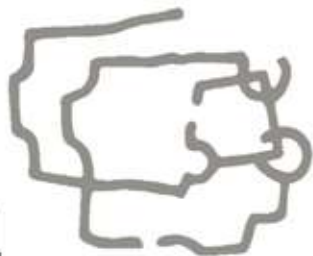


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XV nº 59 Julio 2018



Volumen XV



Nº 57



Nº 58



Nº 59

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

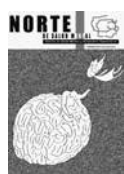


Nº 50

Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42

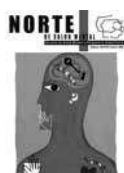


Nº 43



Nº 44

Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



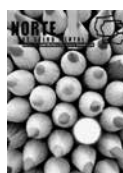
Nº 35



Nº 36

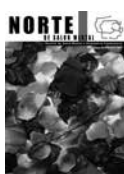


Nº 37



Nº 38

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30

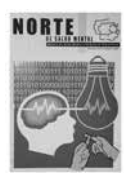


Nº 31



Nº 32

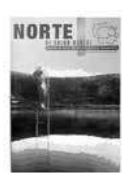
Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24

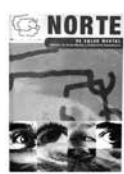


Nº 25



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:

Berdullas, José
Cifre, Antonia
Estévez, Juan
Rodríguez Pulido, Francisco
Inchauspe, José Antonio
Lalana, José Manuel
Munarriz, Mikel
Navarro, Mercedes
Musquiz, Álvaro
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	Redero, José María
Aparicio, Víctor	Ferrera, Beatriz	Levav, Isaac	Rendueles, Guillermo
Arana, Xabier	García Soriano, Maite	Marín, Mónica	Retolaza, Ander
Arias, Paz	Gay, Eudoxia	Marqués, M. José	Rodríguez, Beatriz
Ballesteros, Javier	Gómez, Chus	Marquínez, Fernando	Rotelli, Franco
Barrenetxea, Olatz	Gómez-Beneyto, Manuel	Martínez-Azumendi, Óscar	Saraceno, Benedetto
Berrios, Germán E.	González Brito, Natalia	Martínez, Ana	Sepúlveda, Rafael
Bravo, Mari Fe	González Lorenzo, Félix A.	Mayoral, Fermín	Serrano, Javier
Caldas d'Almeida, José	González-Pinto, Rodrigo	Meana, Javier	Soler, M ^a del Mar
Carranza, Arturo	González Saiz, Francisco	Meneses, Carmen	Susparregui, J. M ^a
Català, Laura	González Torres, Miguel Á.	Mezzich, Juan	Tarí, Antonio
Chicharro, Francisco	Gracia, Fernando	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 XV nº 59, Julio 2018 <https://ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/>

Realización y Administración:

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

revistanorte@ome-aen.org

Autor de la portada: Jorge Barrón

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 59. Julio 2018

Editorial	5
• Trauma, violencia sexual y reparación. <i>Iñaki Markez.</i>	7
Originales y revisiones	11
• Abordaje psicoanalítico de las psicosis: La psicoterapia basada en el proceso paranoide. <i>Rodrigo González-Pinto Arrillaga.</i>	13
• El trastorno mental grave en la adolescencia. Una mirada grupal. <i>Tina Sota, Tatiana Simal, Estibaliz Pérez.</i>	24
• Acoso escolar y laboral: Un estudio realizado en la facultad de medicina y enfermería. <i>Naiara Ozamiz, Agurtzane Ortiz.</i>	37
• Cero contenciones: Derechos Humanos en los servicios de atención a la Salud Mental. <i>Olaia Fernández, Ana Carralero, Judith Parra, Manuel Vázquez.</i>	46
• Programa de prevención de violencia machista en personas con trastorno mental grave. <i>Juan González Cases.</i>	63
• Violencia sobre las mujeres. La reacción de un sistema perverso. <i>Yolanda Resano, Ainara Iraizoz.</i>	70
• Teorías psicodinámicas que fundamentan los Trastornos Límites de Personalidad. <i>Calles R, Ximenez I, Navarro L, Alcántara M, Povedano L, Sánchez A, Hernández M.</i>	77
• Fraseología relacionada con psiquiatría y psicología del español coloquial y Estigma en Salud mental. <i>Guillem Lera, Vicente Roselló, Jesús Juárez.</i>	85
• Apuntes para una psicopatología del habla. <i>Sergi Solé Plans.</i>	93
Formación Continuada	101
• La experiencia del apoyo mutuo en los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), el “Programa Mentor” del Servicio. <i>Marta Rosillo Herrero, Vicenta Alonso Martos.</i>	103
Pre-ocupaciones	115
• Propuesta para la atención psicoterapéutica a los familiares de personas afectas de un Trastorno Mental Grave. <i>Javier Alejandro Kuhalainen Munar.</i>	117
• Psicoterapias de grupo en los sistemas de salud público desde la concepción operativa de grupo. <i>Juan Otero, Felipe Vallejo, Laura Mantrana.</i>	120
• ¿Un hombre es un hombre? <i>Rafael Manrique.</i>	126
• Prioridades para ser incorporadas a la Estrategia de la Discapacidad de Canarias en relación a la recuperación de las personas con discapacidad por TMG. <i>ACN.</i>	130
Historia	135
• El abordaje de las drogodependencias en los primeros tiempos de la prohibición: el punto de vista de los médicos especialistas. <i>Juan Carlos Usó.</i>	137
Actualizaciones	153
Agenda	165

Summary

NORTE de salud mental 59. July 2018

Editorial	5
• Trauma, sexual violence and reparation. <i>Iñaki Markez.</i>	7
Original and reviews articles	11
• Psychoanalytic approach to psychoses: psychotherapy based on the paranoid process. <i>Rodrigo González-Pinto Arrillaga.</i>	13
• Serious Mental Disorder in Adolescence. A group overview. <i>Tina Sota, Tatiana Simal, Estibaliz Pérez.</i>	24
• Bullying and mobbing: A study conducted in the medical school. <i>Naiara Ozamiz, Agurtzane Ortiz.</i>	37
• Zero contentions: Human Rights in Mental Health services. <i>Olaia Fernández, Ana Carralero, Judith Parra, Manuel Vázquez.</i>	46
• Prevention program for sexist violence suffered by people with severe mental disorder. <i>Juan González Cases.</i>	63
• Violence against women. The reaction of a perverse system. <i>Yolanda Resano, Ainara Iraizoz.</i>	70
• Psychodynamic theories that fund the borderline personality disorder. <i>Calles R, Ximenez I, Navarro L, Alcántara M, Povedano L, Sánchez A, Hernández M.</i>	77
• Phraseology related to psychiatry and psychology of colloquial spanish and estigma in mental health. <i>Guillem Lera, Vicente Roselló, Jesús Juárez.</i>	85
• Notes for a psychopathology of speech. <i>Sergi Solé Plans.</i>	93
Continuing Education	101
• The experience of peer support in the Psychosocial Rehabilitation Centers (CRPS), the “mentor program” of the service. <i>Marta Rosillo Herrero, Vicenta Alonso Martos.</i>	103
Concerns Challenges	115
• Proposal for psychotherapeutic support for relatives of persons with severe mental illness. <i>Javier Alejandro Kuhalainen Munar.</i>	117
• Group psychotherapies in public health systems from the group operative conception. <i>Juan Otero, Felipe Vallejo, Laura Mantrana.</i>	120
• A man is a man? <i>Rafael Manrique.</i>	126
• Prioridades para ser incorporadas a la Estrategia de la Discapacidad de Canarias en relación a la recuperación de las personas con discapacidad de TMG. <i>ACN.</i>	130
History	135
• Addressing drug dependence in the early days of prohibition: the point of view of medical specialists. <i>Juan Carlos Usó.</i>	137
Book reviews	153
Calendar	165



EDITORIAL

Trauma, violencia sexual y reparación.

Trauma, sexual violence and reparation.

Afrontar un trauma psicológico es enfrentarse a la vulnerabilidad humana, ser testigo de acontecimientos terribles y ser copartícipe del dolor, que puede resultar inenarrable para quien lo padece. Vivir una experiencia traumática es sin duda una situación que modifica la vida de una persona y, sin quitar gravedad y horror de estas vivencias, no se puede olvidar que en situaciones extremas el ser humano tiene la oportunidad de volver a construir su forma de entender el mundo y su sistema de valores.

Antes de profundizar en las consecuencias que generan la vivencia de acontecimientos traumáticos es oportuno hacer un breve recuerdo histórico de cómo se ha abordado el concepto del trauma y sus diversas consecuencias. No sería hasta el DSM-III, la tercera versión en 1980 con su visión clínica descriptiva, cuando se inicia la desaparición de la neurosis y las valoraciones psiquiátricas y psicoanalíticas son sustituidas por conjuntos de perturbaciones y problemas previamente establecidos por los expertos. Sería precisamente después de 1980, cuando legitimaron el concepto de estrés postraumático, cuando se quedó evidenciado que el síndrome psicológico observado en víctimas de violación, de violencia doméstica e incesto, era esencialmente el mismo que el observado en los sobrevivientes de guerra.

En el DSM-IV, en 1992, se convertirá en un conjunto de síntomas y de problemas funcionales, con criterios diagnósticos invariables. Sin embargo la neurosis traumática sí permanecería con el término trastorno por estrés postraumático, anulando la diferencia de naturaleza introducida por el psicoanálisis entre traumatismo y estrés, el discurso biologicista hegemónico, la era del cerebro en alianza con el fármaco como recurso para todas las perturbaciones ya codificadas, y la industria farmacéutica como elemento determinante. En mayo del 2013, la APA presentó la última versión, el DSM-5, que ha generado gran polémica interprofesional, con la Asociación Británica de Psicología, la Asociación Americana de Psicología y otras muchas asociaciones de psi-

coterapeutas, han generado el movimiento mundial contra la publicación del DSM-5, que se ha mostrado contrario a la aplicación de un modelo exclusivamente biomédico para la comprensión de los trastornos mentales, no considerando los factores psicológicos y sociales. Incluso el National Institute of Mental Health, NIMH, anunció que dejaba de hacer uso del DSM, pues es preciso un replanteamiento de la burbuja farmacéutica de la actual medicina, con especial desmesura de determinada psiquiatría, que precisa reorientar la perspectiva unidimensional, de reduccionismo biologicista que tanta omnipotencia, iatrogenia y derroche ofrece y lo sigue haciendo.

Violencia sexual

Además de estos debates entre psiquiatras y psicólogas, confrontados con otros muchos profesionales de intervención en el campo de la Salud mental, ya en la década de los setenta, con el movimiento de liberación femenina, comenzó a reconocerse que los desórdenes traumáticos más frecuentes eran las que sufrían las mujeres en la vida civil, la violencia sexual. El método inicial del movimiento se llamó *creación de conciencia*. El objetivo era provocar un cambio social más que individual. En 1971 se realizó el primer mitin sobre violación organizado por las feministas de Nueva York. Un año más tarde, Ann Burgess (enfermera de psiquiatría) y Lynda Holmstrom (socióloga) se embarcaron en un estudio sobre los efectos psicológicos de la violación. Observaron un patrón de reacciones psicológicas que denominaron *síndrome del trauma de violación* (Burgess y Holmstrom, 1974). Vieron que las mujeres experimentaban la violación como un acontecimiento que ponía en peligro sus vidas y generalmente temían ser mutiladas o asesinadas durante el ataque. Señalaron que, después de la violación, las víctimas se quejaban de insomnio, náuseas, sobresaltos, pesadillas y síntomas de disociación. En 1976 se constituyó el primer tribunal sobre crímenes contra las mujeres, en Bruselas. En 1980 se realizó una investigación epidemiológica llevada a cabo por Diana Russell, socióloga y activista



norteamericana, donde ochocientas mujeres elegidas al azar fueron entrevistadas sobre sus experiencias con la violencia doméstica y la explotación sexual. Los resultados fueron que una de cada cuatro mujeres había sido violada, y una de cada tres había sufrido abusos en la infancia (Russell, 1982). En aquel momento se redefinió la violación como crimen, iniciándose una nueva respuesta social hacia las víctimas.

Si nos basamos en los procesos de la memoria, como un proceso activo y constructivo, comprobamos que la mente está reensamblando de manera constante las antiguas impresiones, agregándolas a la nueva información.

En el recuerdo de un suceso particular, las personas no suelen volver a vivir las sensaciones físicas, emociones, imágenes, olores o sonidos asociados a tal suceso. En condiciones normales, todos los aspectos recordados de la experiencia tienden a una narración coherente que capta la esencia de lo que ha sucedido. Según es recordado y narrado un hecho a otras personas es probable que la narración vaya cambiando gradualmente en el tiempo y en la fuerza. En cambio, los recuerdos implícitos de los sucesos traumáticos tienen cualidades muy diferentes. Cuando los episodios traumáticos son recordados, las personas vuelven a tener la experiencia, suelen quedar sumergidas bajo los elementos sensoriales o afectivos de los antiguos traumas. No todas las personas que experimentan hechos traumáticos presentan diagnósticos de estrés post-traumático. Afortunadamente el ser humano tiene la capacidad de elaborar las vivencias traumáticas y restablecer su vida.

Estamos viendo traumas en la historia vital de pacientes que han terminado haciendo algún tipo de psicopatología: trastornos psicósomáticos, abuso de consumo de drogas, alcohol, trastornos de ansiedad, depresiones, trastornos desadaptativos, trastornos obsesivo-compulsivos, por estrés postraumático (TEPT) y trastornos de personalidad, entre otros. Son personas dañadas en lo más hondo de su ser y frecuentemente encontramos dificultades para poder sacarles de ese dolor grabado y congelado en su cerebro. La psicología no es sólo psicopatología y psicoterapia, es más, es una ciencia que estudia la complejidad humana y debe ocuparse de todos

sus aspectos (Markez, 2014). Mientras, habrá que adoptar un paradigma desde un modelo de salud que ayude a conceptualizar, investigar e intervenir efectiva y eficientemente en el trauma. Frecuentemente nos encontramos que estas personas traumatizadas carecen de la capacidad para comunicar verbalmente la esencia de lo que les ha sucedido. Los pacientes con trastorno por estrés posstraumático, al enfrentarse con sensaciones que reinstalan un estado traumático, simplemente tienen sus sentimientos y conductas mal adaptados, o sensaciones corporales molestas, sin saber de dónde proceden estos males. Aunque las palabras pueden proporcionar una explicación del origen de estas sensaciones y emociones, es poco probable que logren neutralizar el malestar y hacerlo desaparecer. Muchas de las personas traumatizadas padecen de alexitimia, proceso que consiste en la falta de capacidad para interpretar el significado de sus sensaciones corporales y pueden no saber lo que están sintiendo. Es importante evitar la re-traumatización al recordar el hecho traumático, pues se sienten tan perturbadas emocionalmente que ya el mero hecho de su recuerdo actúa como si estuvieran siendo re-traumatizadas, de ahí que eviten hablar de su sufrimiento. Los psicoterapeutas que trabajamos con traumas sabemos de la fragilidad que existe en la relación terapéutica.

Una sentencia tras otra sobre violaciones

Varios miles de psicólogos y psiquiatras de diferentes colegios y sociedades científicas profesionales firmaron escritos dirigidos hacia la ciudadanía que critican la sentencia de “la manada” (y, después, su puesta en libertad con enorme repercusión social y mediática) y el cuestionamiento de las víctimas de violencia sexual en general. Incluso algunas misivas remitidas al Ministerio de Justicia, mostrando un profundo y enérgico rechazo al fallo judicial. Incidían en que el foco no debe ponerse en la víctima, pues la responsabilidad de la violencia es siempre de quien la ejerce, deseando ahondar en la determinación o no del consentimiento de la víctima y de sus posibles reacciones ante una situación como la que describen los hechos probados. Así, explican que la paralización, el bloqueo o la inmovilización, es una reacción en la víctima ante situaciones amenazantes de muerte, lesión grave o violencia sexual.

La Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental -AEN- se ha posicionado en contra de esta sentencia y apoya rotundamente a las mujeres víctimas de delitos sexuales, condenando a quienes ejercen la violencia sexual en cualquiera de sus formas. Aclaraba como el convenio de Estambul, considerado como el marco jurídico más completo para combatir la violencia contra las mujeres, incluida la violencia doméstica, asegura la protección de las víctimas y el castigo de los agresores.

En el Estado español cada 8 horas se denuncia una violación, con las consecuencias físicas y psíquicas de sobra conocidas, tristeza prolongada, anorexia, pérdida de interés, trastornos del sueño, intensos sentimientos de ira, culpa, y todos aquellos síntomas que acompañan a una situación de muy alto estrés por maltrato.

La violación es un problema de salud pública, contextualizada en una sociedad patriarcal, donde aún se sigue considerando por grandes capas de la población masculina a la mujer como objeto de uso en lugar de como sujeto con sentimientos y capacidad de goce y de decisión. Si además se cuestiona su palabra y su conducta, o se rebaja la tipificación jurídica de los comportamientos de los agresores como ha ocurrido en el caso de *La Manada*, se revictimiza a la víctima, sometiéndola de nuevo a otra agresión con consecuencias psíquicas tan devastadoras como la propia violación. El sistema judicial le ha dado la espalda, agrediendo de nuevo y colocando en una situación de indefensión, inseguridad y miedo a todas las mujeres, al valorar el acto reprochable de un modo que pareciera más comprensivo con los agresores que con la víctima.

La reparación es posible

Las frecuentes pérdidas de confianza, las interrupciones bruscas del tratamiento, la cantidad de diferentes terapeutas que han sido requeridos para obtener alivio a lo largo del tiempo, los intensos dilemas de transferencia en los que se mezclan amor y odio en toda su intensidad, todo ello nos lleva a tener que generar una alianza terapéutica sólida para que nos permita acceder al umbral de dolor que padece y ayudarlo a salir de ahí.

Estamos ante necesidades psicosociales de envergadura que en la actualidad carecen de la necesaria oferta asistencial. Como tampoco hay profesionales capacitados será preciso atender a las demandas de todas las víctimas, en la Sanidad pública y/o privada. Es preciso realizar un adecuado trabajo clínico, y de acompañamiento y comprensión del dolor. Para ello necesitamos de la implicación institucional y profesional con las víctimas de las violencias, también la sexual, que confiamos sea creciente, más según se vaya clarificando el panorama político que en ocasiones distorsiona la realidad. Tendremos que realizar esfuerzos por reconocer el dolor de las víctimas, reforzar su atención socio-sanitaria y contribuir a reconstruir sus entornos sociales. Conviene evaluar las necesidades de las víctimas y de las personas más sensibilizadas de la población así como identificar a todas las víctimas de la violencia. También en invertir en programas de prevención de la violencia y de sus efectos devastadores. Así mismo, hemos de recordar que esta violencia es un hecho social pero no médico, que precisa de medidas desde el ámbito político.

Como recurso de reflexión hemos podido contar para este ejemplar de *Norte de salud mental* con varios artículos en torno a diferentes expresiones de la violencia con distintas poblaciones: acoso escolar y laboral, las contenciones, violencia machista en personas con trastorno mental grave, la violencia sobre las mujeres, etc. Confiamos en su utilidad, si bien tendremos que acceder a otros muchos trabajos en este complejo camino en el que necesitamos un cambio de valores que sean la base de las relaciones interpersonales. También desde el campo de la Salud mental.

I. Markez

- Burgess, A.W. y Holmstrom, L.L. (1974). Rape Trauma Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131: 981-986.
- Russell, DEH. (1982). La prevalencia y la incidencia de la violación por la fuerza e intento de violación de mujeres. *Victimology: An International Journal*, 7 (1-4): 81-93.
- Markez, I. (2014). *Violencia colectiva y salud mental: contexto, trauma y reparación*. Madrid: Grupo 5.



ORIGINALES Y REVISIONES

Abordaje psicoanalítico de las psicosis: la psicoterapia basada en el proceso paranoide.

Psychoanalytic approach to psychoses: psychotherapy based on the paranoid process.

Rodrigo González-Pinto Arrillaga.

Psiquiatra. Grupo Psicoanalítico de Bilbao (GPAB)*.

Resumen: Se describe un modelo de psicoterapia psicoanalítica para la psicosis denominado por William Meissner como “psicoterapia basada en el proceso paranoide”.

Meissner introduce el concepto de proceso paranoide. Lo define como un proceso universal para la construcción del psiquismo, especialmente importante en los pacientes psicóticos con sintomatología paranoide.

Propone un modelo psicoterapéutico basado en el proceso paranoide considerando central el sistema introyectivo determinante de la psicopatología, dividiendo la terapia en las siguientes fases: establecimiento de la alianza terapéutica, escucha y definición del sistema proyectivo, verificación de la realidad, clarificación, derivación y motivación de las introyecciones relacionadas con la psicopatología, duelo por los apegos infantiles, dependencia transferencial, resolución de la transferencia y finalización.

Se expone, para ilustrar la descripción, un caso clínico de un paciente paranoide.

Palabras clave: Psicoterapia de la psicosis, proceso paranoide, Meissner.

Summary: A model of psychoanalytic psychotherapy for psychosis, named by William Meissner as “psychotherapy based on the paranoid process”, is described.

Meissner introduces the paranoid process concept. It’s defined as a universal process for the construction of the psyche, which is especially important in psychotic patients with paranoid symptomatology.

A psychotherapeutic schema is proposed based on the analysis of the paranoid process. The schema aims focusing therapy on introyective system as central to the psychopathology and is divided in the following steps: establishing the therapeutic alliance, listening and defining the projective system, testing reality, clarification, derivation and motivation of the introjects, mourning of infantile attachments, emergence of transference dependence, transference resolution, and termination.

A case report of a paranoid patient, to illustrate the description, is exposed.

Key words: psychotherapy of psychosis, paranoid process, Meissner.

* Trabajo basado en la intervención en las VIII jornadas sobre psicoanálisis organizadas por la AEN-OME: “Otros modos de abordaje en Las Psicosis”. Bilbao, 10 de noviembre de 2017.



Introducción

Durante la primera mitad del siglo XX psicoanalistas como Sullivan o Fromm Reichmann trataron psicoanalíticamente y de manera sistematizada a pacientes psicóticos graves. Posteriormente autores como Klein, Bion, Winnicott, Kohut, Searles, Rosenfeld y otros jugaron un papel muy importante en esta área realizando valiosísimas aportaciones tanto teóricas como técnicas, constituyendo los años cincuenta del pasado siglo un punto álgido en el lugar ocupado por el psicoanálisis de cara al tratamiento de las psicosis. En los años 60-70 se expandió el psicoanálisis, especialmente en USA, sobreestimándose las expectativas sobre sus resultados en el tratamiento de la esquizofrenia, generándose una creciente frustración, confirmada esta por estudios sistematizados sobre la evolución de muestras amplias de pacientes esquizofrénicos graves tratados mediante psicoterapia psicoanalítica como el llevado a cabo por McGlashan en el Chesnet Lodge¹. Desarrollos más recientes de la mano de Meltzer, McDougall, Donald Rosenfeld, César y Sara Botella, Green, Bleichmar y un largo etcétera² o del psicoanálisis lacaniano, han confirmado la riqueza psicoanalítica frente a la psicosis. Sin embargo, aún existe controversia en relación a la utilidad de la psicoterapia psicoanalítica de las psicosis y prueba de ello es que, incluso en proyectos promovidos por psicoanalistas como Alanen o Cullberg, hay una asunción de la limitación de este tipo de orientación terapéutica, aunque la comprensión sea psicoanalítica, dándose prioridad a las intervenciones sociales, familiares, psicoeducativas o la terapia cognitivo-conductual^{3,4}. Todo ello es especialmente cierto para la esquizofrenia y su tratamiento institucional pero también puede extenderse al resto de las psicosis. Y ello a pesar de las aportaciones de los autores a los que me he referido, que no son más que una muestra de muchos otros que se han dedicado al tratamiento psicoanalítico de pacientes psicóticos, y aún asumiendo la mayoría de estos terapeutas la integración de los diferentes tipos de recursos sean psicofarmacológicos, familiares, sociales, psicoeducativos e incluso cognitivos-conductuales. Quizás el problema tenga su origen en la escasa difusión que han tenido las modificaciones técnicas de la cura-tipo para estos casos en el mundo psicoanalítico más ortodoxo.

En general, todos estos autores psicoanalíticos, además de asumir la integración con otro tipo de tratamientos, desarrollan una terapia adaptada a este tipo de pacientes basada en la empatía, la autorreflexión frente a la asociación libre, el predominio de la clarificación frente a la confrontación y la interpretación, muy limitadas o ausentes ambas, y en la escucha atenta y contenedora inmersa en un vínculo terapéutico que promueva la búsqueda del sentido que encierra el pensamiento psicótico.

Por último, es importante aclarar cómo nos situamos ante el diagnóstico de psicosis. Si entendemos por psicótico sólo aquello que es expresión de una estructura psicótica definida por un mecanismo central (rechazo, forclusión) o si consideramos también los cuadros psicóticos que pueden aparecer en otras organizaciones estructurales sean estas borderline o neuróticas (histéricas u obsesivas). Muchos psicoanalistas, incluido Meissner, al que me voy a referir, asumen esta posición. En cualquier caso, distinguiremos cuadros psicóticos que son expresión de defensas psicóticas en estructuras neuróticas, en organizaciones borderline y en estructuras psicóticas (desde lo menos psicótico a lo más psicótico).

Uno de los modelos psicoanalíticos para el tratamiento de los pacientes con psicosis es el que desarrolló William Meissner hace treinta años y que hasta hace poco ha pasado bastante desapercibido: “La psicoterapia basada en el proceso paranoide”⁵.

1. La psicoterapia basada en el proceso paranoide de William Meissner

William Meissner (1931-2010) fue un psicoanalista norteamericano, didacta del Instituto Psicoanalítico de Boston y profesor de psiquiatría de la facultad de medicina de la Universidad de Harvard, que dedicó una parte de su vida al tratamiento mediante psicoterapia psicoanalítica individual a pacientes psicóticos. Basándose en la psicología del yo, en la teoría de las relaciones objetales y en la psicología del self, orientaciones que eran la base de su formación, desarrolló un modelo para el tratamiento individual de pacientes psicóticos: “la psicoterapia basada en el proceso paranoide”.

1.1. El proceso paranoide

Meissner creó este tipo de psicoterapia partiendo en un concepto: “el proceso paranoide” que no es más que una manera original de expresar un aspecto básico y universal en la formación del psiquismo. El concepto de proceso paranoide se basa en la idea de que cuando nacemos introyectamos el entorno significativo y por proyección construimos nuestra subjetividad y nuestro self. Una de estas construcciones es la construcción paranoide, que da cohesión al self y que se expresa por la tendencia que todos tenemos a ser desconfiados, interpretativos y prejuiciosos. Al conjunto de introyección, proyección y construcción paranoide Meissner le llama proceso paranoide. Por tanto, el proceso paranoide es universal y está permanentemente presente en todos nosotros (el concepto tiene su origen en la posición esquizoparanoide de Melanie Klein).

La proyección y la introyección son consideradas tanto desde el punto de vista de mecanismos de defensa como desde la óptica del desarrollo. La introyección del entorno, las relaciones, los afectos y el propio cuerpo, puede incluir lo que Meissner llama configuraciones introyectivas patógenas, responsables de la patología psíquica. Las configuraciones introyectivas patógenas producirían, por tanto, configuraciones proyectivas patógenas. La construcción paranoide sería el tercer elemento del proceso paranoide que puede ser normal o patológica pero que se construye para dar cohesión al self. Alteraciones de este proceso paranoide y específicamente de la construcción paranoide son la base de todo el espectro de las psicosis, desde aquellas en las que subyace una estructura psicótica hasta aquellas en la que la estructura es de otro tipo⁵.

Meissner se plantea en un momento determinado si es acertado hablar de proceso paranoide porque puede inducir cierta confusión. Pero mantiene el término por la importancia que tiene para él en la construcción del psiquismo, no solo en lo relacionado con las psicosis aunque en éstas lo considere determinante. (También en los trastornos adictivos, la patología límite, los trastornos narcisistas, los que tienen que ver con la adolescencia, y en la psicopatología del envejecimiento)⁵.

Distingue, dentro de las psicosis, de un lado el continuum paranoia-depresión y, de otro, pro-

ceso esquizofrénico, entrecruzado y solapado frecuentemente con el primero. En este sentido recuerda al criterio que Fernando Colina y José M^a Álvarez expresan, respectivamente, de una manera lúcida, en *Melancolía y Paranoia*⁶ y en la *Invenición de las Enfermedades Mentales*⁷, aunque a la hora de diferenciar la esquizofrenia Meissner alude a la participación de factores biológicos, genéticos, de tipo congénito, etc., como determinantes de una patología de déficit en el proceso. Distingue esquizofrenia paranoide de la no paranoide considerando que la construcción paranoide en la esquizofrenia constituye un intento de sostenerse, de dar cohesión al self, y, de conseguirse, implica un mejor pronóstico⁵.

Para explicar la psicosis se basa en la idea de un self mal construido. Considera que éste no se desarrolla adecuadamente a lo largo de la infancia como consecuencia de factores que afectan a la interrelación de la introyección y la proyección de las representaciones objetales, del self y de la relación self-objeto. Ello implica que un defecto en la constancia del self, con presencia mayor de tendencia a la escisión patológica unida a la renegación y un exceso de identificación proyectiva patológica, expresión de una inadecuada diferenciación self-objeto, condicionan la constitución de un self psicótico que puede o no estar encubierto por un falso self⁵.

En este proceso de desarrollo de un self psicótico y partiendo del análisis del caso Schreber, pone énfasis en el narcisismo patológico y en la agresividad como factores fundamentales para la predisposición a las psicosis⁵.

En resumen, para Meissner lo que denomina el proceso paranoide es uno de los “motores” del psiquismo siendo determinante en las psicosis, especialmente en aquellas que presentan sintomatología delirante. El proceso paranoide puede producir un sentido del self psicótico.

Desde otra óptica, la estructura psíquica del psicótico está constituida por un yo frágil, con un ideal del yo y un superyó también mal contruidos, que no es capaz de organizar un sentido del self maduro, desbordado por las pulsiones y los afectos, especialmente, aunque no solo, por la agresividad derivada de la frustración de un narcisismo patológico. Ese desbordamiento



es vivido, tras los intentos fracasados de ese yo frágil y sus defensas neuróticas, como una amenaza de derrumbe que activa las defensas primitivas, escisión patológica unida al rechazo o renegación, identificación proyectiva patológica y construcción paranoide patológica. Esta construcción paranoide derivada directamente del proceso paranoide constituye un intento de dar cohesión o sostén al self y, de no conseguirse, el fracaso es completo manifestándose un self fragmentado y confundido con el objeto.

1.2. El modelo psicoterapéutico de Meissner

No se trata de un modelo estructurado ni lineal sino una referencia de cara a situarse ante el paciente con psicosis. Un plan o esquema psicoterapéutico basado en el proceso paranoide.

Consiste en un modelo de sostén y poco intervencionista y válido para todos los trastornos psicóticos, especialmente aquellos con sintomatología paranoide, con objetivos limitados para pacientes con estructura psicótica de la personalidad y más ambiciosa en los que subyace una organización límite, en donde hay una mayor fortaleza yoica y en donde las manifestaciones paranoides tienen una función defensiva frente a un núcleo depresivo subyacente impreso en la configuración introyectiva patógena y en las psicosis en las que subyace una estructura neurótica.

El objetivo es debilitar el sistema proyectivo y la construcción paranoide para poder acceder al sistema introyectivo y promover la renuncia a las configuraciones introyectivas patógenas sustituyéndolas por la relación terapéutica sana que sería una nueva configuración introyectiva sustitutoria.

Para ello, Meissner desarrolla una psicoterapia basada en la empatía, la limitación de la asociación libre, la autorreflexión, la utilización de la clarificación frente a la confrontación y la interpretación, muy limitadas o ausentes ambas, y en la escucha atenta y contenedora inmersa en un vínculo terapéutico que pretenda sostener o incluso promover la búsqueda del sentido que encierra el pensamiento psicótico.

El proceso terapéutico está constituido por una serie de fases. Sólo después de la construcción de la primera podemos pasar a la siguiente y así

sucesivamente, pero siempre estaremos volviendo a trabajar las ya construidas:

Construcción de la alianza terapéutica

La escucha empática y el señalamiento de emociones, con la idea de establecer un vínculo emocional con el paciente e ir fomentando el autoanálisis, son las armas fundamentales para construir la alianza terapéutica.

Si no se construye esta primera fase no es posible pasar a la siguiente pero siempre volveremos a ella, deberemos seguir trabajándola. Cuando está construida la alianza terapéutica el paciente habla más abiertamente, con señales de una menor resistencia, de su proceso psicótico, lo que nos permitiría pasar a la fase siguiente.

Exploración detallada del sistema proyectivo

Esta segunda fase es de ESCUCHA y pretende explorar de manera detallada el sistema proyectivo y la construcción paranoide.

El objetivo es explorar lo que se entiende como sostén ante la amenaza de derrumbe del paciente. Lo que el paciente dice revela su sistema introyectivo o, lo que es lo mismo, sus configuraciones introyectivas patógenas, expresión de sus relaciones de objeto generadoras de su sistema proyectivo y de sus construcciones delirantes.

Tanto la construcción de la alianza terapéutica como la exploración del sistema proyectivo y de las construcciones delirantes son fundamentales en este modelo y, en muchos pacientes psicóticos en los que no se puede desarrollar el proceso psicoterapéutico completo, van a ser la base de la terapia, lo que equivaldría, con algunos complementos, a una psicoterapia de sostén o de fortalecimiento.

Verificación o contacto con la realidad

Es una fase en la que se intenta poner al paciente en contacto con la realidad. Evitando la confrontación, se trata de que el paciente “complete” su relato delirante. La idea en la que se basa esta intervención es que el paciente suprime de su relato aquello que no le interesa de cara a confirmar su sistema proyectivo y su delirio. Consiste en acompañar al paciente en un intento de ir contra la certeza de su delirio poniendo en evidencia

aquello que suprime o rechaza de la realidad. Es una fase difícil o imposible en muchos pacientes, con riesgo de ruptura de la relación terapéutica si hay confrontación. Sin embargo, en otros pacientes si puede debilitarse en mayor o menor medida. Este debilitamiento da lugar a la aparición de material introyectivo, lo que constituye una señal que nos permite ir accediendo a la fase siguiente:

Clarificación del material introyectado y de las configuraciones introyectivas patógenas

El objetivo de esta fase es el clarificar las relaciones de objeto, las relaciones con el entorno significativo infantil que han influido de manera determinante en la formación del sistema introyectivo patógeno que ha dado lugar a la patología psicótica.

Los elementos introyectivos determinantes van a tener que ver con el narcisismo y la agresividad. En concreto, tal y como señala Meissner, giran en torno a la inferioridad y a la autoagresión, es decir, de matiz depresivo (baja autoestima, vergüenza, vulnerabilidad, tendencia masoquista, etc.) Esta fase va a repercutir de manera importante en el complejo transferencia-contratransferencia que se trabajara en las fases finales de este tipo de psicoterapia.

El origen del material introyectado patógeno

Se trata de clarificar el origen del material introyectado patógeno que se refiere a las relaciones de objeto infantiles incluidas en el sistema familiar o en el entorno significativo así como a la clarificación de los códigos familiares. Hay que tener en cuenta que el material introyectado deriva de relaciones de objeto particulares y de su interacción dentro de una matriz de un sistema familiar complejo que subyace y modela estos patrones de interacción y transacción. Este material se va a manifestar en la transferencia que será más adelante trabajada.

Las razones del material introyectado (o la clarificación del sentido del self)

El objetivo es ver como se organiza el self desde el punto de vista de la **constancia del self** y de la **separación self-objeto** y clarificar la construcción de su falso **self**, si lo hubiera. Dependiendo

del tipo de paciente psicótico encontraremos un self caracterizado por el predominio mayor o menor de la escisión patológica (constancia del self) o mayor o menor de la identificación proyectiva patológica (separación self-objeto). El falso self descrito por Winnicott se organiza a nivel interno alrededor del núcleo del material introyectado ambivalente y patológico. La organización de este sistema para relacionarse con el entorno y no derrumbarse pone en juego los mecanismos básicos del proceso paranoide: proyección y construcción paranoide. Las razones del mantenimiento de este self es la de ser el sostén de la persona que presenta el episodio y su descompensación hacia la patología delirante expresa otro intento de sostenerse. Si intentamos socavar el falso self o el propio delirio, estamos atacando el sentido que tiene el paciente de su propio self. En otras palabras, en concreto el delirio, tiene una función de sostén y la fijeza o certeza delirante responde a esa necesidad.

Duelo por los apegos infantiles

El objetivo es conseguir la renuncia a las relaciones de apego infantiles significativas interiorizadas y a los códigos familiares relacionados con la patología narcisista y agresiva. Es un proceso complicado porque implica renunciar a aquello que sujeta a la persona y, por tanto, ese duelo constituye una amenaza y ese objetivo solo puede ser conseguido por la interiorización de la relación terapéutica que actuaría como sostén.

Todas estas fases, pero especialmente esta, en la que esa amenaza es mayor, lleva a los pacientes a apoyarse en la relación terapéutica y específicamente en el terapeuta lo que genera una gran dependencia hacia éste lo que nos lleva a la siguiente fase de la psicoterapia.

Aparición de la dependencia en la transferencia

El apego en la transferencia se va a manifestar, por tanto, como una gran dependencia con mayor vulnerabilidad e inadecuación en la relación terapéutica, reflejo de los patrones del material introyectado patógeno.

En esta fase se trataría de trabajar la mencionada interiorización de la relación terapéutica que sustituiría a las relaciones de apego infantiles responsables de la patología de los pacientes.



Esta interiorización de la relación solo va a ser posible en aquellos pacientes cuya estructura psíquica lo permita siendo mucho más complicado de conseguir cuanto más primitivo sea el nivel de organización estructural.

Finalización del tratamiento

Esta fase final del tratamiento supone el duelo del apego hacia el terapeuta y es su núcleo central. Se pone mucha atención en el desarrollo de la autonomía del paciente.

Desde luego, como se ha dicho con anterioridad, solo algunos pacientes con cuadros psicóticos van a poder superar estas fases finales del proceso terapéutico. Y lo harán mediante identificaciones terapéuticas cruciales evolucionando hacia un nuevo sentido de la identidad que le permitiría dejar atrás su patología, haciéndose más difícil o imposible en aquellas organizaciones estructurales más primitivas.

Como comentario final, hay que insistir en que durante la mayor parte del proceso terapéutico predomina la escucha empática, los señalamientos exploratorios y sobre las emociones, y el fomento de la autorreflexión. Sólo si se progresa se utilizará de una manera evidente la clarificación y si se alcanzan las fases finales, también la confrontación y la interpretación.

