenciadas de los espacios destinados a la atención de la población psiquiátrica adulta. Existen desajustes graves en la infancia y adolescencia que requieren de intervenciones en régimen de hospitalización tales como los intentos de autolisis, trastornos de la conducta alimentaria graves, psicosis y otros trastornos de conducta. En el momento actual no existe ninguna Unidad de Hospitalización en toda la Comunidad autónoma, y la derivación de los casos a Unidades específicas de otras comunidades no resulta posible, independientemente de la gravedad de los casos, debido a que se trata de población infantil, en la que el distanciamiento del entorno familiar sería contraproducente. En su defecto, la hospitalización se está llevando a cabo en Unidades de hospitalización no preparadas para las características y necesidades del paciente pero adecuadas para su edad (Pediatría) o en Unidades preparadas (sin personal específico para la atención infanto-juvenil) para las características y necesidades del paciente pero no adecuadas para su edad (Unidades de Hospitalización Breve de adultos). Esta situación, además de la permanencia de los dispositivos comunitarios en Unidades de adultos, implica problemas que van más allá de la calidad en la atención e intervención, refiriéndonos a problemas éticos y legales. Parece claro, que el desarrollo de la red de Psiquiatría Infanto-Juve-

nil, no ha supuesto una prioridad en los últimos años, asistiendo a un crecimiento y desarrollo en la misma muy lento y poco equitativo.

Queda poco para asistir al reconocimiento de esta especialidad, y esperemos que ello conlleve a una mayor independencia en el desarrollo de la red asistencial, que favorecerá al menos que la atención infanto-juvenil no se quede a la cola esperando que desde los servicios de adultos entiendan las necesidades de esta población. Así, el desarrollo de Servicios de Psiquiatría Infanto-Juvenil, independientes de los Servicios de Psiquiatría de Adultos, constituiría una acción también prioritaria, en aras al desarrollo e implementación de las necesidades comentadas.

¿Cómo ves el desarrollo de la ley de dependencia en la comunidad canaria?

Cuando se aprobó la ley estatal, nuestro gobierno regional estaba ejecutando el Plan de Atención de la Discapacidad (2005-2008), en la que logramos que las personas con trastorno mental grave fuera incluida, la entrada a los recursos de día, de alojamiento, ocupacionales y de empleo, a través de las derivaciones de las USM, y los CIRPAC reconocidos como órganos de planificación y evaluación, como ya lo recogió un Decreto Ley de constitución de estos órganos del área de salud en 1997. Luego, en el 2008, se produce las transferencias de discapacidad, desde los servicios sociales de la comunidad autónoma a los cabildos insulares. Y la ley de dependencia, a su vez, casi simultáneamente transfería gestiones de la ley de dependencia a los servicios sociales. Esto junto a los cambios continuos en las Direcciones Generales de los Servicios Sociales, generó un ambiente confuso, sin una dirección y orden, frente a la voluntad de la consejería de clarificación situacional, y de mejora de la gestión, que se ha evidenciado precisamente en este año. El nuevo compromiso del gobierno de una ley de servicios sociales en esta legislatura será un reto de mejora para todos.

Salud Mental y Servicios sociales, a nivel del gobierno en estos años, han caminado dándose la espalda, siendo responsabilidad de ambos. Cuando unos derechos están en juego, la administración y los técnicos tienen que ser muy exigentes en su aplicación y seguimiento. En los

decretos de desarrollo del sistema de atención a la dependencia, tanto el decreto de compatibilidades e incompatibilidades de las prestaciones, el decreto del copago, desde el ámbito de la salud mental, hemos ido introduciendo algunas adaptaciones específicas al campo de la dependencia por trastorno mental grave desde las organizaciones de familiares y de la propia ACN, pero la inhibición de las Jefatura Regional de Salud Mental y la dirección de programas asistenciales, hasta ahora ha estado ausente de cualquier aportación y seguimiento. Y aún queda pendiente el decreto de accesibilidad a las prestaciones de la ley de dependencia, que esperamos todo el sector de la salud mental, que no se cambie el criterio de la accesibilidad a través de las USM, porque hasta ahora ha funcionado sin quejas, aunque hay que mejorar la transparencia de la ocupación de las plazas y las listas de espera.

En nuestra comunidad, los informes remitidos por el defensor del pueblo, son contundentes al respecto. Este estado de cosas ocurre en un contexto, según las estimaciones del Observatorio de la Dependencia, sobre el gasto global en atenciones 2013, la AGE aportó el 19% de la financiación y en términos de gasto público (respecto a las comunidades autónomas su aportación habría sido del 23,4%, muy por debajo del 50% previsto. Resulta evidente que la aportación estatal han menguando proporcionalmente. En cuanto a la financiación, el informe del Observatorio de la Dependencia indica el coste global estimado del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en 2014 fue de 113.570.326,38 euros, de los que un 61,8% fue aportado por la Comunidad Autónoma, un 16,1 por copago y un 22,1 por el Estado. El gasto público por habitante fue en 2014 de 39,40 euros en Canarias. La mayor parte del esfuerzo de sostenibilidad económica de la ley ha recaído en las comunidades autónomas. Un euro de inversión en este capítulo tiene un retorno social de 3 euros y medio, por lo que económicamente y socialmente no hay discusión posible. Esta ley necesita un plan de choque para contar con una dotación presupuestaria adecuada, a la que sin duda, no ayuda la manipulación de las estadísticas nacionales antes referida, ya que, al no estar reconocidos por el sistema nacional, los dineros que llegan son menores. Pero

esto, seguramente será mejorado por el interés de las administraciones, ya que, las denuncias han sido una constante en estos últimos años.

En la actualidad son 12.000 canarios en lista de espera que quieren ver reconocidos plenamente los derechos que les otorga esta ley, y con los cambios introducidos en la ley en la pasada legislatura, en nuestro ámbito de la salud mental, rara vez, ningún solicitante alcanza más allá del grado 1, porque en este baremo tiene mayor peso en los cálculos de la valoración de las funciones la realización motora de las tareas. Canarias terminó en julio del 2016 con 30.518 dependientes reconocidos con derecho a prestación, de los cuales solo la está recibiendo algo menos de la mitad, 14.842, según los últimos datos del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia (IMSERSO, Julio 2016). La consejería de Servicios Sociales está intentando simplificar los procedimientos administrativos para superar este retraso pero ya veremos si el problema es solo de gestión.

No obstante, aunque la gestión de la ley es relevante, para nosotros, hay dos elementos más sustantivos de la ley, uno, es el reconocimiento subjetivo de un derecho, y, el otro, ofrecer un modelo alternativo de cuidados profesionalizados. Esto se ha incumplido parcialmente en ambos objetivos, y lo que era excepcional, se ha convertido en la norma, por clientelismo partidario. Asimismo, para más enredo, o sea, cuando hablamos de esta ley no sabemos de qué estamos hablando, se han reducido las ayudas a los cuidados familiares, figura excepcional en la ley, pero se ha abusado de la misma por los gobiernos locales como mejora de empleo, aunque los propios gobernantes en el 2012 con los ajustes presupuestarios han corregido parcialmente esta situación, y en la actualidad, casi 2 de cada 3 son ya ayudas de servicios profesionales. Así, las prestaciones de servicios representan el 65,43% del total de prestaciones reconocidas, mientras que las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar suponen un 34,57%, según datos del IMSERSO (Julio, 2016). Esto ha hecho que el incremento de los recursos para cuidados profesionales haya sido de forma lenta, y se ha dejado en mano de la empresas privadas la cobertura de las prestaciones como nuevos “nichos de negocio” en lenguaje

del sistema. Ni tampoco se ha elaborado por los gobernantes en este tiempo para el sector nuevos planes sectoriales para la discapacidad para una nueva década, ni se piensan hacer – como los que estuvieron vigentes del 2005-2008 en esta comunidad y en las comisiones para definir la cartera de servicios y prestaciones del sistema de atención a la dependencia no ha habido participación de los profesionales de la salud mental o de sus asociaciones científicas.

En la actualidad se discute un anteproyecto de ley sobre servicios sociales donde al servicio de salud mental ni tan siquiera hasta ahora se le ha solicitado opinión, y menos aún a los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial, cuando son Consejos de asesoramiento del gobierno para las políticas dirigidas al TMG y sus familias. Pero como ahora, hay una nueva etiqueta discapacidad y dependencia, comenzamos con la lucha institucional por la falsa hegemonía, que lo que habíamos abandonado hace años.

¿Hay experiencia de empleo para los TMG en Canarias?

Si, son experiencias fructíferas en sus resultados, tanto en Gran Canaria como en Tenerife. En Tenerife se impulsó a finales del 2004 a través de una sociedad insular para la discapacidad perteneciente al cabildo insular la constitución de un equipo de técnicos de emplea, que localmente se conoce por EAIE (Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo que inspirado y fundamentado en los principios del modelo IPS trabajan de forma colaborativa con la red pública de salud mental, y se encuentran territorializados. Se trabaja en la línea de que cada USMC (Unidad de Salud mental comunitaria) tenga a disposición un técnico de empleo para el logro del empleo competitivo, porque en la actualidad varias USMC comparten un técnico de empleo. También nos preocupa la accesibilidad y las barreras para la empleabilidad de las mujeres en el mundo laboral. Así como trabajar la rehabilitación cognitiva con aquellos que fracasan en el empleo reideramente en un año. Así mismo evaluamos la satisfacción de las personas con TMG con el trabajo y el ambiente la laboral y la percepción de los empresarios con los trabajadores Avances hemos realizado en estos ámbitos pero hay mucha labor por hacer porque aun la empresa, inclusive las empresas

públicas, en su concursos de empleo no cumplen con la cuota del 5% plantilla como les obliga la ley, y no solo por esto por cumplimiento de las leyes sino porque es una responsabilidad social en tiempos de crisis y de la filosofía de las empresas modernas.

En Gran Canaria la experiencia es algo diferente pero están alcanzando resultados significativos también en empleo ordinario.

¿Y el movimiento de primera persona existe y si existe es muy activo?

En Tenerife contamos con pacientes que se articulan en torno a FEAFES y participan en su organización con relativa autonomía. Se muestran muy activos con presencia en estos años últimos. Y recientemente cayó una asociación de trastorno bipolar fundada solo por usuarios, esperamos que este se recomponga. En Gran Canaria, está la Asociación Canaria integral Espiral que forma parte del movimiento de primera persona, que realizan desde hace cinco Jornadas anuales con mucho impacto, con experiencia en ayuda mutua y reivindicación el paciente experto en los servicios de salud mental. Es esencial que cada vez el movimiento de primera persona adquiera mayor presencia y relevancia. El liderazgo de la Revolución Delirante pendiente vendrá de su empuje y fortaleza, simultáneamente con profundizar en la democracia participativa en todos los ámbitos de la comunidad.

Posición de la ACN ante la presentación del plan de salud mental en la comisión asesora regional de salud mental del gobierno de Canarias por la consejería de sanidad.

La ACN viene manteniendo desde hace años que la salud mental en Canarias necesitaba un cambio de rumbo. Por ello, cuando tomó posesión la nueva administración sanitaria ahora hace un año y anunció inmediatamente que una de sus prioridades era el Plan de Salud Mental, los profesionales, las familias y el movimiento en primera persona albergábamos muchas esperanzas ya que después de ocho años de parón de la reforma psiquiátrica, por fin se tomaba alguna iniciativa. Esto se reflejó un año después en el III Plan de Salud de Canarias, con el respaldo de la cámara legislativa y su publicación en septiembre en el BOCA el pasado 26 de septiembre. La presión de la cámara legislativa y de la sociedad civil han ayudado a que la Consejería abandonara su posición vacilante y así, en el pleno, a finales de octubre, de la Comisión Asesora Regional de Salud Mental del Gobierno de Canarias (COMASAN), la administración sanitaria detalló el guion para el desarrollo, la metodología y las líneas prioritarias para elaborar no un Plan de Salud Mental, sino ahora, una Estrategia de Salud Mental, como nos expusieron.