2. Caso clínico¹

Se trata de un hombre de mediana edad en el momento en que fue visto por primera vez. Acudió refiriendo dificultades en sus relaciones de pareja. Era soltero e iniciaba una relación con la que era su tercera pareja, pero mantenía su relación anterior sin que la nueva lo supiera y lo mismo había ocurrido con la primera y la segunda. Solicitaba orientación terapéutica de cara a resolver esas dificultades.

Su actitud era adecuada aunque mostraba cierta desconfianza expresada en comentarios como:

“¿No se oirá esto fuera?” o “¿Todo es confidencial, no?”. Ello me llevó a ser muy cuidadoso con mis intervenciones situándome ante él desde la escucha empática y el señalamiento de emociones, intentando fomentar el autoanálisis o autorreflexión, de cara a construir la ALIANZA TERAPEUTICA que se manifestó sólida al cabo de unos meses durante los cuales se centró el paciente en sus relaciones amorosas y en sus relaciones en general, siendo lo más característico, en ambas, su tendencia a la escisión, la dificultad para establecer vínculos sólidos y duraderos y cierta propensión al aislamiento emocional.

La manifestación mayor de que la alianza terapéutica era sólida fue que me reveló que sus problemas databan de 20 años atrás cuando, viviendo en otra ciudad y, tras un encuentro homosexual, comenzó a pensar que sus compañeros de trabajo le criticaban por ello, hablaban mal de él. Todo esto fue “in crescendo” y el ambiente se le hizo insoportable. Pensaba que se reían de él y que le decían frases con doble sentido y en algún momento creyó escuchar insultos. Ante este ambiente decidió dejar su trabajo y la ciudad en la que vivía lo que le tranquilizó durante algún tiempo. Pero pronto apareció de nuevo la difamación. Además, siguió practicando este tipo de encuentros con profesionales del sexo gay teniendo también relaciones heterosexuales con la que fue su primera pareja. Continúa diciendo:” Se corrió el rumor de que era un maricón perverso y una persona degradada” Y refiere haber desarrollado una adicción a este tipo de prácticas con profesionales del mundo gay, prácticas muy compulsivas y que mantiene ocultas.

Tras este relato y sin abandonar la idea de seguir pendientes de la alianza terapéutica entramos en la **definición del sistema proyectivo**.

Esta fase, que es de escucha atenta, minuciosa y detallada, pretende aprender de todo lo que el paciente nos revela. Y lo que nos dice en nuestro caso es que está inmerso en un mundo hostil que le humilla y le denigra y del que intenta escapar. Y lo hace dividiéndose en dos identidades: el profesional de éxito, serio y competente que no quiere saber nada del adicto al sexo que actúa a escondidas, la pareja madura que oculta una doble vida de la que no puede desprenderse, etc. Sin embargo, esta división no es completa porque

¹ Para que el paciente sea inidentificable se han cambiado datos que no influyen en la esencia del caso. La duración de la psicoterapia fue de seis años, con una frecuencia de una sesión semanal de 50'. Posteriormente y hasta la actualidad, cinco años más, el paciente acude a sesiones de seguimiento espaciadas.

su parte escindida acaba siempre persiguiéndole manifestándose esta persecución en forma de autorreferencias: siempre hay una sonrisa o un comentario malévolo que le recuerda lo perverso que es. Y describe un perseguidor principal, uno de sus empleados y varios perseguidores secundarios. Me cuenta que existe un complot liderado por uno de sus empleados para desprestigiarle y ocupar su puesto. Es un empleado en el que él depositó su confianza y que le ha traicionado. Le difama ante sus compañeros y ante sus clientes y ha extendido su mala fama a los lugares que él frecuenta donde percibe alusiones denigrantes contra él. Por ese motivo evita ir a esos lugares y ha roto con su grupo de amigos. Junto a su perseguidor principal hay dos mujeres con las que ha mantenido unas relaciones relativamente largas que también le difaman de manera activa.

Esta fase de escucha atenta, minuciosa y detallada duró muchos meses y, aunque, al igual que el período anterior de trabajo sobre la construcción de la alianza terapéutica, siguió presente a lo largo de la psicoterapia, dio paso a la siguiente:

Fase de verificación o contacto con la realidad

La decisión de pasar a la tercera fase del modelo dependió básicamente de la impresión contra-transferencial de que la alianza terapéutica era muy sólida y que la escucha resultaba contenedora para el paciente.

En esta fase lo que se pretende es que el paciente complete su discurso delirante intentando que incorpore aquello que suprime o rechaza como mecanismo para mantener su convicción delirante. Evidentemente es una fase delicada, en la que se evita la confrontación, puesto que la supresión o rechazo de aquello que no interesa al paciente, cumple una función defensiva para confirmar su delirio que sostiene al self y es por tanto vivido como una amenaza para éste.

Un ejemplo de este tipo de intervenciones es el siguiente:

- Paciente: Llegué a la oficina y X me recibió con una sonrisa burlona. Le oía cuchichear con Y algo sobre mí y lo que había hecho el fin de semana. Luego me encontré una revista en mi mesa con la foto de un actor con el torso desnudo... Me la había puesto él ahí para reírse de mí.

- Terapeuta: ¿Cómo fue? Vamos a ver cómo fue esto que me está contando.

- Paciente: Llegué a la oficina y me recibí...

- Terapeuta: ¿Se sentía mal por lo del fin de semana, pensaba en ello?

(Durante un fin de semana había mantenido uno de sus múltiples encuentros sexuales con profesionales de la prostitución gay y se sentía avergonzado y culpable.)

- Paciente: Si me sentía avergonzado y me sentía mal, culpable.

- Terapeuta: ¿Cómo fue el encuentro con X el lunes? ¿Cómo pudo saber él que había tenido ese encuentro sexual?

- Paciente: Alguien me vería entrar en el piso y se lo contaría. Ha ocurrido otras veces.

- Terapeuta: ¿Le pareció que alguien le vio?

- Paciente: No me di cuenta en ese momento, pero alguien me tuvo que ver al entrar o al salir. Cuando iba por la calle vi que alguien me sonreía.

- Terapeuta: ¿Le conocía?

- Paciente: No.

- Terapeuta: ¿Cómo se sentía al salir de la casa?

- Paciente: Me sentía mal, temía que me vieran y me descubrieran. Estaba arrepentido y avergonzado por haber estado allí una vez más. Y así estuve todo el resto del fin de semana.

- Terapeuta: Lleno de esos sentimientos negativos ¿no?, ¿muy cargado emocionalmente? ¿Así llegó a la oficina el lunes?

- Paciente: Sí, me sentía muy mal y vi que X se estaba riendo.

- Terapeuta: Y cuando llegó a su despacho se encontró con la revista...

- Paciente: Sí, encima, él había puesto la revista con la foto. Quería seguir riéndose.

- Terapeuta: Así que él puso la revista abierta en la página de la foto, ¿fue así?

- Paciente: Bueno, la revista estaba en mi mesa, la tenía guardada y apareció en una mesa accesoria, yo la abrí y apareció la foto. No es casualidad...



yo creo que la tenía guardada en mi mesa y él se estaba riendo cuando llegué a la oficina.

- Terapeuta: Usted entró muy cargado emocionalmente, me ha dicho que se sentía avergonzado y con remordimientos... piense en eso.
- Paciente: Cuando entré le miré de reojo y vi que se reía. Es posible que lo de la revista lo haya exagerado, aunque él se reía...
- Terapeuta: Piense en eso...
- Paciente: No sé por qué he delegado tanto en él (en X). Le he dado demasiado poder y me ha anulado. No me tiene respeto, cree que sabe más que yo. Me tenía que haber implicado más en el trabajo y le he dejado que él sea el jefe. Me considera una basura. Yo tenía que haber actuado de otra manera con él, no dejarle que estuviera por encima de mí.

Este ejemplo de intervención, que intenta ser clarificadora y no confrontativa, puede determinar cierto debilitamiento del sistema proyectivo delirante del paciente lo que conlleva la aparición mayor o menor del material introyectivo subyacente a este.

En nuestro paciente, la aparición progresiva del material introyectivo estuvo también condicionada por otras circunstancias como la ruptura de la relación con su tercera pareja y el que desarrollara una enfermedad física que aún padece. Sin abandonar, aunque sí debilitado, su sistema proyectivo y su delirio, pudimos pasar a la **clarificación del material introyectado**:

Tal y como describía las acusaciones que hace su entorno hacia él, era como él se había sentido siempre consigo mismo. Desde su adolescencia e incluso desde su infancia se sentía así. Había pasado por un internado desde los 8 a los 17 años pensando que su familia no le quería. Describe a su madre como una mujer muy dominante a la que había estado muy apegado hasta los 8 años, edad a la que le llevaron al internado. A su padre como un hombre débil, que bebía en exceso y que estaba bastante excluido del mundo familiar. Su única hermana, varios años mayor, era una segunda madre pero rivalizaba con él, siendo hostil la relación y persistiendo esa hostilidad hasta el momento actual. El ingreso en el internado lo vivió mal, con angustia y rabia haciéndole responsable

de ello a su madre y colaborador por omisión a su padre porque, como dice, no pintaba nada.

Este trabajo de clarificación nos llevó a ver **el origen del material introyectado patógeno**: Lo que pudo aclararse en esta fase fue la identificación del paciente con la imagen que él creía que su madre tenía de él, alguien a quien había abandonado por despreciable. Por otra parte, estaba identificado con su padre, descrito por el cómo débil y alcohólico, excluido del mundo familiar, sostenido por su prestigio profesional. También estaba identificado con la imagen despreciable que creía que su hermana tenía de él funcionando la proyección alrededor de la envidia y los celos que en realidad él sentía hacia su hermana y que eran probablemente mutuos. Uno de los códigos familiares con los que estaba identificado era el de mantener las apariencias y el prestigio profesional como base del sostén personal. Otro de los códigos estaba relacionado con la sexualidad de la que siempre se hablaba en tono peyorativo, de manera rígida, en la que no había sitio para la homosexualidad. Este código también estaba impreso en el ideario de su colegio con el que también estaba identificado.

El trabajo de clarificación de su sistema y códigos familiares nos permitió acceder a **las razones del material introyectado**: En esta fase se intenta clarificar el proceso de construcción del self del paciente, sus características y la dinámica de la construcción de su delirio. Lo que pudo aclararse fue la gran dependencia que tenía hacia su madre, la hostilidad hacia ella como consecuencia de la vivencia de su separación para ir al internado y la identificación con la imagen de despreciable que él creía que su madre tenía de él. Tenía también envidia y celos hacia su hermana por haber permanecido con su madre. Y el paciente intentaba huir de todo ello, pero por otra parte esa imagen depreciable, envidiosa y celosa, le mantenía unido a su madre y a su hermana y actuaba de sostén para él. La huida se producía mediante la identificación con un padre profesionalmente prestigioso y muy poco sólido, excluido a nivel familiar. Así construyó los self escindidos: de un lado era un profesional competente y respetado, aunque como el mismo reconocía, “poco profundo” en su trabajo y un donjuán apoyado en su prestigio profesional pero también “poco profundo” en sus relaciones de pareja, retirán-

dose de la relación cuando se habían producido las conquistas. De otro lado, un self caracterizado por la autodestructividad expresada en una autoimagen despreciable en el que la envidia, los celos y la dependencia estaban presentes.

En relación con su sexualidad también encontramos claros signos de escisión patológica. Por una parte, su heterosexualidad declarada y activa y por otra, una homosexualidad con fantasías sadomasoquistas, pulsional, oculta, vergonzante y culpabilizante para él, difícil de controlar y necesitada de descarga periódica.

Encontramos, por tanto, un self que le sostiene y otro que le amenaza y del que quiere huir sin conseguirlo. Cuando esa amenaza, en forma de relación homosexual consumada, se hizo realidad casi 20 años atrás, aparecieron la culpa persecutoria y la vergüenza y la proyección como defensa, lo que generó su cuadro autorreferencial inicial. Pero no fue únicamente esa defensa la que se activó en el paciente, se activaron, especialmente a partir de ese momento inicial, la escisión patológica, la identificación proyectiva patológica y el rechazo que convivía con la represión. Construyó una historia persecutoria que condicionó su vida; un delirio en el que había certeza o convicción delirante, persecución y megalomanía (y no solo por considerarse el centro de las críticas sino que atribuía a su propia posición la persecución especialmente por envidia de su perseguidor principal).

La clarificación del material introyectado, su origen y su motivación, dio paso al **duelo por la pérdida de los apegos infantiles**. Esta fase consiste en afrontar la renuncia a aquellas relaciones de objeto patológicas que condicionaron sus configuraciones paranoides. Este proceso se facilitó en nuestro paciente tras presentar éste un duelo por ruptura de la relación con su última pareja. Tras esta separación, inmerso en su enfermedad física y enfrentado a su material introyectivo patológico, había oscilado hacia una posición depresiva quedando muy atenuada su sintomatología paranoide aunque persistiendo su convicción delirante en cuanto al complot vivido año atrás. Lo que emergió fue una enorme dependencia hacia la persona de la que se había separado, un darse cuenta de que él había provocado la ruptura mediante sus infidelidades y falta de compromiso en la relación, una gran hostilidad hacia él mismo

con autorreproches y envidia hacia las personas que “eran capaces de mantener sus relaciones de pareja de manera adecuada”.

El trabajo sobre el duelo de su relación, conectado éste con el duelo de sus relaciones de apego infantiles generadoras de su patología, generó una dependencia transferencial desbordante que nos llevó a la **fase de aparición de la dependencia transferencial**: El sistema proyectivo y delirante del paciente habían sido debilitados y eso suponía un debilitamiento del sostén del self con amenaza de derrumbe alimentada también por la pérdida de su relación de pareja. Esta amenaza se manifestó como un cierto estado melancólico y como la referida dependencia transferencial utilizada como sostén ahora por el paciente frente a sus pérdidas. El conflicto básico estaba incrustado en la transferencia. La dependencia del paciente resultaba desbordante. Expresaba temor a quedarse solo y a que nadie cuidara de él y se despreciaba por ello. Sus llamadas telefónicas eran continuas para hablar sobre problemas nimios o decisiones importantes que tenía que tomar. Se enfadaba manifiestamente si se le tardaba en contestar y me tenía idealizado. Por otra parte, tanto fuera como dentro de la sesión, mantenía su imagen de profesional de prestigio, imagen que quería reafirmar más ante mí y ante los demás frente al temor a ser abandonado por lo despreciable que se consideraba y lo despreciable que él creía que yo le consideraba.

El trabajo sobre la dependencia transferencial en el marco del triángulo introspectivo, el inicio de una nueva relación de pareja en la que estableció una relación muy comprometida y muy dependiente, y un cambio de actitud en su trabajo, hicieron progresar el proceso terapéutico en el que, a partir de este momento, tendría sentido el uso de la confrontación y de la interpretación.

Sin embargo, a pesar de haberse producido cierta introyección de la relación terapéutica sustitutiva de las relaciones de objeto infantiles responsables de su patología, la dependencia transferencial aún persiste. La dependencia masoquista en sus relaciones es notable habiendo superado su adición al sexo. En relación con su identidad sexual, asume lo que llama “mi parte homosexual” como algo ligado a sus fantasías y que convive con su heterosexualidad. Su cuadro



delirante no está activo, aunque existe la convicción de que lo que vivió años atrás fue real. Admite, eso sí, que siempre esta alerta de posibles críticas o comentarios sobre su “mala fama” y hace propósitos para liberarse de esa tendencia que califica como “obsesiva”.

La fase final del tratamiento, como en otras psicoterapias psicoanalíticas, consistiría en la **resolución de la transferencia**, algo lejos aún de conseguirse en nuestro paciente en el que persiste la dependencia, desplazada ésta, en parte, hacia su nueva relación de pareja.

3. Comentario final

El modelo de William Meissner para el abordaje psicoanalítico de pacientes con psicosis es únicamente una referencia para situarse ante este tipo de pacientes.

No se trata de un modelo lineal, aunque esté dividido en fases, ya que siempre hay una vuelta hacia las fases construidas, pero si no se ha construido bien una fase, no se debe pasar a la siguiente.

Básicamente es un modelo que, partiendo de la psicología del yo, de la teoría de las relaciones objetales y de la psicología del self, recoge la mayoría de las aportaciones de los autores psicoanalíticos que han tratado a pacientes psicóticos.

Desde el punto de vista diagnóstico, es importante insistir en el amplio espectro al que alude Meissner a la hora de hablar de psicosis. De entrada, considera el proceso paranoide como un proceso psíquico básico en el ser humano y determinante en el desarrollo de la personalidad, del que derivarían la psicosis; desde los más leves, en el sentido de que no subyace en ellos una estructura psicótica, sino una organización límite o incluso una estructura neurótica, hasta las más graves desde el punto de vista estructural.

Su modelo de psicoterapia psicoanalítica podría aplicarse a todo el espectro, pero solo sería posible completar totalmente el tratamiento en aquellos pacientes con estructura no psicótica, aun cuando los pacientes más graves también podrían beneficiarse. En este sentido, el del diagnóstico estructural, el paciente expuesto, con el que se pudo progresar en el tratamiento, presentaba, a mi juicio, una organización límite de la personalidad en el sentido de Kernberg, con un

funcionamiento de tipo paranoide sobre la base de un narcisismo patológico relacionado con un importante sentimiento de abandono en una relación muy dependiente. La imagen depreciable que creía que su madre tenía de él y con la que estaba identificado, alimentada por la pulsión homosexual que intentaba sin éxito reprimir, le llevaba a proyectar, por culpa y por vergüenza, la críticas que él hacía de sí mismo. Para no derrumbarse se dividía en el profesional de éxito y hombre maduro y el depreciable escondido. Pero la división de su self no tenía éxito porque siempre afloraba el despreciable activándose en él, junto a la proyección neurótica, la identificación proyectiva patológica, confundiendo frecuentemente con los otros y en la transferencia, siempre en lo relacionado a su propia imagen.

En definitiva, y para concluir, el modelo de Meissner se basa en la idea kleiniana de que todo psiquismo está basado en lo que denomina proceso paranoide que está latente en todo ser humano y que puede evolucionar por diferentes causas a procesos psicóticos más o menos graves. Ese proceso psicótico implicaría un fracaso del yo para mantener la continuidad y consistencia del self, con amenaza de derrumbe, recurriendo la persona que lo padece a una reinterpretación de su mundo externo para crear una nueva coherencia y evitar ese derrumbe. La organización estable de esta reinterpretación del mundo externo sería el delirio que es visto por Meissner como una exacerbación de lo que denomina construcción paranoide y que actuaría como sostén de ese self⁵. Esta función restauradora o reconstructiva del delirio, ya señalada por Freud en el caso Schreber⁷ es muy importante tenerla en cuenta en el proceso terapéutico ya que la amenaza a este delirio, si es que es posible, constituye una amenaza al self.

En cuanto a la técnica es importante destacar que la construcción de la alianza terapéutica es la base de todo el proceso y que es el vínculo terapéutico el que va a ser el motor del cambio. El señalamiento de las emociones pretende favorecer la construcción de esta alianza y promover desde el principio la autorreflexión descartándose la asociación libre. La escucha atenta y detallada del discurso psicótico del paciente constituye otra de las características fundamentales del modelo considerándose esta escucha una escuela

de aprendizaje necesaria para la progresión del tratamiento. Sólo en las fases intermedias de la psicoterapia se utiliza la clarificación e incluso al final del tratamiento, en aquellos casos en que sea posible, la confrontación y la interpretación.

Sobre la interpretación, cuando es posible, se orienta según el modelo de dos formas: la primera, en aquellos casos en que la estructura no es psicótica, en su forma más auténtica en el sentido de hacer consciente lo inconsciente. En los casos más grave la interpretación se entendería como una búsqueda de sentido del pensamiento psicótico y no como una comprensión que pretenda hacer consciente lo inconsciente. En este sentido coincide con autores como Bion⁸ o Rosenfeld⁹ que consideran que el terapeuta, con su capacidad de reverie puede metabolizar el pen-

samiento psicótico promoviendo cambios en la forma de pensar. O como Lacan¹⁰, que, aunque no es citado por Meissner, descarta la interpretación que nos haga comprender abogando por otra que, vía recorte de ciertos significantes, o resaltando su error, descubra el sentido de lo que los rodea y que da lugar a su sinsentido¹¹.

De cualquier forma, el motor del tratamiento es para Meissner el vínculo terapéutico que, introyectado mediante los procesos de identificación e interiorización de la relación terapéutica, sustituye lo que llama configuraciones introyectivas infantiles patógenas y promueve la mejoría. Meissner extiende su modelo al tratamiento de la patología límite y a la de la adolescencia, las adicciones y el envejecimiento, donde el proceso paranoide llega a tener un papel central y determinante.

Contacto

Rodrigo González-Pinto Arrillaga • rodrigogonzalezpintoa@gmail.com
C/ Rodríguez Arias 6, Dpto. 509 • 48008 Bilbao

Bibliografía

1. Mc Glashan, T.H. The Chestnut lodge follow-up study: II. Long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders, *Archives of General Psychiatry*, 1984. 41, 586-601
2. Nemirovsky, C.D. El psicoanalista tratando a un paciente grave. *Psicoanálisis*, 2009. Vol. XXXI, nº 1, 129-152.
3. Alanen, Y.O. *Schizophrenia – Its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac, 1997.
4. Cullberg, J. Psicosis. *Una perspectiva integradora. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis*. Madrid, 2006.
5. Meissner, W. *La psicoterapia y el proceso paranoide. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis*, Madrid, 2014.
6. Colina, F. *Melancolía y paranoia*. Editorial Síntesis. Madrid, 2011.
7. Álvarez, J.M. *La invención de las enfermedades mentales*, Editorial Gredos S.A. Madrid, 2008. 529-570.
8. Álvarez, J.M. *La invención de las enfermedades mentales*. Editorial Gredos S.A. Madrid, 2008. 568.
9. Bion, W. *Volviendo a pensar*, Buenos Aires. Hormé, 1972.
10. Rosenfeld, H. *Impasse e interpretación; factores terapéuticos y antiterapéuticos en el tratamiento psicoanalítico de pacientes neuróticos, borderline y psicóticos*. Tecnipublicaciones, Madrid, 1990.
11. Lacan, J. *El seminario 3, Las psicosis*. Buenos Aires. Paidós, 2002. 16-17.
12. Pujana, M. *La interpretación en la psicosis*. Accesible en www.aacademica.org. Buenos Aires, 2016. 5.

• Recibido: 4/4/2018.

• Aceptado: 2/6/2018.

El trastorno mental grave en la adolescencia. Una mirada grupal.

Serious Mental Disorder in Adolescence. A group overview.

Tina Sota Leiva. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Red de Salud Mental Extrahospitalaria de Álava. Osakidetza.

Tatiana Simal Galindo. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Estibaliz Pérez Fernández de Landa. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Red de Salud Mental Extrahospitalaria de Álava. Osakidetza.

Resumen: El grupo es el ámbito natural de desarrollo del adolescente y, por lo tanto, es lógico pensar que el escenario grupal puede ser utilizado para abordar los conflictos psíquicos que presentan los adolescentes con o en riesgo de trastorno mental grave.

Consideraremos las dificultades a nivel diagnóstico que nos encontramos en el momento evolutivo de la adolescencia y reflexionaremos a lo largo del trabajo sobre las ventajas que aporta el escenario grupal respecto al abordaje individual en el marco de un dispositivo público ambulatorio de salud mental infanto-juvenil.

Nuestra propuesta consiste en priorizar la atención grupal como herramienta terapéutica central para el cambio, desde el modelo teórico de la psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica o grupoanálisis, puesto que consideramos este modelo como uno de los más adecuados para potenciar la creación de nuevos vínculos estructurantes y modelos relacionales más sanos.

Palabras clave: Adolescencia. Trastorno mental grave. Tratamiento grupal psicoterapéutico. Grupoanálisis.

Abstract: Since the group is the natural environment where the adolescent develops, it is logical to think that the group therapy can be used to deal with the mental conflicts suffered by adolescents with or without risk of serious mental disorder.

The difficulties at diagnosis related to the development level of adolescence will be considered. Throughout the research study, the advantages of carrying out group therapy instead of individual therapy inside the public outpatient mental health services for child and adolescents will be stressed.

It is suggested to give priority to the group attention as the main therapeutic tool for a change, from the theoretical model of group psychotherapy at a psychoanalytic approach or groupanalysis, since this model is considered as one of the most suitable ones to foster the creation of new structuring bonds and healthier relational models.

Keywords: Adolescence. Serious mental disorder. Group psychotherapy treatment. Groupanalysis.

Introducción

En el contexto actual de los dispositivos públicos de salud, con el acceso universal a la salud mental, se ha producido una creciente demanda asistencial con unas listas de espera cada vez más largas y menor frecuencia de sesiones que podemos ofrecer desde nuestras unidades infanto-juveniles, por lo que realizar intervenciones psicoterapéuticas de calidad, nos resulta complicado. Esta situación nos obliga a los profesionales a repensar nuestras intervenciones clínicas de cara a, sin perder eficacia, gestionar de forma más eficiente los escasos recursos de los que disponemos en los dispositivos públicos de salud mental en el ámbito infanto-juvenil. En este sentido, consideramos que los tratamientos grupales son intervenciones especialmente interesantes, por ser tanto eficaces como eficientes desde el punto de vista económico y por permitir un encuadre psicoterapéutico adecuado desde el punto de vista temporal, que sería imposible a nivel individual con cada participante del grupo, debido a la carga asistencial de nuestros dispositivos.

Por otro lado, teniendo en cuenta la población adolescente, este tipo de tratamiento psicológico, probablemente añade de forma general, especiales beneficios respecto al tratamiento individual, entre otros motivos porque es su ámbito natural de desarrollo y la expresión en grupo se facilita respecto a la relación terapéutica individual. En definitiva, consideramos que la intervención grupal tiene un enorme potencial en la atención de esta población adolescente, así como con sus familias, donde ofrece indudables beneficios.

El adolescente y su mundo.

¿Qué entendemos cuando hablamos de “adolescencia”?

La adolescencia, como expresa la etimología de la palabra, es la edad del cambio: “adolescere” significa en latín “crecer”. Es una época de transición entre la infancia y la edad adulta, por lo que es posible comprender que el proceso psíquico por el que atraviesa el adolescente constituye un período de cambios extremos.

Como sabemos, muchos autores se han dedicado a definir las características de la adolescencia,

pero en realidad, la noción de adolescencia no existe en todas las sociedades. En algunas, sólo se describen cuatro tipos de edades: el bebé, el niño, el adulto y el viejo. Por lo tanto, desde un enfoque cultural, marcado especialmente por los estudios de Margaret Mead (1), se puede constatar la tesis de que la adolescencia no es un fenómeno universal. De todos modos, teniendo en cuenta las características de las sociedades occidentales actuales, tal como afirma Bruner, la adolescencia en estas sociedades, constituye una especie de bisagra necesaria entre el mundo de los niños y el de los adultos, y puede “proponer nuevos estilos de vida mejor adaptados a lo que se perciben como circunstancias novedosas y cambiantes”. “Por primera vez, quizás en nuestra tradición cultural, se tiene en cuenta a una generación intermedia que obtiene así la posibilidad de proponer un modelo de conductas nuevas” (2).

En contraposición, sí podemos definir como fenómeno universal, la pubertad. Algunos autores no establecen diferenciación entre la pubertad y la adolescencia, pero compartimos la opinión de la gran mayoría, de considerar por un lado, la pubertad somática y por otro, la adolescencia como fenómeno mucho más complejo y que únicamente puede definirse a partir de un patrón psicológico (Laplane y cols). Por lo tanto, se considera la adolescencia como un fenómeno moderno, del mundo occidental, mientras que la pubertad siempre ha existido. Muchos autores definen la pubertad como un segundo nacimiento: cuando nacemos es para existir y este segundo nacimiento, la pubertad, es el momento de la definición sexual y de empezar a definir el lugar propio en la sociedad. Se trata del paso del grupo familiar a ocupar un lugar en el grupo social (3).

Como todos sabemos, la edad de la pubertad está mucho mejor definida ya que se caracteriza por un determinado número de datos visibles y debemos saber que, hace algunos siglos, el desarrollo puberal era mucho más tardío y prácticamente coincidía con el comienzo de la vida profesional. A título de ejemplo, tanto en Noruega como en Francia, el inicio de las primeras menstruaciones ha pasado, en poco más de un siglo, de los 17 a los 13 años. Esto significa que actualmente, mientras que la edad de la menarquía tiende a ser cada vez



más temprana, el comienzo de la vida profesional tiende a retrasarse cada vez más. Se podría afirmar incluso que el desarrollo fisiológico ha tomado la dirección opuesta a la evolución social, lo que ha llevado a una ampliación extrema del periodo de la adolescencia (4).

En resumen, podemos concluir teniendo en cuenta lo expuesto, que la adolescencia es un hecho individual, pero transcurre en un medio cultural, social e histórico determinado, que marca las características de cada adolescente.

Modelos teóricos de comprensión de la adolescencia

La adolescencia o el proceso adolescente, es un tema amplio, complejo y difícil. Como hemos visto, sólo el definirla es difícil. A veces la adolescencia se considera, un poco, como una enfermedad. Se dice “hay que pasarla”. ¿Es la adolescencia un periodo durante el cual ocurre algo?, ¿es un estadio de desarrollo?, ¿es una crisis?

Muchos autores han estudiado este tema y han intentado teorizar los cambios característicos de esta etapa de la vida. Estas teorías pueden agruparse en cuatro modelos diferentes: el modelo fisiológico, el modelo sociológico y medioambiental, el modelo psicoanalítico y los modelos cognitivo y educativo. De estos modelos consideramos que es el modelo psicoanalítico el que más nos ayuda en la comprensión del proceso adolescente. Asimismo, hay que tener en cuenta que el modelo psicoanalítico, aunque se trata de un modelo individual y endopsíquico, se encuentra condicionado en parte por los modelos fisiológico y sociológico.

La perspectiva psicoanalítica se basa en que es posible describir la adolescencia como un proceso psicológico relativamente homogéneo según el tipo de sociedad. Las aportaciones de Freud han obligado a reconocer la importancia de la pubertad y el papel fundamental que desempeña el acceso a la sexualidad. La adolescencia es un estado de resignificación del mundo infantil, un estado mental en el que se agregan elementos fundamentales como pueden ser la realización de la vida erótica y la capacidad de procreación. Otros muchísimos elementos caracterizan a la adolescencia y según los autores consultados,

el peso específico de cada uno de ellos variará. Por lo tanto el modelo psicoanalítico plantea los principales aspectos dinámicos de la adolescencia estudiados por diferentes autores y considerados como fundamentales en la comprensión de este proceso. Estos parámetros (predominio de las pulsiones, transformaciones corporales, proceso de duelo, reorganización de las defensas, reelaboración del narcisismo, sistema de idealización, búsqueda identificatoria, adhesión a un grupo y acceso a una nueva forma de pensamiento), parecen organizar las transformaciones psíquicas propias de la adolescencia (4).

Por otro lado, algunos autores han intentado unificar un concepto más global de la adolescencia, de manera que podemos encontrar dos tendencias. La primera plantea la adolescencia entendida como “crisis”, considerándola como un momento estructural crítico en el que la emergencia de una nueva organización psíquica convive con el riesgo de desorganización psicopatológica. Bion (5), entre otros, planteará el término de “cambio catastrófico”. La segunda tendencia, describe la adolescencia como “un segundo proceso de separación-individuación” o como una etapa fundamental en el proceso de subjetivación, y numerosos psicoanalistas especializados en la adolescencia, entre los que destacan P. Blos y J.F. Masterson, utilizando los conceptos de Margaret Mahler desarrollados a partir de estudios en los niños pequeños y el estudio de interacción madre-hijo, han comparado el proceso de la adolescencia, con el proceso de separación del niño pequeño, otorgando a la adolescencia un carácter predominantemente evolutivo y una relativa continuidad psicopatológica (4). El niño se separa de su madre mediante la internalización, mientras que el adolescente se separa de los objetos internalizados, amando objetos exteriores y extrafamiliares. Ya no puede ocupar el mismo lugar que cuando era niño y tiene que realizar todo un trabajo subjetivo para la búsqueda de su lugar: un lugar nuevo en su familia, en la sociedad y en su propio grupo social. Es muy importante para él, el poder tener su propia red social y las relaciones establecidas entre el adolescente y sus semejantes desempeñan un papel privilegiado en el proceso psíquico en curso.

Ambas tendencias, nos aportan formulaciones interesantes, a la hora de plantearnos cómo

definir la psicopatología del adolescente y la atención desde un abordaje grupal y nos hacen pensar en la adolescencia, como un momento privilegiado para poder abordar problemáticas no resueltas en la infancia.

El trastorno mental grave en la adolescencia. Lo normal y lo patológico

Diferenciar entre salud mental y patología mirando más allá de los síntomas, durante la crisis de la adolescencia nos parece complicado. ¿Cómo no “enloquecer” en esa época de máximo cambio y vulnerabilidad? La adolescencia implica momentos únicos para el desarrollo humano, momentos en donde “normalidad” y “patología” se tornan difíciles de distinguir. Meltzer (6), afirma: “La pubertad, desde el punto de vista psicoanalítico, es el momento de mayor locura en el desarrollo del individuo”.

Muchos autores han hablado del problema del diagnóstico psiquiátrico y todos conocemos las limitaciones de las clasificaciones que utilizamos para tal fin (CIE, DSM). Si nos planteamos el diagnóstico en la población adolescente, la tarea es aún más complicada y las clasificaciones existentes aún más incompletas.

García Badaracco (7) plantea los serios problemas epistemológicos de la nosología psiquiátrica, afirmando que “tenemos que aceptar que el aporte nosológico clasificatorio para la comprensión de la patología mental es todavía impreciso y relativo, porque las llamadas enfermedades mentales, por su esencia misma, no se avienen bien a ser clasificadas”.

La cuestión de lo normal y lo patológico en relación con la adolescencia se plantea mucho más frecuentemente que en cualquier otra etapa de la vida y lo observamos a diario en nuestras consultas. Se pone de manifiesto muy frecuentemente la superposición de la crisis adolescente y la patología borderline, lo cual puede llevar en ocasiones a un diagnóstico erróneo si nos precipitamos. Por presentar características similares, son frecuentes los jóvenes derivados a las unidades de psiquiatría infanto-juveniles desde los servicios de urgencias con un diagnóstico provisional de “Rasgos Borderline de Personalidad”.

Asimismo, los autores especializados en la adolescencia, tienden a utilizar una terminología procedente de la patología, para comprender el significado de la crisis adolescente, sirviendo la patología de referencia para todas las operaciones mentales propias de esta etapa, difuminando la separación nuevamente entre lo normal y lo patológico. Entre otros, “Winnicott compara ciertos elementos del proceso de la adolescencia con aspectos observados en el individuo psicótico e incluso en el delincuente. A. Freud, considera que la pubertad, al adoptar actitudes defensivas primarias, puede acercarse a los impulsos psicóticos, por lo que considera que lo único que distingue lo normal de lo patológico durante esta etapa sería la diferencia de intensidad económica” (4).

Por lo tanto, nuestra primera tarea es complicada y consiste en realizar un diagnóstico diferencial entre las transformaciones radicales provocadas por la adolescencia y una verdadera patología. Para ello es necesario evaluar el funcionamiento global de la personalidad, más allá de los síntomas y conductas evidentes que lleven al adolescente a nuestras consultas. Surgen en este contexto, varias preguntas para la reflexión: ¿Quién está en crisis: los adolescentes o la sociedad?; ¿Qué mundo les ofrecemos y cómo les acompañamos en su proceso de transformación?

Vivimos en una época marcada por la importancia del tiempo y de la velocidad, donde la satisfacción inmediata y el consumismo son ejes centrales. Se valora la imagen por encima de la palabra y nuestros modos de organización familiar llevan a cada vez menos momentos de encuentro con nuestros hijos que pasan a ser “cuidados” por terceras personas y/o instituciones varias, durante un mayor número de horas que una jornada laboral habitual. A esta situación, se añade la incertidumbre que se siente a nivel social provocada por la situación actual del mercado laboral, que también se relaciona con el aumento en las consultas de salud mental. ¿Cómo influye todo esto en el acompañamiento que podemos ofrecer a nuestros hijos durante su infancia y/o adolescencia?. La adolescencia de los hijos supone una crisis también para la organización familiar y en particular para los padres, que también deben realizar un duelo.



Psicopatología grave y adversidades en la infancia

El Trastorno Mental Grave (TMG) de inicio infantil o adolescente abre la posibilidad del tratamiento precoz, mediante el cual se podría evitar, en muchos casos, la cronicación de la patología. Pero, ¿cuáles son estos adolescentes y qué tienen en común?

El concepto de TMG, engloba multitud de diagnósticos clínicos en la población infanto-juvenil que, por su gravedad, ponen en riesgo el adecuado desarrollo y comprometen seriamente la evolución, el aprendizaje, el desarrollo personal y la inserción social y laboral. Los diagnósticos que pueden suponer un TMG son: el autismo, las psicosis infantiles, la esquizofrenia, los trastornos generalizados del desarrollo (diagnóstico que con mucha frecuencia evoluciona hacia una psicosis franca), los trastornos afectivos graves, los trastornos paranoides y los trastornos de la personalidad. Por otro lado, existe una sólida evidencia que demuestra que las adversidades en la infancia son experiencias extremadamente comunes en aquellas personas que desarrollan trastornos mentales graves y además existen muchos datos que confirman la hipótesis de la transmisión transgeneracional del trauma relacional (los progenitores a su vez, han sufrido adversidades en su infancia) (8).

Todos sabemos que las consecuencias sanitarias y sociales del maltrato infantil, van mucho más allá de la defunción y las lesiones, ya que abarcan también los casos graves de daño a la salud y al desarrollo físico y mental de las víctimas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) editó en 2009 una guía (9) en la que planteaba unos datos alarmantes sobre las estimaciones que hacen del maltrato infantil. La OMS afirma que todos los años, millones de niños son víctimas de abusos y desatenciones, llegando en algunos casos a la muerte del menor. En el año 2002 sobrevivieron 31.000 defunciones consideradas como homicidio en menores de 15 años, pero las muertes representan sólo una pequeña parte del problema del maltrato infantil. Diversos estudios realizados en todo el mundo indican también que aproximadamente un 20% de las mujeres y entre un 5% y un 10% de los varones declaran haber sido víctimas de abusos sexuales en su in-

fancia. Por otro lado, gran número de niños son objeto de abusos psicológicos y emocionales y de desatención, aunque se desconoce el alcance de estos comportamientos a nivel mundial. En algunos países por ejemplo, la desatención representa la mayor parte de los casos de maltrato infantil conocidos. Asimismo, una gran parte de la violencia física descargada sobre los niños responde a fines de castigo, y está aceptada tanto por los padres como por las normas sociales vigentes, e incluso en las legislaciones, como forma de disciplina adecuada.