En el inicio del pleno, la administración argumentó como una de las causas del retraso para la elaboración de su iniciativa, el hecho de que la Estrategia Nacional de Salud Mental no esté todavía aprobada. En diciembre de 2015 quedaba sobre la mesa del Consejo Interterritorial de Salud (formado por los Consejeros de Sanidad de las Comunidades Autónomas y por el Ministerio de Sanidad), la mencionada Estrategia Nacional de Salud Mental. El motivo del rechazo, que la Consejería parece no conocer, es la disconformidad con el texto, expresada por algunas Comunidades Autónomas, como Andalucía, Cantabria, Castilla-La Mancha y Extremadura, disconformidad compartida por de sociedades científicas

nacionales como la AEN (que presento una propuesta técnica alternativa: se puede consultar en www.aen.es o en nuestra propia web: www.ascane.org). La estrategia presentada por el Ministerio rompía con la visión transformadora asistencial de la estrategia nacional del periodo anterior, que se focalizaba en la atención y contemplaba un proceso de evaluación continuada. Por el contrario, la nueva estrategia se centra en grupo de enfermedades. Además, se criticó la carencia de un análisis real y completo de la situación actual, por lo que se hace imposible la identificación de las necesidades y el establecimiento de líneas estratégicas y de actuación con objetivos coherentes. Se suma a esto el hecho de que durante el tiempo transcurrido en este proceso otras CC.AA. si han puesto en marcha Planes Integrales Autonómicos de Salud Mental, que superan al nacional, por lo que se ha pedido la revisión del texto nacional. En general, las CC.AA., la mayoría con competencia sanitaria, no han esperado a la Estrategia Nacional para su planificación territorial en Salud Mental. La mayoría de las competencias en materia de salud, y entre ellas, las de Salud Mental, están transferidas a las comunidades autónomas desde hace más de dos décadas y, por tanto, tienen capacidad para la elaboración de estos planes. Además, no se entiende este argumento de la administración, si tenemos en cuenta que el único organismo que emite recomendaciones no es Consejo Interterritorial; también la OMS, la Comisión Europea o la ONU tienen recomendaciones al respecto. Es decir, hay organismos mundiales que proporcionan directrices sobre la Salud Mental en el mundo para garantizar la equidad, los derechos y la calidad.

Tras esta primera justificación, la mayor sorpresa surge cuando en la exposición del Plan, dejan de

hablar de Plan y lo convierten en Estrategia de Salud Mental, como si ambas acepciones fuesen sinónimas. Hemos de recordar lo acordado en el III Plan de Salud de Canarias, aprobado hace tan solo un mes, “Área de impacto 4.9: Desarrollo de un Plan de Salud Mental: Elaborar e implantar mediante un cronograma secuencial un Plan de Salud Mental basado en la coordinación e integración de los recursos, servicios y dispositivos existentes. Para ello se procurará la participación de todas las instituciones y actores sociales implicados, profesionales, sociedades científica, de usuarios y familiares de enfermos mentales, así como contando con la participación e implicación de otras instituciones públicas como son: ayuntamientos, cabildos y servicios sociales, educación, empleo y justicia, incluidos los CIR-PAC, como recoge el anexo II.3 de este Plan de Salud” Por lo tanto, este cambio injustificado vulnera lo legislado, y el único argumento para justificar el cambio que ofrecen es de carácter administrativo, lo cual, no es condición obligatoria, y se puede aprobar en régimen de orden o decreto.

Técnicamente para la ACN un plan y una estrategia no son lo mismo:

Plan: Documento que contempla, en forma ordenada y coherente, las metas, estrategias, políticas, directrices y tácticas en tiempo y espacio, así como los instrumentos, mecanismos y acciones que se utilizarán para llegar a los fines deseados. Un plan es un instrumento dinámico, sujeto a modificaciones en sus componentes en función de la evaluación periódica de sus resultados. En los planes hay compromisos económicos.

Estrategia: Es un conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un determinado fin.

Los planes comprenden estrategias, no al revés.

Los Planes Integrales de Salud se dirigen al abordaje de problemas importante de salud, ya sea por su frecuencia o por su gravedad, con el objeto de mejorar la atención, ajustando las expectativas y la oferta de servicios, aumentando la seguridad y efectividad en la práctica clínica, mejorando la disponibilidad de la información, dando de este modo coherencia a las prioridades de atención sanitaria.

Una estrategia es una herramienta para acciones de mejora, pero no profundiza en los cambios de los modelos asistenciales ya que no tiene la capacidad de aunar bajo una misma política o filosofía las distintas líneas estratégicas. Las estrategias sirven a un plan, bajo un mismo paraguas político o filosófico, con unos objetivos generales acordes a las necesidades evaluadas.

Al hablar de Estrategia, en lugar de Plan, nos enfrentamos a las siguientes consecuencias:

- Reducción de la importancia del ámbito de la salud mental y de la articulación en red como filosofía y como estrategia. Se obvia la política común a todas las estrategias específicas de trabajo en red que pretenden convertir la red un subsistema de mayor autonomía y capacidad de gestión, sin perder el sentido de la integración.
- Una estrategia no implica ficha financiera, puede reducirse a recomendaciones.
- Como agravio comparativo, no entendemos cómo hay un plan de investigación o de urgencias o de diabetes y no hay un plan de salud mental.

Hay, por tanto, cuestiones teórico-metodológicas, estratégicas, ideológicas y de legitimación en la apuesta.

Continuando con la exposición realizada por la administración, se pasó a la metodología que se ha propuesto seguir para la elaboración de la citada Estrategia. Se establece en primer lugar un análisis de situación en dos fases. Una primera de recogida y análisis de indicadores sanitarios y una segunda con el análisis y la opinión de “figuras claves”, que dé como resultado un análisis de situación. No se han argumentado los criterios para la elección de estas figuras claves (experiencia, currículo profesional, relación directa con la red...) y el proceso no ha sido transparente. Se han reducido las figuras claves a psiquiatras exclusivamente. Para la ACN, como asociación multiprofesional, debe contarse como figuras claves con otras profesiones y sectores: psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermería, terapeutas ocupacionales, pacientes, familiares y miembros de los servicios sociales, justicia empleo, educación, así como algunos asesores externos de reconocido prestigio.

Esta forma de elaborar el análisis de situación presentado por la Consejería, orienta a que el producto final irá encaminado hacia un reforzamiento del modelo biologicistas tecnocrático y cuantitativo. No da cabida, en el análisis de la situación, a la diversidad y la voz de la comunidad que conforma la atención en salud mental. Se deja fuera la rica experiencia acumulada por los distintos agentes implicados, actores y receptores del plan, y resuelve los contenidos mediante la solicitud de aportaciones individuales. Se maquilla la participación, limitando ésta a los grupos de trabajo en las líneas estratégicas ya decididas previamente. La evidencia demuestra que en estos procesos todos los agentes pueden formar parte de esta figura y del origen del proceso para definir conjuntamente los objetivos, metodologías, la temporalidad y la evaluación. Y no será así tal y como está planteado.

La Consejería de Sanidad defiende que se elabora las líneas de la estrategia basada en la recolección y análisis de datos estratégicos y de los informes emitidos por las figuras claves al respecto. Se refiere además que éste análisis está sin acabar en espera de los últimos datos (encuesta de satisfacción de 2015), pero inmediatamente propone unas líneas estrategias para grupos de trabajo reducidos. Es muy llamativo que antes de acabar el análisis ya se propongan las líneas que se han de trabajar. Más aún cuando los datos que faltan hablan de calidad percibida por los usuarios. Nos da la impresión que la elección de estas líneas se ha basado exclusivamente en criterios de resultados cuantitativos, no en análisis de estructura ni de resultados. Esta manera de hacer las cosas ya indica una contradicción y el intento de restringir las líneas estratégicas en base a algo definido a priori y que secuestra el debate. Esto no es un espacio diverso e integrado de análisis y propuestas, como indica el III Plan de Salud de Canarias. Recordemos aquí los motivos que comentamos al inicio para el rechazo y bloqueo de la Estrategia Nacional, las similitudes no nos sorprenden, e incluso, renuncian a las partes más novedosas de la Estrategia Nacional que se dejó sobre la mesa. Es una estrategia que se nos presentó, que ni tan siquiera establece objetivos estratégicos que ofrezcan coherencia y sentido a las acciones.

Otro aspecto preocupante es la temporalidad. La resolución del Parlamento de Canarias acordado por todas las fuerza políticas señala que el Plan de Salud Mental será elaborado en un año. Lo presentado en la COMASAN vuelve a vulnerar este acuerdo, y se nos presenta como propuesta que en un año estará el borrador inicial para luego abrir un plazo de discusión, sin señalar el tiempo de finalización de esta estrategia de forma definitiva. Es más, en un año el III Plan de Salud no estará vigente, y tendremos la incertidumbre de su renovación o no, convocándose las elecciones autonómicas al año siguiente.

En la valoración técnica de lo expuesto se incide sobre todo en los procesos referidos a los niveles de la actividad asistencial, estando el interés centrado en las lista de espera, y en el medir el número de consultas que debe realizar cada profesionales según la tipologías diagnósticas. Para nada se analiza y se contempla la estructura (ratios de profesionales actualizada y previsible, infraestructura, o ratios de camas y plazas de rehabilitación) ni la valoración de los resultados (satisfacción, calidad de vida, respeto a la dignidad de los pacientes de acuerdo a la OMS, tasas de empleo, número de incapacitaciones) ni los resultados de la actividad medida sólo cuantitativamente (adecuación de los tiempos de consulta, de los tipos de intervención, seguimiento de guías clínicas, protocolos y recomendaciones, no sólo en el número de consultas). Ni tampoco en su impacto en la salud de las personas. Así mismo, sigue sin definirse la cartera y de servicios en los niveles de atención psiquiátrica ni en rehabilitación. Esto apunta en la dirección de enfatizar la política de protocolos y de guías clínicas de una manera superficial, sin atender a la profundidad ni las recomendaciones de las mismas, quedándose sólo en los número generales como son el número de consultas sin atender al tiempo, tipo y resultado de la intervención. Se sigue un modelo economicista sin haber superado las deficiencias detectadas por la ausencia de políticas y de dirección en la gestión de estos años y sin analizar las consecuencias que éstas han tenido, como se refiere al inicio de éste párrafo. Es más, las líneas que se proponen son muy cercanas a las líneas de la estrategia nacional que se dejó sobre la mesa en el consejo interterritorial de salud y ni siquiera la supera incorporando las más novedosas: Por ejemplo, atención e intervención con las familias,

organización y coordinación socio sanitaria o interinstitucional, autonomía, recuperación y derechos del paciente, intervenciones involuntarias y respeto de la dignidad de las personas, participación ciudadana y agentes sociales. Por otra parte, tampoco se contempla el establecer adecuadamente los costes, los recursos disponibles y los presupuestos necesarios para su ejecución.