Si nos centramos en Europa, los datos de la OMS en 2014 (8), siguen siendo alarmantes, ya que plantea que el 30 % de los menores en Europa en 2014, sufre algún tipo de maltrato (abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico), sin contabilizar la negligencia parental que es siempre más elevada. Son datos muy preocupantes, pero lo más alarmante, es que la misma OMS afirma, que el 90 % de los casos de maltrato nunca son detectados.

Diferentes manifestaciones de esos “chicos dañados” pueden ser: trastornos de conducta, trastornos ansiosos-depresivos, conductas autolesivas, descompensación psicótica...Por lo tanto, el diagnóstico precoz de los factores de riesgo, señales de alarma y del tipo de vínculo que tiene con el otro, a partir de la estructura subjetiva, permite detectar también antes de que eclosionen la patología en su más grave expresión clínica, aquellas situaciones susceptibles de evolucionar hacia un trastorno mental grave. Con el tratamiento, se orientaría la evolución de la patología hacia formas más benignas y se prevendría su agravamiento y cronicación.

En resumen, nuestro objeto de tratamiento será el adolescente con o en riesgo de patología mental grave. Más allá de los síntomas que estos adolescentes manifiestan, muchos de ellos, presentan unas características comunes (8), que podríamos resumir en los siguientes puntos:

- Son adolescentes que han sufrido con frecuencia adversidades en la infancia.
- El contacto con las emociones y con la necesidad es catastrófico e intolerable (mundo interno poblado de objetos abandonados, negligentes).

- Acercarse a pensar es insoportable.
- Daños severos en la organización del pensamiento.
- El vacío vivido por los jóvenes en su infancia ha hecho que hayan sido poco capaces de introyectar e integrar una “presencia de mente” (impactos emocionales que no han podido ser transformados y digeridos).
- Utilizan su propio cuerpo y las sensaciones de su cuerpo como continente (necesidad de recuperar un cierto control frente a las ansiedades que les desbordan).

El Escenario Grupal como herramienta para el cambio. Abordaje grupal versus abordaje individual

En este apartado, se abordan las ventajas que aporta utilizar de forma prioritaria la técnica grupal, para la atención de los adolescentes y sus padres, en una unidad de salud mental de los servicios públicos de salud.

Desde sus inicios, los grupos terapéuticos han acreditado su eficacia en múltiples ocasiones. Como afirma I. Yalom (10) “en estudios de resultados múltiples se ha comprobado la eficacia del tratamiento grupal de un amplio abanico de problemas psicológicos y trastornos del comportamiento, que van desde el comportamiento interpersonal neurótico hasta la sociopatía, el abuso de sustancias y el trastorno mental grave”.

Numerosos estudios sostienen, que los tratamientos grupales son igualmente eficaces que los individuales. Como ejemplo citaremos a Burlingame y cols. (11) que realizaron en 1995, un estudio de meta análisis a partir de la literatura de los 12 años previos sobre terapia grupal de adultos (116 trabajos), y encontraron que, efectivamente, la terapia grupal, sí obtiene resultados positivos.

Centrándonos más en la población que nos ocupa, Hoag y Burlingame (12) en su trabajo en 1997, tomaron 56 estudios sobre terapia grupal con niños y adolescentes y realizaron un estudio de meta análisis, encontrando índices de eficacia similares a los hallados en adultos; en la mayoría de los estudios que revisaron, los pacientes me-

yoraban más en los grupos terapéuticos que en los controles, ya fueran listas de espera o grupos placebo. Igualmente, estos autores señalan que todos los diagnósticos investigados, se favorecerían del tratamiento grupal en el mismo grado. En este trabajo, también se afirma, la mayor eficacia de los grupos terapéuticos en contexto clínico, respecto aquellos grupos que se aplicaron en otros contextos. Este dato, tiene relevancia como argumento, a favor de la eficacia de los tratamientos grupales, ya que los sujetos incluidos en estudios efectuados en contextos clínicos, suelen presentar mayor patología que los tomados de otros contextos, a menudo muestras subclínicas.

Para finalizar, el abordaje grupal respecto a las terapias individuales, tiene aportaciones específicas en el proceso terapéutico de la población que nos ocupa: los adolescentes. Como ya hemos señalado, la adolescencia es un fenómeno natural de grupo. Es un momento de búsqueda de su propio grupo y de señas de identidad grupales. En un primer momento, el grupo avalará esas “señas” de cada participante (modos de vestir y de hablar...), para avalar posteriormente la necesidad de compartir la situación vital en la que todos se encuentran.

Entendemos el grupo terapéutico, como un lugar de crecimiento, donde van a crecer acompañados y también van a acompañar a otros, encontrándose con esos aspectos valiosos de sí mismos. También podemos considerar el grupo, como un espacio transicional entre la familia y la sociedad, donde poder ir ensayando y creando formas diferentes de funcionamiento relacional y de pensar. El adolescente ante tanto cambio, se refugia en posiciones narcisistas (“yo no necesito nada, yo paso de todo...”), y el grupo, respecto al abordaje individual, va a facilitar la salida de estas posiciones, ya que desde las partes comunes, los otros no van a vivirse tan amenazantes y con esa posibilidad de encuentro, se va a evitar conectar tan masivamente con la soledad y el vacío, que le llevarían de nuevo a esa posición narcisista. Asimismo, el grupo, como un todo que tiene entidad propia, va a proporcionar al adolescente sumido en constantes cambios vitales, una estabilidad objetal que necesita (13).

Otro proceso que tiene que realizar el adolescente, es la separación de sus padres y el inicio del



cuidado de sí mismo. Es un proceso complicado, que le va a ocasionar importantes sentimientos de culpa. Sin embargo, el grupo de iguales puede ayudar a reconocer, validar y reflexionar, para entender este proceso y las dificultades que presentan ambas partes, ellos mismos y sus padres, permitiendo así, mantener el vínculo con sus padres, pero posibilitando al mismo tiempo, el cambio y la salida del mundo infantil. En el modelo individual, supuestamente el que sabe es el terapeuta y desde ese punto, el adolescente se siente sometido a aceptar lo que viene de los adultos como bueno. Este es el modelo que tiene con los padres, de dependencia, pudiéndose vivir como sometimiento. En el crecimiento de los adolescentes es fundamental que pueda salir de esa dependencia, por lo tanto, ¿es conveniente darle el mismo modelo de relación del que tiene que salir? Consideramos que en grupo y con una posición diferente del conductor del grupo, tiene más posibilidades de encontrar su “sí mismo” y de crecer en sentido amplio.

En paralelo, atender en grupo también a los padres, sin colocarnos desde “el saber”, sino con nuestro papel de conductores del grupo, les ayuda a tolerar mejor sus sentimientos de culpa, que suelen bloquear los avances de ese complicado proceso para adaptarse a la nueva situación familiar. Se tienen que producir importantes cambios en las dinámicas familiares para que se siga avanzando en el crecimiento, que necesita ser también, un crecimiento de toda la familia.

Por lo tanto, el abordaje grupal, respecto al individual, destaca como una alternativa con importantes ventajas.

Modelo Teórico: Psicoterapia de Grupo de Orientación Psicoanalítica (Grupoanálisis)

El abordaje terapéutico grupal que planteamos en este artículo, como herramienta terapéutica principal para estos adolescentes con o en riesgo de TMG, es el grupoanálisis, entendido como una forma de psicoterapia y no como una forma de psicoanálisis y presenta diferentes enfoques. En nuestra práctica clínica vamos a utilizar el enfoque planteado por Foulkes (14).

En este modelo, reuniremos a varios adolescentes, entre seis y ocho, cuidadosamente seleccio-

nados teniendo en cuenta su funcionamiento y con un compromiso terapéutico, para vivir una experiencia, bajo la guía de uno o dos conductores, con el propósito de ayudarse unos a otros a efectuar cambios, utilizando fundamentalmente la palabra. Se trata de grupos no estructurados, en los que se pide a los participantes, que expresen aquello que llegue a sus mentes evitando en lo posible la censura. Como objetivo de fondo, en nuestros grupos terapéuticos con adolescentes, nos plantearemos el que puedan llegar a ser “ellos mismos”, ya que en la adolescencia, como ya vimos, el “sí mismo” es todavía un proceso incipiente. La tarea manifiesta, es procurar la curación a través de la expresión verbal de los conflictos y el análisis del aquí y ahora. Los conductores, deben sobre todo no entorpecer los procesos dentro del grupo y dejar que el grupo funcione, como decía Winnicott, como una madre suficientemente buena. Se centran en el campo de la interacción total, en la matriz, para abordar el grupo en su conjunto (14). Se describe la matriz, como la red de todos los procesos mentales, el medio psicológico en el cual se encuentran, se comunican e interactúan. El grupo es considerado como un todo y como un lugar de encuentro que proporciona espacios mentales para poder pensar. El grupoanálisis sitúa en el centro al grupo y a la situación grupal. Hace hincapié en el presente inmediato, en las transacciones terapéuticas (el “aquí y ahora”) y tiene un efecto más directo en la situación de la vida actual del paciente y su conducta, realizando un análisis horizontal. Para Foulkes, en concreto, el grupo puede ser analizado en su totalidad, pero en él cabe la interpretación del individuo. Considera que la psicoterapia grupoanalítica es la que se realiza en el grupo y por el grupo.

Como vemos, en este tipo de intervenciones, el vínculo adquiere un papel fundamental. Todo ser humano existe por la existencia de un vínculo y se sostiene en él (el bebé se apoya y existe gracias a sus figuras de referencia y a través de esa relación podrá ir accediendo al mundo). La patología no es individual, sino que tendremos que leerla en términos interpersonales, ya que tiene que ver con el tipo de vínculo que realizamos cada uno. Compartimos la opinión de las escuelas modernas de psicoterapia dinámica, que subrayan, que el tratamiento psiquiátrico

tiene que estar dirigido hacia la comprensión y la corrección de las distorsiones interpersonales. Desde lo grupal, se entiende la patología psiquiátrica como un conjunto de fenómenos que, sin negar un sustrato físico o genético (sobre todo en algunas entidades nosológicas), tienen su base en conflictos interpersonales, por lo tanto, de relación, ya sean comprobables en la realidad o en la fantasía del sujeto o del grupo. La ausencia de relaciones constructivas y amorosas, impide el establecimiento de vínculos “sanos” y el crecimiento y desarrollo adecuado a nivel psicológico, originando conflictos intrapsíquicos y dejando a la persona en posiciones de indefensión. Por lo tanto, el síntoma que manifiesta el paciente, no es el trastorno que le trae hasta la consulta y es a través del grupo, donde podrá realizar nuevos vínculos estructurantes. El adolescente en su proceso de reubicación psíquica, va a necesitar de una reubicación de los vínculos que ha utilizado hasta ese momento, y fundamentalmente de los vínculos familiares. En el escenario del grupo, hay una selección más variada de relaciones y un campo interpersonal mayor y potencialmente más poderoso, que en el abordaje individual, lo cual apoya el objetivo terapéutico que consiste en poder ir realizando nuevos vínculos estructurantes, que sustituyan los vínculos de interdependencia primaria y patógena (13).

Viñeta clínica:

Creciendo juntos en un grupo terapéutico

En este apartado reflexionaremos sobre lo que puede aportar el grupo terapéutico, a la hora de abordar la patología mental grave en la adolescencia, partiendo de la experiencia vivida por los cinco participantes de un grupo terapéutico, desarrollado en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Álava, de forma quincenal y durante un curso escolar, acompañado de reuniones de los padres de forma mensual.

NEREA es una adolescente de 16 años de edad que consulta por primera vez en Salud Mental con 7 años de edad “porque se evadía y tenía dificultades relacionales”. Recibe tratamiento farmacológico durante 6 años por clínica compatible con TDAH con respuesta parcial. Tras un alta

por mejoría, a los 16 años, reinicia de nuevo las consultas por presentar “ansiedad, ánimo bajo, cortes, amenaza con tirarse por la ventana, aislamiento...”. Los padres describen esta situación tras varios suspensos a nivel escolar (posible herida narcisista que origina la descompensación). Nerea describe sensaciones paranoicas, se siente vigilada por sus padres y su hermano menor y amenaza con tirarse por la ventana en situación de enfado. Se siente juzgada “por el mundo en general” y persiste la necesidad de estar sola. Se observan cada vez de forma más intensa, rasgos esquizoides de personalidad.

El grupo terapéutico aportó a Nerea una experiencia muy enriquecedora y nueva: pertenecer a un grupo siendo ella misma. Tiene la ocasión de aprender cómo el resto de compañeros la percibe, ampliando la comprensión de sí misma y reconociendo lo valioso de su participación. Comienza a sentirse más tranquila con sus gustos y sus necesidades. Asimismo, su padre acude a las reuniones mensuales de padres.

En el seguimiento individual postgrupo, Nerea plantea nuevos objetivos: poder aumentar las relaciones interpersonales y el ocio. Lo describe como necesidades propias y no como cambios para satisfacer a sus padres. Relata experiencias con iguales en su infancia que describe como traumáticas y que relaciona con sus dificultades actuales de intimar con iguales. Se plantea estar más presente y “dar sentido a mi presencia”. Comienza a generalizar de forma más intensa, sus experiencias en el ámbito extragrupal, sintiéndose cada vez más segura. No precisó tratamiento farmacológico.

LORENA es una adolescente de 16 años que consulta por primera vez a la edad de 10 años, manteniendo un seguimiento irregular. En su infancia era buena estudiante y había presentado siempre dificultades para la integración con iguales en el colegio. Se refugiaba en la lectura, llegando a evadirse y vivir para ella. La relación de Lorena con su madre era complicada y no conocía ni sabía quién era su padre biológico. La crianza en la infancia fue llevada a cabo en gran parte por la abuela materna. A los 15 años reinicia de nuevo las consultas derivadas por presentar “cefalea tensional”. Mantenía muy pocas relaciones



con iguales, excepto de forma virtual. Realiza un seguimiento irregular hasta el inicio del grupo terapéutico.

Para Lorena, el grupo fue un lugar de encuentro, donde tolerar las relaciones de grupo, ya que su modelo relacional no había pasado de las relaciones duales. Aumenta la comprensión de sí misma a través de la exploración de las interacciones interpersonales en las sesiones grupales. La despedida (ir tolerando la separación, sin vivirlo como un abandono) fue un momento difícil, presentando cortes en la última sesión. La madre acudió a las reuniones paralelas de padres.

En el seguimiento individual postgrupo, se encontraba más estable, pudiendo relacionarse más en grupo de iguales y teniendo menores necesidades de relaciones de exclusividad, aunque el sentimiento de exclusión se disparaba con facilidad. Tras unos meses, reaparecieron los síntomas ansiosos, acompañándose de rascado con autolesiones, poco cuidado personal y encopresis. En consulta individual, Lorena pudo verbalizar la existencia en los últimos meses, de abusos sexuales intrafamiliares, lo que permitió actuar de forma adecuada para protegerla. Asimismo, consideramos que Lorena va asumiendo su propio cuidado, a veces incluso en oposición de las opiniones de su abuela y su madre, en este largo camino que lleva a responsabilizarse de su existencia.

JORGE es un adolescente de 15 años. Inició consultas a la edad de 6 años, por recomendación del colegio (los padres tardan varios años en solicitar consulta y acuden a un centro de altas capacidades). En el colegio describen dificultades importantes para seguir las dinámicas escolares, se evade, dificultades de atención y en las relaciones interpersonales. Presenta poca autonomía y cuidado personal a lo largo de su infancia y es su madre quien tiene que estar siempre acompañándole y guiándole. También en el ámbito familiar hay conflictos relacionales (vive con sus padres y su hermano). Tanto su madre como su hermano acuden a consultas en Salud Mental. Jorge presenta un Síndrome de Asperger y es el más joven del grupo. Es un chico que no crece y con aspecto infantil. En consulta individual se observan dificultades en el

proceso de mentalización a la hora de abordar sus dificultades.

Acordamos que participe en el grupo terapéutico aunque con dudas, dadas sus características personales. Al grupo llega tarde por sistema pero no falta a ninguna sesión. El grupo le ofrece la posibilidad de conocerse mejor y de apreciar cómo los otros le perciben y reaccionan ante la presentación que realiza de sí mismo. Asimismo, es capaz de mostrar progresivamente, sus partes más sanas y adecuadas, que en el formato individual no se podían ni observar ni potenciar. Va pasando de su rol pasivo a un rol más activo, tanto dentro como fuera del grupo.

En el seguimiento individual postgrupo, tras las vacaciones del verano, Jorge presentó un cambio físico importante, tanto a nivel de altura y signos puberales, como en el autocuidado personal (usa ropa más adolescente y lentillas). Como objetivo se plantea trabajar “mi imagen de despistado”. Curiosamente cuando comienza a querer-se conectar al mundo, es diagnosticado de una enfermedad degenerativa por la que precisa usar audífonos y en un primer momento prefiere que en el colegio piensen que es despistado a que es sordo. Seguimos trabajando su imagen personal y puede progresivamente tolerar el uso de los audífonos. En el instituto, pasa desapercibido y mantiene una relación cada vez más amplia con iguales. A nivel familiar, se siguen trabajando los conflictos relacionales, participando Jorge de forma muy activa en el proceso.

ANTONIO es un adolescente de 15 años. Acude por primera vez a los 4 años de edad por presentar “rasgos de impulsividad, déficit de atención, hiperactividad motora...”. Describían problemas de integración en el colegio. Realizó tratamiento a nivel privado y consulta de nuevo a los 7 años de edad, por recomendación del colegio ya que “vive en su mundo de fantasía, de princesas...”. Los padres se muestran muy preocupados por los antecedentes familiares paternos de varias enfermedades mentales. Su funcionamiento mental y síntomas presentes, corresponden con un diagnóstico de disarmonía psicótica. Presenta en su infancia dificultades para interpretar la realidad y en especial las relaciones interpersonales, con tendencia al desbordamiento del

pensamiento por los afectos (mediante defensas obsesivas se protege de los riesgos de desorganización). Durante 3 años precisa tratamiento farmacológico (antipsicótico a dosis bajas) con buena respuesta. Un año y medio después de la suspensión del tratamiento farmacológico por mejoría y coincidiendo con un cambio de compañeros a nivel escolar, se produce una reaparición de la sintomatología presentando Antonio una actitud suspicaz e hipervigilante en el colegio. Se reinicia de nuevo tratamiento farmacológico y posteriormente se le propone participar en un grupo terapéutico.

El grupo aporta a Antonio un espacio para fortalecer su propia identidad y la oportunidad de observarse en grupo y ampliar el conocimiento de sí mismo. Va tolerando el espacio grupal de forma progresiva y pueden observarse las partes más sanas de Antonio. Ambos padres acudieron a las reuniones de padres, implicándose y participando de forma muy adecuada.

En el seguimiento postgrupo se trabaja en la identificación de los síntomas previos a una posible descompensación y va pudiendo trabajar su grupo familiar primario. Por otro lado, su integración en el instituto es muy adecuada y presenta una importante mejoría en el mundo relacional, también observada por los profesores.

IRATI es una adolescente de 16 años de edad. Consulta por primera vez a los 6 años de edad, por “problemas escolares”. En su infancia, mantiene una relación muy dependiente y casi fusional con su madre e intensa rivalidad con su hermano pequeño que se mantiene incluso en la adolescencia. Su madre padece esclerosis múltiple con brotes importantes durante la infancia de Irati (“quiero aprovechar el tiempo con ellos”). Irati no puede tolerar que su madre “descanse”, manifestando alteraciones conductuales para “llamar la atención”. Presenta varios reinicios en la Unidad y teniendo en cuenta su funcionamiento mental y sintomatología, podríamos considerar un diagnóstico de organización neurótica de la personalidad con aspectos histeriformes. Por otro lado, el pediatra, pautó tratamiento con metilfenidato con mejoría a nivel de atención y resultados escolares. El último motivo de consulta que originó el reinicio en la

unidad, previo al inicio del grupo terapéutico, tenía que ver con la presencia de ideación autolítica y “ataques de histeria y agresividad” en el contexto familiar.

El grupo ofrece a Irati la posibilidad de trabajar el segundo momento de separación-individuación y la búsqueda de nuevas relaciones con sus padres. Vive el grupo como identidad, donde no están los padres. Su madre paralelamente acude a las reuniones mensuales de los padres, manifestando también esa necesidad de separación que tanto les estaba costando a ambas.

En el seguimiento individual postgrupo, verbaliza el deseo de pensamiento propio y diferenciado del de su madre y la culpa ante ese deseo de mantener este espacio separado de la madre. Puede incluir más a su padre en su mundo relacional y va realizando el duelo por la pérdida de las relaciones familiares infantiles. A la vez, se produce un aumento y normalización de las relaciones con iguales, con buen afrontamiento cuando se producen situaciones de acoso en el instituto.

Discusión

Como hemos podido observar en la viñeta clínica presentada, varios de las participantes en el grupo terapéutico consultaron en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil cuando tenían 6 o 7 años (edad propia del primer movimiento de separación-individuación) o tuvieron dificultades en este momento del desarrollo y en el grupo pueden trabajar, ya en la adolescencia, ese segundo proceso de separación-individuación, de manera que pueden abordar problemáticas no resueltas en la infancia y se observa un movimiento desde el grupo familiar a ocupar un lugar en el grupo social. Comienzan esa búsqueda de su lugar en el mundo, más allá de sus lugares propios de su infancia. Al finalizar la experiencia grupal, se observa sobre todo un cambio cualitativo y aunque todos los participantes continúan su seguimiento en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, su implicación en el propio tratamiento y los cambios conseguidos, nos hacen pensar en una evolución de la patología hacia formas más benignas, previniendo así de su cronificación y agravamiento de sus síntomas en la etapa adolescente y posteriormente como adultos.



La experiencia grupal aporta un escenario privilegiado tanto en niños como en adolescentes, ya que desde sus primeros años de vida, los niños pertenecen a distintos grupos: el grupo de juegos en la guardería, la clase, el grupo de natación, el grupo familiar... Asimismo, durante la adolescencia, van “persiguiendo” pertenecer a su propio grupo y en ese recorrido los padres tienen que hacer su propio camino, por lo que el grupo paralelo de padres siempre será necesario para el acompañamiento en los cambios de los adolescentes.

En realidad, podríamos plantearnos que la terapia individual es una situación excepcional, en el sentido de que el niño y/o adolescente es separado y aislado de su grupo de compañeros y su grupo familiar. Desde el psicoanálisis, muchos de los autores que han estudiado la adolescencia, han puntualizado las dificultades que el adolescente presenta al analista. Anna Freud (15), en 1958, señalaba como características típicas de los adolescentes en terapia: las necesidades apremiantes, la intolerancia a la frustración y la tendencia a utilizar todo tipo de relación, incluida la relación terapéutica, como un medio para la satisfacción de sus deseos, más que como fuente de comprensión y esclarecimiento. Estas dificultades están íntimamente ligadas con su proceso psíquico en curso: la reactivación de su organización narcisista, su conflictividad edípica, la eclosión de su sexualidad, la pérdida de su cuerpo infantil y el duelo por los padres de la infancia. Desde nuestra experiencia, también hemos podido constatar las dificultades a la hora de intentar establecer una relación terapéutica adecuada tanto con los adolescentes como con sus padres, ya que es muy frecuente que se coloquen en una especie de “papel de arbitraje” entre ambas partes, más que como una ayuda para poder esclarecer lo que puede estar sucediendo.

Como hemos planteado, los servicios públicos de salud se encuentran cada vez con más dificultades para aportar una asistencia psicoterapéutica adecuada, dado el número de usuarios cada vez mayor y el reducido número de profesionales existentes. En términos económicos, el abordaje grupal, supone menos costes tanto en tiempo como en especialistas y por lo tanto una utilización eficiente de los recursos. Podríamos pensar,

que dadas estas características a nivel económico, es una herramienta que se debería utilizar con mucha más frecuencia en los servicios públicos de salud, pero las últimas tendencias, más en la línea de la medicalización y la búsqueda de causas biológicas de las enfermedades mentales, han hecho que la tendencia actual tanto en la formación de los profesionales como en el manejo de los pacientes con enfermedad mental, siga también esa misma línea, relegando otras herramientas con demostrada eficacia clínica, como el abordaje grupal. En las manos de los profesionales está dejar de lado este enfoque reduccionista y emplear un abordaje más integrador, utilizando todas las herramientas disponibles para ayudar a nuestros pacientes.

Conclusiones

El periodo de la adolescencia y juventud, supone un proceso gradual de maduración y aporta una contribución específica y esencial en la construcción del yo. Los trastornos psíquicos en este periodo, además de plantear un reto en cuanto al diagnóstico, deben entenderse de una manera diferente a los que se presentan en la infancia y la vida adulta. Asimismo, hemos planteado en este trabajo cómo la adolescencia constituye un momento privilegiado para abordar las problemáticas no resueltas de la infancia, protegiendo también del enquistamiento o empeoramiento patológico en la etapa adulta.

Hemos repasado de forma extensa, como en este grupo de edad, la psicoterapia grupal ofrece ventajas indiscutibles frente a los abordajes individuales. Partiendo de la base de que el grupo es el lugar natural de desarrollo de los adolescentes, a nivel clínico también se observan las ventajas de este enfoque, al acceder de forma más rápida los adolescentes a diferentes problemáticas, como la ligada a las identificaciones o los conflictos procedentes de las relaciones precoces con las imágenes parentales entre otras. El grupoanálisis en especial, aporta un escenario grupal que fomenta el cambio y la formación de nuevos vínculos estructurantes fundamentales en los adolescentes. Para estos adolescentes, el grupo terapéutico es vivido como un lugar de apoyo, encuentro, pertenencia y si es necesario, de contención. Pueden expresar sus dificultades en este proceso y sus

vivencias de soledad, ansiedad, inseguridad y miedo al fracaso. Verbalizan sus dificultades, en el afrontamiento de la realidad de la vida adulta. El tratamiento en grupo además, ayuda a disminuir la autoexigencia y facilita la comprensión de conflictos no resueltos, que influyen en su desarrollo actual y futuro. Se favorece la introspección y la posibilidad de compartir con los demás sus experiencias, incrementando el sentimiento de seguridad y aceptación por parte del grupo. Es un lugar de apoyo al que poder acudir, pero también abandonar, para desarrollar sus propias experiencias y proyectos personales como adultos.

En nuestros dispositivos públicos de salud mental infanto-juvenil, nos preocupa sobre todo cómo intensificar el tratamiento en los pacientes con trastorno mental grave o en riesgo de padecerlo. Hemos visto, como la psicoterapia analítica grupal es un modelo que ha resultado ser muy beneficioso en el trabajo con estos adolescentes y de forma paralela con sus padres. Consideramos que constituye una modalidad de psicoterapia, cuyas características permiten que pueda ser llevada a cabo de forma reglada en un servicio público de salud mental, siendo una modalidad tanto eficaz como eficiente, por lo que podría ser esa herramienta terapéutica para intensificar el tratamiento en la patología mental grave del adolescente.

Sin embargo, en nuestro trabajo diario, también nos encontramos con diferentes factores que dificultan que sigamos avanzando y mejorando la calidad de la atención de nuestros pacientes en nuestros servicios públicos de salud mental. Todos conocemos por ejemplo, las propias resistencias al cambio que tenemos en ocasiones como profesionales o la falta de tiempo para atender a nuestros pacientes o para pararnos a pensar en nuestro quehacer diario, así como la excesiva burocratización asistencial. Todos ellos, son factores que nos podrían hacer caer en el inmovilismo, al igual que ocurre muchas veces en nuestras instituciones.

Consideramos fundamental y necesario, que sigamos formándonos como profesionales y que no dejemos de hacernos preguntas, para así poder también nosotros “crecer” y poder realizar el acompañamiento de nuestros pacientes adolescentes en la búsqueda de su propio camino, de forma más eficaz y eficiente. Como decía Albert Einstein (1879-1955):

“La vida es como montar en bicicleta. Para mantener el equilibrio hay que seguir pedaleando” (...) “Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo”.

Contacto

Tina Sota Leiva • tina.sotaleiva@osakidetza.eus

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Red de Salud Mental Extrahospitalaria de Álava.
Osakidetza. Edificio Delegación de Sanidad • Santiago 11 • 01002 Vitoria-Gasteiz

Bibliografía

1. Mead, M. *Le fossé des générations*. Denoël, París; 1972.
2. Bruner, J.S. *Le Développement de l'enfant: Savoir faire, savoir dire*. París: PUF. 1983.1 vol.
3. Rousseau, J.J. Emilio, O. *De la educación*. Alianza. 2005.
4. Marcelli, D. y Braconnier, A. *Psicopatología del adolescente*. Barcelona: Masson; 2005.
5. Bion, W.R. Catastrophic Change. *Bulletin British Psychoanal. Soc.* Nº5. 1966.
6. Meltzer, D. Teoría Psicoanalítica dell'Adolescenza. *Cuaderni de Psicoterapia Infantile*, 1: 15-32. Borla. Roma. 1980.



7. García Badaracco, J.E. *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones. 1990.
8. Dangerfield, M. Aportaciones del tratamiento basado en la mentalización (MBT-A) para adolescentes que han sufrido adversidades en la infancia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2017; 63, 29-47.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Prevención del Maltrato Infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Ediciones de la OMS. 2009.
10. Yalom, I. y Vinogradon, S. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Ed. Paidós. 1996.
11. Burlingame, G.M. et al. *Group psychotherapy Efficacy: a Meta-analytic Review*, en Furrman, A., *Group Psychotherapy Efficacy: a Meta-analytic Perspective*, Simposio de la Asociación Psicológica Americana, Nueva York, 1995.
12. Hoag, M.J.; Burlingame, G.M. Evaluating the Effectiveness of Child and Adolescent Group Treatment: a Meta-analytic Review, *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 1997, pp. 234-246.
13. Blajakis, M.I. y López Atienza, J.L. Tratamiento Multigrupal de la adolescencia (integración del grupo pequeño y el grupo multifamiliar). *Boletín APAG* 2002. nº 27.
14. Foulkes, S.H. y Anthony, E.J. *Psicoterapia de grupo*. Barcelona: Gráficas Rey. 2007.
15. Freud, A. Adolescence. *Psycho-Analytic Study Child*, 1958, XIII: 255-278.

- Recibido: 23/4/2018.
- Aceptado: 6/6/2018.

Acoso escolar y laboral: Un estudio realizado en la facultad de medicina y enfermería.

Bullying and mobbing: A study conducted in the medical school.

Naiara Ozamiz Etxebarria.

Psicóloga y Profesora. Área de Psiquiatría del Departamento de Neurociencias de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad del País Vasco-EHU.

Miren Agurtzane Ortiz Jauregi.

Psiquiatra y Profesora titular. Área de Psiquiatría del Departamento de Neurociencias de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad del País Vasco-EHU.

Resumen:

Introducción: Durante los años de estudio muchas personas han tenido contacto con un tipo de violencia entre iguales llamado bullying. En el lugar de trabajo se da un tipo de conducta similar al acoso escolar, el mobbing. Es necesario que los alumnos de medicina reflexionen sobre el acoso ya que tiene graves consecuencias físicas y psicológicas sobre la víctima. El futuro médico atenderá a pacientes que pueden estar viviendo situaciones de acoso y que por lo tanto tenga problemas de salud mental y física. También podrán vivir esta situación en sus lugares de trabajo dada la alta incidencia de acoso en instituciones sanitarias. El objetivo de este trabajo ha sido hacer una reflexión individual y conjunta sobre el acoso y obtener datos de alumnos, profesores y personas de administración y servicios (PAS) de la facultad de medicina y enfermería para observar que vivencias, visiones e información tienen en torno al acoso escolar y al acoso en el trabajo.

Metodología: Se hizo una sesión de cine-fórum a la que estaban invitados los alumnos, profesores y al personal de administración y servicios de la universidad. Tras ver una película que trabaja el acoso laboral en el ámbito hospitalario los participantes contestaron unas preguntas sobre el acoso y debatieron las preguntas grupalmente.

Resultados: La mayoría de los participantes reconocía haber presenciado algún caso de acoso en el ámbito de colegio, universidad o trabajo. Los comportamientos de acoso que más se mencionaron fueron los insultos, apartar a la persona, desprecios, violencia física, y pasividad ante los hechos. Se subraya la necesidad de una educación emocional para reducir la conducta del acoso.

Discusión: Los resultados demuestran que las personas que participaron en este foro tienen bastante conocimiento sobre el acoso aunque valoran que debe haber más educación emocional en las aulas para la sensibilización y actuación ante el acoso.

Palabras clave: violencia, acoso escolar, acoso laboral, medicina, educación emocional.



Abstract:

Introduction: During the student's years of study all students have had contact with peer violence. In the workplace there is a type of behaviour similar to bullying, the mobbing (workplace bullying). It is necessary that medical students reflect on the harassment since it has serious physical and psychological consequences on the victim. The future doctor will have patients who are living this situation and will also be able to live this situation in their places of work. In health institutions there is a high incidence of harassment. The objective of this work has been to make an individual and group reflection on the harassment and with students, professors and people from administration and services of the faculty of medicine and nursing. In this research we have observed what experiences, visions and information they have around to bullying and mobbing.

Methodology: Students, professors and the administration and staff services of the university participated in a film-forum session. After watching a film about harassment in the hospital environment, the participants answered some questions about the harassment and debated the questions in groups.

Results: The majority of the participants recognized that they knew of a case of harassment in the area of school, university or work. The most frequently mentioned harassment behaviours were insults, separating the person, contempt, physical violence, and passivity in the face of harassment. The need for an emotional education is mentioned to reduce the behaviour of bullying.

The results show that the people who participated in this forum have enough knowledge about harassment; although they value that there must be more emotional education in the classrooms.

Keywords: violence, bullying, mobbing, medicine, emotional education.

Introducción

La definición de violencia es muy compleja ya que hay diferentes modalidades, formas o expresiones de violencia e impactan en casi todos los hábitos de la vida (Aldave, Garnica, & Murgia, 2013). La OMS la define como: el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Espín Falcón, Valladares González, Abad Araujo, Presno Labrador, & Gener Arencibia, 2008).

No podemos negar que las relaciones de poder están presentes en todos los grupos humanos. El problema viene cuando se manejan de una manera abusiva. En este caso es una manera inaceptable de manejar el poder. El acoso es un tipo de violencia, y cada vez hay más conciencia

respecto al acoso entre iguales. El acoso entre iguales se puede dar en diferentes contextos. En este artículo nos centraremos sobretodo en el acoso en las aulas y el acoso en el trabajo

Muchos estudios científicos demuestran que durante los años de estudio todos los estudiantes han tenido contacto con la violencia entre iguales. Este contacto puede ser como víctimas, agresores o como espectadores (Díaz-Aguado Jalón, 2005). El acoso escolar, se refiere a agresiones verbales, psicológicas o físicas repetidas para lastimar y dominar a otro niño, sin que hayan sido precedidas de provocación y en el conocimiento de que la víctima carece de posibilidades de defenderse (Albores-Gallo, Saucedo-García, Ruiz-Velasco, & Roque-Santiago, 2011). "Bully" significa matón, y en el caso del bullying se trata de conductas como la intimidación, la tiranización, el aislamiento, la amenaza o los insultos sobre una víctima (Martínez, 2003).

Los tipos de maltrato pueden ser físicos (empujones, patadas, puñetazos, agresiones con objetos...), verbales (ofensas mediante palabras), psicológicos (actuaciones que tienen como objetivo debilitar o acabar con la autoestima creando una situación de inseguridad y miedo) y social (consiguiendo que un grupo deje de lado a una persona) (Martínez, 2003).

Se pueden distinguir diferentes protagonistas en este escenario de acoso en las aulas. La víctima, la persona que recibe toda la carga negativa (García-Contiente, Pérez-Giménez, Espelt, & Adell, 2013); el agresor, la persona que realiza el acoso contra la víctima directamente (García-Contiente et al., 2013); seguidores del agresor, personas que aunque no sean las que han iniciado el acoso, participan también directamente; agresores pasivos, no toman un papel activo en el acoso pero apoyan al agresor; posibles agresores, personas que aceptan el acoso escolar y creen que es un valor respetable aunque no lo hablen públicamente; observador, personas que observan el acoso y no toman ninguna posición ante ella; posibles defensores, personas que aunque no estén de acuerdo con el acoso, no realizan actos para defender a la víctima; defensor de la víctima, los únicos que ayudan a la víctima porque no están de acuerdo con el acoso que están recibiendo (Einarsen & Johan Hauge, 2006). Por lo tanto vemos muchos actores en este escenario de acoso, y de ocho hay una única persona que ayuda al acosado, y otros cinco son cómplices del acosador.

El acoso escolar tiene graves consecuencias para la víctima. Las consecuencias pueden variar desde el fracaso escolar, auto concepto negativo, alteraciones del estado de ánimo, aislamiento social a consecuencias psicológicas, más graves como ansiedad y depresión incluso ideas de suicidio (García-Contiente et al., 2013). Además, dado que la infancia y la adolescencia son épocas importantes para el desarrollo de la identidad de la persona, puede tener consecuencias a largo plazo.

En la década de 1980, Heinz Leymann encontró en el lugar de trabajo un tipo de conducta similar al acoso escolar. Lo definió como mobbing que significa hostigar, unirse a alguien o aterrorizar psicológicamente a otros en el trabajo (Leymann, 1996). Desde el campo de la etología, Kornrad Lorenz definió el término mobbing al estudiar

conductas de supervivencia de algunas especies animales, atacaban en coaliciones de miembros débiles de una misma especie, contra individuos más fuertes que ellos (Alba, Hernández, & Puga, 2013). El término mobbing viene del verbo inglés *to mob* que significa asaltar o acosar (Astorga & Hernández, 2005). Según Leymann, para que exista acoso laboral tienen que ser acciones hostiles consumadas o intentadas, frecuentes (al menos una vez por semana) y prolongadas en el tiempo (Leymann, 1996).

Las acciones de acoso que se suelen llevar a cabo se pueden resumir en las siguientes actividades (Bosqued Lorente, 2005).

- Actividades para reducir la comunicación entre la víctima: el agresor impone con su autoridad qué se puede decir y qué no. A la víctima se le niega el derecho de expresarse o a hacerse oír.
- Actividades para evitar que la víctima tenga posibilidad de mantener relaciones sociales: Nadie le dirige la palabra a la víctima, y además se procura que nadie lo haga. Puede ocurrir que se le corten las fuentes de información y también se le aparta de manera física del resto de los compañeros.
- Actividades para desprestigiar o imposibilitar a la víctima mantener su prestigio personal o laboral: guasas, bromas y burlas sobre la víctima, su familia, orígenes, rasgos físicos, antecedentes, entorno, estatus social u otras características de la víctima.
- Actividades dirigidas a reducir el trabajo de la víctima y sus tareas mediante la desautorización profesional: se le dan a la víctima trabajos muy por debajo o muy por encima de las capacidades que pueda tener, o no se le deja hacer nada; se le critican continuamente los más mínimos fallos, defectos o errores. También se puede desprestigiar el trabajo que realiza y las capacidades profesionales que puede llegar a tener.
- Actividades que pueden afectar a la salud física o psíquica del acosado: El estar sometido a un acoso psicológico suele tener efectos negativos, psicológicos y psicosomáticos sobre la víctima.