Para profundizar en la reforma de la atención a la salud mental en canarias en un sentido y principios transformadores, se necesita un giro radical que pasa por desarrollar el modelo de *“las seis P: “proactividad, pacientes empoderados, personalización, prevención y perspectiva poblacional y participación”*. El *Desarrollo de un Plan Integral de Salud Mental* tiene que ir nucleado en torno a la Calidad y los Derechos para asegurar que la dignidad de las personas con problemas de salud mental sea respetada. Debe promover la dignidad a través de la defensa de la inclusión política y social, con un enfoque centrado en la recuperación, el apoyo a la formación en derechos y el desarrollo de las capacidades, con fomento del apoyo de compañeros y organizaciones de la sociedad civil. Esto no se puede realizar sin la inclusión desde el inicio de sectores como educación, justicia, empleo o servicio sociales, para que participen de las políticas comunes y no solo de fragmentos en la estrategia, logrando una implicación mayor y un trabajo intersectorial integrado desde niveles superiores. Esto cobra una importancia aún mayor cuando vemos las cifras ofrecidas por la misma administración, donde un 30% de la población canaria está en riesgo de padecer un trastorno mental (cifras muy por encima de otras comunidades autónomas y por encima de la media nacional). Este riesgo no solo depende de la sanidad, sino que implica determinantes de la salud, que corresponden a otros ámbitos y deben estar presentes en todas las políticas del gobierno, ya sean de vivienda, de empleo, social o judicial. Sin un trabajo intersectorial y transversal desde el inicio de la elaboración del plan, con implicación real de todos los agentes, es imposible revertir esta alarmante situación. No olvidemos que la recuperación de la ciudadanía requiere una acción decidida sobre todas las políticas y el ejercicio de los derechos humanos para todos con respecto a la dignidad como personas.

Por último, no queremos acabar sin proponer modificaciones a las acciones plantadas:

1. Exigimos un Plan de Salud Mental integral, que permita profundizar en un modelo asistencial comunitario, integral e integrado donde lo central del sistema sean las personas no los recursos. La participación desde los inicios del Plan de salud Pública, Vivienda. Empleo, Educación, Justicia, Servicios Sociales y Drogodependencias y Atención Primaria es estratégico, no anecdótico.
2. Que la calidad, los derechos y la dignidad de las personas sean ejes estratégicos con todos los niveles, áreas, y sectores de las políticas en salud mental
3. La evaluación y financiación del Plan es lo que garantiza su credibilidad, viabilidad y riqueza transformadora.
4. Que se establezca un cronograma específicos, con tiempos ajustados al mandato del Parlamento y del Consejo de Gobierno.
5. El Plan de salud mental debe establecer un marco de revisión y propuestas en la estructura, en los procesos y en los resultados.
6. El Plan de Salud Mental es una oportunidad para abrir un espacio de análisis y reflexión abierto, sin exclusiones, para revisar las fortalezas de lo andado, y corregir las debilidades y lo inconcluso de la reforma psiquiatría en Canarias, queremos un Plan no para mejorar o maquillar algunos déficit sino para continuar con los cambios sustanciales que permitan a las personas recuperar el ejercicio de su ciudadanía.

Canarias, Noviembre de 2016
Junta Directiva ACN



ACTUALIZACIONES



Cuidados de enfermería sobre la base de los puntos fuertes: Un modelo de atención para favorecer la salud y la curación de la persona y la familia.

Autor: Gottlieb LN y otros.

Edita: Desclée de Brouwer. Bilbao, 2015

ISBN-13: 978-8433027795

En el enfoque sanitario actual se valora lo que se puede medir. Este libro va en contra de esa tendencia. Cuidar de otras personas, ser testigos de sus sufrimientos, encontrar formas de ayudarles a mantener su salud, aliviar sus sufrimientos y restablecer la integridad, son aspectos todos ellos que con frecuencia no pueden ser cuantificados. Tales esfuerzos eluden los cálculos y los costes monetarios. No se pueden traducir en euros, pero sí se traducen en el conocimiento de que un extraño, en este caso una enfermera, ha conmovido y ha transformado la vida de otra persona.

Sabemos que, en el ejercicio de la enfermería, el aspecto relacional es inherente al cuidado y por ello, este libro se convierte en un manual de obligado cumplimiento para las enfermeras noveles y de gran utilidad para las no tan noveles ya que les proporcionará, las habilidades y la imaginación clínica necesarias en los cuidados a los pacientes. Además me atrevería a decir que es muy recomendable para ser leído por aquellas personas que se esfuerzan por remodelar los sistemas de salud y que intentan reducir los costes sanitarios con una nueva cultura sanitaria, a la larga más rentable, en la que además se reconozca la dignidad de las personas y se respete el espíritu humano colocando a la persona como el centro y el núcleo esencial de los cuidados. Y en esta labor, las enfermeras, tenemos el poder de marcar la diferencia.

Nos encontramos ante un libro inteligente, escrito con una claridad excepcional, muy fácil de

leer y de gran utilidad ya que a través de unas esclarecedoras historias que nos presentan unas enfermeras expertas, se nos muestra un reflejo de lo que, desde el corazón mismo de la enfermería práctica, entendemos que es el ejercicio de la enfermería. Esos relatos, espléndidamente ejemplificados, nos ponen en contacto con el *modelo de atención sobre los puntos fuertes*, Modelo SBC (por sus siglas en inglés Strengths-Based Care).

En la atención sanitaria el enfoque sobre la base de los déficits continúa siendo el modelo dominante de atención. Esto no tiene nada de sorprendente, dado que en la mayoría de las profesiones sanitarias se nos ha formado para tratar problemas, corregir debilidades y minimizar déficits. Con el diagnóstico pretendemos interpretar y etiquetar el problema, mientras que con el tratamiento intentamos borrar del mapa la patología, minimizar o eliminar el agente patógeno. Pero ello no es más que un aspecto en el proceso de curación. Ambos términos: tanto salud como curación, requieren de unos conocimientos y unas habilidades que van más allá de los déficits. Requieren extraer su visión de diversos cuerpos de conocimiento, de las humanidades y de las ciencias físicas, sociales, médicas y de enfermería. Solo cuando las enfermeras reconocamos la necesidad de disponer de diferentes tipos de conocimientos procedentes de muchas fuentes distintas, estaremos preparadas para afrontar vulnerabilidades y



fragilidades de los pacientes, y junto con ellos, poder llegar a un nuevo sentido de la integridad y de la salud.

Este manual deja claro que debemos desmarcarnos de una causa única en la explicación de la enfermedad, debemos, por el contrario, acercarnos a un modelo ecológico que tenga en cuenta todas esas fuentes de saber y que vean al individuo de una manera holística.