Hay que tener en cuenta que el acoso laboral no es igual a tener deficientes condiciones de

trabajo. Mientras el acoso laboral es una suma de conductas abusivas, no se puede confundir con tener un mal día en el trabajo, tener una discusión en el trabajo, estar saturado de actividades o no tener demasiadas funciones en el trabajo. Tampoco se puede confundir con el Síndrome de Burnout que se caracteriza por un progresivo cansancio mental y físico, una clara falta de motivación por los trabajos realizados, y por importantes cambios de comportamiento en las personas que lo padecen.

Las situaciones de mobbing son situaciones que pueden tener consecuencias graves sobre la víctima. Normalmente la ansiedad suele ser la manifestación más destacada. La ansiedad suele conllevar sentimientos de fracaso, frustración, falta de autoestima y distorsiones cognitivas, problemas para dormir y estados de ánimo negativos. Todo esto puede llevar al trabajador a adicciones, o comportamientos que pueden derivar a otras patologías como la depresión, trastornos paranoides, y en los casos más graves, al suicidio (Trijueque, 2007). A nivel físico, las víctimas pueden padecer trastornos psicósomáticos incluso trastornos orgánicos. Y a nivel social y familiar, pueden tener actitudes de desconfianza, aislamiento y hostilidad, influyendo directamente a los familiares y a los amigos. A diferencia del bullying donde no está claro qué género recibe más acoso (Cerezo, 2009; Chacón-Cuberos et al., 2015; Ramírez, 2015), muchos estudios demuestran que las mujeres sufren más acoso que los hombres en el ámbito laboral (Tonini et al., 2011).

El acoso laboral se da a cabo en lugares que se podrían considerar lugares libres de estos incidentes, tales como los servicios de salud (Rodríguez Campo, Paravic Klijn, & González Rubilar, Urcesino Del Tránsito, 2015). Algunos estudios han demostrado que la prevalencia del acoso laboral es elevada en trabajadores de atención a la salud (Fernández, Segura, Fernández, & Padilla, 2013; Martire, Lo Cascio, Picciotto, & Lo Cascio, 2006) y el mobbing puede causar serias consecuencias para los trabajadores de la salud (Karsavuran & Kaya, 2017), tales como ansiedad, síndromes somáticos, depresión y trastornos del sueño (Kostev, Rex, Waehlert, Hog, & Heilmaier, 2014).

Existen muchos programas para poder hacer frente al acoso escolar pero no tantos para prevenir el

acoso laboral. La violencia en ambos campos es evidente y es necesario diseñar planes de prevención e intervención (Gómez & Álvarez-González, 2015). Hay diferentes entidades que tienen que participar para que estos programas se lleven a cabo. Para empezar, las administraciones públicas deben poner en marcha campañas para combatir el acoso tanto en los colegios como en los hospitales. Los colegios y centros de trabajo también tienen que trabajar contra el acoso difundiendo y desarrollando una cultura anti acoso en la comunidad y asegurando condiciones de protección y seguridad para quienes conviven en los centros (Avilés, Irurtia, García-López, & Caballo, 2011).

El acoso es un fenómeno que ocurre tanto en centros escolares como en hospitales y puede causar graves problemas de salud (Continente, Giménez, & Adell, 2010). Es importante que los futuros médicos tengan un conocimiento y hagan una reflexión sobre el acoso antes de comenzar las prácticas de medicina. El acoso es un fenómeno que pueden llegar a vivir en sus centros de trabajo, y también van a atender a pacientes que están sufriendo estas vivencias o pacientes que hayan sufrido acoso anteriormente y tengan dificultades psicológicas y físicas. Además los médicos también pueden participar en el tratamiento y la prevención del acoso, como promotores de la salud física y mental.

Inspirados en otro trabajo hecho sobre el acoso entre alumnos universitarios de educación en el que investigaban los conocimientos, percepciones y actitudes que tienen hacia el acoso (Benítez, Berbén, & Fernández, 2006), creímos oportuno y necesario hacer una investigación con alumnos de medicina que estuviesen interesados en el tema.

El objetivo de este trabajo ha sido hacer una reflexión individual y conjunta sobre el acoso y obtener datos de alumnos y profesores de la facultad de medicina y enfermería observando las vivencias, visiones e información que tienen en torno al acoso escolar y al acoso en el trabajo.

Método

Muestra

En este estudio participaron treinta y un personas entre las que había alumnos, profesores y personas de administración y servicios de la

universidad (PAS) de la Facultad de Medicina y Enfermería. La muestra fue aleatoria ya que las personas que acudieron a la actividad vinieron de manera voluntaria por medio de unos carteles que se habían colocado en diferentes lugares de la facultad de medicina.

Instrumentos

El instrumento de preguntas bilingüe lo preparó el equipo investigador del área de psiquiatría de la facultad de medicina. Este instrumento lo elaboró adquiriendo información sobre diferentes variables de investigaciones sobre el acoso escolar y laboral y buscando puntos en común entre los dos fenómenos (Martínez 2003; Einarssen & Johan 2006).

El instrumento consiste en cuatro preguntas abiertas en español y las mismas cuatro preguntas en el idioma vasco. La persona que realizaba el cuestionario era libre de elegir el idioma que quisiese para contestar a las preguntas.

Las preguntas que se realizaron en el idioma español fueron las siguientes:

1. ¿Has conocido algún caso de acoso en el ámbito del colegio, universidad o trabajo? Por favor explica el caso brevemente.
2. ¿Qué comportamientos se dan hacia la víctima? Por favor, explica los compartimientos brevemente.
3. ¿Quiénes reciben más acoso, los hombres o las mujeres? ¿Por qué crees que ocurre esto?
4. ¿Qué crees que se puede hacer para disminuir este acoso en los ámbitos del trabajo y colegio?

Estas preguntas que se realizaron en el idioma vasco fueron las siguientes.

1. Ezagutu al duzu eskolan unibertsitatean ala lanean jazarpena eman den kasuren bat? Mesedez, azaldu ezazu kasua modu laburrean.
2. Zein jokabide ematen ziren biktimarekiko? Azaldu itzazu laburki mesedez.
3. Nortzuk uste duzu jasaten dutela jazarpen gehiago, gizonezkoek ala emakumezkoek? Zergatik uste duzu hau gertatzen dela?

4. Zer uste duzu egin daitekeela jazarpen gutxiago egoteko eskolan eta lanean?

Procedimiento

Con motivo de conocer las percepciones y actitudes hacia el bullying y mobbing se hizo una jornada de sensibilización al acoso.

En esta jornada se realizó una sesión de cine-fórum a la que estaban invitados los alumnos, profesores y al personal de administración y servicios de la universidad.

La película que se visualizó fue "Claudia", una película que trabaja el acoso laboral en el ámbito hospitalario. En esta película, la protagonista, Claudia, es una médico que trabaja en un hospital. Sufre un acoso por parte del jefe médico y todos los compañeros. El acoso que sufre influye en su vida personal y emocional. Durante la película se ven todas las conductas de acoso que recibe Claudia por parte de sus compañeros y cómo la vida de Claudia se va deteriorando. No consigue salir de esta situación hasta que abandona el trabajo.

Después de ver la película, cada uno de los participantes en el fórum contestó unas preguntas escritas que el equipo de psicología de la facultad de medicina había preparado. Tras contestar las preguntas individualmente, se debatieron las respuestas grupalmente.

Al acabar la sesión de cine-fórum, se recogieron los cuestionarios de los participantes y se analizaron con el programa R. Comander.

Todos los participantes consintieron participar en este estudio y fueron informados del procedimiento de trabajo.

Resultados

En respuesta a la pregunta sobre el conocimiento de algún caso de acoso en el ámbito del colegio, universidad o trabajo, el 58 % de los participantes reconocía haber presenciado algún caso de acoso en el ámbito de colegio, universidad o trabajo.

En respuesta a los comportamientos que se dan hacia la víctima, los que más se mencionaron fueron los insultos (41,9%), seguido de apartar a la persona (29%), desprecios (22,5%), violencia física (19,3%), y pasividad ante los hechos (16,1%) (Tabla I).

Tabla I. Comportamientos observados hacia la víctima del acoso

Comportamientos hacia la víctima	Porcentajes de respuesta
Insultos a la víctima.	42%
Apartar a la víctima.	29%
Desprecio hacia la víctima	23%
Violencia física (golpes, patadas...) a la víctima).	19%
Tener una actitud pasiva ante una situación de acoso.	16%
Indiferencia hacia la persona que está siendo acosada	13%
Superioridad hacia la otra persona que está siendo acosada.	10%
Criticar a las espaldas a la víctima.	10%
Chantaje psicológico hacia la víctima.	10%
Juicios sin sentido a la víctima.	3%
No dejar hacer bien el trabajo a la víctima	3%
Acoso sexual.	3%
No dejar a la víctima ser como es.	3%
Reírse de de las personas que están siendo acosadas.	3%
Mostrar odio hacia la víctima.	3%
Repetidas faltas de respeto hacia la víctima.	3%

La mayoría de los participantes, el 90% creía que sufren más acoso como víctimas las mujeres, mientras que un 10 % de los participantes piensa que se da de manera similar en mujeres y hombres.

En respuesta a la a la pregunta sobre qué se puede hacer para disminuir este acoso en los ámbitos del trabajo y colegio la respuesta que más se repitió entre los participantes para dar solución a este problema, fue la “educación emocional” (Tabla II).

Tabla II. Soluciones que puede haber para disminuir el acoso

Soluciones para disminuir el acoso	Porcentajes de respuesta
Educación emocional en las escuelas y en los ámbitos de trabajo.	41,9%
Impartir información sobre el acoso en diferentes lugares públicos.	9,6%
No tolerar las situaciones de acoso.	9,6%
Trabajo grupal con las personas que estén implicadas con el lugar donde ocurre el acoso.	9,6%
Dar seguridad a la persona que denuncia.	6,4%
Poner en marcha proyectos como los que se han puesto en marcha en Finlandia. El método “Kiva”.	3,2%
Denunciar si estás sufriendo una situación de acoso.	3,2%
Pedir ayuda en la institución donde estés sufriendo el acoso.	3,2%
Ayudar a los acosados.	3,2%
Castigar al acosador.	3,2%

Discusión y conclusiones

Como demuestra la literatura, en este estudio hemos podido observar como la mayoría de los participantes han presenciado alguna vez una situación de acoso, ya sea como víctimas, agresores o como espectadores (Díaz-Aguado Jalón, 2005).

Aunque los participantes mencionan el maltrato físico como una de las conductas que se pueden llevar a cabo hacia la víctima, son el maltrato verbal (insultos, faltas de respeto...), psicológico (indiferencia, odio...) y social (criticar a las espalda, apartar...) los que cobran mayor importancia en este estudio. Todas estas actuaciones son similares a las que mencionan la mayoría de los autores que han investigado sobre el acoso (Martínez, 2003).

La mayoría de las personas que participaron en esta investigación creían que sufren más acoso escolar y laborar las mujeres. Como hemos dicho

anteriormente, aunque las investigaciones demuestran que las mujeres sufren más acoso laboral, no queda claro si son ellas las que también sufren más acoso escolar ya que algunas investigaciones demuestran que son los chicos los que suelen estar más involucrados en estos actos tanto como víctimas como agresores en los años de colegio (Gómez & Álvarez-González, 2015).

Entre las soluciones de cómo hacer frente a esta situación, la mayoría de los participantes dio importancia a impartir educación emocional en los colegios e informar a la gente sobre las situaciones de acoso.

Actualmente se le está dando cada vez más importancia a la educación emocional en las escuelas. Si los niños y las niñas perciben la importancia sobre la educación emocional desde la infancia, y aprenden a manejar las emociones de manera adecuada, en el futuro tendrán menos dificultades emocionales y podrán ocurrir menos situaciones de acoso. La educación emocional es beneficiosa también para sus vidas personales y también para su vida profesional. La educación emocional es un trabajo que hay que hacer desde la familia, escuela y la sociedad, y todo esto puede llevarnos a tener sociedades emocionalmente más sanas ya que los niños y niñas de hoy son el futuro de mañana y es importante hacer intervenciones precoces para que tengan un desarrollo emocional adecuado y para impulsar conductas prosociales. Si tienen problemas emocionales, van a tener más problemas emocionales siendo más propensos a ser acosados, acosados, o no saber manejar situaciones de acoso como las que estamos hablando.

Hoy en día existen diferentes programas en los colegios para hacer frente al acoso, y en este estudio los participantes mencionaron el método finlandés Kiva. Este método se creó el año 2006 dirigido por el ministerio de Educación de Finlandia. El programa Kiva es para prevenir y hacer frente a los casos de acoso. Defiende que es necesaria la prevención pero que también es importante hacer frente al acoso ya que no se puede hacer frente al acoso sólo desde la prevención. Desde la familia, también es importante hacer preguntas a los niños y niñas como ¿Qué tal hoy en la escuela? o “¿Cómo van las cosas en la escuela?”. Estas preguntas permiten obtener información sobre el día en el colegio, sus emociones,

estados de ánimo, y las relaciones con sus compañeros y compañeras de clase. Estas preguntas también denotan que los padres y madres se interesan por lo que pasa en la escuela. También sirven para romper el hielo a la hora de trabajar posibles problemas con los amigos y amigas.

Según los estudios realizados en escuelas de Finlandia, tiene os efectos positivos sobre las conductas de intimidación (Salmivalli, Kärnä & Poskiparta, 2011).

Otra de las soluciones que respondieron los participantes fue denunciar los casos y dar seguridad a la persona que denuncia. Por esta razón es tan importante que participen las familias, instituciones y demás agentes de la sociedad, para que la víctima no se sienta sola y tenga apoyo a la hora de denunciar estos actos.

Una de las conductas que se comentó para hacer frente al acoso fue la de castigar al acosador. No se ha encontrado ninguna investigación en la que se valore esa conducta como efectiva ante el acoso. Se ha demostrado que a la hora de promover conductas pro sociales los castigos no suelen ser efectivos, sin embargo, sí son efectivos los programas de refuerzo (Sliminng, Montes, Bustos, Hoyuelos & Vio, 2015).

El objetivo de este estudio fue valorar el conocimiento sobre el acoso laboral y escolar de los estudiantes y trabajadores de la facultad de medicina. También fue estimular la necesidad de sensibilización ante este tema. Las respuestas demuestran que los participantes tienen un alto conocimiento sobre este tema ya que las respuestas que eran muy similares a las que se encuentran en la literatura. Además valoran que debe haber más educación emocional en las aulas para la sensibilización y actuación ante el acoso. Si a las personas se les enseña desde la infancia a detener el acoso escolar, pueden empezar a romper el silencio ante situaciones de acoso y e apoyar a la víctima poniendo fin al acoso en diferentes lugares (escuela y trabajo) desarrollando un sentido responsabilidad compartida en situaciones de acoso.

El método utilizado, la visualización de una película es una herramienta muy buena para el trabajo pedagógico. Mediante las películas el participante está utilizando sus oídos, ojos, y este es un



método muy adecuado para que pueda adquirir nuevos conocimientos y realizar una reflexión.

El debate posterior ayudó a la reflexión y a nuevos conocimientos sobre este tema para todas las personas que acudieron a participar en el estudio. Mediante el debate también se compartieron diferentes experiencias que habían vivido los participantes en sus escuelas y lugares de trabajo. Reflexionaron sobre las causas y soluciones que puede haber ante situaciones de acoso y compartieron información sobre el acoso. Tras esta iniciativa se valora la necesidad de seguir trabajando, informando y reflexionando sobre el acoso con los alumnos de medicina ya que la mayoría de ellos subraya una necesidad de ampliar el conocimiento en esta área.

Hay que coger con cautela las conclusiones de este estudio ya que la muestra que participó fue de un número reducido ya que la participación fue totalmente voluntaria.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a las doctoras Virginia Guillen Cañas y Sonia Ruiz de Azua por la ayuda en la organización de las jornadas que permitieron acceder a la Muestra del estudio.

Agradecemos a todas las personas que participaron en el estudio fuera de horas de estudio y de trabajo mostrando una sensibilidad y preocupación por el tema del acoso escolar y laboral.

Contacto

Naiara Ozamiz Etxebarria • naiara.ozamiz@ehu.eus
Facultad de Medicina y Enfermería, UPV-EHU • Dpto. de Neurociencias, Área de Psiquiatría
Barrio Sarriena s/n. 48940 Leioa

Referencias bibliográficas

Alba, M., Hernández, C., & Puga, C. (2013). El acoso laboral en hospitales públicos de la ciudad de México. *Anfec*. [Internet], , 1-17.

Albores-Gallo, L., Saucedo-García, J. M., Ruiz-Velasco, S., & Roque-Santiago, E. (2011). El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Pública de México*, 53(3), 220-227.

Aldave, M. C. A., Garnica, C. H., & Murgia, C. E. P. (2013). El acoso laboral en hospitales públicos de la ciudad de México. Artículo presentado en el XVIII Congreso Intencional de Contaduría, Administración e informática.

Astorga, C. M., & Hernández, J. J. C. (2005). Estrés, burnout y mobbing: Recursos y estrategias de afrontamiento. *Amarú*.

Avilés, J.M., Irurtia, M.J., García-Lopez, L.J., & Caballo, V.E. (2011). El maltrato entre iguales: "Bullying". *Psicología Conductual*, 19(1), 57.

Benítez, J.L., Berbén, A.G., & Fernández, M. (2006). El maltrato entre alumnos: Conocimientos, percepciones y actitudes de los futuros docentes. *Revista De Investigación Educativa*, 24(2), 329-352.

Bosqued Lorente, M. (2005). Mobbing. cómo prevenir y superar el acoso psicológico en el trabajo.

Cerezo, F. (2009). Bullying: Análisis de la situación en las aulas españolas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(3)

Chacón-Cuberos, R., Martínez-Martínez, A., Castro-Sánchez, M., Espejo-Garcés, T., Valdivia-Moral, P., & Zurita-Ortega, F. (2015). Relación entre bullying, género y actividad física: Estudio en escolares de la provincia de granada relationship between bullying, gender and physical activity: Research in schoolchildren in the province of Granada.

Continente, X. G., Giménez, A.P., & Adell, M.N. (2010). Factores relacionados con el acoso esco-

- lar (bullying) en los adolescentes de barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 103-108.
- Díaz-Aguado Jalón, M.J. (2005). Por qué se produce la violencia escolar y cómo prevenirla. *Revista Iberoamericana de Educación* 37.
- Einarsen, S., & Johan Hauge, L. (2006). Antecedentes y consecuencias del acoso psicológico en el trabajo: Una revisión de la literatura. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3).
- Espín Falcón, J.C., Valladares González, A.M., Abad Araujo, J.C., Presno Labrador, C., & Gener Arencibia, N. (2008). La violencia, un problema de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(4), 0-0.
- Fernández, J.M.D., Segura, I.P., Fernández, J.D., & Padilla, M.D. (2013). Tipologías comportamentales en relación con el burnout, mobbing, personalidad, autoconcepto y adaptación de conducta en trabajadores sanitarios. *Atención Primaria*, 45(4), 199-207.
- García-Continente, X., Pérez-Giménez, A., Espelt, A., & Adell, M. N. (2013). Bullying among school-children: Differences between victims and aggressors. *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 350-354.
- Gómez, M.J.V., & Álvarez-González, B. (2015). Perfiles y percepciones de género en violencia escolar. *Revista de Investigación Educativa*, 33(1), 211-231.
- Karsavuran, S., & Kaya, S. (2017). The relationship between burnout and mobbing among hospital managers. *Nursing Ethics*, 24(3), 337-348.
- Kostev, K., Rex, J., Waehlert, L., Hog, D., & Heilmaier, C. (2014). Risk of psychiatric and neurological diseases in patients with workplace mobbing experience in germany: A retrospective database analysis. *German Medical Science: GMS E-Journal*, 12, Doc10. 10.3205/000195 [doi]
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184.
- Martínez, J.M.A. (2003). Bullying: Intimidación y maltrato entre el alumnado Stee-Eilas.
- Martire, M.R., Lo Cascio, G., Picciotto, D., & Lo Cascio, N. (2006). Work organization and mobbing: Application of cognitive methodology in medical circle. [L'organizzazione del lavoro e mobbing: applicazione di una procedura conoscitiva in ambito sanitario] *Giornale Italiano Di Medicina Del Lavoro Ed Ergonomia*, 28(4), 504-505.
- Ramírez, F.C. (2015). Agresores y víctimas del bullying. desigualdades de género en la violencia entre escolares. *Informació Psicològica*, (94), 48-59.
- Rodríguez Campo, V. A., Paravic Klijn, T. M., & González Rubilar, Urcesino Del Tránsito. (2015). Percepción de violencia física y factores asociados en profesionales y técnicos paramédicos en la atención prehospitalaria. *Index De Enfermería*, 24(1-2), 10-14.
- Salmivalli, C., Kärnä, A., & Poskiparta, E. (2011). Counteracting bullying in finland: The KiVa program and its effects on different forms of being bullied. *International Journal of Behavioral Development*, 35(5), 405-411.
- Sliminng, E.C., Montes, P.B., Bustos, C.F., Hoyuelos, X.P., & Vio, C.G. (2015). Efectos de un programa combinado de técnicas de modificación conductual para la disminución de la conducta disruptiva y el aumento de la conducta prosocial en escolares chilenos. *Acta Colombiana De Psicología*, 12(1), 67-76.
- Tonini, S., Lanfranco, A., Costa, M.C., Lumelli, D., Giorgi, I., Mazzacane, F., Candura, S. M. (2011). Work-related stress and mobbing: Case series and gender differences. [Stress lavoro-correlato e mobbing: casistica clinica e differenze di genere] *Giornale Italiano Di Medicina Del Lavoro Ed Ergonomia*, 33(4), 409-413.
- Trijueque, D.G. (2007). El acoso psicológico en el lugar de trabajo: Una aproximación desde la psicología forense. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 7(1), 41-62.

• Recibido: 20/4/2018.

• Aceptado: 22/5/2018.

Cero contenciones: Derechos Humanos en los servicios de atención a la Salud Mental.

Zero contentions: Human Rights in Mental Health services.

Olaia Fernández, Ana Carralero, Judith Parra, Manuel Vázquez Díaz.

Moderado por Iñaki Markez.

A modo de presentación:

El término violencia tiene una amplitud enorme y tiente a una utilización tan cómoda que amenaza su mismo carácter conceptual. Violencia doméstica, violencia de género, violencia escolar, violencia política, violencia jurídica y violencia económica, violencia xenófoba, violencia divina, violencia metafísica, violencia de Estado, violencia étnica, violencia social, violencia primaria, violencia colectiva, violencia legítima e ilegítima, violencia física, violencia psíquica, violencia moral... y la violencia estructural, equiparable a la injusticia social causada por estructuras opresivas que se expresan en la violencia sistemática que engendra pobreza, corrupción y maltrato frecuente ejercido desde poderes absolutos; también desde las pequeñas situaciones más cercanas que se imponen en los establecimientos sanitarios, educativos, sociales, etc., al igual que en otros ámbitos tanto públicos como privados. Fernández Buey (2004) afirmaba que “el lenguaje cotidiano no siempre distingue entre un concepto amplio de violencia (que incluye la violencia estructural, la violencia psicológica o moral, el denominado acoso moral, la violencia simbólica o la violación de una norma generalmente aceptada) y un concepto restringido de violencia que la identifica con el uso de la fuerza física sobre las personas o las cosas”.

Cada expresión de violencia es un caso particular imposible de enmarcar en una visión amplia o en una tipología con afán explicativo. Claro que si no se llega a consensos terminológicos es porque al describir la violencia se pone de manifies-

to el poder de las definiciones. No está de más, pues, hacer algunas reflexiones sobre el lenguaje utilizado para describir esos actos violentos que habitualmente encajamos en las amplísimas etiquetas de lo social, lo político o lo colectivo, sobre las que existe abundante bibliografía aunque no haya el mencionado consenso en su descripción, sea por los trasfondos ideológicos o de poder, como no lo hay a la hora de definir las ideas de violencia y agresión.

En las VI Jornadas de la sección de derechos humanos de la AEN, celebradas en febrero de este año 2018 en Ollo, Navarra, se desarrollaron varias intervenciones, unas con formato de mesa redonda, otras como conferencias, en torno a diferentes expresiones de la violencia: contenciones en servicios de salud mental, padecimientos de personas refugiadas o migrantes en situación de exclusión, personas torturadas o refugiadas con conflictos crónicos, violencia machista en personas con trastorno mental grave o violencias varias sobre las mujeres.

La vinculación de derechos humanos y salud mental, puede tener una doble lectura. Como dijera José Antonio Inchauste en la apertura de dichas Jornadas, se trata de la Salud mental de aquellas personas a quienes en algún momento se ha puesto en duda, reducido, menoscabado, o en riesgo sus derechos... personas víctimas de tortura, de conflictos armados, refugiados, migrantes, excluidos sociales, mujeres víctimas de violencia de género, personas en riesgo de

exclusión y discriminación por diversos motivos. La otra es la de los Derechos humanos de aquellas personas de las que se ha puesto en duda, o se considera reducida, menoscabada, o en riesgo su Salud mental.

Todas estas cuestiones fueron abordadas y, de ellas, en este artículo quedan reflejadas las intervenciones de Olaia Fernández, Ana Carralero, Judith Parra y Manuel Vázquez Díaz. Cuatro opiniones significativas y contundentes, de tres profesionales que intervienen la atención a la Salud Mental desde la psiquiatría, enfermería y psicología, y también la de un usuario de la misma e impulsor de una plataforma que trabaja en este campo. Recordemos que preocupa a estas Plataformas la coerción a la que frecuentemente se ven sometidas las personas en tratamiento en las redes asistenciales de Salud Mental, ingresos

involuntarios, contenciones mecánicas, incapacidades y, en general, coerción formal e informal que apunta a que sigan determinado tratamiento aún en contra de su voluntad, un tratamiento con frecuencia sobremedicalizado con los psicofármacos en primera y muchas veces única línea de intervención. En este contexto de coerción no es fácil, pero sí es posible encontrar un terreno común, de diálogo, entre las víctimas, personas que han sufrido experiencias dramáticas y absolutamente traumáticas y otras, que lo quieran o no, forman parte y son vistas como representantes de los victimarios.

Iñaki Markez

- Fernández Buey, F. (2004). Una reflexión sobre desobediencia civil y no-violencia. *Rebelión* (19/5/2004). (rebellion.org).

Intervenciones:

Olaia Fernández * irsealtrieste@gmail.com

Yo también he escrito: *si agitación, contención mecánica*. Voy a exponer cómo estamos haciendo un proceso de rehabilitación, recuperación y emancipación del ejercicio profesional de la violencia. De las prácticas violentas que me creí que hacía *por tu propio bien*.

En todo caso, sí que sé que lo que venimos a decir tiene que ver con hacer crisis. Atravesar una crisis propia. Y, en mi caso, tiene que ver con decidir a cada momento. Eso que hace unos días decían en el posgrado de Salud mental colectiva de Madrid, no sé si Laura Martín o Fernando Colina, ellos decían: decidir qué psiquiatra soy, y sostener las consecuencias.

Antes de seguir hablando de mí voy a decir algo: aunque sepa que esto mío va de atravesar una crisis -que me angustia, paraliza, desordena, confunde, me duele- no la estoy comparando en sufrimiento con el sufrimiento de las personas que son, que sois, víctimas de la violencia profesional. No pretendo que las personas víctimas de la violencia profesional me consuelen ni se apiaden de mí, que entiendan que estoy sufriendo. No. No, no pido su perdón, creo que no es posible perdonar, ni siquiera creo que sea un objetivo saludable eso del perdón.

He ejercido y todavía ejerzo la violencia profesional, de forma activa y como cómplice. Todos los profesionales que estáis aquí sentados, todos, lo habéis hecho. Atando personas, ingresándolas involuntariamente, poniendo inyectables, diagnosticándolas, psicoeducando, chantajeándolas para que se mediquen, mintiendo, convenciendo, utilizándolas de chivo expiatorio y deshechos representacionales, triangulándolas en conflictos profesionales, atribuyendo lo que ocurría a su diagnóstico, disociando causas sociales y mirándolas de forma determinista.

Ojalá después cuando conversemos aquí nadie haga esto que hacen mucho los hombres cuando se les interpela por violencia machista y tienen la necesidad de aclarar un buen rato que ellos en concreto no, que *not-all-men*, poniendo esto en primer plano, el que ellos no. Espero que luego esto no pase, porque entonces no avanzamos.

Lo mío empezó antes de nacer. No es casualidad que tenga este trabajo. Una parte de mí se hizo psiquiatra para violentar, eso seguro. He tardado mucho en darme cuenta. Una parte de mí se hizo psiquiatra para violentar. Por biografía, por herencia transgeneracional, por depósito social, por capitalismo. Por tabú de eso que dice



el loco y que si lo escuchamos no podemos seguir igual. Esto último me ayudó a entenderlo de verdad Patricia Rey, hablando de la función que cumple el canario en la mina y de las ratas que mueren exhaustas medicadas con antidepresivos. Podría hablar días y días y días sobre esto, sobre por qué una parte de mi tiende a violentar personas, sobre Alice Miller que es la que más me ha ayudado; pero hemos decidido contar otra cosa, contar cómo estamos dejando de violentar personas.

¿Cómo estamos dejando de atar personas?

¿Cómo lo estáis dejando de hacer cada una? Podremos hablar de esto, compartir para aprender, para ser fuertes, para sumar evidencia y ver-para-crear.

Haciendo la residencia de psiquiatría, en el hospital 12 de octubre, me dijeron una cosa: *los locos se parecen más a ti de lo que se diferencian*. Obvio. Si es tan obvio no sé por qué la diferencia sustenta la mayoría de nuestras prácticas y teorías.

También conocí a una psiquiatra, Meme, que medicaba mucho menos que sus compañeros. Decían de ella: *esa da dosis homeopáticas*. Me habló de creer para ver (*creer-para-ver*), preguntaba cuántas habitaciones tenía la casa, conversaba aquí y ahora, y estaba presente y decía que era de derechas, pero no lo era. A veces pasa al revés, que la gente dice que es de izquierdas pero no lo es.

Cuando empecé la residencia, me encontré con una de esas normalidades patológicas, se daba por hecho que una tenía que aceptar un *sistema de privilegios* que consistía en que los que estaban terminando elegían cuándo hacían guardias y lo elegían muy despacio, se tomaban su tiempo, hasta final de mes, y las que acabábamos de llegar las teníamos que poner casi ya entrado el mes siguiente, en el pequeño margen de huecos que nos dejaban y casi solo entre nosotras. Eso implicaba dejarte sola con tu angustia. Eso implicaba que no te podías organizar, ni tus cuidados ni tus planes ni tu vida. Ellos sí pero tu no. ¡Ah!, ¿y que hacías todas las navidades?. Justo un momento difícil del año para todas, las navidades, recién llegada, sin marco de referencia,

sin palabras casi para nombrar los dolores o la desesperación.

No aceptamos. Éramos cuatro residentes recién llegados y no aceptamos. La única manera de cambiarlo fue vivir la tensión que implica cuestionar y renunciar todos los años a los privilegios, hasta que llegamos a ser los mayores y entonces se acabó, era igualitario. Cuento esto porque es una experiencia de desmarque, pequeña, pero que hasta la última vez que pregunté quedó en parte instituida. Y porque algo importante me pasó ahí, no lo sabía pero me estaba pasando: dije no a perpetuar el abuso y dije no a continuar la cadena que en los servicios de salud mental empieza en el psiquiatra y acaba en el loco.

Yo me he ido de casa, quiero decir que no me quedé en el hospital donde hice la residencia, eso también ayuda a desmarcarse. Me fui a un pueblo de la mancha donde había mucho por crear, para montar un hospital de día. Porque creía que la comunidad terapéutica era la mejor forma de ayudar a las personas. Pero durante un tiempo tuve que atender urgencias por las mañanas.

Los sitios por crear tienen eso... que están por crear. *No había correas psiquiátricas en el hospital*, solo unas de velcro pensadas para personas mayores confusas. Cuando tenemos la oportunidad de crear algo la mayoría de las veces vamos y repetimos. Queríamos repetir, no sabíamos que se podía no atar personas. Sabíamos que era solo a veces, muy pocas, en casos muy excepcionales, si fracasaban otras alternativas. Así que las correas se encargaron. Pero tardaron un año y medio en venir. Y mientras tanto estábamos atendiendo urgencias en un lugar que no tenía correas. Ni mucha medicación (cuando necesitabas una dosis alta de benzodiacepinas vía oral tenías que ofrecerle a la persona un buen número de comprimidos, por ejemplo 5 comprimidos de lorazepam de 1mg.) Tampoco en el pueblo había planta de agudos, así que para ingresar la persona tenía que subirse a una ambulancia y vivir un traslado de más de 100km. Ambulancia por la que había que esperar, a veces una hora, otras dos, tres horas, depende. Tampoco tenía sala de espera tranquila ni personal asignado ni especializado ni formado. Tampoco había psiquiatra por las tardes, ni por las noches. Las personas que

llegaban no estaban menos desesperadas que en Madrid, no se encontraban mejor. También deliraban, sentían rabia e estaban aceleradas.

Nadie “se agitó”. En un año y medio, nadie

Fue porque no se podía atar. Fue porque lo hacíamos todo con la persona, delante. La llamada al otro hospital, el informe, fumar un cigarro, decidir la medicación. Fue porque escuchábamos. Fue porque contábamos con los demás. Fue por el contexto. Fue porque los profesionales tuvimos que cambiar.

Después de esto abrimos el hospital de día, en gran parte repetido y con algunas cosas nuevas, y allí una chica me ayudó mucho a seguir avanzando. Un día ella se desconectó de nosotras y se puso a estampar fruta contra la pared, con mucha ira. Y nos asustamos, pero no tanto ya. Yo me senté en una silla en la misma sala, mientras sus compañeros y el equipo se quedaron fuera, sosteniéndonos. Y al ratito empecé a hablar, un poco, alguna palabra, para hacerla saber que estaba allí. Y después un poco más de palabras. Y se iba desinflando, y tiraba menos. Y nos mirábamos. Y se le fue pasando. Y terminamos recogiendo la fruta, limpiando la pared, juntas. Esto le pasó más veces. *Nadie dijo que se hubiese “agitado”*. Entendimos que ella cuando se sabía abusada se desesperaba mucho, mucho, muy profundo, y sentía rabia, se desconectaba de nosotros y tiraba fruta contra la pared. Cuando se marchó nos regaló a cada miembro del equipo un libro sobre las consecuencias de los abusos a menores para seguir aprendiendo, y me escribió esto: “...qué sería de esos momentos de máxima confusión, que parecían no existir, pero que *siempre estuviste ahí*. Gracias por acompañarme a recoger mis miserias, cuál frutas duras y maduras”.

Lo siguiente que recuerdo es separarme, empezar a entender lo que me había estado pasando gracias al **feminismo**, y conocer a **Patricia Rey** (activista, loca). Me encontré a Patricia porque ella hablaba en unas jornadas a las que yo fui porque tenía que ir, hablaba con Martín Téllez, también activista en primera persona. Ahí empecé a tomar conciencia de clase: los cuerdos, los locos. Y ahí empecé a cargármela (nombrar es el principio del fin). Me encantaron, decían todo eso que yo pensaba, eran yo, como yo, sobre

todo ella. Se lo dije. Pasó tiempo y mil aventuras, lo hablamos todo, nos apoyamos, nos hicimos amigas. Desde que Patricia es mi amiga hay cosas que ya no puedo hacer, hay cosas que ya no puedo escuchar, hay cosas que ya no puedo soportar.

A la vez casi de conocer a Patricia empecé a ir a las asambleas de FLIPAS GAM, un colectivo activista en salud mental compuesto principalmente por personas con experiencia propia. Y eso de los cuerdos y los locos empezó a tambalearse fuera de la excepción, y así gran parte de mi esquema de referencia a hacer aguas, a tener poros, a explicar poco, solo a ratos, a veces, para algunas cosas, algo. Las identificaciones se hicieron débiles, que dicen los esquizoanalíticos que es la forma de fugarse. Los espacios mixtos, de cuerdos y locos, como este, lo han cambiado todo para mí, lo van a cambiar todo. El lenguaje, las expectativas, los esquemas de referencia, las certezas, las relaciones y los resultados. La realidad compartida.

Así llegué a **acompañar crisis fuera de la institución**, que me ayuda a seguir debilitando identificaciones, las mías, sobre qué es ser psiquiatra, sobre qué psiquiatra decido ser y cómo sostener las consecuencias. El feminismo y ser mujer me han ayudado, mucho, con los ejes de opresión, con los privilegios, con la interseccionalidad y con la **cultura de la violación**. Todo lo que rezuma cultura de la violación a nuestro alrededor (aprovecho para decir que los chistes sobre consentimiento en las relaciones sexuales son cultura de la violación), todo eso, puede ayudarnos a pensar la cultura de la violencia profesional (Ana Carralero lo cuenta muy bien en su intervención el año pasado en el foro sobre narraciones para un despertar en salud mental, en canarias, os la recomiendo, está en youtube). Lo primero que notas es que a la violencia profesional no se le puede llamar violencia. Los profesionales se ofenden, lo rebajan, te llaman exagerada, piensan que eres irresponsable, blandita, inmadura, adolescente o infantil. Que no trabajas en equipo. Y que tienes que callarte. Si tratas de no ejercer violencia, tu forma de estar es por sí sola un insulto que escuchan por dentro: carcelera

El otro día me invitaron a un coloquio con Patricia sobre la relación terapéutica y me acordé de



que cuando llegué hace unos años a servicios centrales de salud mental de castilla la mancha, que trabajé allí un tiempo, estaban ultimando un protocolo sobre “**inmovilización terapéutica**”. Lo recordé y sentí mucha vergüenza. Porque no me opuse y ni siquiera pude pensar en el nombre y sus consecuencias: inmovilización terapéutica. Cómo es el lenguaje. Ahora pienso esto: Llamarle a algo terapéutico inmuniza frente a la culpa de ejercer poder. Ejemplos de una UME: ponerte el pijama si fumas porros e ingresarte en agudos si es mucho o repites, no fumar antes de desayunar, no poder salir de la habitación por la noche, no poder salir la primera semana, no poder prestarse cosas, no poder invitarse a algo, no poder compartir cigarrillos, no poder decidir discontinuar la medicación. Cosas como la vulneración constante y arbitraria de los derechos de las personas. Todo eso dicen que es terapéutico. Por eso a atar gente a la cama se llama inmovilización terapéutica. El poder terapéutico tiene teorías que lo sustentan.

No quiero hacer guardias, desde hace mucho tiempo. No hago ninguna desde hace 9 meses. No las hago, pero estoy en una lista para emergencias, por si no se cubren o falta alguien. No quiero hacerlas. Estoy dispuesta a pagar para no hacerlas. Me entran ganas de vomitar. Literal, ganas de vomitar. Y es porque en las urgencias y en las unidades de agudos se ata a personas. Y es muy difícil impedir a los compañeros que lo hagan, y es muy difícil que los compañeros permitan que las desates. No estoy segura de saber cómo hacerlo, por eso no hago guardias. Pienso en la objeción de conciencia, algunas lo estamos pensando, en objetar, en comunicarlo por escrito en nuestros servicios, en ver qué pasa si objetamos. Pero no conozco a nadie que lo haya hecho, no sé qué pasaría. No he ido al colegio de médicos, no lo he hablado con mi jefa, no lo he hecho. Evito las guardias. No es suficiente. No he leído nada sobre Islandia, sobre algunas zonas de Italia, sobre un cantón suizo, sobre Inglaterra, sobre lugares donde no atan personas. Me pregunto por qué no, me pregunto por qué no estamos todas leyendo eso sin parar.

Pasan muchas más cosas que atar, igual de poco sutiles: ingresos involuntarios, no permitir que las personas no se mediquen, las normas kafkianas. En eso estamos todas. También los disposi-

tivos de rehabilitación psicosocial, que muchos creen que no ejercen coerción, eso entendí de un borrador de un informe sobre coerción que se está haciendo en la red de salud mental de Alcalá, donde trabajo. También ejercen violencia. Empezando por el nombre: rehabilitación. Tengo una foto de una pintada que dice: nunca nos rehabilitaréis. Y me sirve.

Llevo tiempo pensando en **la horizontalidad**. Porque se opone a la violencia. Porque lo vertical da permiso a la violencia, que empieza en la psiquiatra y termina en la loca, lo decía al principio. La horizontalidad en los equipos y con las personas desesperadas que buscan ayuda. Creo que empiezo a entender algo: la horizontalidad empieza por ceder privilegios, empieza en casa. Como los derechos humanos. Por eso que esta sea la primera mesa de las jornadas sobre vulneración de derechos humanos es coherente. Sería incoherente hacer unas jornadas de la sección de derechos humanos de la AEN y no hablar de la vulneración de derechos humanos que hacemos nosotras mismas.

En relación a la horizontalidad en los equipos, quería contaros que en estos momentos estoy atravesando la experiencia más impactante y radical que he vivido hasta el momento: **repartir los sueldos**.

Trabajo desde junio en la unidad de atención temprana a personas con experiencias psicóticas de la red pública de Alcalá de Henares. Nos contrataron para acompañar crisis psicóticas desde el marco de diálogo abierto, adaptado al contexto. Somos seis. Un terapeuta ocupacional, una experta por experiencia, un psicólogo, una enfermera, una psiquiatra (yo). Y la coordinadora, que es psicóloga. En nuestros contratos pone eso, en el de experta por experiencia ya han tenido que ser creativos. La tarea que nos encargaron es acompañar crisis psicóticas desde el marco de diálogo abierto. Esto implica aceptar que el fármaco queda descentralizado y el centro lo ocupan reuniones en las que participan al menos dos personas del equipo, la persona en crisis y su red. Reuniones en las que la herramienta es el diálogo, restablecer y profundizar en el diálogo. Sobre lo que está pasando, y sobre lo que se necesita. Ese es el sistema de tratamiento. Ahí se decide todo, ahí se generan salidas, aceptando

la polifonía de voces. Somos terapeutas con historias diversas, saberes particulares, y creemos profundamente que la persona en crisis tiene mucho que decir y hacer para salir de esta, así como sus allegados.

Este sistema de tratamiento era insostenible si la horquilla de sueldos era de 1.000 €.

Esto lo hemos hecho a pesar de la institución, por fuera. No es perfecto, tardamos cinco meses en empezar, no corrige la desigualdad del contrato de media jornada de la experta por experiencia y no incluye a la coordinadora. Se lo pensó y decidió que no podía asumir el dinero que dejaba de ingresar al mes con esta decisión.

Lo que siento es alivio, siento como cada día se diluye un poco más la mentira que sostenía, esa de que era responsable de la vida de las personas. Por su propio bien. Al sentir el alivio puedo ver cómo cuando la responsabilidad se concentra en una persona, la psiquiatra, la violencia está servida. Atar, medicar, ingresar. Porque sé. Porque si pasa algo soy la responsable legal. Porque no hay nadie más. Porque

Ana Carralero • a.carralero@hotmail.com

Me toca a mí y contaros mi historia... Cuando empecé mi formación como **enfermera** residente en salud mental, una de las primeras cosas que me enseñaron fue a cómo sujetar a las personas a la cama. A pesar de que la Unidad Docente donde yo me formé y la unidad de hospitalización donde roté, son lugares bastante menos coercitivos y más respetuosos que otros que después he conocido o de los que me han hablado, la contención mecánica era algo que teníamos que aprender pronto. Nos explicaban cómo se realizaba y luego hacíamos un pequeño taller en el que una persona no ingresada se prestaba voluntaria para hacer de “paciente”.

Recuerdo el nombre, la cara, las características físicas y algunos detalles de la biografía de la enfermera que hizo el papel de persona ingresada. Recuerdo algo de aquella actuación. Pero no recuerdo haber sentido nada ni haber tenido ningún pensamiento cuestionando aquella práctica. Y no es que no me cuestionase otras cosas o que no hubiese sido una persona crítica hasta entonces,

me están mirando. Porque estoy sola. Porque tengo miedo.

No somos responsables de la vida de las personas. Dicen Laura Martín y Fernando Colina que cada una es responsable de su síntoma y su defensa. Sí. Y a la vez no. Yo no puedo borrar me. Porque todas tenemos que ver en su conformación, cada una, conformamos parte del problema con nuestro sistema social, con los vínculos que establecemos y con nuestro sistema de atención, porque todas somos el grupo grande cuya matriz produce tanto dolor.

Por eso sirve repartir los sueldos

Y esto es lo que permite descubrir: que cuando la responsabilidad se reparte (en los equipos y con las personas desesperadas y su entorno), cuando los saberes valen, cuando nos comprometemos y toleramos juntas la incertidumbre de no saber, cuando renunciamos al control; salen los recursos de todas, se crean soluciones, se dan las sorpresas. Las personas inventan algo nuevo, se fugan. Alguien se emancipa por primera vez, en plena crisis.

ces, al contrario. Sin embargo aquella práctica no la cuestioné.

Nos dijeron que casi nunca se realizaban contenciones mecánicas en aquella unidad, que solo se utilizaban como último recurso, cuando era absolutamente necesario, durante el mínimo tiempo imprescindible y siempre después de haber intentado la contención verbal y farmacológica. Sin embargo, nadie me dijo qué significaba “último recurso”, “absolutamente necesario” o “mínimo tiempo imprescindible” y tampoco hubo ningún taller ni nadie se prestó a actuar como “paciente” para que practicásemos aquello que llamaban “contención verbal”.

Aunque era algo que se consideraba excepcional, era muy importante que todas las personas no ingresadas en la planta (excepto los psiquiatras, psicólogos residentes, la terapeuta ocupacional y el personal de limpieza) llevaran siempre consigo el imán que sirve para manejar los cierres de las contenciones, que nos entregaban antes de



empezar la rotación por la unidad y que teníamos que tener mucho cuidado de no perder. Y aunque era algo que se consideraba excepcional, era muy importante que todas las enfermeras, residentes de enfermería, auxiliares de enfermería, celadores, y estudiantes de enfermería o de auxiliar de enfermería, que empezasen su actividad laboral o de formación en la planta, supieran cómo realizar una contención mecánica. Por eso se hacían “demostraciones” cada cierto tiempo.

Hice de persona a la que contenían una vez, para enseñar a alguien a **sujetar**. La contención finalizaba abandonando la habitación y dejando a la persona sola, que era el procedimiento habitual. Cerraban la puerta y dependiendo del humor de los compañeros podían tardar más o menos en entrar. Cuando se marcharon, aunque yo había visto esa broma otras veces, y sabía que aquello era un juego y que enseguida volverían a entrar, no pude evitar pensar que si se iban no me podría mover, y que si me pasaba algo estaba sola.

Teníamos un **protocolo**. Decía que la contención mecánica era una medida terapéutica, un acto sanitario. Podía llevarse a cabo por cuatro personas, aunque lo ideal es que fueran cinco, para que una se hiciese cargo de la cabeza. Después me explicaron, aunque eso no estaba en el protocolo, que la persona en la cabeza era la encargada de vigilar si el “paciente” mordía o escupía. En ese caso, lo ideal era utilizar una almohada para sujetarle la cara, ya que si usabas las manos corrías el riesgo de que la persona te mordiese. Tampoco me cuestioné, en ese momento, por qué una persona iba a querer escupirme o mordirme. Ese tipo de conducta se atribuía al estado de agitación psicomotriz inducido por el trastorno psiquiátrico, estado que según decía el mismo protocolo de la unidad, por definición, hacía al “paciente” incompetente.

Otras cosas que decía el protocolo es que era importante evitar el uso de la rodilla o el codo “durante la reducción” y que se debía poner el pijama al “paciente”, “por su comodidad y porque facilitaría la identificación en caso de fuga”. Que el personal debía retirarse de la habitación al terminar de atar a la persona (es decir, dejarla sola, ya que, como he dicho, se trataba de una unidad más respetuosa que otras que conozco, donde pueden dejar a la persona en contención

con sus compañeros de habitación, o incluso en el pasillo de la unidad, a la vista del resto de personas que en ese momento estén en la planta). Era “imprescindible ofrecer al enfermo un lugar que le permita preservar su intimidad y dignidad como persona”; tampoco me pregunté sobre la contradicción de suponer dignidad a una persona atada a una cama.

Debíamos ser estrictos con la vigilancia. Cada poco tiempo debíamos observar al “paciente” y en cada turno debíamos asegurar la toma de constantes, la dieta y la ingesta hídrica, diuresis, cambios posturales, etc. Sin embargo ni en el protocolo ni en mi formación me hablaron de cómo cuidar y hablar con la persona que estaba contenida. Las intervenciones se realizaban sin apenas dirigirles la palabra. No se valoraba el estado emocional de la persona. Lo único que recogía el protocolo era que se valorarían “conjuntamente con el paciente los motivos que llevaron” a la contención.

A pesar de que siempre se habla de situaciones extremas cuando se defiende el uso de la contención mecánica, en el protocolo se recogían las siguientes indicaciones: la prevención de lesiones al propio “paciente” o a otras personas (nótese que prevención habla de algo que no ha ocurrido, y que se dice lesiones en general, sin hablar de la gravedad o de la persistencia de esas lesiones, lo que supongo que tiene sentido si esas lesiones no han ocurrido aún), las interferencias en el plan terapéutico del propio “paciente” o de otros, evitar daños materiales en el servicio, como castigo negativo en una terapia de conducta (siempre y cuando se hubiera pactado antes con el “paciente”), para evitar una fuga, y por último si el “paciente” lo solicitaba voluntariamente (y el médico consideraba que existían criterios clínicos de indicación). Además, no era raro utilizarla también para “ayudar” a dormir a las personas que no podían permanecer en la cama y para evitar caídas.

El protocolo también recogía aspectos legales, y explicaba la contención verbal y la contención farmacológica (algo que tampoco me cuestionaba: me dijeron que la contención mecánica era inhumana si no había también una contención farmacológica). En concreto, dedicaba tres páginas a los aspectos legales, tres páginas a los

aspectos farmacológicos y dos páginas a lo que llamaban contención verbal, que en gran parte se dedicaba a explicar el peligro que suponía el “paciente” para el profesional, y lo que debía hacer este para poder escapar de aquel con facilidad; por ejemplo decía que había que colocarse fuera del espacio personal del “paciente”, asegurándose una vía de salida posible, con la puerta abierta o semiabierta (no sé cómo encajó esto con lo de preservar la intimidad de la persona), el profesional debía estar cercano a la puerta y no debía haber obstáculos (incluyendo a la persona atendida) entre el profesional y la puerta. Se debían evitar los “signos de debilidad o miedo”, pero también “las miradas fijas”, manteniendo siempre al “paciente” dentro del campo visual. Las explicaciones más detalladas sobre qué tipo de cosas decir, como ejemplos de frases para dirigirse al “paciente” se referían a cómo convencerle para que aceptase tomar la medicación.

En su tesis doctoral, Elvira Pértiga explica que las contenciones son sucesos que el profesional experimenta inicialmente con shock y traumatización, y que una vez ocurrido el impacto inicial, el profesional sanitario aprende a racionalizarlo, enfrentarlo y comprender que es necesario, hasta que finalmente incorpora esas experiencias y las asume como parte de su trabajo.

Durante el tiempo que estuve formándome en la planta y después durante el tiempo que estuve trabajando allí, contuve a varias personas. Algunas estuvieron varios turnos seguidos en contención. Como he dicho -y mantengo-, no era una unidad tan coercitiva como otras, por ejemplo, las personas ingresadas tenían cuarto de baño en su habitación con una puerta que podían cerrar, podían hacer uso de sus cuchillas para afeitarse en privado, salían todos los días fuera del hospital a dar una vuelta acompañados de un profesional y al poco de ingresar en general ya tenían permisos de salida, en los que podían disponer de sus pertenencias. Este tipo de cosas no son así en muchas unidades. Tampoco vi nunca que se encerrase a nadie en su habitación, de día o de noche, que se agitaran las correas delante de una persona ingresada para amenazarla, las personas ingresadas en psiquiatría no llevaban un pijama que los distinguiese del resto de personas ingresadas en el hospital, podían hacer uso de bolígrafos, papeles o libros sin necesitar una autorización expresa del

psiquiatra, ni pasaban otras cosas de este estilo que sí pasan en otras unidades.

Por ejemplo, nunca vi que una persona ingresada se orinase o defecase estando en contención mecánica. El procedimiento general era decirle a la persona que quería ir al baño que se permitiría esto si luego volvía a la contención, de forma que esa persona, que era un riesgo para alguien, utilizaba el cuarto de baño (a menudo con la puerta cerrada) y después volvía y se tumbaba en la cama para que le volviésemos a contener. Tampoco entiendo cómo esto me parecía coherente y una buena práctica (que me lo parecía).

No recuerdo el nombre, la cara, las características físicas ni ningún detalle de la biografía de ninguna de las personas a las que até a las camas. Y no es que no recuerde en general a las personas a las que atiendo. Aun guardo dibujos que me regalaron algunas personas estando ingresadas. A pesar de ser vegana, llevo conmigo siempre un trozo de piel de serpiente que una chica a la que atendí me regaló para que siempre llevara en la cartera. Conservo muchas historias que me contaron y muchos momentos compartidos. Pero no recuerdo nada de aquellas personas a las que até, aunque sí recuerdo algunas cosas de algunas contenciones.

Por ejemplo, me acuerdo de un señor al que atamos a la cama al poco de ingresar porque quería marcharse. Recuerdo que le atamos con su ropa y que tuve que subirme a la cama para sujetarle las rodillas porque era muy fuerte y estaba muy enfadado. Recuerdo el nombre de la psiquiatra de guardia que al día siguiente nos felicitó por nuestra excelente contención. Pero no recuerdo quién era ese hombre, cómo se llamaba ni por qué quería marcharse de la unidad.

Viví momentos muy complicados trabajando en la unidad de hospitalización. Sin embargo, el momento más complicado que he vivido desde que trabajo en salud mental fue en el centro de salud donde estoy actualmente. Si aquello hubiese ocurrido en el hospital, aquel chico habría acabado contenido. Sin embargo, seguramente porque en el centro de salud mental no tenemos posibilidad de contener a nadie, la vigilante de seguridad y yo resolvimos la situación hablando con él hasta que se calmó.



En el tiempo que estuve en hospitalización nunca pude ser realmente crítica con mis prácticas. Repetía el discurso. Que casi no hacíamos contenciones, que psiquiatría era uno de los servicios del hospital donde menos contenciones se hacían y donde menos tiempo duraban. Que actuábamos con profesionalidad, nunca atábamos a nadie con vendas, como hacían en otros sitios. Durante ese tiempo nunca pude escuchar a nadie que me hablase de su experiencia de ser contenido. No sé si no me lo contaron (supongo que si no me lo contaron fue porque no estuve para que me lo contasen) o si me lo contaron y no les creí. No solía creer las historias de abusos o las ponía en duda. Aquellos relatos siempre eran desterrados como delirios o síntomas de la patología de los “pacientes”, nunca se les daba credibilidad. Si alguien quería poner una reclamación por algo, tenía que esperar a ser dado de alta.

No fue hasta meses después de haber dejado la planta que pude pensar sobre aquellas cosas. Que pude escuchar historias de personas que habían sido atadas, escucharlas de verdad, sos-

teniendo el sufrimiento y el horror que supone ser contenido. Sin enfadarme y sin desacreditar esas narraciones, sin minimizar el sufrimiento, sin decir que yo también lo paso mal. Sin excusarme en la falta de personal o de formación, o alegando que la responsabilidad no era mía. Sin decir que esas prácticas son actos sanitarios y que a veces no hay más remedio.

Nunca he pedido perdón a nadie por haberle contenido, ni creo que lo haga nunca. No creo que pedir perdón fuera a servir de nada. Ni siquiera aunque pudiera recordar las caras de aquellas personas, buscarlas, encontrarlas, pedirles perdón y que aceptasen mis disculpas, eso no borraría el daño y el sufrimiento que les causé. El daño está hecho y cada uno es responsable de las cosas que hace. Esas cosas nunca debieron pasar, pero pasaron. Siento que lo único que puedo hacer con eso es aceptar mi responsabilidad, utilizar la capacidad de acción que tengo, como todas las personas tenemos, y trabajar para hacer de las contenciones mecánicas algo del pasado.

Judith Parra

El propósito de mi comunicación es ponerle palabras a algunas reflexiones, basadas en vivencias personales (nutridas, a su vez, por reflexivas colectivas), sobre la cuestión tan actual de las contenciones mecánicas, es decir, sobre la práctica de atar a las personas a la cama dentro de la actividad asistencial hospitalaria en Salud Mental. Como el propósito es acercarme a ellas como persona que las ha presenciado, hablaré de mi contacto con las personas que las han vivido en primera persona.

Las prácticas profesionales

Primer contacto con la Salud Mental: el manicomio

Mi primer contacto con personas atendidas en Salud Mental ocurrió en un antiguo manicomio en la ciudad en la que vivo, durante mi infancia. Cada cierto tiempo iba a visitar a mi tía que era monja, que trabajaba en aquel lugar, que siempre estaba en penumbra. Recuerdo haberme asustado mucho al ver el aspecto y la mirada de aquellas personas que paseaban por los jardines y los pasillos de aquel lugar. Recuerdo que le preguntaba a mi madre qué les pasaba a aquellas

personas y ella respondía que estaban enfermas. Aquella respuesta, no colmaba mi curiosidad, y yo seguía preguntándole. Debí crearme algún tipo de curiosidad, que aún recuerdo.

Voluntariado

Unos años más tarde, con 18-19 años participé en un programa de voluntariado, en el que solíamos convivir durante el fin de semana, con las personas de un taller asociado. Tenían que cumplir unos requisitos: se trataba de “personas sin hogar”, que habían recibido el diagnóstico de abuso/dependencia al alcohol y/o trastornos psicóticos: organizábamos las comidas, charlábamos, jugábamos a cartas, al ping-pong, paseábamos, etc. En ningún momento pasé miedo ante ellas. Recuerdo que durante un paseo, una de las personas que solía venir a aquella casa, me dijo una vez me dijo: “Tienes un hacha en la cabeza” mientras se reía. Era un hombre muy tierno. Aún sin saber nada sobre psicopatología o de manejo del paciente psiquiátrico, recuerdo que no me intranquilizó ni lo más mínimo ese comentario, para mí incomprendible en aquel momento.

La unidad de agudos

Durante mi rotación (como PIR) en la planta de agudos de psiquiatría tuve la sensación de regresar a un tiempo que ya por entonces creía olvidado, similar al vivido en los jardines y los pasillos de aquel manicomio. Las personas que encontré allí estaban vestidas con un pijama, de un color azul claro. A primera hora, solían hacerse a un lado al pasar los profesionales. Era evidente que estaban muy medicadas, sus ojos mirando al suelo, o perdidos. Recuerdo los gritos al cruzar el pasillo, ver las puertas entreabiertas y observar a una persona atada a la cama. Esos gritos a menudo no tenían respuesta alguna. Recuerdo el comentario de “Cierra la puerta”.

Prácticas de la planta

El personal de auxiliar de enfermería era el que solía estar más en contacto con las personas ingresadas. Solían entrar, corrían las cortinas, llevaban los desayunos, revisaban los niveles de medicación, ofrecían medicación de rescate cuando estaba pautada.

Con cierta frecuencia, la persona contenida solía decir al personal auxiliar y de enfermería en un tono crecientemente nervioso: “¿Cuándo me vais a soltar? Me tenéis aquí atada desde hace dos días” (a menudo estas personas presentaban cierta desorientación temporal). La respuesta habitual parecía incluir la lógica de que el paso del tiempo y el efecto de la medicación, simplemente, ayudaban a que la persona se calmara independientemente de las circunstancias que llevaron a la contención o las circunstancias vitales de esta persona. Oí que en caso de que esto no funcionara se hablaría con el psiquiatra para “ajustar” la medicación.

Observé que era poco habitual que los profesionales se dirigieran a la persona, y que tampoco formaba parte de la cultura de la unidad que un profesional se quedara acompañando a la persona mientras estaba contenida.

Las reuniones de equipo: Llevaba poco tiempo como residente y no comprendía el procedimiento que llevaba a que una persona terminara siendo atada a la cama. Las reuniones de la mañana, donde los profesionales de todos los estamentos se reunían, me ayudó a ir comprendiendo parcial-

mente y de forma inductiva cómo se llegaba a esa decisión. En estas reuniones se leía el registro de enfermería y se escuchaban frases del estilo de:

- “Fulanita de tal, que está en la habitación x, ha sido contenido. Menganita de tal, que compararía habitación con Fulanita, se cambia a la habitación que quedó libre”.
- La situación y los motivos de la contención rara vez se describían con detalle, como si fuera una rutina habitual y la respuesta lógica ante las situaciones difíciles que surgían en la planta. Y menos aún se propiciaba una reflexión sobre las alternativas. Se aludía a menudo a la agitación. Se pasaba muy rápido por encima. El guion continuaba con “Se le ofrece medicación y se calma/duerme”.

Secuencias previas a la contención: Siguiendo con ese deseo de comprender, fui identificando algunas secuencias habituales que precedían a una contención mecánica (al menos cuando éstas se realizaban durante el día, ya que era muy habitual que se aplicarían también durante las guardias).

Aunque es algo sabido comúnmente, y que conocerán los aquí presentes, conviene señalar que cuando una persona se niegue a ingresar en la unidad, aumenta la probabilidad de que termine siendo contenida mecánicamente.

Algunas veces, la persona que estaba ingresada quería ver a su pareja, salir para ver a una persona cercana, realizar alguna actividad,... y no se le permitía. Se pone nerviosa ante la negativa, los profesionales también se oponen y ante la insistencia se crea una situación tensa que se resuelve atándole con correas a la cama. No parece exactamente la iniciativa del personal, sino más bien, parte de la cultura de la UHP.

También, solía dejarse una orden de atarles en caso de que las cosas se complicaran. Recuerdo a personas que se escaparon durante las salidas de las tardes y que a su regreso fueron atadas.

En raras ocasiones, cuando una persona había sido contenida en ingresos previos, se colocaban las correas de contención (previamente al ingreso) en la cama anticipando que en ese nuevo ingreso, se volverían a emplear, siguiendo una especie de profecía autocumplida.



Duración y retirada de las contenciones: lo habitual era que una persona permaneciera atada durante horas e incluso durante varios días (en ocasiones alrededor de 2-3 días).

De la contención de cinco puntos, se pasaba a la de tres puntos, se pasaba a la de un punto y se valoraba el estado psicopatológico de la persona (también incluía comentarios como: “¿Te vas a calmar?”) y finalmente se retiraba la contención.

Mi contacto con personas contenidas: tuve contacto directo con algunas personas contenidas ingresadas en la unidad. He de reconocer que en aquel momento no fue un contacto en el que yo tuviera una resonancia emocional especial en mí.

Recuerdo especialmente a dos personas. Un chico de 18 años que creía ser perseguido por la policía. Me mandaron aplicarle un MMPI. A los pocos segundos desistí. No podía moverse y gritaba más y más alto, y más tarde se daba golpes en la cabeza gritando “gora ETA”. Me enterneció verlo atado al ver su cara imberbe. Otra chica con problemas con la comida fue contenida y fui a saludarla con una compañera. Mientras tanto su compañera de habitación estaba también contenida y dormida. Observé que atar y sobremedicar solían ir de la mano.

El hospital de día

Un tiempo después realicé la rotación por hospital de día. Allí escuché muchas quejas que aludían al trato recibido en la unidad de hospitalización psiquiátrica, y particularmente a las contenciones: quejas de contenciones por salir a fumar, por negarse a participar en una actividad; quejas de provocaciones de profesionales que terminan en una contención. Muchas veces cuando alguien llegaba procedente de la unidad o era derivado a la misma, y ya la conocía por un ingreso previo, los pacientes preguntaban al recién llegado o se preocupaban por la persona que se marchaba. (Lo mismo presencié en HD-II, parece que a los menores también se les sujeta). Similares vivencias me transmitieron personas cercanas que tuvieron que ingresar en la unidad.

Durante los 6 meses que estuve en esta rotación, solo tengo noticia de una contención, una que no presencié directamente. Recuerdo perfectamente, el pasillo que recorre ese hospital de día vacío

y a los profesionales pidiendo a las personas ingresadas que no se acercaran al botiquín, mientras estas personas miraban a través del cristal de la puerta de la sala de espera, con expresión de inquietud, preguntando qué estaba sucediendo, qué no les contaban.

De estas situaciones vividas en la unidad y en el hospital de día, y de lo que las personas atendidas me comentaron fui comenzando a tomar conciencia del enorme sufrimiento que se asocia a las contenciones. También de que es una experiencia que marca durante un tiempo a menudo prolongado. Y del enorme temor que introduce en las personas ante los profesionales.

En la búsqueda de otra mirada: las lecturas que me acompañaron

Entre tanto, fue creciendo mi interés por conocer otras formas alternativas de comprender y de intervenir en las situaciones de crisis vital que sufren estas personas, sirviéndome a modo de “objeto transicional” en momentos de zozobra. Entre ellas, la Terapia de Mentalización, la Dialéctico-Conductual, la terapia sistémica,... y más adelante, las terapias dialógicas, la Terapia Narrativa, los Escuchadores de Voces, de Laing, Basaglia y también con algunos textos de sociología (Bourdieu, Rorty,..) y filosofía (Foucault, Wittgenstein, Rorty. etc.).

Se refieren todas ellas a perspectivas que otorgan un sentido y dotan de un significado humano a las experiencias vividas, por extrañas que puedan resultar a un observador ajeno en ese momento. Todas ellas me han hecho cuestionarme la práctica terapéutica que estaba realizando en cada momento, dándome cuenta de la distancia que hay entre las prácticas habituales en distintos lugares por los que pasé, los principios que las inspiraban y las que iba realizando y observando. Y de que las posibilidades terapéuticas eran más amplias de las que conocía hasta ese momento.

La rotación externa

Esa curiosidad e interés por conocer intervenciones distintas me llevó a buscar una rotación externa que abriera mi mente a comprender el sufrimiento mental y psicosocial humano desde

otras coordinadas. Roté en una planta de psiquiatría infanto-juvenil, con un modelo de trabajo completamente diferente. Allí, conocí los grupos multifamiliares, un modelo de trabajo mucho más horizontal de los que conocía. Estaba muy presente esa célebre frase, que si no recuerdo mal, se le atribuye a García Badaracco: “¿qué parte de ti habita en mí?”.

Desde que llegaron los psiquiatras que me acompañaron en aquella rotación a aquella planta (compaginaban la asistencia en dicha planta con las consultas del centro de salud mental infanto-juvenil) no se había atado a ningún chico en la unidad. Esta práctica se había sustituido por una intervención más humana, cercana, directa, que en lo teórico surgió de una mezcla entre la terapia sistémica y la psicodinámica. Lo relacional y biográfico era la base. Había situaciones complicadas, como era de esperar: intoxicaciones por drogas, chicos con crisis psicóticas que se ponían nerviosos y hacían amago de atacar a alguien,... Pero no pasaban de ahí. Las dosis de medicación, se revisaban abiertamente y solían ser bajas. El lenguaje que empleaban los profesionales para dirigirse a los familiares y los pacientes era un lenguaje cotidiano, sin tecnicismos, comprensible para todos.

Hubo un proyecto de adecuar las habitaciones para que la unidad se asemejara al máximo a un hogar. Esta propuesta fue bloqueada por la dirección y por las quejas de algunos padres que lo consideraron un gasto superfluo. No obstante, aún con recursos económicos escasos, el funcionamiento de la planta se acercaba mucho a esa idea, los niños y las niñas solían realizar las tareas escolares con la profesora, veían alguna película por las tardes, salían a dar un paseo a los alrededores,... los días que coincidía bajaban a la planta baja al grupo multifamiliar, coincidiendo con otros niños de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Los niños que pasaban por la planta hablaban de su ingreso como una experiencia positiva y útil a otros niños que no conocían esa experiencia.

Una complicación de aquel centro era que el personal no facultativo no tenía una formación específica y era un personal que trabajaba tanto en esta unidad como en la de adultos en la que regían unas reglas completamente diferentes, situación que a menudo generaba algunas confu-

siones en el desempeño de las tareas y fricciones entre las unidades.

La voz de las personas afectadas. VII Congreso Mundial de Hearing Voices y Locomún tuvo lugar en Alcalá de Henares los días 6 y 7 de noviembre de 2015, y fue organizado por la asociación Entrevoces. Las personas que se venían reuniendo para echar a andar aquel congreso me invitaron a participar en la organización del congreso, la traducción de materiales,... A decir verdad, mi participación en la organización fue bastante secundaria, pero no por ello una experiencia menos reveladora. Aquí, si se me permite haré una pequeña digresión sobre cómo fue aquello de organizar el congreso y de lo vivido aquellos días.

La organización fue sencilla por el enorme compromiso de ese grupo de personas. La idea original surgió en un encuentro con Olga Runciman (anterior presidenta de Hearing Voices Denmark) que vino invitada como ponente a un taller del Curso de la Esquizofrenia de 2014 que suele organizarse en Madrid anualmente. La fortuna de participar en la organización de este acontecimiento, me permitió descubrir algo que no había tenido oportunidad en mis años de profesional de la psicología clínica: que algunas personas con experiencias psiquiatrizadas y profesionales con una mirada crítica, muchas de estas personas procedentes de colectivos comunitarios, sumaban sus habilidades personales (capacidad creativa, entusiasmo, capacidad de organización, cuidados,..) en un proyecto común y en un acontecimiento vivo. Aquí mi homenaje para ellas. La participación fue todo un éxito, una fiesta de la diversidad mental: acudieron 400 personas y otras 200 personas se quedaron en lista de espera, sin poder acudir.

Me sorprendió la libertad con la que hablaban las personas que acudieron a aquel congreso, la gran mayoría pacientes (o “personas psiquiatrizadas”, como prefieren autodenominarse), acerca de cosas que veían, de voces que escuchaban o de otros fenómenos inusuales que experimentaban en su día a día sin miedo a que una posible subida de medicación, a un ingreso psiquiátrico o a una contención mecánica.

Posteriormente, Entrevoces desapareció y se creó Locomún. La participación en las asambleas y



en otros momentos más informales me permitió conocer las historias de dolor crudo, sin parape- tos diagnósticos ni tecnicismos, que algunas de estas personas han vivido en propia persona en su contacto con la salud mental y muy especial- mente con las contenciones mecánicas. De algu- na manera el contacto con estas personas (ahora compañeras) me ha llevado a escuchar el dolor experimentado por las personas que son atadas a una cama con mayor intensidad. Conocer cómo algunas de estas personas han sufrido lesiones al ser atadas a la cama, cómo han experimentado un intenso sentimiento de soledad, de humillación,... que sigue vivo mucho tiempo después. También he descubierto la solidaridad al compartir el su- frimiento y que este disminuye al ser compartido, escuchado y comprendido. Esta solidaridad se manifiesta de diversas maneras, entre otras, la de cuidar de una persona en una situación crítica, evitando un ingreso psiquiátrico o compartiendo experiencias comunes o no tan comunes.

El contacto con las personas del colectivo Loco- mún, así como con las de la plataforma “Dere- chos y Salud Mental”, me ha llevado a ampliar el foco proyectado sobre las prácticas de la contención mecánica y sus consecuencias, más allá de lo técnico, poniendo en el centro a las personas.

Otros espacios donde escuchar esta experiencia

Otros espacios comunitarios en los que partici- po y con los que mantengo contacto operan al modo de una matriz de reflexión crítica y cons- tructiva sobre los aspectos más preocupantes de la deriva que ha tomado la Salud Mental en las últimas décadas, en la que el uso habitual de la contención mecánica en una situación de crisis personal, preocupa y mucho y en los a menudo hemos pensado que conviene plantear reflexio- nes de calado al respecto.

Aunque hay una diversidad de experiencias y reacciones al ser atado a la cama, algunas per- sonas comparten experiencias con elementos comunes:

- Entre otras experiencias, una de las más comunes es el miedo a un ingreso, especialmente entre aquellas personas que ya han vivido esa situación previamente, y entre las situaciones temidas el ser atado a la cama es una de las más frecuentes.

- Otra de las situaciones vividas más traumáti- camente, especialmente por las mujeres, es el hecho de que un grupo numeroso de profe- sionales sea quien se encargue de retener a la persona y atarla a la cama. Especialmente si quienes las retienen son hombres y asocian un sentimiento de no poder escapar o defenderse de esa situación.

- Es común también que cuando la persona se encuentra relatando esa experiencia de sufri- miento, se bloquee, no pueda continuar con su relato, al emerger su dolor y los recuerdos en forma de imágenes, sensaciones, dolor... Hay ahí una vivencia traumática.

- Las personas a las que se les ha aplicado una contención mecánica de 5 puntos, a menudo re- latan un gran sufrimiento asociado con la falta de autonomía (no poder comer por su cuenta, la imposibilidad de levantarse para ir al baño (resultando con frecuencia en una pérdida del control de esfínteres y manchando el pijama y la cama, con un intenso sentimiento de ver- güenza y pérdida de dignidad), para salir de la habitación o sentarse en una silla, o para gesti- cular con las manos.

- Varias personas aseguran que sus familias no han sido informadas acerca de la aplicación de esta práctica cuando esto ha sucedido.

Señalar que, poco a poco van apareciendo en la literatura los efectos perjudiciales sobre la salud de la aplicación inapropiada de esta práctica (entre ellos el trombolismo venoso profundo) pudiendo llegar incluso a provocar la muerte en algunos casos.

Comentar, por último, que la aplicación de la práctica de la contención mecánica no se limita a las plantas de psiquiatría, sino que también se extiende a otras plantas hospitalarias cuando quien ingresa es una persona con diagnóstico de Salud Mental. Algunos profesionales y colectivos activistas denuncian que la duración de las contenciones en estas plantas puede incluso ser mayor que en la planta de psiquiatría.

Conclusión: Estas experiencias hablan de vivencias muy similares: la de haber sido fuertemente daña- dos. Por suerte se está empezando a hablar públi- camente de ellas y se intuye un giro en el horizonte.

Manuel Vázquez Díaz • manue1964nov@gmail.com

La Asociación Española de Neuropsiquiatría/Profesionales de Salud Mental nos dio la oportunidad de hablar en 1ª persona sobre la vulneración de los derechos humanos en salud mental en las VII Jornadas de Derechos Humanos de la AEN.

Por las caras que contemplamos al terminar nuestra intervención, nos dio la sensación de que el texto presentado no era precisamente lo que se esperaban... La revista: *Norte de salud mental* nos pidió un texto con intención de publicarlo en sus páginas y es este es. Agradezco la oportunidad que se nos ofrece para hablar en 1ª persona sobre los derechos humanos (o mejor dicho) la vulneración de los derechos humanos en salud mental. Las personas con problemas de salud mental hemos estado tan machacadas históricamente, que plantearnos esta vulneración no nos choca. ¿Os imagináis que esta breve intervención fuera sobre peritonitis o pulmonía y derechos humanos? Nos resultaría raro, fuera de lugar y la verdad es que lo estaría.

La locura ha sido definida y tratada en cada cultura y en cada época de una forma particular, de acuerdo con las ideas dominantes del momento. Por lo tanto, la locura no es un dato objetivo, sino un dato histórico y social. Las múltiples definiciones que ha recibido abarcan desde la locura mandada por los dioses como castigo en la antigua Grecia hasta la concepción biologicista de nuestros días.

Podíamos hablar de cuando a los locos se les expulsaba a los campos o se les metía en un barco sin timón, pasando por la hoguera o la cámara de gas. En fin, una larga lista de afrentas. Por ejemplo ¿sabíais que a Egas Moniz le dieron el premio nobel por su invención de la lobotomía? Bueno, la lobotomía ya no se practica, quiero decir, no se practica desde los años sesenta. Aunque se sigue aplicando TEC o terapia electroconvulsiva. Usan la palabra terapia, yo lo llamaría de otro modo.

Irónicamente, aquello con lo que los políticos no han querido acabar durante su mandato pueden lograrlo (gracias a las puertas giratorias) ahora que muchos de ellos han logrado merecido puesto en alguna compañía eléctrica... Porque al precio que se está poniendo la electricidad hoy en

día, a ver qué hospital es capaz de permitirse un electroshock.

La historia y los poderes siempre nos ha tratado como a “seres distintos”, escondiéndonos, encerrándonos, exterminándonos, convirtiéndonos en unos marginados de la sociedad. Una sociedad que normalmente ya de por sí suele ser reacia a aceptar al diferente. Por fortuna, vivimos unos tiempos en que se han realizado espectaculares avances en temas como los derechos animales.

La población, de forma generalizada, empieza a ver con malos ojos cosas que hasta hace poco no solo no eran consideradas actitudes negativas, si no que se consideraban (aún se sigue haciendo por parte de muchos) como muestras de cultura y tradición. Lanzar a una cabra de un campanario, atar teas ardiendo en la cornamenta de un toro, perseguir a un toro por un descampado con cientos y miles de personas intentando ser los primeros en darle muerte a lanzazos... Este tipo de actitudes han creado en los últimos tiempos grandes titulares en prensa, debido al malestar generalizado que este tipo de actividades despiertan en la conciencia de la población española.