Muchas veces nos centramos en identificar lo lejos que el paciente o la familia están de esas expectativas “normativas” de salud y eso es una perspectiva estrecha respecto de un problema o de un déficit, el modelo SBC nos lleva a una perspectiva más amplia respecto del todo. Posee una disposición más ecológica ya que pone en primer plano los puntos fuertes de la persona y la capacidad que tiene el cuerpo de repararse él mismo cuando el entorno favorece y contribuye a la salud.

El momento y contexto de la situación se convierten en primordiales en este modelo. Se trataría de identificar las *posibilidades situacionales* de pacientes, usuarios y familiares concretos en momentos concretos, ante la experiencia de verse enfrentados a unas dificultades concretas.

La persona, los familiares y la comunidad son situados en el centro del contexto y de la historia de sus vidas, con sus muchas facetas, estratos y complejidades.

Como la propia doctora Gottlieb señala, el acento en los puntos fuertes no implica ignorar debilidades, ni subestimar las vulnerabilidades de la persona. Tampoco implica, redefinir los problemas y los puntos débiles en términos de puntos fuertes, implica comprender el todo. Tiene que ver con encontrar los puntos fuertes y reconocer que éstos coexisten con los débiles, descubrir el equilibrio entre unos y otros, y ver de qué modo se interrelacionan entre sí para favorecer la salud y/o la recuperación. Implica descubrir y valorar los puntos fuertes en medio de los problemas y trabajar con los puntos fuertes para mitigar la vulnerabilidad. Ahora bien el enfoque SBC pone de relieve la importancia de contextualizar en el sentido que ya expresaban Jean Lave y Etienne Wenger (antropólogos cognitivos) con el concep-

to de “aprendizaje situacional”; ya que lo que era un punto fuerte hace un mes, en el contexto actual puede no serlo y no podamos considerarlo como tal.

El adoptar el modelo SBC supone dar esperanza porque genera en las personas una sensación de autonomía y empoderamiento. Las personas acaban convenciéndose de que tienen la capacidad de generar cambios, de ejercer control sobre sus vidas y de redefinir el pasado con objeto de crear ellas mismas un futuro más deseable.

Es más probable que decidan hacerse cargo de su salud cuando se les trata como colaboradores de sus propios cuidados, cuando tienen un cierto grado de confianza en sí mismos, y cuando se les ayuda a creer que lo pueden hacer porque tienen los puntos fuertes requeridos o cuando les ayudamos a desarrollar las actitudes necesarias. El modelo SBC ayuda a las personas a comprender que, aunque no elegimos enfermar ni vernos afectados por ninguna tragedia, sí tenemos la capacidad de elegir cómo pensamos afrontar lo que nos ha sucedido.

Muy similar al modelo de la marea, el modelo de los puntos fuertes nos enseña a las enfermeras a dar a los pacientes y a sus familias, las herramientas para mejorar su salud. Eso implica que debemos conocer tanto a los individuos como a la situación, de modo que podríamos colocar sus problemas dentro de contexto y conocer sus puntos fuertes con objeto de encontrar la forma de rentabilizarlos y movilizarlos para contribuir a la salud, aliviar el sufrimiento, ayudar a la recuperación.

Se trata de un libro fácil de leer pero que lleva a una reflexión profesional y personal que pone en solfa las habilidades relacionales que ponemos en uso en el ejercicio de nuestra profesión. Nos hace replantearnos cómo y de qué manera nos relacionamos con los otros, en tanto que seres humanos, ya sea dentro de nuestras familias, comunidades, lugares de trabajo, en nuestros diferentes papeles y roles.

Este modelo basado en los puntos fuertes revela cosas respecto de la propia enfermera y de cómo elige expresar su humanidad. “Lo que se ve en el trabajo es a la propia persona”.

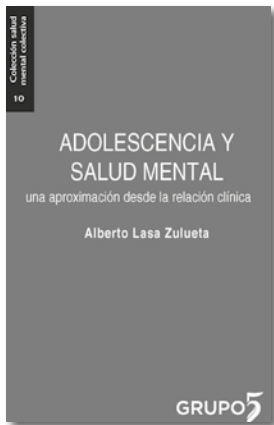
El libro está organizado en 3 secciones:

- La parte I expone las bases teóricas y conceptuales del modelo SBC.
- La parte II analiza las herramientas y estrategias básicas para el ejercicio de la enfermería.
- La parte III describe el trabajo con los puntos fuertes en la práctica.

El modelo SBC que de manera tan amena nos explica este libro, nos acerca al verdadero poder, el cual reside en tener la capacidad de oír la voz de los que no tienen poder, y darles voz. El modelo

invita a aceptar las inevitables vulnerabilidades asociadas al hecho de ser humanos y de tropezarnos con enfermedades y dificultades situacionales y evolutivas, y nos guía a los enfermeros en dirección a practicar unas habilidades nuevas.

Elena Redondo Vaquero
Supervisora de Enfermería.
Hospital Universitario Príncipe de Asturias,
Alcalá de Henares (Madrid).



Adolescencia y salud mental, una aproximación desde la relación clínica.

Autor: Alberto Lasa Zulueta.

Edita: Colección Salud mental colectiva, 10. Editorial Grupo 5
Madrid, 2016 • 290 págs.

ISBN: 978-84-945028-5-9

Es muy frecuente oír hablar, en singular, de la crisis de la adolescencia. No existe *la* adolescencia, hay adolescencias muy diferentes, cada adolescente conoce pasiones y apatías, ilusiones y decepciones, creencias incuestionables y desconfianzas feroces, amores ideales y abandonos aterradores. Puede someterse a quien le explota y rebelarse frente a quien trata de protegerle, llegando hasta la arrogancia y el menosprecio. Puede desesperar con su egoísmo o darnos lecciones de generosidad. Puede padecer alegrías exaltadas y recrearse en tristezas insondables. Puede inquietarnos porque ama los riesgos o, por todo lo contrario, porque es incapaz de afrontarlos, refugiándose en una pasividad amorfa. Puede, si se atreve, sorprendernos con su creatividad.