Lamentablemente los problemas de los usuarios de salud mental siguen ocultos para el gran público, y únicamente aquellos que los sufrimos y su grupo de familiares y amigos más cercanos somos los que los vivimos día a día. Los locos somos el gran grupo “marginal”, suponemos un altísimo porcentaje de la población mundial, pero la imagen histórica, el estigma, las creencias populares impulsadas muchas veces por los medios de comunicación, el cine, la literatura... nos convierten en unos grandes desconocidos. A un loco se le perdona que lo sea cuando además de loco es un genio, Edgar Allan Poe, Van Gogh... trascienden de su etiqueta de locos debido a la genialidad de la obra que crearon en vida.

Manuel Vázquez Díaz, aquí presente, lamentablemente (y a pesar de lo que pueda pensar yo internamente) no tengo esa genialidad como defensa... ni esa genialidad ni a nadie.

Los grandes grupos “marginales”, (los marginados por temas relacionadas con raza, sexualidad,



religión,...) a lo largo de los últimos años han ido logrando con su lucha organizada y con el apoyo externo que han recibido grandes adelantos en el reconocimiento de sus derechos individuales y como colectivos.

Gran parte de los partidos políticos exhiben públicamente una gran sensibilidad con estos temas, llegando a desarrollar leyes para la normalización de situaciones históricamente injustas, como es la ley de matrimonio homosexual. Lamentablemente los locos carecemos de ese gran apoyo social y político, y el trabajo que realizamos las asociaciones es algo demasiado reciente como para que se vean sus efectos. Los derechos humanos de los locos están siendo vulnerados día a día, provocando muertes vinculadas a las contenciones mecánicas sin que la sociedad tenga un verdadero conocimiento del tema, y sin que la clase política demuestre ningún tipo de sensibilidad ni preocupación por esto.

Las leyes se dictan para los cuerdos. La libertad que es un bien sagrado, se le puede quitar a una persona digamos cuerda solo después de la intervención de jueces, fiscales y abogados. Siempre mirando por sus derechos. En cambio, a los locos nos pueden encerrar sólo con la palabra de un psiquiatra. Y esto sin haber cometido ningún acto violento o ilegal.

Los encierros forzosos están a la orden del día. Es cierto que la persona con diversidad mental puede pedir que venga un juez a certificar el encierro. Pero como me decía un psicólogo con 30 años de profesión nunca había visto rebatir la palabra de un psiquiatra por un juez. Ya veis la libertad de una persona queda en manos de otra con la complejidad que esto tiene. Y una vez se ha producido el encierro ya no hay ninguna ley que te ampare. Hablo de la medicación forzosa, de sobre medicación y nuestro caballo de batalla, las contenciones mecánicas.

Contención mecánica es un eufemismo para referirse a atar a las personas a la cama con unas correas por extremidades y tórax dejándote en una habitación, solo y aislado. Esto puede durar horas o días dependiendo, o eso parece, de la actitud que la persona tenga.

Cuando permitimos la restricción forzada de los movimientos de una persona estamos vulneran-

do sus derechos más esenciales, nos estamos convirtiendo en cómplices.

La situación es análoga con la que se vive con la instalación de barreras físicas para evitar los “asaltos” (pues este es el bélico lenguaje con el que los medios de comunicación los han bautizado) de las personas migrantes que quieren ingresar en Europa huyendo de las guerras, la pobreza, y las injusticias que, en muchas ocasiones, los intereses económicos y políticos de los mismos europeos hemos contribuido a crear. No nos damos cuenta de que esas verjas que instalamos para defendernos de los “asaltos” terminan por encerrarnos a los “privilegiados europeos” tanto como a los migrantes a los que queremos impedir la entrada.

Debemos ser conscientes de que las normas restrictivas que impone un gobierno utilizando el “miedo a lo distinto” como excusa suelen terminar siendo utilizadas contra aquellos a los que supuestamente se pretendía defender.

¿Y por qué hablamos de **una analogía de situaciones**?

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud hablan de que 1 de cada 4 personas sufrirán, a lo largo de su vida, episodios de trastornos mentales... Esto supone, con las normas existentes actualmente, que 1 de cada 4 de ustedes, en un momento de su vida verá como sus derechos más fundamentales quedarán a expensas de la decisión de una persona cuya educación no incluye ningún tipo de formación legal.

Hagamos una breve reflexión, miren a su alrededor, busquen a otras 3 personas... pues según las estadísticas una de ustedes se va a encontrar en esa situación. Y no hagan trampa contándome a mí... porque yo ya lo estoy. Al comenzar esta disertación he agradecido la oportunidad de hablar de la salud mental en primera persona... ahora son conscientes de que esa “primera persona” puede ser cualquiera de ustedes.

El sufrimiento que padece una persona al ser “contenido” en contra de su voluntad es algo que difícilmente puede expresarse en palabras. Y es mucho más difícil aun cuando al que tiene que buscar esas palabras con las que expresarse se

le revive nítidamente el trauma sufrido en esos momentos.

Os pido que entendáis que contener a una persona no es, tal y como supone la norma, proteger a esa persona y al personal sanitario y al resto de usuarios del sistema de salud mental de la agresividad momentánea de esa persona. Contener a alguien es anularla totalmente como persona, privarle de su dignidad humana y de su voluntad, y mantenerla en tal estado hasta que, totalmente desecho física y mentalmente, decide claudicar y pedir clemencia.

Las normas creadas, en un principio, para su uso excepcional (con el que tampoco estamos de acuerdo) en defensa del propio afectado y de aquellos de los que le rodean, se utilizan en realidad como método “correctivo” de su conducta, por haber llevado la contraria o no haber cumplido a rajatabla las reglas establecidas.

Estos abusos de la norma, son una flagrante vulneración de los derechos individuales del usuario de salud mental, en un momento de especial dependencia, debido al estado “legal” en que se encuentra el usuario, en el que la opinión del psiquiatra será en todo caso apoyada por un juez.

Los profesionales de salud mental sabéis que estas situaciones se dan día sí y día también en los centros de salud mental del estado, y que tenemos que acabar con ellas de una vez por todas. Los sistemas de salud mental con **contención** o ya están siendo utilizados con éxito en algunos países, mientras otros han optado por soluciones intermedias, como las contenciones físicas, químicas... Es primordial acabar inmediatamente con los abusos de la norma, así como ir avanzando en la aplicación de soluciones alternativas como las que hemos expuesto. Estas alternativas son una realidad que, con el apoyo de los profesionales de salud mental del estado, podrían implantarse también aquí.

No seamos cómplices, y sí parte de la solución. No sigamos permitiendo actitudes como las que hemos expuesto (y todos vosotros conocéis de primera mano), por ser costumbre, o casi “tradicción”. No dejemos que se arroje a la cabra del campanario... ni que me aten a mí a una cama por estar como una cabra.

A mí me han atado, esto puede sonar baladí, pero no lo es en absoluto. Mis amigos profesionales me dicen que soy chungo porque les digo que no tienen ni idea de lo que es que te contengan. Pues bien, insisto en que no tienen ni idea. Vosotros no tenéis ni idea, si no te han contenido contra tu voluntad no sabes lo que es eso. En las jornadas de la revolución delirante, hubo quien se levantó, y pidió perdón por haber atado, bien, yo no perdono. En mis 53 años de vida, nunca he atado a nadie y he comido casi todos los días. Hay quien dice que lo hacen porque sus jefes los instan y no se pueden negar, aunque sea un poco exagerado... Creo que era Eric Fromm el que decía que el problema no es Hitler sino el sargento que pulsa el botón y gasea a 100 judíos, y luego se va casa a jugar con sus hijos.

Queridos profesionales, el daño que hacéis, que a mí me habéis hecho no tiene perdón. La contención mecánica es una forma de tortura, si contienes si lo sabes y te callas eres un torturador con todas las letras, yo no olvido ni perdono. Y usare este foro, y todos a los que tenga acceso para denunciar las contenciones mecánicas, y todas las vulneraciones de derechos que se nos infligen.

La ley lo permite pero la ética del profesional debe estar por encima de la ley. La objeción de conciencia debe ser un arma valiosa en manos del profesional, para terminar quiero decir una vez más que si no te han atado no sabéis lo que es, que cuando atáis o mandáis a un sitio donde sabéis que se ata estáis siendo cómplices. Lo siento por mis amigos profesionales pero esa es la verdad.

Para todos es evidente que allí donde hay poder hay gente dispuesta a aprovecharse de él en su propio beneficio, ya sea económico, político, o simplemente para satisfacer unos deseos muchas veces malsanos que de otra manera no podría ver cumplidos. Políticos corruptos, grandes empresarios defraudadores capaces de hacer cualquier cosa en su propio beneficio... Sacerdotes, entrenadores infantiles, profesores de primaria que aprovechan su situación de poder para cometer abusos sexuales.

Hace poco conocíamos casos de las orgías sexuales de los directivos de una asociación de



voluntariado social... Policías, militares o porteros de discoteca que dan rienda suelta a su vena más violenta valiéndose de su profesión... ¿Nos encontramos con lo mismo en la psiquiatría actual? ¿Alguno de vosotros siente que se ha unido a esta profesión no por el bienestar e integridad del paciente?

Alguno de vosotros, en contra de lo que marca el código ético de la psiquiatría firmado en 1996 en España, El psiquiatra debe ayudar al paciente proporcionándole el mejor tratamiento disponible. Debe llevar a cabo intervenciones terapéuticas mínimamente restrictivas para la libertad del paciente.

La relación terapeuta-paciente se basa en la confianza mutua y el respeto, lo que permite al paciente tomar decisiones libres e informadas.

Se podría estar hablando largas jornadas de la ética de la psiquiatría en torno al trato que se da al paciente... pero el tema para mí es mucho más sencillo.

Hablábamos antes de que una de cada cuatro personas en el mundo sufrirá en algún momento de su vida algún tipo de enfermedad mental... La cuestión es bien sencilla, la mayoría de ustedes son profesionales de salud mental... ¿estarían tranquilos si supieran que el personal que va a encargarse de su caso va a tratarle como usted lo ha hecho con alguno de sus pacientes...? Analicen internamente sus actuaciones, contéstense a sí mismos con sinceridad y perdónense sus culpas si pueden... Yo ya les he dicho que no puedo hacerlo.

Las personas con enfermedad mental, cuando se tratan adecuadamente, no suponen aumento del riesgo de violencia sobre la población en general. La violencia puede venir más de un problema en los pacientes diagnosticados de ciertos trastornos de la personalidad y de dependencia de sustancias. El impacto global de la enfermedad mental como un factor en la violencia que ocurre en la sociedad en su conjunto parece ser exagerada, posiblemente contribuye a la intensificación de la estigmatización que rodea los trastornos psiquiátricos.

- Recibido: 15/2/2018.
- Aceptado: 10/5/2018.

Programa de prevención de violencia machista en personas con trastorno mental grave.

Prevention program for sexist violence suffered by people with severe mental disorder.

Juan González Cases.

Doctor psicólogo clínico. Director Centro de Rehabilitación Psicosocial Alcalá de Henares. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Comunidad de Madrid (Gestión técnica Grupo EXTER S.A.).

Resumen: La investigación destaca el alcance de la violencia de pareja hacia mujeres con trastorno mental grave. En este artículo se presenta un programa de prevención de violencia machista para jóvenes con trastorno mental grave. Este programa se lleva a cabo desde 2014 en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares (Madrid). Se describen la necesidad del programa, la metodología utilizada, los módulos y contenidos y algunos resultados obtenidos. Se concluye con algunas recomendaciones al respecto.

Palabras clave: trastorno mental grave, violencia machista, rehabilitación psicosocial.

Abstract: The research highlights the magnitude of domestic violence experienced by women with severe mental illness by their partners. This article introduces a prevention program for sexist violence suffered by young people with severe mental disorder. This program has been active since 2014 at the Psychosocial Rehabilitation Center of Alcalá de Henares (Madrid). The need for the program, the methodology used, the modules and contents and some results are described here. It concludes with some pertinent recommendations.

Key words: severe mental disorder, violence against women, psychosocial rehabilitation.

Introducción

La violencia de género es considerada desde la década de los 90 como un problema prioritario de salud pública mundial por la extensión, la magnitud y las consecuencias sanitarias, sociales y psicosociales que acarrea (1,2). Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS señalan que el 30,0% de las mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su

pareja en algún momento de su vida. El 38% del número total de homicidios femeninos que se cometen en el mundo se deben a la violencia por parte de la pareja o expareja (3).

En España, según los datos de la última Macroencuesta el 12,5% de las mujeres mayores de 16 años han sufrido violencia física y/o violencia

sexual de sus parejas o exparejas en algún momento de su vida y el 2,7% la han sufrido en los últimos doce meses (4).

La prevalencia de la violencia contra la mujer aumenta de forma significativa cuando, además de la violencia física y sexual, se considera la violencia psicológica. Se estima que en torno al 10% de las mujeres residentes en España han sufrido en los últimos doce meses violencia (física y/o sexual y/o psicológica) por parte de su pareja o expareja (5).

Dicha problemática se agrava cuando el colectivo que lo sufre es el de mujeres con discapacidad (6-9) y especialmente cuando la mujer sufre un trastorno mental grave (10-14). Tanto en documentos internacionales como nacionales y autonómicos se señala la importancia de prestar especial atención a los colectivos o situaciones de mayor riesgo de sufrir malos tratos (mujeres mayores, inmigrantes, embarazadas... y personas con discapacidad) (15). Un reciente estudio realizado en nuestro entorno con mujeres con trastorno mental grave constaba que la prevalencia de sufrir violencia machista por parte de su pareja o expareja en los últimos meses era del 30,0% y de haberla sufrido en algún momento de su vida adulta era del 79,6% (16). Estas prevalencias multiplican por 2 ó 3 el riesgo de sufrir maltrato respecto a mujeres de población general (4,5,17,18).

La alarmante extensión del fenómeno de la violencia de pareja hacia mujeres con trastorno mental grave fue la principal razón que justificó el diseño e implementación de un programa específico para intentar abordar preventivamente algunas de las variables que parece que juegan un papel significativo en la violencia machista, especialmente las relacionadas con las actitudes machistas, patriarcales y de control (19,20).

Además, en torno al 30% de las personas atendidas en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (en adelante CRPS) tiene menos de 30 años y muchas de ellas con relaciones afectivas recientes o con deseos de tenerlas. Es este colectivo, sin pareja aún o con pareja reciente, sobre el que se va focalizar el programa de prevención objeto de este escrito. Situaciones de violencia manifiesta en relaciones más consolidadas, se abordarán

en el CRPS desde un enfoque más individual y de coordinación y complementariedad con otros servicios especializados en violencia de género.

Por otro lado, el ser un programa especialmente dirigido a personas jóvenes, no es ajeno a las tendencias observadas en jóvenes de población general que constatan un alarmante aumento de comportamientos de violencia contra las mujeres y actitudes machistas en este colectivo (21,22,23).

Señalada la dimensión del problema de la violencia en este colectivo y la utilidad de programas preventivos en otros contextos o ámbitos, especialmente el educativo (19,24) se diseña y se pone en marcha este programa con personas con trastorno mental grave con el propósito de intentar disminuir la violencia machista a través de estrategias preventivas de sensibilización y concienciación. El programa se desarrolla en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares que atiende a personas con trastorno mental grave derivadas por el Centro de Salud Mental de referencia.

Programa de prevención de violencia machista

Objetivos:

El objetivo general sería prevenir la violencia de pareja en personas jóvenes con trastorno mental grave que han iniciado recientemente o tienen deseos de establecer una relación de pareja.

Este objetivo general se puede concretar en los siguientes objetivos específicos:

- Cuestionar ideas preconcebidas sobre el otro género y las relaciones de pareja.
- Identificar situaciones de maltrato sutil.
- Establecer relaciones afectivas más equilibradas.

Destinatarios:

Jóvenes con trastorno mental grave atendidos en el CRPS y con interés en establecer relaciones de pareja o con relaciones de pareja recientes.

Metodología:

La metodología para desarrollar este programa sería en formato grupal, con un número de parti-

cipantes variable entre seis y doce participantes. Las sesiones serían de frecuencia semanal de una hora de duración. La duración total del programa es flexible en función de la participación e intereses de los asistentes y de la profundidad con la que se aborden los temas. La duración habitual suele ser de unas quince sesiones.

Los contenidos se desarrollaran en base a discusión abierta de los asistentes sobre los conceptos planteados y la elaboración conjunta de las conclusiones o aspectos claves a resaltar en cada tema tratado. Los contenidos serán trabajados además con el visionado y discusión de videos propuestos para la temática concreta. También se dispondrá de otro tipo de material de apoyo: folletos, publicaciones, lecturas, periódicos, cuestionarios, ejercicios, etc.

Los grupos son mixtos pero están inicialmente diseñados para desarrollar algunos módulos o temas en grupos agrupados por sexo. Es decir, algunos módulos se impartirían a todo el grupo y otros módulos se impartirían en subgrupos solo de hombres y solo de mujeres. Así habría un subgrupo de hombre y otro de mujeres separados en los primeros contenidos y se juntarían en un grupo mixto en el modulo de “relaciones de buen trato” y “sexualidad”. La introducción y encuadre del programa se realizaría también en el grupo mixto completo. Los materiales, los contenidos y la metodología de las sesiones difieren en algunos aspectos entre los grupos de hombres y los de mujeres al que incorporan la perspectiva de género en el diseño de los materiales a trabajar e incidir más en algunos aspectos relevantes para las mujeres. Así, en el grupo de mujeres se hace un mayor énfasis en los temas relacionados con los mandatos de género, la desigualdad, los mitos sobre el amor romántico, la detección precoz de comportamientos violentos y el empoderamiento de la mujer.

Los profesionales que participan en el programa son psicólogos y terapeuta ocupacional del CRPS. También participa en la sesión introductoria del programa el psicólogo del Centro Asesor de la Mujer de la Concejalía de Igualdad del Ayuntamiento de Alcalá de Henares. El módulo de “sexualidad y anticoncepción” es impartido por una técnico de la Asesoría de Información Sexual del Centro de Información, Documen-

tación y Asesoramiento Juvenil (CIDAJ) dependiente de la Concejalía de Juventud del Ayuntamiento de Alcalá de Henares. Este módulo se imparte en las dependencias de Juventud del Ayuntamiento.

Los contenidos de este programa también son tratados de forma transversal en otros programas que se realizan en el CRPS. El respeto al otro, el equilibrio en las relaciones, el buen trato, etc. son objetivos transversales que estarán presentes en las intervenciones individuales que se realicen, en los grupos de habilidades sociales, ocio, salud, etc.

Contenidos:

El programa se desarrolla a través de cinco módulos. Antes del inicio de los módulos se hace una sesión de presentación/introducción impartida por el psicólogo responsable del programa y por el psicólogo del Centro Asesor de la Mujer. En esta sesión se señala la importancia de establecer relaciones de pareja, igualitarias, respetuosas y libres de violencia. Además se comentan los objetivos del programa, los contenidos y el encuadre del grupo. También se explican las funciones y prestaciones del Centro Asesor de la Mujer y la forma de acceso.

Los cinco módulos que se imparten a continuación son:

Módulo 1. “Socialización del género”

Se abordan los siguientes temas: diferencia entre sexo y género, roles y mandatos de género, el patriarcado, cómo se socializa el género, fuentes de socialización (periódicos, sistema educativo, familia, TV, películas, etc.). Para desarrollar estos contenidos se utiliza abundante y variado material: catálogos de juguetes, cuentos infantiles, películas (especialmente dibujos animados de Disney), videos, lecturas. A modo de ejemplo: una práctica que se hace en sesión es revisar el periódico del día, contar el número de fotos de noticias en las que la figura central es un/os hombre/s y en las que es un/a mujer/es. Se compara la desproporción y después se analiza la temática periodística en la que es más frecuente que aparezcan hombres y en las que es más frecuente que aparezcan mujeres (política, sucesos, deportes, moda, etc.).

Módulo 2. “Amor romántico”

Los principales temas a tratar serían: qué es el amor, teorías y perfiles del amor: intimidad, pasión y compromiso, características del amor romántico y mitos del amor romántico (“media naranja”, “estar predestinado”, “es para siempre”, etc.).

Los contenidos teóricos son apoyados con material escrito, canciones, videos, cuentos infantiles, películas, ejercicios, etc. A modo de ejemplo: se pide a los asistentes que de forma individual rellenen una tabla en la que intenten operativizar el amor en los siguientes componentes: pensamientos, sentimientos, sensaciones (corporales), conductas y deseos.

Módulo 3. “Micromachismos”

En este módulo se explican los que son los micromachismos y se ejemplifican. Los asistentes tienen que proponer ejemplos de micromachismos de su vida cotidiana. Se utiliza material de video con roles cambiados, viñetas, lecturas, etc.

Módulo 4. “Maltrato y relaciones de buen trato”

La primera parte de este módulo, el maltrato, pretende que los asistentes puedan identificar situaciones cotidianas como maltrato, el maltrato sutil. También se aborda cómo se gesta una situación de maltrato y el ciclo de la violencia. Por último se intenta cuestionar mitos sobre la violencia de género. Fundamentalmente se utiliza como material de apoyo videos, lectura y escala. Por ejemplo, se pide que en sesión se rellene la escala SOPAS (Escala de Abuso Psicológico Sutil y Manifiesto a las Mujeres) (25). Una vez cumplimentada la escala por cada asistente se van comentando los diferentes ítems.

En la segunda parte de este módulo, “relaciones de buen trato”, se reagrupan los grupos de mujeres y hombres y se vuelve a constituir un único grupo mixto. Se aborda el tema del buen trato y se intenta operativizar en las relaciones de pareja. Se utilizan también videos, lecturas y ejercicios. Por ejemplo se pide que cada persona cumplimente en una hoja lo que él o ella consideran que son comportamientos de buen trato, después se ponen en común en el grupo, se confecciona un listado con las aportaciones

de todos, se fotocopia y se reparte una hoja para cada asistente. (Algunos ejemplos de buen trato señaladas en los grupos: *Cuidado mutuo; Salir juntos; Besos, caricias, mostrar afecto; Acompañar a la pareja si quiere; Animar, valorar, elogiar; Compartir tareas; Dialogar; Organizar planes conjuntamente; Empalmar; Apoyar a la pareja; Regalar una sorpresa....*).

Módulo 5. “Sexualidad y anticoncepción”

Este módulo, que puede durar una o dos sesiones de unos noventa minutos cada una, lo imparte la técnico de sexualidad de la Concejalía de Juventud del Ayuntamiento. Se aborda la cuestión de las relaciones sexuales desde la premisa de la libertad sexual y respeto en las relaciones sexuales. Se hace hincapié en el significado del lema “no es no”. Se discute sobre el concepto de placer, las prácticas sexuales seguras, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y los métodos anticonceptivos. Se ofrece la posibilidad de asesoría sexual individual a los asistentes.

El grupo finaliza con una sesión de repaso y valoración del desarrollo del programa. Se aplica un cuestionario en el que los asistentes valoran diferentes aspectos del grupo.

Resultados:

El primer grupo se puso en marcha en 2014 y se han realizado cuatro ediciones del taller con la participación de 49 personas, 18 mujeres y 31 hombres. Respecto al desequilibrio entre hombres y mujeres que han participado en el taller ha de tenerse en cuenta que el porcentaje de ocupación de mujeres en el CRPS ronda el 40%. En la actualidad se está desarrollando una quinta edición. A continuación se ofrecen algunas medidas indirectas sobre la pertinencia y validez del programa. Señalar que no se dispone de medidas objetivas de evaluación de resultados.

Se agrupan los resultados de las cuatro ediciones realizadas del programa y se ofrecen datos totales y desagregados por sexo:

- Porcentaje de abandonos: Se produjeron 12 abandonos (7 mujeres, 5 hombres) con lo que el grado de retención del programa fue del 75,5% (61,1% en mujeres y 83,4% en hombres).

- Porcentaje de asistencia a las sesiones: La asistencia global de las personas a las sesiones del programa fue del 67,7%: 75,5% en mujeres y 64,3% en hombres.
- El 40,7% de las faltas que se han producido a las sesiones del programa han sido por causas justificadas (citas médicas, gestiones, viajes, etc.). Desglosado por sexos, el 38,6% de las faltas fueron justificadas en mujeres y el 42,7% en hombres.
- Grado de participación de los asistentes: a juicio de los profesionales que implementaron el programa la participación de los asistentes ha sido muy alta. Esto puede ser debido al interés de los participantes y al planteamiento metodológico seguido en las sesiones y que se basaba en la discusión/debate de los participantes y la elaboración de conclusiones.
- Valoración de los profesionales: en una valoración global de la adecuación del programa a los objetivos planteados se consideró una puntuación media de 4 puntos (siendo una escala con una puntuación máxima de 5 y mínima de 1).
- Cuestionario de evaluación del programa por parte de los participantes: al final del programa se aplicó a los participantes un cuestionario anónimo de valoración del programa. No se pueden presentar datos desagregados por sexo ya que en el cuestionario no se solicitaba ningún dato personal. La escala presenta ítems con 5 alternativas, de “muy insatisfecho” a “muy satisfecho”. La mayoría de las respuestas se situaban en torno a “bastante satisfecho”. El 55,5% considera el programa “muy útil”, el 16,6% “bastante útil” y el 27,7% restante “útil”. Nadie señaló las opciones “poco útil” o “muy poco útil”. Resultados similares se observan cuando los asistentes valoran la satisfacción global con el programa.

Conclusiones:

En base a la experiencia desarrollada en el programa y a los resultados obtenidos se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- El programa parece que cumple los objetivos propuestos. Los contenidos, duración y meto-

dología utilizada, con algún pequeño ajuste, parecen pertinentes.

- La participación y colaboración de otros agentes comunitarios, en esta experiencia concreta el área de Mujer y de Juventud del Ayuntamiento de Alcalá de Henares, ha sido de extraordinaria importancia. No solo por sus efectos en la normalización y visibilización del colectivo sino como instrumento facilitador para que las mujeres que participaron en el programa y que en un futuro puedan sufrir violencia por parte de sus parejas, acudan a estos servicios comunitarios con mayor facilidad al conocer ya a algunos de sus profesionales.
- La incorporación de la perspectiva de género parece que favorece una mejor adecuación de los objetivos, metodología y contenidos del programa a las necesidades de las mujeres con trastorno mental grave.

Recomendaciones:

- Puede parecer pertinente la incorporación al programa de un instrumento estandarizado para evaluar el cambio en las actitudes y comportamientos hacia la violencia de género de los participantes en el programa.
- Parece adecuado que este programa forme parte del menú de programas que conforman la cartera de servicios del Centro de Rehabilitación Psicosocial y pueda ser impartido al mayor número de personas posible con especial prioridad a las mujeres.
- Parece adecuado que este programa, o aborda-je similares que pretendan prevenir la violencia de género, deberían diseminarse en otros servicios y dispositivos que atiendan a mujeres con trastorno mental grave por ser éste un colectivo de especial vulnerabilidad y riesgo de sufrir violencia de género.
- Incorporar con más intensidad acciones de empoderamiento de las mujeres que participan en el programa.

Contacto

Juan González Cases • jgcases@grupoexter.com

Centro de Rehabilitación Psicosocial Alcalá de Henares
C/ Pablo Coronel, 18 • 28802 Alcalá de Henares • Madrid

Tel.: 918 823 884 / 918 823 984

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. *Resolución WHA 49.25: Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública*. OMS.49ª Asamblea Mundial de la Salud. 1996. [Consultado el 28 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
2. Organización Mundial de la Salud-OMS. *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2005.
3. WHO. World Health Organization. *Global and regional estimates of violence against women*. Ginebra: World Health Organization; 2013.
4. Delegación Gobierno para la Violencia de Género. *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2015.
5. Lasheras ML, Pires M, Zorrilla B, Sánchez L, Seoane L, Morant C. *Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud y Agencia Laín Entralgo; 2008.
6. Barrett KA, O'Day B, Roche A, Carlson BL. Intimate Partner Violence, Health Status, and Health Care Access Among Women with Disabilities. *Women's Health Issues* 2009; 19: 94-100.
7. Smith D. Disability, Gender and Intimate Partner Violence: Relationships from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Sexuality & Disability* 2008; 26: 15-28.
8. Brownridge DA. Partner Violence Against Women With Disabilities: Prevalence, Risk y Explanations. *Violence Against Women* 2006; 12: 805-822.
9. Casteel C, Martin SL, Smith JB, Gurka KK, Kupper LL. National study of physical and sexual assault among women with disabilities. *Injury Prevention* 2008; 14: 87-90.
10. Szeli E, Pallaska D. Violence against women with mental disabilities: the invisible victims in CEE/NIS countries. *Feminist Review* 2004; 76: 117-119.
11. Friedman SH, Loue S. Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. *J. Womens Health (Larchmt.)* 2007; 16: 471-480.
12. Bentsson-Tops A, Tops D. Self-reported consequences and needs for support associated with abuse in female users of psychiatric care. *International Journal of Mental Health Nursing* 2007; 16: 35-43.
13. Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Gnew-Davies R, Feder G. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychol.Med.* 2010; 40: 881-893.
14. Chang JC, Cluss PA, Burke JG, Hawker L, Dado D, Goldstrohm S et al. Partner violence screening in mental health. *General Hospital Psychiatry* 2011; 33: 58-65.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Protocolo común para la actuación*

- sanitaria ante la Violencia de Género*. Informes, Estudios e Investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [Consultado el 28 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/QueHacer/protocoloActuacion/ambSanitario/DOC/PSanitarioVG2012.pdf>
16. González Cases J, Polo Usaola C, González Aguado F, López Gironés M, Rullas Trincado M, Fernández Liria F. Prevalence and Characteristics of Intimate Partner Violence Against Women with Severe Mental Illness: A Prevalence Study in Spain. *Community Mental Health Journal* 2014; 50(7): 841-847.
 17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Macroencuesta de violencia de género 2011. Principales resultados*. Madrid: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [Consultado el 28 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf
 18. Montero I, Ruiz-Perez I, Martín-Baena D, Talavera M, Agüir V, Vives-Cases C. Violence Against Women From Different Relationship Contexts and Health Care Utilization in Spain. *Women's Health Issues* 2011; 21: 400-406.
 19. Hernando Gómez A. La prevención de la violencia de género en adolescentes. Una experiencia en el ámbito educativo. *Apuntes de Psicología* 2007; 25(3): 325-340.
 20. González-Ortega I, Echeburúa E y de Corral P. Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual* 2008; 16(2): 207-225.
 21. Centro Reina Sofia. Proyecto Scopio: *Primer Barómetro 2017. Datos género*. Madrid; 2017. [Consultado el 28 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.proyectoscopio.es/images/barometro/2017_III.pdf
 22. Delegación Gobierno para la Violencia de Género. *Percepción de la violencia de género en la adolescencia y la juventud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2015.
 23. Díaz-Aguado Jalón MJ, Martínez Arias R y Martín Babarro J. *La evolución de la adolescencia española sobre la igualdad y la prevención de la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación Gobierno para la Violencia de Género; 2013.
 24. Díaz-Aguado MJ. Adolescentes, sexismo y violencia de género. *Papeles del psicólogo* 2003; 84: 35-44.
 25. Buesa S, Calvete Sumadle E. Adaptación de la escala de abuso psicológico sutil y manifiesto a las mujeres en muestra clínica y de la comunidad. *Anales de psicología* 2011; 27(3): 774-782.

- Recibido: 1/4/2018.
- Aceptado: 28/5/2018.

Violencia sobre las mujeres. La reacción de un sistema perverso.

Violence against women. The reaction of a perverse system.

Yolanda Resano.

Psicóloga, colabora con distintos programas de intervención en violencia de género, intervención en crisis y emergencias en Navarra, Psylan-Psicología, miembro de Ehuleak Comisión para la Investigación de Malos Tratos de Navarra.

Ainara Iraizoz.

Psicóloga colabora en el programa de atención a víctimas en Navarra; Psylan-Psicología, miembro de Ehuleak Comisión para la Investigación de Malos Tratos de Navarra.

Resumen: Recibimos información del exterior, como por ejemplo de las mujeres refugiadas, sobre la violencia que sufren sin cuestionarla. ¿Por qué lo hacemos cuando está en la puerta de al lado? La forma en que recibimos esa información es fundamental, los sistemas de comunicación condicionan nuestra perspectiva. Cuando recibimos los mensajes con doble sentido o mensajes paralelos ¿Qué efecto tiene? Se generan dobles vínculos que nos impiden evaluar la realidad de forma objetiva y nos llevan a generar ideas falsas. Los medios de comunicación son partícipes de este sistema que lleva a la población a la confusión, los cuales tienen una responsabilidad social importante y que favorecen un sistema de desigualdad entre hombres y mujeres. Alimentan la idea de la violencia como parte del individuo y rompen la de la violencia de género como sistema estructurado de esta sociedad. La solución para la violencia de género hoy en día sigue partiendo de un modelo patriarcal ¿Hay otras? ¿Cuál queremos las mujeres? La inclusión de una perspectiva de género real en el sistema judicial es básica para asegurar la protección de las víctimas. Y potenciar un modelo comunitario que aborde la problemática sería muy eficaz para empoderar a las mujeres que sufren las distintas violencias así como para la implicación de los hombres en el proceso de cambio hacia una sociedad igualitaria; tanto para las personas refugiadas como para las que puedan estar en la puerta de al lado.

Palabras clave: Violencia sobre las mujeres, reacción, género, feminicidio, negación, vulnerabilidad, comunicación, doble vínculo, comunicación paradójica, perverso, sistema, indefensión, revictimización, agresor, perpetrador, maltrato, violación, guerra, redes sociales, comunidad, perspectiva de género.

Abstract: We receive information from abroad about refugee women and the violence they suffer without questioning it. Why do we accept this when it is next door? The way we receive the information is basic. Communication systems condition our point of view. When we receive messages with a double meaning or parallel messages, what effect do they have? They generate double bonds which prevent people to evaluate facts objectively and lead them to create false ideas. Media is part of this system that

causes confusion among the population. They have an important social responsibility and boost an inequality system between men and women. They support the idea of the violence as part of the individual himself and breaks the concept of gender violence as a structured system of this society. Nowadays, the answer to gender violence is still based on a patriarchal model. Are there any other possibilities? Which one is the solution women would prefer? The inclusion of a real gender perspective in the judicial system is elementary to ensure the protection of victims. Moreover, the development of a community model that tackles the problem would be effective to empowering women who suffer several types of violence as well as for the involvement of men in the change towards an egalitarian society; both for refugees and for those who may be next door.

Keywords: Violence against women, reaction, gender, femicide, denial, vulnerability, communication, media, double bind, paradoxical communication, perverse, system, establishment, system, helplessness, abuser, abuse, rape, social network, community, gender perspective

Según el informe de la Comisión de ayuda al refugiado del año 2017 algunas de las principales causas de persecución por motivos de género son:

- Violencia sexual, matrimonio forzado, mutilación genital, orientación sexual e identidad de género, feminicidio, esterilización forzada, aborto selectivo, crímenes de honor, trata de personas con fines de explotación.
- Dentro de las mujeres solicitantes de asilo por motivos de género hay “perfiles muy diferentes” pero que comparten “haber sido **discriminadas** no solo por sus Estados, sino dentro de sus comunidades o de sus propias familias”.
- De las más de **65 millones** de personas desplazadas en el mundo alrededor de la **mitad son mujeres y niñas**.
- En 2016, **más de 6.300 mujeres** presentaron una solicitud de **protección internacional en España**.
- El año pasado **más de 61.000 mujeres** llegaron a Europa a través del **Mediterráneo**, la ruta migratoria más mortal del mundo.
- Un **80% del tráfico de personas** lo sufren mujeres y niñas.

Una de cada tres mujeres en el mundo ha sido **golpeada, maltratada u obligada a mantener relaciones sexuales** a lo largo de su vida

Seguramente casi cualquier persona que lea estos datos no dudará de su veracidad, tal vez simplemente se horrorice y siga con su día a día o tal

vez le impulse a hacer algo, a leer algo o sólo sea un tema más de conversación. Mientras, aquí en la puerta de al lado, la violencia sobre las mujeres es constantemente cuestionada y negada. La negación como reacción social es ya una vieja conocida, la idea de que parece que algunas personas insisten en mirar hacia una dirección mientras que otras se empeñan en ignorar el problema. ¿Cómo es posible que la violencia de género aquí en la puerta de al lado pase en un tweet de ser una lacra social a ser el delirio exagerado y engañoso de una minoría hembrista y radicalizada?

¿Por qué vemos de forma distinta lo de fuera y lo de dentro?, ¿es más fácil asumir el problema, cuanto más ajeno, distante y lejano lo sentimos? En el iceberg de la violencia, el extremo es lo más visible, en la puerta de al lado se han normalizado y sostenido como realidad, ciertas creencias que mantienen a las mujeres dentro de un ciclo de la violencia social, institucional y político.

El pasado 25 de noviembre mientras por un lado asistíamos a todo un elenco de actos para mostrar el más abierto rechazo a la violencia sobre la mujer y el mejor de todos los compromisos para su erradicación, las televisiones nos ofrecían en su parrilla Prety Woman y 50 sombras de Grey. ¿Es casualidad? ¿Hay dos escenarios paralelos? Como ejemplo, sin darle más importancia, quisimos comprobar que imágenes nos traía en primer lugar el buscador de Google cuando introducíamos las palabras “Comunicación Violenta”. Curiosamente en ninguna de ellas podíamos ver a una mujer que era tratada agresivamente, ninguna de

ellas ofrecía una mujer en el rol de víctima. Pero sí había un buen número de imágenes con mujeres expresando agresividad, en el rol de agresoras. Nos sorprende... ¿o no?

Vamos a hablar sobre unos conceptos de la comunicación para poder explicar qué pretendemos transmitir en este escrito. Para ello diremos que podemos diferenciar dos niveles claros:

El nivel digital: qué se dice y **el nivel analógico:** qué se quiere decir. El uso del doble sentido (cuando lo que decimos no concuerda con lo que queremos decir) es una herramienta propia del maltrato psicológico. Así por ejemplo:

Cuando una mujer informa a su pareja de que va a salir con su amiga el hombre le contesta: “Tú sabrás lo que haces”. Y esta mujer se encuentra ante una cadena de problemas que la llevan a encontrarse en una situación de vulnerabilidad:

- 1º Tiene que hacer una inferencia: ¿qué quiere decirme realmente? Ya que no desapruueba mi conducta directamente, pero sí lo transmite de forma indirecta.
- 2º Se genera la sensación de no estar haciendo lo correcto con independencia de la elección escogida, ya que si hago lo que quiero me sentiré mal porque esa persona no lo aprueba, y si no lo hago tampoco ya que va contra mi deseo.
- 3º Esto generará sentimientos de miedo y frustración y por tanto se encontrará en una situación de **vulnerabilidad**.

Por un lado, están los mensajes de doble sentido, y por otro están los mensajes explícitos como respuesta a los mensajes claros y que los contradicen haciendo de “pero también” más conocido como *el borrador universal*. A continuación, algunas imágenes y frases de ejemplo:



¿La violencia no tiene género? En la imagen ¿Es la figura masculina la que aparece con un ojo morado?



Estos mensajes los recibimos las mujeres tanto en el ámbito más cercano como en los distintos espacios de comunicación: sociales, familiares, medios de comunicación, etc. Y se llama **comunicación paradójica**.

Constantemente se reciben mensajes contradictorios respecto a las conductas emitidas por las mujeres sobre todo en materia de violencia, lo cual genera inmovilismo tanto a nivel personal como social. Cuando las mujeres escuchamos mensajes como:

- “Denuncia la agresión” y después “¿cómo puedes seguir con tu vida tan normal después de lo vivido?” o “Pero ¿qué blanda eres?”
- “Es mejor no oponerse ante una agresión como forma de protección” y después “Es que no se opuso” como justificación para no condenar.
- “No pasa nada si no denuncias, lo importante es que tú estés bien” y después “Si no denuncias tú tienes la culpa de que un violador siga suelto”.
- “Eres libre de hacer lo que quieras” y después “¿Pero qué hacías sola y a esas horas por ahí?”.
- “El hombre no es acosador por naturaleza” y después “Los instintos sexuales del hombre son incontrolables”.
- “Hazte respetar” y después “Bueno, que solo te ha tocado el culo, no exageres, ¿cómo vas a denunciar eso?”

Este **doble vínculo** que se hace por sistema, y en muchas ocasiones de forma intencionada, como es las dobles noticias en los medios de comunicación, son muestra clara del **sistema perverso** que domina la sociedad y que genera **indefensión a las mujeres**.

Como consecuencia las mujeres víctimas de violencia de género, o sexual terminan pensando cosas tales como:

- “¿Exagero? ¿Me estoy pasando? ¿Esto es como para denunciar?”
- “¿Y si lo he provocado yo?”
- “¿Y si no fui clara, y no le dije que no?”

Sintiendo que la víctima en realidad es la culpable de lo que ha pasado incluso victimizando al hombre y preguntándose si como es tan mala mujer, que le ha provocado con su maltrato psicológico que se ha merecido los golpes que ha recibido. ¿Puede haber mayor perversidad?

Cuando el hombre justifica su acto violento con la conducta de la mujer, se siente fuerte para hacerlo en gran parte por la cobertura social que recibe. Cuando se habla de violencia de género y se menciona a la mujer en términos femeninos y al agresor en término masculinos, siempre hay una persona que dirá algo como “La violencia no tiene género, todas las vidas tienen el mismo valor. Las mujeres también maltratan, e incluso, matan”.

Estos mensajes llevan a la confusión, crean la idea de la igualdad, pero en base a la violencia, cuando la realidad que tenemos demuestra que es el hombre el que maltrata y mata a otras personas. Cuando hablamos de que la violencia no tiene género, tenemos que referirnos a la víctima, ya que el acto violento es generado por el hombre.

Muestra de ello no es solo la violencia de género, a ello hay que añadir las guerras, los ajustes de cuentas, los ajustes entre bandas, las mafias, las violaciones como arma de guerra o el maltrato intrafamiliar, etc.

Incluso utilizando los datos que algunas personas, sobre todo, hombres, utilizan para hacer semejantes afirmaciones son prueba de que sigue siendo el hombre el agresor independientemente del género de la víctima.

Cuando se valen de un dato administrado por el Consejo General del Poder Judicial en el que se afirma que 29 hombres murieron asesinados oiremos tales como “y de ellos no se dice nada”. Cuando profundizamos más en este dato, encontramos que la realidad es que:

- 15% por su pareja hombre.
- 80% de padre a hijo o viceversa, o entre hermanos.

Pero cuando alguien dice que en 5 años han sido asesinados 29 hombres por violencia doméstica, lo 1º que uno piensa es que ha sido su mujer o ex mujer. Aquí hablamos de la comunicación paradójica, de la intencionalidad de generar confusión, de la manipulación y la perversidad del sistema.

Y ¿cómo responde la sociedad por tanto ante esto? Para ello vamos a hacer referencia a un estudio realizado por Emakunde en el que se hace un análisis con perspectiva de género de

la participación del público a través de foros de prensa digital, que acaba de ser publicado y en el que se observan estos resultados entre otros:

- Los fenómenos más cuestionados son: la violencia de género, la feminización de la pobreza y la discriminación laboral de las mujeres.
- En los casos de violencia de género, en muchos casos se cuestiona directa o indirectamente la credibilidad de la víctima.
- Hay una reiterada expresión de contenidos machistas que cuestionan la desigualdad entre hombres y mujeres y las acciones encaminadas a superarlas.
- Alusiones a la victimización del hombre.
- Negación de la desigualdad.
- Aparecen expresiones explícitas de sexismo y denigrantes o de odio; y tienen una mayor presencia las expresiones más sutiles de falta de reconocimiento de las mujeres –credibilidad, capacidad, éxito,...
- Existencia de trolls, quienes mandan mensajes constantes sobre el tema aunque no tenga relación con la noticia.

¿A quién dan cobertura estos mensajes?, creemos que al perpetrador y son generadores de inmovilismo e indefensión a las víctimas

No podemos dejar pasar la cobertura que se da en los medios y en las redes sociales ante delitos muy graves y que perpetúan la indefensión de unas y la impunidad de otros: Hemos rescatado algunos fragmentos de noticias:

“Eso pasa en otro lugar, mi amigo, primo, vecino, hijo, pareja... no violan”...**lo vemos muy claro en la lejanía pero en la puerta de al lado no se acepta.**

La muerte como única prueba segura de la víctima. Cuando el delito es asesinato se aprueba a la víctima, se condena el crimen, si hay violación se cuestiona a la víctima y si hay las dos cosas también se cuestiona (“no tenía que haber ido es que claro si te pones en esa situación luego pasan estas cosas...”) El estado, la familia y la comunidad rechazan y niegan la violencia sobre las mujeres allí y en la puerta de al lado.

Vemos distintas consecuencias de la duda hacia la víctima tanto para ella como para las personas de alrededor. Y en las siguientes relaciones, qué consecuencia tiene haber sido víctima o agresor. Al agresor siempre se le da una segunda oportunidad (cobertura en la impunidad...), la víctima es señalada como problemática, ansiosa, que traslada la ansiedad a sus hijos, histérica, demandante... y revictimizada por las instituciones y profesionales. ¿Es más fácil aliarse con el agresor que con la víctima?

Todas estas reacciones, enfoques, paradigmas comunicativos dan lugar a indefensión e inmovilismo. ¿Hablamos de patriarcado porque no nos atrevemos a decir que los varones nos violan, golpean y matan? Cuanto más inaccesible es la causa más difícil determinar los caminos y estrategias para ir construyendo el cambio. ¿Responsabilizarnos? ¿Es eso posible?

Una parte de nuestro trabajo tiene que ver con el sistema judicial tanto con víctimas como con agresores. El **modelo en comunidad** es un modelo no tecnocrático, fuera del alcance judicial, distinto a la mediación, basado en el tejido asociativo y en el que destaca la horizontalidad y la equidad en su funcionamiento. Respecto al sistema judicial se podría situar como un punto intermedio antes de un proceso penal. Comparamos ambos modelos (judicial y comunitario) en la siguiente tabla 1:

Tabla 1. Comparación de Modelo en comunidad frente al del sistema judicial	
Programa en entorno judicial	Programa en comunidad
- Terapia y medidas por orden judicial.	- Proceso gestionado por agentes sociales de proximidad.
- No asunción de la responsabilidad.	- Asunción parcia de responsabilidad.
- Acuerdo de las partes.	- Responsabilidad del grupo.
- Obligatorio.	- Proceso asumido como proyecto personal.
- Agentes de proximidad apoyan "inocencia".	- Colaboración en fase psicoeducativa de educadora social.
- No hay demanda.	- Solicitud de intervención psicológica.
- Baja motivación al cambio.	- Alta motivación al cambio.
- Gratuito para el participante.	- Pagado por el participante.

Para terminar nos preguntamos a cerca de los programas de igualdad, dirigidos tanto a personas de nuestro entorno (país, comunidad, ciudad, etc.) como a personas en situación de refugiadas, si incluyen una auténtica perspectiva de género: ¿por qué se dirigen sólo a la mujer? ¿Por qué no hay para el hombre? ¿Por ejemplo perspectiva de nuevas masculinidades en los proyec-

tos para hombres en situación de refugiados? Si las mujeres nos tenemos que empoderar ¿qué es lo que tiene que hacer el hombre? ¿Nada? De nuevo, somos las culpables, porque no sabemos defendernos... **defendernos ¿de qué?**

La igualdad no va a venir sólo desde la mujer, ni solamente desde lo productivo.

Contacto

Yolanda Resano • psyln.psicologia@gmail.com
C/ Manuel Iribarren 2, bajo, local 2 • 31008 Iruña

Bibliografía

- CEAR. Informe 2017. Las personas refugiadas en España y Europa.
- Beatriz Serrano en Buzzfed (2018). Metoo no es un movimiento en contra de los hombres sino a favor de las mujeres. <https://www.buzzfeed.com/beatrizserranomolina/>
- COCEMFE (2016). Diagnóstico sobre la violencia ejercida contra las mujeres con discapacidad en Pamplona. Servicio de Mujer y discapacidad. Ayto. de Pamplona.
- Emakunde. (2017). Análisis de los foros mediáticos. Neomachismo ante las noticias sobre mujeres. Gasteiz.
- Luis Bonino Mendez. (2011). La violencia Invisible en la pareja. Micromachismos.
- Miguel Lorente. (2014). Tu haz la comida que yo cuelgo los cuadros. Ed. Crítica.
- Miguel Lorente. (2006). El rompecabezas. Anatomía del maltratador. Ed. Crítica.
- Nuria Varela (2018). Feminismo para principiantes. Editorial: ZETA Bolsillo.
- Silvia Ayuso (2018). El manifiesto de artistas contra el puritanismo sexual solivianta a las feministas de Francia. *El País*. 11-1-2018.
- Caroline de Haas (2018). Los cerdos y sus aliados tienen razones en preocuparse. *Tribuna Feminista*, 11-1-2018.
- Alex de Vicente (2018). Cien artistas e intelectuales francesas contra el puritanismo sexual. *El País*, 13-1-2018.
- Cristina Fallarás. (2018). Femenino plural el lamentable recuento de las mujeres asesinadas durante 2017. *Público*, 9-1-2018.
- Laura Freixas. (2018). Normalidad y género. *Tribuna Feminista*, 9-2-2018.
- Simone Renn (2017). España el país con más esclavas sexuales de toda Europa. *La política*, 25-11-2017.
- María José Blanco Barea (2018). Derecho de visitas el arma del maltratador. *Tribuna Feminista*, 3-1-2018.
- Victoria Mateos de Manuel (2017). Licantropía y cultura de la violación. *La Grieta*, 25-12-2017.
- Sonia Vaccaro (2017). La justicia y la identificación con el agresor. *Tribuna Feminista*, elplural.com 31-12-2017.
- NN.UU. (2017). La violencia contra las mujeres en 5 datos de ONU mujeres. ONU Mujeres, <http://www.unwomen.org>



- Javier Martín Arroyo (2017). Una violencia sexual invisible. *El País* 24-11-2017.
- Naomi Klein (2017). El gran triunfo del neoliberalismo ha sido convencernos de que no hay alternativa. *La Tercera* 20-11-2017.
- Mari Luz Esteban. (2016). El pensamiento amoroso de la cultura occidental es la argamasa del sistema. Emakunde. emakunde.blog.euskadi.eus/2016/
- No me deis la chapa. eldiario.es, 15-7-2017.
- Miguel Lorente. (2017). Tras una fuerte discusión. *AUTOPSIA*, 25-6-2017.
- Noticias de Navarra (2017). Las denuncias por violencia de género aumentan un 23% el primer trimestre de 2017. 21-6-2017.
- Micromachismos (2017). Sentirse culpable por no responder a comentarios machistas. *El diario.es*, 8-6-2017.
- Miguel Lorente (2015). la realidad no son las denuncias falsas sino las que no se hacen. *El Taladro*.
- Eva Giberti. (2012). Los violadores no son enfermos sino gozadores del abuso de poder. elterritorio.com 7-10-2012.
- Miguel Lorente (2013). Hombres asesinados y mentiras resucitadas. *AUTOPSIA*. blogs.elpais.com/autopsia/2013/06/hombres-asesinados-y-mentiras-que-resucitan.html

- Recibido: 23/3/2018.
- Aceptado: 22/6/2018.

Teorías psicodinámicas que fundamentan los Trastornos Límites de Personalidad.

Psychodynamic theories that fund the borderline personality disorder.

Calles Marbán R¹, Ximenez De Embun-Ferrer I², Navarro Morejón L¹, Alcántara Gutiérrez M¹, Povedano García L¹, Sánchez Pavesi A¹, Hernández González M³.

1. MIR Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.
2. PIR. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife.
3. FEA Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen: El trastorno personalidad limítrofe (TPL) es una de las patologías con más notoriedad para el campo de la Psiquiatría. El TPL forma parte del Grupo B de los Trastornos de la Personalidad junto con los trastornos histriónico, narcisista y antisocial de la personalidad tal y como queda recogido en la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM 5).

El TPL es una entidad diagnóstica de reciente creación ya que su incorporación a la nosología psiquiátrica se produce sobre la década de los 80 con la aparición del Manual DSM-III, cuestionándose el motivo de su falta de reconocimiento anterior y si en realidad se trata de una enfermedad actual o una nueva representación de la psicopatología, como heredero de la neurosis del siglo XIX y mitad del XX. Esto, sumado a la inexistencia de síntomas patognomónicos, ha provocado en cierta medida una confusión con otros cuadros clínicos. El pensamiento psicoanalítico tradicional hasta ese momento sólo permitía el diagnóstico de neurosis, psicosis y perversiones, impidiendo valorar trastornos como el TPL. Desde la perspectiva psicoanalítica, el trastorno límite se considera un punto intermedio entre la organización neurótica y psicótica de la personalidad. Las explicaciones etiológicas psicoanalíticas para el desarrollo de dicho trastorno son variadas.

Palabras clave: Neurosis, psicosis, personalidad límite, vínculo, apego, identidad.

Abstract: Borderline personality disorder (BPD) is one of the most renown pathologies in the Psychiatry field. The BPD is part of the B Group Personality Disorders along with histrionic, narcissistic and antisocial personality disorders as it is included in the classification of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association (DSM 5).



The BPD is a recently created diagnostic entity since its incorporation into psychiatric nosology occurs in the decade of the 80s with the appearance of the DSM-III Manual, questioning the reason for its lack of previous recognition and if in fact it is about a current illness or a new representation of psychopathology, as the heir of the neurosis of the nineteenth and twentieth centuries. This, added to the nonexistence of pathognomonic symptoms, has caused certain confusion with other clinical pictures. The traditional psychoanalytic thought until that time only allowed the diagnosis of neurosis, psychosis and perversions, preventing the assessment of disorders such as BPD. From the psychoanalytic perspective, the borderline disorder is considered an intermediate point between the neurotic and psychotic organization of the personality. The psychoanalytic etiological explanations for the development of this disorder are varied.

Keywords: Neurosis, psychosis, borderline personality, bond, attachment, identity.

Introducción

A principios del siglo XX, el modelo psicodinámico propuso una nueva forma de tratamiento para un amplio grupo de trastornos mentales para los que hasta el momento no existía ningún modelo terapéutico eficaz. En su obra, *Freud* diferenciaba la patología psiquiátrica en dos grandes grupos: por un lado, estaban aquellos pacientes que establecían relaciones transferenciales con el terapeuta que podían ser analizadas, y que llamaba neurosis transferenciales. Por otro lado, estaban aquellos pacientes que no las desarrollaban y por ello estaban excluidos del análisis¹.

Después de la obra de *Freud*, llegaron otras aportaciones sobre las características y tratamiento de los trastornos neuróticos. *Melanie Klein*² consideraba que las imágenes interiorizadas por el niño están intensamente cargadas de afecto y se internalizan de forma escindida, con lo que conviven imágenes de las personas significativas en la vida afectiva del niño totalmente contradictorias, cargadas de sentimientos opuestos: o bien de odio o bien de amor. Así, se retiene una imagen amorosa de la madre cuando una necesidad es satisfecha y cambia a una cargada de odio cuando la necesidad del niño queda frustrada. La capacidad de tolerar aspectos negativos de uno mismo es muy limitada, con lo que son proyectados a las figuras de vínculo emocional cercanas. Desde la segunda mitad del primer año, el desarrollo favorable del vínculo con la madre facilita que las imágenes contradictorias se vayan integrando y disminuya, por tanto, la intensidad de la agresividad ligada a ellas. Esto permite que,

en un momento dado, se tenga una visión empática de la figura de apego o vínculo emocional³, habitualmente la madre o cuidador, y llegue a percibirse el daño que se fantaseó hacia ella en los momentos en que el niño fue frustrado.

A partir de 1967 *Otto Kernberg*⁴ desarrolla, desde el punto de vista dinámico, la conceptualización del síndrome que denominó organización límite de la personalidad (OLP), caracterizado por tres elementos: la difusión de identidad, el predominio de mecanismos de defensa primitivos y una prueba de realidad conservada aunque con ciertos aspectos reducidos, en particular, en situaciones de estrés. Los dos primeros aspectos distinguen este tipo de organización de la estructura neurótica de la personalidad y la prueba de realidad conservada lo que la diferencia de la organización de tipo psicótico.

Para *Kernberg*, los pacientes límite presentan un Yo "débil" donde coexisten estados contradictorios que son consecuencia de relaciones tempranas patológicamente internalizadas. Dicho Yo débil utilizaría defensas muy primitivas y se caracterizaría por la falta de control de los impulsos, la intolerancia a la ansiedad, las dificultades para sublimar y la presencia de desplazamiento hacia procesos primarios de pensamiento. Este autor destaca como problema principal en este tipo de pacientes la incapacidad de sintetizar las identificaciones y proyecciones tanto buenas como malas y consecuentemente se da una invasión crónica de estados afectivos primitivos. Por esto, lo que podría ser un ánimo depresivo ante reacciones adversas se traduce en una rabia

impotente y un sentimiento de derrota. Así van a experimentar sentimientos de inseguridad, inferioridad e incertidumbre, reflejo de sus tipos de vínculos en general. Esto también es usado como forma defensiva y solapamiento de sus sentimientos de omnipotencia. Para *Kernberg* estos pacientes ocultan rasgos narcisistas primarios como una forma de protección de sus sesgadas imágenes de sí mismos y de los objetos externos y su adaptación requiere de mimetismo, fingen ser lo que en realidad serían en otros momentos de un modo más primitivo, consecuencia de su labilidad yoica.

Los pacientes de personalidad límite no pueden generar empatía ya que no pueden ver de manera realista al otro y más aún si tiene un compromiso emocional. Por esto entablan vínculos superficiales a modo defensivo. Al vincularse emocionalmente proyectan, idealizan, se fusionan y tienen la necesidad de someterse. También se generan demandas orales agresivas que tienen que ver con las figuras parentales primarias en donde se manifiestan demandas y manipulación sin consideración ninguna. Así controlan el entorno y no aparecen temores paranoides. Si esto no lo consiguen se retraen como forma de protección. Es frecuente que en estos pacientes se encuentre gran frustración y agresión en los primeros años de vida, que se proyecta y provoca distorsión paranoide principalmente en la figura parental de la madre que luego será extendida a la del padre mediante un proceso de contaminación por la fusión de ambos progenitores⁵.

Posteriormente otra autora, *Margaret Mahler*⁶, psicoanalista cuyos trabajos partieron del estudio observacional del comportamiento del niño, llegó a la conclusión de que el desarrollo del ser humano podía desglosarse en cuatro etapas fundamentales: en primer lugar, una etapa de autismo, en la que el niño está desconectado del mundo del cuidador, una segunda etapa de simbiosis, en la cual el mundo interno del niño no está diferenciado del de la madre y no es capaz de percibirla como alguien independiente ni es capaz de funcionar sin ella. La etapa siguiente recibe el nombre de separación-individuación. En la medida en que el niño se va separando de la madre y adquiriendo un sentido de autonomía, va desarrollando un psiquismo propio y diferenciando unos límites mentales con el mundo e

ideas de la madre. Sin embargo, en esta etapa el niño no puede desligarse de la madre y ello hace que tenga aún una capacidad pobre de manejar sus impulsos internos y dificultades a la hora de definir su concepto de sí mismo. Finalmente, la consecuencia exitosa de todo el proceso descrito sería el momento en el que el niño consigue individualizarse y mantener un yo independiente, capaz de controlar la vida instintiva y de mantener unos límites satisfactorios con las figuras de vínculo.

Así, *Mahler* plantea la presencia de dificultades en el proceso de separación-individualización que el niño sigue para conseguir autonomía y construir su propia identidad. En ese proceso se desarrollaría una intensa ambivalencia hacia el progenitor con quien mantiene un vínculo más estrecho (habitualmente la madre); queriendo mantener el cuidado de dicho progenitor y, al mismo tiempo, deseando también conseguir autonomía, se produciría una escisión entre una imagen positiva y una negativa de la madre. Esta escisión afectaría al propio self del niño, generando la inestabilidad característica del paciente límite.

Nivel de organización límite

Otto Kernberg es el autor que más trabajo ha desarrollado en los últimos años en torno a la patología límite. Autor fuertemente influenciado por las teorías de *Melanie Klein*, parte de la idea de que el desarrollo psíquico del ser humano se produce a partir de la internalización de las interacciones tempranas con los cuidadores. Si el proceso se realiza de forma satisfactoria, lleva a una elaboración adecuada de esas imágenes inicialmente rígidas, contradictorias y cargadas de afecto extremo para acabar llegando a la integración final del yo y a una personalidad sana. *Kernberg* la define así: “la personalidad puede considerarse la integración dinámica de todos los patrones conductuales derivados del temperamento, el carácter y el sistema internalizado de valores^{4,5}”.

Kernberg centra su concepto de personalidad en la integración del yo. Para él, la persona normal se caracteriza por tener un concepto integrado del yo y de las personas significativas, a lo que llama identidad del yo. El logro de esta identidad establece un yo fuerte que permite desarrollar la



empatía con las demás personas, mantener un nivel maduro de dependencia y evaluar adecuadamente a los demás. *Otto Kernberg* estructura tres niveles posibles en la patología psiquiátrica: neurótico, límite y psicótico. Se definen de acuerdo con tres parámetros: el nivel de integración de la identidad, las operaciones defensivas y la prueba de realidad. A nivel defensivo según *Kernberg*⁵, el paciente límite utiliza defensas de carácter primitivo, fundamentalmente la identificación proyectiva y la escisión. En el paciente con organización límite de la personalidad hay difusión de identidad: los aspectos contradictorios de sí mismo y de los demás no están integrados. Esto lleva a que el paciente tenga autopercepciones contradictorias, una visión pobre y hueca de los demás y una experiencia subjetiva de vacío crónico.

Kohut y el tratamiento del narcisismo. Este autor ha sido uno de los psicoanalistas más influyentes en las últimas décadas, y su obra ha sido objeto de estudio y de comentarios constantes⁷. Se propuso definir la estructura de un grupo de pacientes que no respondían a las características de los pacientes neuróticos ni tenían el nivel de gravedad de los psicóticos. A éstos los llamó trastornos narcisistas de la personalidad. La descripción de su psiquismo y su método de tratamiento supuso una visión novedosa del tratamiento a un grupo de cuadros borderline.

Para *Kohut*, el problema central de la psicopatología es el narcisismo. Cree que el niño nace con una visión grandiosa y desproporcionada de sí mismo, llamándola el self grandioso patológico. Este self grandioso madura en relación con la interacción empática con los padres, que van respondiendo a algunas de sus manifestaciones y frustrando otras. El niño va internalizando estas interacciones hasta crear una estructura más sólida y una autoestima más ajustada al contacto con la realidad, mediante un proceso que *Kohut* denominó internalización transmutadora. Para que el self del niño se desarrolle adecuadamente, se requiere que los padres tengan una autoestima equilibrada que les permita responder adecuadamente al niño. En caso contrario, no serán capaces de responder adecuadamente a sus demandas emocionales y se producirá un fallo empático repetitivo. Esto conlleva que el self del niño permanecerá fragmentado, produciéndose la patología narcisista.

Bergeret y el trastorno límite como estructura fallida. Este autor francés considera la organización límite como un fracaso en el proceso de estructuración del psiquismo. Para *Bergeret*⁸, mientras que podemos hablar de estructuras psicótica y neurótica, no podemos hacerlo de estructura límite. No sería una verdadera estructura, sino tan sólo una organización, como consecuencia del fallo a la hora de constituir un psiquismo integrado y sólido. Esta organización es de carácter inestable y fluctuante. Puesto que la persona con esta organización depende en gran medida de la realidad externa y se modula de acuerdo con las lecturas de apego, ese yo que no ha podido organizarse de modo firme y permanente presenta distintas manifestaciones clínicas patológicas a lo largo del tiempo y utiliza distintos tipos de defensas contra ellas.

El concepto de mecanismos de defensa se refiere a las formas en que el sujeto intenta controlar o protegerse de la angustia que le generan la presión de los instintos y los afectos internos, las prohibiciones en contra de estos y los límites que impone la realidad exterior. Los mecanismos de defensa primitivos se originan en la temprana infancia como un primer esfuerzo para protegerse de la ansiedad generada por el conflicto entre las pulsiones libidinales y agresivas.

La personalidad límite como entidad nosológica

En los años 60, con la popularización del concepto de organización límite de personalidad, hubo un enorme aumento del número de diagnósticos de estructuras borderline ligado a la confianza en los tratamientos psicodinámicos prolongados. En esta época se produjo una serie de cambios. En primer lugar, hubo una importante corriente crítica sobre la psiquiatría psicodinámica, en la medida en que despreciaba los elementos empíricos y clínicamente observables. Además, el reconocimiento sobre la confusión nosológica que vivían tanto la psiquiatría más ortodoxa como el psicoanálisis llevó a admitir la necesidad de una mayor homogeneidad en los criterios diagnósticos, con lo que aparecieron los manuales diagnósticos actualmente en vigor.

Uno de los autores clave en este proceso de transición fue *Grinker*⁹ que publicó un famoso

estudio, partiendo de la necesidad de retomar la importancia en la evaluación clínica de los aspectos evidenciables de la conducta, frente a la psiquiatría psicodinámica del momento. *Grinker* planteó que era necesario que existiese una congruencia entre el nivel de gravedad psíquica de un individuo y su conducta observable. Así, la idea frecuente entre psicoanalistas de que personas severamente perturbadas podían tener un buen funcionamiento social, y viceversa, le pareció un contrasentido a este autor. Además, la posibilidad de que existiese esa incongruencia entre la conducta y la estructura interna hacía inaccesible para la ciencia el estudio empírico del psicoanálisis, apartándolo así de las otras ramas de la ciencia de la conducta. Con esta actitud, deudora del modelo de la psicología del yo, *Grinker* y su grupo definieron operativamente grupos de conductas verbales y no verbales referidas a funciones concretas del yo, con el fin de definir empíricamente un constructo que definiría un tipo de personalidad.

Por otro lado, *Gunderson*²⁰ se centró en los aspectos interpersonales del comportamiento para definir el trastorno límite. Para este autor americano este grupo de pacientes experimenta la soledad como una terrible pérdida del yo, frente a la que solamente puede defenderse mediante actuaciones o distorsionando la realidad. Este sentimiento de soledad puede aliviarse, de forma transitoria, mediante objetos transicionales; es decir, objetos que simbolizan la persona a la que se sienten vinculados y cuya presencia puede disminuir sus ansiedades, o por la seguridad de una persona que ofrezca afecto y cariño.

Gunderson considera que cuando el paciente límite siente la amenaza del abandono, aparecen fenómenos clínicos, como la ira y las conductas autoagresivas. Esto genera una importante ambivalencia hacia los demás: sentimientos de culpa si no se le ofrece la ayuda que espera e intenso sentimiento de carga e irritación si se cede a las demandas. Por último, cuando el paciente límite se siente abandonado, reacciona con una pérdida del sentido de la realidad, que se manifiesta clínicamente mediante sintomatología paranoide o disociativa; este sentimiento de vacío puede acompañarse de conductas desesperadas para entrar en contacto con otros, como la promiscuidad. Esto induce en los demás franco

rechazo o deseos de salvarlos de su situación extrema. *Gunderson* relaciona la intolerancia a la soledad como el núcleo de la psicopatología del trastorno y la vincula a las teorías de *Fairbairn* y *Bowlby*² centradas en el apego, y que sitúan lo específico del comportamiento humano en la unión afectiva con un otro significativo. Esto estaría en oposición a aquellos autores, como *Mahler*, que resaltan el miedo a la fusión como un punto nuclear en el límite, que oscilaría entre un intenso deseo de unión y el pánico a fundirse con el otro.

El psicoanalista *George Adler*²¹ fue el primero que intentó aplicar el modelo del déficit de *Kohut* a la personalidad límite. Para este autor, habría que considerar un continuum que oscila entre las personalidades límite, carentes de un sentido cohesionado del self, incapaces de mantener una relación interpersonal estable y con una grave intolerancia a la soledad; y los trastornos narcisistas del carácter, que poseen una mayor integración del self y son capaces de establecer relaciones más estables.

Según *Adler*, el problema estructural que corresponde a las personalidades límite se produce por la dificultad de internalizar una imagen cariñosa y cuidadora de la madre en el momento evolutivo en que ha de hacerse. Esta carencia es consecuencia de la falta de empatía de la madre hacia el niño, lo que hace que sea incapaz de internalizar la imagen satisfactoria de ésta. Así, en situaciones de tensión emocional, el paciente puede no ser capaz de utilizar esa memoria evocativa, utilizando el término de *Adler*, que le permite representar la imagen protectora materna. Esto le hace sufrir intensas regresiones en las que la ansiedad primaria es de aniquilación.

Con todos estos datos, podemos interpretar algunos fenómenos clínicos característicos de la personalidad límite, como el sentimiento crónico de vacío y sus rasgos depresivos, su tendencia a engancharse emocionalmente a personas idealizadas y los episodios psicóticos, que corresponderían a momentos de fragmentación del self, en que las ansiedades primitivas tienen lugar. Para *Adler*, la ira mostrada por el paciente no es consecuencia, como para *Kernberg*, de una pulsión agresiva constitucional que está congénitamente presente en él, sino sentimiento de abandono.



Peter Fonagy y el valor de la metacognición.

Este psicoanalista inglés parte del concepto de Bowlby sobre el apego. Para Fonagy², un vínculo seguro con la figura de apego, fundamentalmente la madre, es la condición necesaria para que se desarrolle un psiquismo sano. Este autor liga la posibilidad de establecer un vínculo seguro con el desarrollo de la capacidad de mentalizar. Además, está comprobado empíricamente que hace falta que los padres, o una figura de apego, tengan esta capacidad para que el niño la consiga elaborar. Dicho de otro modo, ha de haber un individuo significativo que piense los estados mentales del niño para que éste, a su vez, desarrolle la capacidad de relativizar y pensar sobre sus propias ideas y emociones. La mentalización está relacionada con la capacidad de identificar los pensamientos y emociones como meras representaciones secundarias a un determinado estado cognitivo-afectivo y no como la única manifestación mental posible.

A partir de estas ideas, Fonagy elabora una teoría sobre la naturaleza dinámica del trastorno límite de la personalidad. Cree que las personas que padecen un trastorno límite han sido víctimas, en su mayoría, de abuso sexual y físico en su infancia. Estos eventos vitales en el sujeto lo conducen a una interrupción en las capacidades de mentalización entre éste y sus padres, conllevándolo a un funcionamiento con esquemas mecánicos y simplistas de la mente propia y de la de los demás. Respecto a sí mismos, la incapacidad de mentalizarse no les ha permitido establecer un esquema sólido de sí como base de su personalidad y esto les ha llevado a la “difusión de identidad”, recurriendo al término de Kernberg. Junto con ello, su tendencia a evitar permanentemente vivenciar sus emociones y entender las de los demás les hace recurrir al acting out como mecanismo de defensa básico. De hecho, las agresiones a terceros Fonagy las interpreta como una forma de descargar la ira correspondiente al maltrato y rechazo sufridos originalmente. Además, su incapacidad de mentalizar a otros les lleva a establecer relaciones frágiles que funcionan de acuerdo con los esquemas infantiles extremos que no han podido modificar. Esta vulnerabilidad en las relaciones interpersonales les impide hacer nuevos vínculos sanos, con lo que no pueden establecer posibles relaciones emocionales correctoras.

Fonagy toma el concepto de Melanie Klein de identificación proyectiva, mecanismo defensivo esencial, en los inicios del desarrollo del psiquismo, ya que desde el comienzo permite deshacerse de aspectos persecutorios en el otro, primer objeto, como forma de preservar su yo aún frágil y en formación. En el transcurso del tiempo, si todo se va desarrollando de manera adecuada puede llevar a la comprensión, identificándose con otro para encontrar de este modo la empatía necesaria, que conlleva una relación saludable y satisfactoria.

Conclusiones

La organización límite ha planteado dudas sobre si se trata o no de una estructura, dada su inestabilidad y su movimiento aparente entre la neurosis y la psicosis. De hecho, las descripciones teóricas de autores como Kernberg o Kohut, que justifican de forma convincente las variaciones clínicas de los pacientes así organizados y la validez de los diagnósticos de las organizaciones límite, hacen pensar en una estructura sólida en su inconsistencia. Las dos teorías psicodinámicas más relevantes sobre el tema, la de Kernberg y la de Kohut, han creado un importante debate en el psicoanálisis de los últimos años.

Respecto a la teoría de Kernberg, varios estudios empíricos apoyan la existencia de dos pulsiones básicas en el ser humano. Además, es evidente en la clínica que hay un predominio de la agresión en el funcionamiento habitual del paciente límite que condiciona tanto su comportamiento como su forma de entender a los demás. La difusión de identidad en el límite es un fenómeno clínico reconocido por muchos teóricos a lo largo de los años. Kernberg resalta en la estructura límite la existencia de un yo débil incapaz de contener los impulsos, así como que la agresión es una pulsión congénita, de forma que el ser humano sólo se desarrolla de una manera sana si se neutraliza con la libido.

Para Kohut y Adler, se trata de una manifestación secundaria que no aparecería en el caso de que no hubiera vivencias frustrantes en el contexto de una situación no empática. La discusión psicoanalítica, que partió a partir de la tercera teoría de Freud sobre la existencia de una pulsión libidinal y otra destructiva, es para ellos de escaso inte-

rés. Sin embargo, defienden que el paciente que está estructurado con una organización borderline presenta una agresividad desproporcionada que se percibe constantemente en la intolerancia a las vivencias frustrantes y en la envidia.

El concepto que *Mahler* señala como punto central del trastorno límite es su detención en el desarrollo a nivel de la etapa de separación-individuación, y que hace énfasis en el aspecto nuclear dentro de esta patología, que es la incapacidad de mantener una estructura psíquica independiente de otra persona significativa para el individuo. Lógicamente, esta posición intermedia impide desarrollar un psiquismo bien definido y la presencia de ambivalencia sobre las figuras de vínculo. Mientras que el paciente psicótico no ha logrado superar el estado de simbiosis y no puede diferenciar su mundo psíquico del de la persona con la cual se está identificando, el paciente límite sí lo ha logrado, aunque no ha desarrollado una individualidad que le proporcione autonomía. Por tanto, establece múltiples relaciones con objetos intercambiables con los que está pobremente diferenciado y que adoptan la función de sostenerlo, ya que poseen las capacidades que el paciente no ha sido capaz de desarrollar.

Fonagy por su parte, resalta la importancia de la metacognición, pero finalmente no parece quedar claro si la metacognición estimula la ma-

durez emocional y favorece el camino de la diferenciación, o si parte del proceso afectivo de individuación y supone el desarrollo del meta-pensamiento, en la medida en que una persona que funciona en un nivel simbiótico o de separación-individuación tiene absolutamente merma esta capacidad, puesto que requiere un grado de autonomía mental para pensar sobre la mente del otro.

A pesar de que todo esto ha llevado a una visión general bastante homogénea de las características clínicas de lo personalidad límite, existen opiniones distintas sobre la naturaleza de la estructura psíquica que subyace a este comportamiento y sobre la manera más adecuada de afrontar el tratamiento desde el punto de vista psicodinámico. Estas discrepancias teóricas se ponen de manifiesto en la dificultad de consenso acerca de la validez interna del diagnóstico psiquiátrico de los trastornos de personalidad, en el sentido que no sólo es una controversia que moviliza a los psicodinámicos sino que es un arduo debate que atañe e importa a la Comunidad Científica.

“Es necesario acercarse al enfermo poniendo la enfermedad entre paréntesis, porque la definición del síndrome ha alcanzado ya el peso de un juicio de valor, de una etiqueta que sobrepasa la significación real de la enfermedad misma” Basaglia, 1968.

Contacto

Raquel Calles Marbán • rcalleshuc@gmail.com • Tel.: +34 678 416 867

Hospital Universitario De Canarias • Carretera de Ofra S/N • 38320 San Cristobal De La Laguna, Santa Cruz de Tenerife • Islas Canarias, España

Agradecimientos

En particular nos gustaría dar las gracias a J. García-Valdecasas Campelo y A. Vispe Astola por sus valiosos comentarios, así como por su incondicional estímulo y apoyo en nuestros pequeños pasos en este camino de luces y sombras que es la Salud Mental.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no presentan fuentes de financiación o relación personal alguna que pudiera provocar un conflicto de interés en relación con la elaboración de este artículo.



Bibliografía

1. Freud S. *Neurosis y psicosis*. En: Freud S, editor. Obras completas. Tomo XIX. Buenos Aires: Ed. Amorrortu; 1924.
2. Klein, M. *Envidia y gratitud*. En: Klein M, editor. Obras completas. Tomo III. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1957.
3. Bowlby J. "Attachment. Attachment and Loss". Vol I Londres: Hogarth; 1969
4. Kernberg O. *A psychoanalytic theory of personality disorders*. En: Clarkin J, Lenzenweger M, editores. Major theories of personality disorder. Nueva York: Ed. Guilford Press; 1996.
5. Kernberg, O. *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. México: Ed Paidós; 1993.
6. Mahler M. *A study on the separation-individuation process*. En: Stone M, editor. Essential papers on borderline disorders. Nueva York: Ed. New York University Press; 1986.
7. Kohut H. *Teoría del narcisismo*. En: Bleichmar N, Leiberman C, editores. El psicoanálisis después de Freud. Barcelona: Ed. Paidós; 1997.
8. Bergeret J. *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Ed. Gedisa; 1996.
9. Grinker R, Werble B, Drye R. The Grinker study. En: Stone M, editor. *Essential papers on borderline disorders*. Nueva York: Ed. New York University Press; 1986.
10. Gunderson J. *Borderline personality disorder. A clinical guide*. Washington: Ed. American Psychiatric Publishing; 2001.
11. Adler G. The myth of the alliance with borderline patients. *Am J Psychiatry* 1979; 136:642-5.
12. Fonagy P. *Attachment, the development of the self and its pathology in personality disorders*. En: Derksen J, Maffei C, Groen H, editores. Treatment of personality disorders. Nueva York: Kluwer academic/Plenum Publishers; 1999.