A veces, a regañadientes, aceptan hablar de estas cosas con algún adulto que merece su confianza. Para mostrar su malestar y sus dudas recurren a lo que pueden: hacerse oír y hacerse ver. Con ruido y con desesperación, o con timidez y silencio. Y no hay muchos adultos dispuestos a oírles con calma y con respeto y ofrecer la imprescindible ayuda y escucha que necesitan quienes no pueden salir solos del sufrimiento psíquico. Los adolescentes son de este mundo, como señala uno de los capítulos de este libro, y escribir sobre ello puede ser un desafío como dice el autor, más tratando de dar explicaciones desde claves psicológicas, sin caer en los manuales de autoayuda para padres *desesperados* o para hijos *desesperantes*. La opción ha sido tratar de conocerles tal y como se presentan



voluntariamente en una consulta ambulatoria, donde confían dudas, indignación, ilusiones, inseguridades, orgullo, inhibiciones, pasotismo, precipitación, euforia o ansiedades. Si se logra una relación suficientemente prolongada de respeto y confianza con cada adolescente, emergen cuestiones sorprendentes y apasionantes.

Como ya señalaba en su Informe anual en 2012 el Ararteko, defensoría del Pueblo del País Vasco, por lo que se refiere a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental, parece existir un consenso en los diferentes ámbitos de actuación (sanitario, servicios sociales, educación, justicia, etc.) sobre las características especiales del colectivo y la necesidad de que la intervención sea específica. La heterogeneidad es notable (psicosis de la infancia y la adolescencia, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, trastornos afectivos, trastornos del desarrollo

psicológico, trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, etc.) y resulta un común denominador las serias dificultades de integración escolar, familiar y social que sus protagonistas padecen.

Las privaciones, punitivas y penitenciales, anorexias incluidas, el abordaje de los límites a través de la contención y la transgresión, cuando no lo relativo a la exaltación, violencia y fanatismo en este período de la adolescencia. Así, aborda la transformación y fragilidad de su identidad en este proceso de reconstrucción, la ilusión de salir de callejones de mediocridad, resentimiento y humillaciones, a veces con ilusión de ser un héroe en una búsqueda de mundo mejor y, como no, la necesidad de arropamiento y reconocimiento colectivo. Estas cuestiones son detenidamente abordadas en este libro.



Patologías de la guerra. Trauma, testimonio y olvido.

Autor: Omar Alejandro Bravo.

Edita: Colección Salud mental colectiva, 8. Editorial Grupo 5
Madrid, 2016 • 146 págs.

ISBN: 978-84-945028-3-5

Este libro surge de la inquietud que se transformó en una investigación dando voz a las víctimas del conflicto armado colombiano. El autor se plantea la necesidad política y ética de mostrar y denunciar las prácticas de desaparición forzada, con aportaciones al debate entre historia y memoria dando voces a familiares de víctimas y desaparecidos en tres grandes acontecimientos de la historia reciente de Colombia: el aniquilamiento del movimiento político de la Unión

Patriótica, entre las décadas de 1980 y 1990, el ataque al Palacio de Justicia, en noviembre de 1985, y las denominadas “masacres continuadas”, sucedidas en la ciudad de Trujillo. En todos esos hechos hubo múltiples vínculos con grupos y personas pertenecientes a cada uno de esos espacios, con movilizaciones y actos sociales y políticos. Esa polifonía debería permitir a los lectores entender la complejidad de este fenómeno y sus atroces consecuencias.

Sitúa historia y contexto del conflicto armado colombiano, muchos años de guerra y conflicto social, con sus determinaciones político-económicas y sus consecuencias sociales. Pues no hay que olvidar que aquellos movimientos “de Occidente” como el black power, el movimiento contracultural y hippie, contra la guerra, el gay power, la revolución cubana, mayo del 68, la lucha feminista, etc., en América Latina tuvieron su aportación específica y las élites, frente a los proyectos de emancipación, respondieron con dictaduras militares (apoyadas por EE.UU.) reprimiendo todo anhelo de deshacerse de la colonización y la dependencia. Con muchos miles de muertos, perseguidos, desaparecidos y torturados, con sus traumáticas consecuencias, frente al deseo de sobrevivir con dignidad.

Pero el libro va más allá, considerando el debate sobre las formas de intervención dirigidas a las poblaciones afectadas por conflictos bélicos, muchas veces violentadas nuevamente por las múltiples demandas (clínicas, políticas, legales, entre otras) que las instan a dar cuenta de los hechos sucedidos y a inscribir su dolor en un orden social particular; preguntándose, como se-

ñala en el prólogo Ana María Jacó Vilela: ¿cómo articular subjetividad y memoria, el sujeto y el tiempo, la historia, de forma que la memoria no sea simplemente un repositorio del pasado, sino que realice una propuesta transformadora? Transformadora del sujeto y del orden político ya que da una consideración particular a la cuestión del trauma y las formas de abordarlo.

Patologías de la guerra: trauma, testimonio y olvido no tiene, declara el autor, pretensiones conclusivas ni la intención de definir técnicas o teorías que faciliten procesos de cura, perdón y reconciliación; sí la intención, política en definitiva, de contribuir a la no repetición de los mismos. Presenta propuestas y demandas de reparación desde el Estado y desde las asociaciones de víctimas, asociaciones diversas, con énfasis en los aspectos psicosociales, considerando la dimensión ética al plantear posibles intervenciones hacia estas personas y grupos afectados.

Buen libro para conocer de modo sencillo la realidad colombiana, de América Latina y desde aportaciones de una psicología comprometida.



De la cuna al asilo: ¿cuál es el futuro de la salud mental en Europa?

Autor: José Guimón (Coord.).

Edita: Universidad de Deusto, Serie Psicología nº 19
Bilbao, 2016 • 329 pp.

ISBN: 978-84-15759-94-2

Nos encontramos ante el último libro del profesor José Guimón, editado en los primeros días de noviembre de 2016, un mes antes del fallecimiento de este insigne autor. Con los contenidos de un symposium con el mismo título celebrado

en el mes de junio, coordinado por los doctores Guimón y Markez, organizado por Jakiunde (Academia vasca para la difusión de las Ciencias, las Artes y las Letras) en el marco de la capitalidad cultural europea Donostia-San Sebastián.



Encontramos reflexiones sobre “El futuro de la Salud mental en un mundo globalizado, en Europa” (José Guimón) y sobre el “El papel de la Psiquiatría en promover y proteger el bienestar de la población” (Luis Rojas Marcos). Y con tres bloques significativos donde podemos leer aportaciones de gran calado, basadas la mayoría en largas experiencias:

1. Acerca de los interrogantes, con “Amenazas en la Salud mental infantil: una ventana abierta para la prevención de los trastornos mentales” (Celso Arango y cols.); “¿Caminamos hacia una sociedad más ansiosa y estresada?” (Enrique Echeburua); “¿Tratar con drogas el abuso de cannabis?” (Ana González Pinto); “Presente y futuro de la terapia basada en la mentalización” (Pablo Orgaz); “Ecología y salud ¿aplicaciones para la Psiquiatría?” (Javier Escobar).
2. Sobre Migraciones e iniciativas en la atención a la Salud mental, encontramos “La atención a la Salud Mental de los emigrantes y demandantes de asilo” (Joseba Achotregui); “Experiencia grupal en Rwanda” (Suzanne Ehrensperger); “Trabajo grupal analítico en la Suiza Romanda” (Anne-Lise Fredenrich); “La transculturalidad en tratamientos con inmigrantes traumatizados en Alemania” (Christine Schwankhart); “Intimidación e incohesión en un mundo globalizado” (Elisabeth Rohr); “Xenofobia e islamismo: el poder de la ignorancia” (Juan Petschen); “Discriminación y xenofobia en Euskadi” (José Guimón).
3. El futuro de la Salud mental en Euskadi, con buenos trabajos como “Tres ejes centrales para pensar el devenir de la sociedad vasca” (Alfonso Pérez-Agote); “Envejecimiento y discapacidad en Euskadi” (José Guimón); “25 años fomentando la inclusión socio-laboral de las personas con enfermedad mental” (Begoña Errasti); “Prospectiva de cuidados comunitarios” (Agustín Ozamiz); “Participación de la sociedad civil: sociedades científicas y de usuarios vs atención comunitaria de la Salud mental” (Iñaki Markez); “Amenazas en docencia e investigación. La Facultad de Medicina” (Miguel Ángel González Torres); “Formación de los profesionales en salud mental” (José Guimón).

El abordaje de la asistencia a la Salud Mental, sus perspectivas para las próximas décadas, donde la Psiquiatría se va a superponer cada vez más con otras especialidades (Neurología, Pediatría, Geriátrica, Endocrinología, Medicina comunitaria...), compartiendo responsabilidades y quehaceres con psicólogas, enfermería, médicos de atención primaria, trabajadoras y educadores sociales..., con mayor práctica de psicoterapias posiblemente en combinación con el uso de psicofármacos, siempre apoyando todo tipo de factores protectores: habilidades personales, relaciones sociofamiliares y laborales, tejer redes sociales, hábitos de vida más saludables, etc. Se trata de caminar hacia un estado de bienestar de las personas, favoreciendo su autonomía y calidad de vida, con estrategias que favorezcan la autoestima, el pensamiento positivo, las relaciones afectivas gratificantes, las funciones ejecutivas, diversificando las fuentes de satisfacción.

Agenda

- 23 al 25 de febrero • Bilbao
XXIII Congreso de la Sociedad Española de Psicogeriatría, en colaboración con la Asociación Europea de Psiquiatría Geriátrica: *Intervenciones Multimodales en Psicogeriatría*.
Información en: <http://sepgbilbao2017.com/>

- 31 de marzo, 1 de abril • Granada
XXIX Congreso de Sepypna “Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas”.
<http://congresos.sepypna.com/>

- 6 al 8 de abril de 2017 • Barcelona
VII Simposio sobre Trastorno Límite de la Personalidad, que organiza IT LIMIT (Institut de Trastorn Límit).
Información: <http://www.geyseco.es/trastornolimit>

- 21 y 22 de abril • Madrid
Encuentros en Psiquiatría: Conducta suicida.
Información: <http://www.encuentrosenpsiquiatria.com/>

- 5 y 6 mayo • Madrid
XIV Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN.
Información: www.aen.es

- 8 y 9 de mayo • Coimbra
VIII Jornadas Internacionais Historia da Loucura, da Psiquiatria e da Saúde Mental.
Contactos: cientifico.shis@gmail.com

- 12 y 13 de mayo • Oviedo
XLIV Jornadas de Socidrogalcohol.
Información: <http://jornadas.socidrogalcohol.org/>

- 1, 2 y 3 de junio de 2017 • Madrid
XXVII Jornadas de Salud Mental de la AEN: Sujetos a lo social.
Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Información: <https://aenjornadas2017.wordpress.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 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.

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*: info@revistanorte.es

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 y palabras clave, en castellano e inglés. Habrá de 3 a 8 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los artículos Originales de investigación 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 adjunto, 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 in-

formatics. 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 utilization*. 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; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Trabajos inéditos

- En prensa

Leshner AI. 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.html

Solicitud de Ingreso

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

La cuota anual será de 100 euros. Profesionales en formación, jubilados y no-facultativos (enfermería, trabaj. sociales, terapeutas, educadores sociales,...) será del 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 • Correo-e: aen@aen.es

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA/PROFESIONALES DE SALUD MENTAL (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D./Dña profesional de la Salud Mental,

con título de

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

IBAN/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/Profesionales de Salud Mental.

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

Asociación Extremeña
de Neuropsiquiatría
(AExN)



ABSM | ASSOCIACIÓ BALEAR
DE SALUT MENTAL