- Recibido: 27/2/2018.
- Aceptado: 16/5/2018.

Fraseología relacionada con psiquiatría y psicología del español coloquial y estigma en salud mental.

Phraseology related to psychiatry and psychology of colloquial spanish and stigma in mental health.

Guillem Lera Calatayud¹, Vicente Roselló Molina², Jesús Juárez Colom³.

1. Psiquiatra en Centro de Salud Mental de Sueca. Hospital de La Ribera, Alzira. Director del grupo de Docencia e Investigación en psiquiatría.
2. Médico Interno Residente en Psiquiatría en Hospital de La Ribera, Alzira.
3. Enfermero Interno Residente en Psiquiatría en Hospital de La Ribera, Alzira.

Resumen:

Introducción: El empleo del lenguaje abre una ventana al pensamiento y la afectividad del paciente. La entrevista clínica es el principal instrumento de la práctica psiquiátrica y donde a veces se pueden detectar elementos relacionados con el estigma.

Material y método: Estudio descriptivo de los 10 elementos fraseológicos relacionados con psiquiatría/psicología más frecuentes detectados en las consultas médicas de psiquiatría/psicología en un centro de salud mental en La Ribera (Valencia, España). Se analizó el origen y significado de dicha fraseología y su relación con los ítems de la escala de estigma AQ-27.

Resultados: La fraseología más utilizada fue: Depresión de caballo, estar como una cabra, tonto de capirote, tener un día de locos, estar como una regadera, estar en Babia, irse la pinza, faltar un tornillo, cruzarse los cables y majadero. Los estigmas asociados a la fraseología han sido peligrosidad, segregación, miedo, evitación e ira. Los estigmas asociados a la fraseología han sido peligrosidad, segregación, miedo, evitación e ira.

Conclusiones: Quizá la sociedad actual pueda tener más interés en apartarse de los problemas relacionados con la enfermedad mental que intentarlos entender o pensar en cómo abordarlos. Sería conveniente tener más estudios sobre los conceptos sociales relacionados con la enfermedad mental para así poder actuar mejor sobre el estigma en la enfermedad mental y también proveer a la población de información veraz sobre la patología mental.

Palabras clave: Coloquial, español, estigma, fraseología lenguaje, psicología, psiquiatría.

Abstract:

Introduction: The use of language opens a window to the patient's thinking and affectivity. The clinical interview is the main instrument of psychiatric practice and where elements related to stigma can sometimes be detected.



Material and methods: A qualitative-descriptive study was carried out to find out the 10 most frequent phraseological units related to psychiatry/psychology that were detected in the medical outpatient unit of psychiatry and psychology in a mental health center in La Ribera (Valencia, Spain). The origin and meaning of said phraseology and its relationship with the items of the AQ-27 stigma scale were analyzed.

Results: The most used phraseological unit was: “Depresión de caballo”, “estar como una cabra”, “tonto de capirote”, “tener un día de locos”, “estar como una regadera”, “estar en Babia”, “irse la pinza”, “faltar un tornillo”, “cruzarse los cables” and “majadero”. The different stigma associated with phraseological units described were dangerousness, segregation, avoidance, fear and anger.

Conclusions: Perhaps today’s society may have more interest in moving away from the problems related to mental illness than trying to understand them or thinking about how to deal with them. It would be convenient to have more studies on the social concepts related to mental illness in order to better act on the stigma of mental illness and also to provide the population with accurate information about mental pathology.

Keywords: Language, phraseology psychology, psychiatry, spanish, stigma.

Introducción

En su obra *Estigma* (1963), el sociólogo canadiense Erving Goffman define el estigma como el proceso en el cual la reacción de los demás estropea la “identidad normal” (1). Se sabe que las actitudes hacia la enfermedad mental suelen ser menos negativas en personas con edades más jóvenes, mayor nivel cultural y, especialmente, mayor conocimiento directo y contacto personal con personas con enfermedad mental (2–4).

La entrevista clínica es el principal instrumento de la práctica psiquiátrica y donde a veces se pueden detectar elementos relacionados con el estigma. A diferencia de la entrevista médica, la psiquiátrica no es solo el preámbulo de la exploración física o de las pruebas complementarias. En la entrevista psiquiátrica el establecimiento de una relación interpersonal adecuada está estrechamente ligado a la obtención de información fiable que permita establecer un diagnóstico. Pero además, todas las intervenciones terapéuticas se realizan en el marco de la entrevista clínica, tanto si son psicoterapéuticas como psicofarmacológicas (5).

El lenguaje del paciente es una ventana a su pensamiento y afectividad (6). Para comprender bien el lenguaje es necesario profundizar en su significado y encontrar, si es posible, sus raíces. En los diccionarios como el de la Real Academia

Española de la lengua Panhispánico de dudas, gran parte de los lemas que tienen que ver con psiquiatría y psicología deben ser actualizados (7). Una parte importante de ese lenguaje empleado por los pacientes es la fraseología.

La fraseología es una disciplina lingüística que tiene por objeto de estudio el conjunto de aquellas unidades léxicas formadas por más de dos vocablos con separación gráfica, y que se caracterizan por la alta frecuencia de uso, y de coaparición de sus elementos integrantes; por su institucionalización, entendida en términos de fijación y especialización semántica; por su idiomatidad y variación potenciales; así como por el grado en el cual se dan todos estos aspectos en los distintos tipos (8). En otras palabras, dicha disciplina se ocupa de locuciones y frases proverbiales y, en un sentido más amplio, de coloquialismos, frases hechas, refranes y modismos entre otros (9).

Los coloquialismos son palabras o expresiones que se dicen de forma familiar o cotidiana. Se dan en cualquier nivel socioeconómico y aunque predominan en el lenguaje oral, también pueden darse en el lenguaje escrito (10,11).

Por otra parte, frases hechas o expresiones idiomáticas son estructuras sintácticas que, generalmente, se incluyen en el discurso oral y sólo excepcionalmente pueden aparecer en el escrito. Su sentido habitual no incluye ninguna sentencia

(«irse a las manos») pero algunas veces equivale al proverbio, que sí expresa una sentencia («no hay que dormirse sobre los laureles»). La frase hecha no acepta la sustitución de sus palabras por otras, aunque sean sinónimos. Las frases hechas se diferencian de los refranes, proverbios y modismos:

- El refrán, por su parte, es un dicho agudo y sentencioso de uso común que suele introducirse en la conversación para ejemplificar una afirmación o como conclusión de una aseveración. Se diferencia de la frase hecha en que ésta puede no contener una moraleja, ya que bien puede limitarse a una descripción de determinada situación y por lo general, sus términos son comunes. Ejemplo: a caballo regalado no le mires el diente (12).
- El proverbio se diferencia del refrán en la forma, ya que mientras éste es de tono jocoso y se lo expresa con palabras comunes y a veces groseras, aquel está expresado de una manera más seria y grave. Ejemplo: la caridad bien entendida empieza por casa (12).
- El modismo es el modo de hablar propio de una lengua, a veces, apartándose un poco de las reglas gramaticales, y la locución es la combinación estable de dos o más palabras que funcionan como oración. Ejemplo: dormirse en los laureles (12).

Hipótesis del presente estudio: Los pacientes que acuden a las consultas externas de psiquiatría verbalizan unidades fraseológicas influidas por el estigma en relación a la enfermedad mental.

El objeto de este estudio es averiguar qué fraseología relacionada con aspectos psiquiátricos es la más habitual entre los pacientes que acuden a las visitas en una unidad de salud mental de adultos y estudiar su significado y sus orígenes para poder entenderla en toda su complejidad y ver si esta fraseología está relacionada con el estigma que invade el campo de la salud mental.

Método

Se trata de un estudio de tipo descriptivo.

Los autores de este estudio, miembros del grupo de docencia e investigación en psiquiatría, proce-

dieron a recoger toda la fraseología escuchada en las sucesivas visitas de los pacientes que acudían a las consultas externas de psiquiatría que atendían del área sanitaria de La Ribera en la provincia de Valencia durante 6 meses (del 1 de Marzo del año 2016 al 31 de Agosto del mismo año). Dichos registros fueron extraídos de las entrevistas clínicas en las consultas de zona de dos psiquiatras y una consulta de enfermería psiquiátrica en el área sanitaria de La Ribera (Alzira, Valencia). Cuando los investigadores escuchaban en el discurso del paciente una unidad fraseológica, la apuntaban en una base de datos. De todas las unidades fraseológicas recogidas se escogieron los 10 elementos más frecuentes y se buscó información sobre su posible origen y su significado, para exponerla posteriormente en dos tablas. Posteriormente se estudió si dichas unidades fraseológicas podían tener relación con el estigma en el campo de la salud mental. Dicha relación se considerará positiva si la unidad fraseológica tiene relación directa con alguno de los ítems del cuestionario AQ-27 sobre el estigma en salud mental. El cuestionario de atribución AQ-27 (AQ-27) fue diseñado por Corrigan et al., en Estados Unidos, con la finalidad de medir la actitud estigmatizante y creencias hacia personas con enfermedad mental grave, entre ellas la esquizofrenia; evalúa constructos que explican estereotipos, creencias y conductas frente a estos pacientes (4); fue traducido al español y validado por Muñoz et al., el año 2015, obteniendo una consistencia interna (Alfa de Cronbach) de 0,85 (13). Los ítems de dicho cuestionario son: Responsabilidad sobre la enfermedad mental, piedad, ira, peligrosidad, miedo, ayuda, coacción, segregación y evitación (14).

Emplazamiento del estudio: El departamento de La Ribera está formado por un total de 31 municipios, con unos 260000 habitantes. Este Departamento coincide casi con exactitud con la comarca valenciana de La Ribera. Alzira es la población donde se construyó el Hospital de La Ribera. Este departamento se organiza en 11 Zonas Básicas de Salud, formadas por un total de 5 centros de salud integrados, 12 centros de salud, 25 consultorios auxiliares y 4 consultorios de verano. En el área existen tres Unidades de Salud Mental, Unidad de Salud Mental de la Adolescencia y la niñez, Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria y una Unidad de Conductas Adictivas.



Fuentes de estudio.

Para averiguar el origen y posibles significados de la fraseología requerida, se buscó información en libros relacionados con el tema de estudio y a través de diferentes fuentes de información:

- Buscador general «Google».
- Buscador especializado «google scholar» sobre artículos científicos.
- Registro de tesis doctorales TESEO.
- Real Academia Española de la lengua (RAE).
- FUNDEU, Fundación del Español Urgente, sobre dudas acerca del lenguaje.
- Página web de consultas sobre castellano www.1de3.es.

Además, se consultó la base de datos de la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia para completar la bibliografía.

Resultados

En la Tablas I y II se pueden leer los 10 elementos de fraseología popular más registrados en las consultas que participaron, su significado, su origen probable y relación con ítems del cuestionario AQ-27. Se decidió retirar de los resultados la fraseología más obvia y fácil de entender y sin posible origen que averiguar como por ejemplo “estar loco de atar” o “estar mal de la azotea”.

En particular, los resultados de las búsquedas de esta fraseología en las diversas fuentes de información fueron:

- Frases hechas en psiquiatría / psicología en el buscador Google: sin resultados adecuados para este estudio. Fraseología psiquiatría en el buscador Google: sin resultados adecuados para este estudio.
- Fraseología psicología en el buscador Google: sin resultados adecuados para este estudio.
- En TESEO también se buscaron tesis doctorales relacionadas con los términos “coloquial”, “frases hechas” y “fraseología”. “Coloquial” dio como resultado 30 tesis, de las cuales solamente dos aportaban alguna información relevante para el presente estudio. Dichas tesis se titulaban “La intensificación en el español co-

loquial” (15) y “La fraseología en el español coloquial” (9). A pesar todo, su contenido no ha servido en este artículo dado que el objeto de su estudio y unidades de estudio no corresponden con el actual trabajo. La búsqueda sobre “frases hechas” solamente arrojaba un resultado, siendo éste poco provechoso para este estudio. La búsqueda “fraseología” también da como resultado 30 tesis doctorales, siendo casi todas las mismas que en la búsqueda “coloquial”. También se buscó en términos de “expresión idiomática” tanto en título como en resúmenes de trabajo siendo el resultado de 4 estudios. Ninguno de ellos aportaba información relevante para el presente estudio.

Los estigmas asociados a la fraseología han sido peligrosidad, segregación, miedo, evitación e ira. No encontramos señales de estigmas como responsabilidad sobre la enfermedad mental, piedad, ayuda (disponibilidad a hablar con el paciente por ejemplo) o coacción (a la hora de medicarlo o de internarlo).

Discusión

Al menos tres de las expresiones analizadas tienen origen en la Edad Media y han perdurado hasta nuestros días, cosa que hace pensar que la conceptualización de la salud mental mantiene un fuerte arraigo a través de los siglos. Dichas expresiones y en particular “un día de locos”, hacen pensar en la exclusión social que han sufrido los enfermos mentales a través de la historia. Es importante redoblar el esfuerzo contra el estigma social de los enfermos que padecen alguna patología psiquiátrica porque es sabido que en épocas de más competitividad, como en coyunturas de crisis económicas, la rivalidad intensifica la envidia y la desconfianza, incrementando la estigmatización y la discriminación (16,17).

Algunas de estas frases hechas llevan implícita la sensación de la población de que algo funciona mal en la mente de los afectos de enfermedades mentales y de que hay algo que arreglar (poner parches en la “regadera” para que no pierda agua, volver a conectar bien los “cables” que se han “cruzado” o poner de nuevo un “tornillo” de donde falta). También existe crítica social en alguna expresión como en la de “estar en Babia”, juntando conceptos como realce y enfermedad

mental en sus orígenes. Por último, como era esperable, también la fraseología refleja un estudio y observación de la naturaleza. Y es que algunos de los elementos estudiados buscan semejanzas entre la impredecibilidad y agresividad que la sociedad ha tendido a asociar a enfermos mentales y los actos de animales llevados por celo, luchas de poder o búsqueda de alimento perpetran. Este sería el caso de la frase “estar como una chota o un cencerro”.

Los estigmas asociados a la fraseología recogida han sido peligrosidad, segregación, miedo, evitación e ira. Estos estigmas tienen que ver a nuestro entender con las reacciones directas que provoca lo desconocido o potencialmente peligroso externo y sobre cómo evitarlo. Pero no encontramos en las 10 unidades fraseológicas más utilizadas señales de estigmas sobre el origen de la enfermedad mental (como responsabilidad sobre la enfermedad mental) o sobre cómo abordarla (ayudar o no y cómo ayudar al paciente, medicarlo o ingresarlo según se tenga que coaccionar o no). Quizá una de las explicaciones posibles es que la sociedad actual pueda tener más interés en apartarse de los problemas relacionados con la enfermedad mental que intentarlos entender o pensar en cómo abordarlos.

Existen diversas limitaciones del estudio actual: No se utilizaron técnicas de escrutinio sistemático de las entrevistas ni se obtuvo su traslación a formato escrito, solamente se escogieron las 10 unidades fraseológicas más frecuentes pero no se analizó el resto, las herramientas de búsqueda utilizadas son accesibles pero no son las más exhaustivas utilizadas por los lingüistas. Además, la relación entre los ítems de la escala de estigma AQ-27 y la fraseología tiene límites vagos que podrían ser objeto de discusión. Por otro lado, el actual estudio ha permitido profundizar en las raíces y el mejor entendimiento de expresiones populares escuchadas con frecuencia en las entrevistas clínicas. Este aprendizaje no solamente es importante para poder entender mejor a los pacientes, sino también como aproximación al pensamiento colectivo acerca de la salud mental y de la enfermedad mental en particular y para entender mejor el estigma que rodea a la salud mental.

Sería conveniente tener más estudios sobre los conceptos sociales relacionados con la enfermedad mental para así poder actuar mejor sobre el estigma en la enfermedad mental y también proveer a la población de información veraz sobre la patología mental.

Contacto

Guillem Lera Calatayud • GuLera@Hospital-Ribera.com • Tel.: 961 719 243
 Centro de Salud Mental de Sueca. Hospital de La Ribera, Alzira.
 Unidad de Salud Mental Sueca • Carrer Dos Pontets S/N • 46410 Sueca (València)

Bibliografía

1. Goffman E. *Stigma and Social Identity. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. 1963. 1-40 p.
2. Couture SM, Penn DL. The effects of prospective naturalistic contact on the Stigma of mental illness. *J Community Psychol*. 2006; 34(5): 635-45.
3. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. Vol. 113, *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006. p. 163-79.
4. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* [Internet]. 2002;1(1):16-20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1489832> %5Cn<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1489832&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Sadock, BJ; Sadock VA; Ruiz P. Exploración y diagnóstico del paciente psiquiátrico. In:



- Sadock, BJ; Sadock VA; Ruiz P, editor. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría. 11th ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015. p. 192–211.
6. Thomas-Carazo, E; Nadal-Blanco MJ. Entrevista psiquiátrica en Atención Primaria. *Semer*. 2002;28(4):185–92.
 7. Martín-Arias J. Revisión de los términos del léxico psiquiátrico de la vigésima segunda edición del diccionario de la Real Academia Española y propuesta de nuevos lemas (primera entrega: A-C). *Panace@*. 2010;12(33):4–18.
 8. Corpas-Pastor G. *Manual de fraseología española*. 1st ed. Gredos, editor. Madrid; 1997.
 9. Ruiz-Gurillo L. *La fraseología del español coloquial*. Valencia; 1995. Ed. Ariel.
 10. Wikipedia. Español coloquial [Internet]. 2016. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Español_coloquial
 11. Cervera- Rodríguez Á. *La irrupción del coloquialismo en Internet y las nuevas tecnologías*. 2011. II Congreso Internacional de la Lengua Española, Valladolid.
 12. Carbonell-Baset D. *Diccionario de Clichés*. Ediciones del Serval, editor. Barcelona; 2006.
 13. Muñoz M, Guillén AI, Pérez-Santos E, Corrigan PW. A structural equation modeling study of the Spanish Men tal Illness Stigma Attribution Questionnaire (AQ-27-E). *Am J Orthopsychiatry* [Internet]. 2015;85(3):243–9. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84929403684&partnerID=tZOtx3y1>
 14. Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *J Health Soc Behav* [Internet]. 2003;44(2):162. Available from: <http://www.jstor.org/stable/1519806?origin=crossref>
 15. Albelda-Marco M. *La intensificación en el español coloquial*. Valencia; 2005. Servei de Publicacions.
 16. Haghghat R. Towards a unitary theory of stigmatisation. *Br J Psychiatry*. 2001;178(4).
 17. Pedersen D. Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis e investigación. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2005;6(1):3–14.

• Recibido: 7/3/2018.

• Aceptado: 19/5/2018.

Tabla I

Elemento de la fraseología	Posible origen	Significado y posibles estigmas asociados del cuestionario AQ-27 (por origen etimológico)
Tener una depresión de caballo	Fundeu relaciona «de caballo» con una dolencia o medicación y significa “muy grande”. Originado por las mayores dosis en equinos. Las situaciones de trabajo de los equinos y como repercute en su ánimo, pudiendo llegar a situaciones de inanición y muerte. Los caballos tienden a deprimirse en cautiverio. Relacionándose proporcionalmente con el aumento del desarrollo en un país. (Hall et al., 2013).	Tener una profunda depresión. Posible estigma asociado: Peligrosidad (por la grandeza asociada a la patología).
Estar como una cabra / chota / cencerro	Por la conducta de las cabras en el monte donde acceden a lugares inverosímiles. En el destete tienden a realizar brincos incontrolados, alejándose de su madre, lo que supone una actitud incomprensible para los humanos. El choto es el cabrito o el ternero. En la expresión se suele usar el femenino por analogía con cabra. Se alude al cencerro por el sonido que realiza al colgar del cuello de la cabra a modo de sínecdoque (www.1de3.com, 2016).	Equivale a no tener un juicio de realidad correcto, en sentido real o figurado. Posibles estigmas asociados: Segregación (riesgo si no se encierra/hospitaliza) y miedo (por la falta de previsibilidad de reacción).
Tonto de capirote	En relación al uso del gorro llamado “capirote” por la Inquisición que era portado por el acusado de delito, pecado o herejía. Siendo así, objeto de escarnio y burla pública. Los “capirotes” son gorros portados por los cofrades en Semana Santa que cubren el rostro a excepción de los ojos, preservando el anonimato. (López & Contreras, 2015).	Llevar un capirote con la cara descubierta como alguien falto o escaso de entendimiento. Posibles estigmas asociados: Segregación (señalar con un “capiroón” al enfermo mental o minusválido) y evitación (el “capiroón” funciona como aviso para no acercarse).
Tener un día de locos	Reminiscencia de la “Fiesta de Locos” de origen pagano de la época medieval, llegando incluso al siglo XVIII. Provenía de las fiestas saturnales romanas, conservando ritos así previos al cristianismo. En algunos países europeos, el día 1 de Enero como parodia de las normas establecidas, coronando al “rey de los locos” y su séquito quién era recibido con aclamaciones (Hoy Digital, 2016).	Tener un día desmadrado, con múltiples acontecimientos y pobre control sobre ellos. Posible estigma asociado: Peligrosidad (asociada a la falta de reglas).
Estar como una regadera / cafetera	La regadera tiene su alcachofa o cabeza llena de agujeros, por donde emana el agua, haciendo un simil con la cabeza de aquel que no está en sus cabales. Así mismo, se decía de personas insanas que “hacían aguas”. Esta comparación llega a aparecer incluso en la zarzuela a inicios del siglo XX (Buitrago, 2007; Celdrán, 2008).	Comportarse de forma irracional. Se trata de un sujeto muy peculiar que hace y dice tonterías sin dejar de razonarlas. También compararnos con este objeto al excéntrico o persona que se aparta de la norma y se muestra extravagante en el vestir, el hablar o en la forma de llevarse y traerse por la vida (Celdrán, 2008). Posible estigma asociado: Ninguno.



Tabla II

Elemento de la fraseología	Posible origen	Significado
Estar en Babia	En relación a la localidad leonesa de Babia dónde en la Edad Media los Reyes de León y su corte practicaban la caza, evadiéndose así de los problemas que en aquella época aparecían en su corte. También se considera como origen la añoranza de su tierra de los pastores transhumantes babianos al pastar por campos de Extremadura. (Ramos, 2013).	Persona distraída o que parece ausente cuando se requiere concentración. Posible estigma asociado: Segregación (por el significado de estar en otra parte alejado del entorno habitual).
Irse la pinza / olla	Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE) no se encuentra explicación concreta y se entiende como metáfora de que las pinzas sirven a modo de conexión para que algo funcione; si se pierden, se pierde la conexión. La pinza es el instrumento con el que se agarra o sujeta algo, en este caso las ideas o el sentido común. A quien se los deja escapar se le va, es decir, se le afloja, la pinza (Buitrago, 2007). La "olla" es entendida como metáfora formal de cabeza. (Buitrago, 2007). En relación con esta acepción, se puede decir "tener la cabeza como una olla de grillos" (Sbarbi, 1922).	Despistarse. Perder el control y el juicio de realidad. Equivocarse. Posible estigma asociado: Peligrosidad (sentirse inseguro por la falta de control que se desprende de la expresión).
Faltar un tornillo	Símil que se remonta al siglo XVIII, cuando los tornillos iniciaban su utilidad para mantener maquinarias de producción. Así pues, perder un tornillo equivaldría a un desajuste mental, bien en curso o en contenido de pensamiento. También como "hay que apretarle una tuerca" o "se le ha aflojado un tornillo". Iniciando el siglo XX se utiliza "quien tiene frío en julio le falta un tornillo" (Sbarbi, 1922).	Sin juicio de realidad o bien desajustado a lo que es previsible. Posible estigma asociado: Peligrosidad (sentirse inseguro por la falta de control que se desprende de la expresión).
Cruzarse los cables	He aquí el origen de esta locución metafórica: En un instrumento electrónico, cuando los cables se cruzan, la corriente eléctrica no sigue el curso debido y el aparato se avería o deja de funcionar correctamente (Wikiliengua, 2011).	Perder la cabeza, hacer una locura, razonar de manera errónea. Comportarse alguien irracionalmente de manera imprevisible e inesperada (Ayllón, 2011). Posible estigma asociado: Peligrosidad (sentirse inseguro por la falta de control que se desprende de la expresión).
Majadero	Majadero es una referencia castellana coloquial y despectiva hacia una persona que interviene en un momento concreto. Su origen deriva del nombre majo (martillo de hierro) y éste del latín "malleus" (martillo). Se entiende que el palo que sostiene la cabeza del martillo o mano del motero tiene un acto repetitivo e insistente resulta molesto (Etimologías, 2016).	Majadero adjetiva a una persona necia y porfiada tanto por su actitud perseverante como por su resistencia al cambio. Persona que interviene de forma inapropiada, resultando pesada e insistente. Posible estigma asociado: Peligrosidad y miedo (el origen deriva de martillo) e ira (sentirse irritado por el acto repetitivo que se entiende de la etimología).

Apuntes para una psicopatología del habla.

Notes for a psychopathology of speech.

Sergi Solé Plans.

Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Adultos Montjuïc.
Fundació Sanitària Sant Pere Claver. Barcelona.

Resumen: Se propone recuperar la centralidad del habla cotidiana en el diálogo con la persona aquejada de dolor psíquico. Proponemos reconstruir sobre esta habitualidad una psicopatología que atienda a la experiencia vivida y superar así el predominio actual de unos lenguajes psicopatológicos formalizados que no hacen sino encorsetar nuestra comprensión del sufrimiento.

Palabras clave: Psicopatología, lenguaje, hermenéutica.

Abstract: It is proposed to recover the centrality of everyday speech in the dialogue with the person suffering from psychic pain. We propose to reconstruct on this regularity a psychopathology that deals with the experience lived as opposed to the objective world pointed out by some formalized psychopathological languages that only constrict our understanding of suffering.

Keywords: Psychopathology, language, hermeneutics.

...costruito attraverso una paziente, minuziosa analisi dell'atto di parola...

GIORGIO AGAMBEN, *Experimentum vocis*, §7

Poética

Porque la hay también en un sentido pétreo. En uno corporal, tópico, encefálico. En uno borromeo y en uno conductual. En uno computacional y cognitivo. Hay una psicopatología del habla y otra, anatómica y gramática, de la lengua.

Introducción

La psicopatología del habla no tiene nombre, ni dueño, ni causa. Hacer psicopatología no es otra cosa que atender el sufrimiento del alma, desde el sufrimiento mismo. Es por ello que ejercerla deviene una tarea fenomenológica: alejada de un descriptivismo ingenuo y por supuesto queriéndose

libre de feudos causales. De nada nos sirven y solo interfieren en la escucha nuestras convicciones acerca de la naturaleza u origen del dolor. Elogios y vituperios al sustrato biológico nos confunden tanto como las —por otra parte tan necesarias— denuncias de la cruda injusticia social. Fundamentales como son todas estas cuestiones resultan un estorbo para la comprensión de *"questo"*

—enfatisa Basaglia— *malato*. El momento de las causas, dirá Rejón, es otro (1). Lo que interesa a la psicopatología es lo vivido, lo efectivo, los efectos y afectos (*effectus* y *affectus*, ambos de *facere*). La etiología se ocupará de la causa y en esto no somos jueces, aunque advertimos una enorme dificultad en desprender las causas del discurso sin positivizar mundo o lenguaje.

La indagación psicopatológica se ciñe al sufrimiento, a su manifestación. A la expresión de quienes padecen y al relato de quienes ven sufrir. Ambos discursos los entendemos como profanos en cuanto se fundan en un “saber no necesariamente racionalizado o transformado en estrategia” (2). Se requerirá un esforzado ejercicio para convertir este lego saber en conocimiento que trascienda la inmediatez, de la cual partimos pero en la que no nos quedamos. No será liviana la tarea de dar cumplimiento a ese “saber específico que puede ser potencialmente estrategia”, costará lograr que en *efecto* lo sea. Esta denodada actualización (paso de la potencia a acto) es la tarea de la psicopatología: tomar el “saber” profano para hacerlo inteligible, transmisible, comunicable, pues el suyo es un “sentido particular” cuya comprensión no puede darse por sentada. Nótese que no identificamos al profano con el doliente. El relato de quien acompaña o atiende el sufrimiento también es para nosotros, mientras no tome conciencia de sus presupuestos, profano. Cada expresión particular deberá legitimarse para poder ser considerada verdadero saber. Para ello no bastará con indagar el sentido de tal o cual experiencia, interpretar el significado de esta o aquella voz, o extraer el significante que se nos atraviesa; como tampoco ganaremos nada con recurrir a un contenido estándar que se limite a encasillar, al modo de la psicopatología naturalista decimonónica o de los manuales estadísticos y de cátedra, el desvarío: místico, religioso, paranoico, somático, erotómano, megalomaniaco. Nos enseña Emilio Lledó que «la pregunta sobre el “de qué” no se contesta descubriendo su significatividad» (3). «Aunque esta pregunta es justificada», concede, antes «de esta búsqueda “fuera” del lenguaje, conviene agotar todas las posibilidades “dentro”» (y “fuera” se halla el mismo lenguaje cuando es objetivado).

El presupuesto a esclarecer será, por tanto, el lenguaje mismo en que el dolor se expresa, sus

“vericuetos”, para recorrerlos de vuelta en pos de quien habló. Pero ¿cuál es ese lenguaje? No será uno entendido (o desatendido) como mero trámite en la representación de una realidad asumida como esencia del malestar: señal biológica, injusticia social, libido reprimida. Ello delataría esa (peligrosa) ingenuidad epistémica denunciada por Husserl en el gran gesto de la fenomenología: no tomemos nada por evidente. ¿Qué senda emprender entonces? Traza Agamben la bifurcación ante la que entendemos que habrá que tomar partido: una lengua expuesta al horizonte, «*storico e esosomatico*», y otra lengua plegada bajo el paladar de lo «*biologico e innatistico*» (4). Tenemos, dicho en otros términos, las tradiciones, hermenéutica y analítica, o la primacía del diálogo situado frente a una gramática universal. No seguiremos nosotros este segundo camino de un lenguaje que, pretendiéndose gobernado «por necesidad biológica y no *meros* accidentes históricos» (5, nuestro destacado), confunde —tal como denuncia Héctor Pelegrina— «las *estructuras semánticas de los síntomas* con estructuras funcionales biológicas» (6). No compartiremos esta fórmula que rechaza por principio la vocación comunicativa del lenguaje (7) e impone «*il progetto di una informatizzazione del linguaggio umano*» (4). Ya ha encontrado esta concepción buena compañía en una ciencia cognitiva más próxima a la experimentación de laboratorio que a la asistencia del hombre enfermo, y ha encajado a las mil maravillas con una neurociencia dedicada a identificar sesgos inflamados y oxidados circuitos cerebrales (8). En nuestra propuesta el lenguaje no será incómodo velo ni mecanismo modular. Lenguaje será el que se dice, el que se habla.

Retratos de la locura

La psicopatología del habla parte de que esto o aquello viene siendo entendido de tal o cual manera, que es costumbre de la gente —que somos todos y no es nadie— decir que hay quien tiene delirios de grandeza y quien manías. Que hay quien no está bien de la cabeza. Eso lo dice la gente. Que hay quien anda nublado por la pena, reconcomido por la culpa o consumido por un amor. Ya en el *Fedro* dice Platón (9) que los enamorados están enfermos y Ernst Zimmer, el carpintero que en 1807 acogió a Hölderlin en su casa junto al Neckar, debe aclarar que no es el amor el que “trastorna la cabeza” del poeta o el

que le “haga perder la razón”, que no es por ello que “se ha vuelto loco” (10). Escribía Hölderlin por entonces, en efecto, los conocidos como *Poemas de la locura*, título análogo a los *Ritratti della follia* que Antonio Mancini realizara durante su internamiento en el manicomio Provincial de Nápoles entre 1881 y 1882.

Bien conocida es la historia de Van Gogh, a quien apodarían «loco del pelo rojo» las gentes de Arles, ciudad en cuyo hospital ingresó entre 1888 y 1889. Sus compañeros Cézanne, Pissarro y Guillaumin (11), como más tarde Artaud (12), le atribuyeron una locura que él mismo identificaría tanto en sí como en la «mirada de loca» («*regard de folle*») de su hermana Willemien, quien de hecho ingresaría más tarde en un asilo hasta su muerte en 1941.

Rivet, Gruby, Rey, Peyron, Gachet, médicos tratantes de Van Gogh, emitirán cada uno su juicio diagnóstico; y más tarde Jaspers (1922), Doiteau y Leroy (1928), Gastaut (1956), Escoffier-Lambiotte (1961) y tantos otros en un incesante escrutinio (13). Pero mucho se había hablado ya del sufrimiento del holandés: él mismo, sus allegados y más tarde sus biógrafos. ¿Qué evocaban en todos ellos las palabras “locura” o *folie*? ¿Qué *follia* en Mancini o en Hölderlin *verrücktheit*?

Comunidad y comunidad científica hablan sobre la locura. Ambas comunidades con parecido fundamento, legos todos de algún modo hasta que la psicopatología pone en marcha su tarea (menos hercúlea que sisífrica) de revisión de lo que se ha dicho y dice: en la calle, en los libros, en cartas o en la consulta. El psicopatólogo escucha, lee, anota, se pregunta si lo apuntado encaja con lo que ve o han dicho otros, “en parte” —se responde—, le cambia un poco el nombre, vuelve a mirar, recuerda, “se parece más pero no del todo”, oye que a eso mismo lo llama distinto aquel, toma nota, mira otra vez y renombra (14). Cuajar y diluir, así ilustra Rejón este proceso recreativo del discurso que no debe detenerse ni nunca terminar, que no debe olvidar su esencia procesual -ya anunciada en el *Fedro* (235d)- ni pretender jamás la definitiva receta.

Relato de la vida

Desconfiamos de quien pretende llamar a las cosas por su nombre (*ónoma*), sea este el del des-

equilibrio químico o el de la desigualdad social (siempre enredando la causa —ya advertimos al principio— como factor de inteligibilidad). Porque el relato (*lógos*) vive precisamente de la distancia que lo separa de las cosas mismas (*tò prágma autò*) y le permite respirar. Entender esto supuso el vuelco lingüístico a partir del cual «ya no se presupone un sentido “natural” de “significar”» (15) y el lenguaje deja «de ser mero signo de algo, para convertirse en una especie de nueva realidad» (3). Deja de limitarse a nombrar lo “natural” o “positivo”. La palabra ya no debe remitir, para tener sentido, a un elemento o fuerza exterior: represiones y opresiones, torácicas o de clase, delatan un lenguaje naturalista fosilizado. Toca escuchar. A quien habla.

Pero si nos atrevemos a prescindir del correlato neuronal o tópico, eléctrico o edípico; si abandonamos las ingenuas referencias a trauma y lesión; si renunciamos de veras a la *evidence* que tanto ansía la Medicina hoy, deberemos enfrentar la complejidad de la encomienda: que el concepto de delirio o el de tristeza se sostengan sin apoyo libidinal o mesolímbico, sin que el constructo esté fijado a una tópica o a la corteza. Pero si no fiamos nuestro saber a una realidad exterior y nos resistimos a agarrar supuestas causas bien cabrá preguntarse si no hay riesgo de virar a la deriva, de perder el rumbo y entregarnos a un relativismo en el que todo valga. ¿Llegaremos a buen puerto si soltamos la lesión (conflicto psíquico, desequilibrio químico o desigualdad social)? Veamos.

Nuestra guía es la expresión del dolor, que es palabra más también gesto, apretón, llanto y suspiro. Como aquellas parejas de mudo y ciego que Galdós describiera auxiliándose mutuamente y de las que dice: “se entendían por el tacto con tan endiabladas garatusas, que causaba maravilla verles *hablar*. Gracias a la precisión de aquel *lenguaje* (...) maldita falta les hacía el don de la palabra” (16, n.d.). Para hacer comprensible esta «amalgama» de verbo y ademán, de palabra y garatusa, podemos recurrir al «fondo común de lenguaje y sensibilidad» (17) que nos brinda el estructuralismo de la *Escuela de Copenhague*; o, si preferimos partir de la fenomenología, será posible hallar sostén en aquellos desarrollos hermenéuticos por los que «cualquier forma de entender el mundo se asienta sobre el sedimento

que las configuraciones del pasado han dejado» (18). Fondo, sedimento o experiencia ancestral nos sirven de apoyo:

«The individual forms his intellectual *Weltanschauung* not on the basis of an independent moulding of his own experience, but under the spell of his linguistic ancestors' experiences, which have been *deposited* in concepts of his language». MILLER, 1968, *The linguistic relativity principle and humboldtian ethnolinguistics*, citado en Alonso (19)

Deposited. El destacado es nuestro. *Deposited in concepts*. La materia del discurso —aunque embrollada en un *continuum* (gestos, palabras, lloros)— no es pues una “masa amorfa”. Es suelo estratificado. Es «una sustancia dotada ya de forma», escribe Rejón, «parcialmente articulada o plena de un orden prelingüístico» (1). No es caprichosa la experiencia del dolor. La información comunicada en lo verbal y lo no y lo musitado, la intimidad, se deposita poco a poco, en “estratos”, no al azar sino según «formas actuantes en un sistema ya dado» (20). No hay por qué temer con Pardo un «oleaje hermenéutico» en el que colisionen interioridades inconmensurables y personalísimas interpretaciones. Podemos entendernos, hay motivos para confiar en ello (21). Nos lo permite aquí la viva tradición sedimentada a lo largo de la historia, generación tras generación, hasta la propia. Asentamiento y compactación. Síntesis. «Un signo es síntesis antes de cualquier cosa, y síntesis cultural», reza el aforismo 1.2.1 de Rejón.

Este proceso de histórica amasadura, designado por Cassirer como labor del espíritu, es el que cohesiona nuestra visión del mundo, el que le da peso y entidad, el que permite a Van Gogh, Zimmer o Artaud decir “locura” y, de alguna manera, entendernos. Habla Pardo —en los mismos términos de Cassirer— de intimidad y esfuerzo, de una «sensibilidad anónima que trabaja desde el interior». Anónima porque no es de nadie y porque es de todos: no nuestra en puridad, tan escondida en el interior, tan *interiorizada*, que es solo *re*-conocible en las sensaciones compartidas, en ese hábito conservado según Humboldt por la comunidad hablante. Es así como esa «sustancia pre-expresiva, pre-predicativa, pre-judicativa» (1) con la que trata-

mos no puede ser definida sino como histórica, forjada en la temporalidad que con insistencia anuncia el prefijo. Muchas capas han ido dando espesor al habla en que venimos a dar con nuestros huesos y la dura cabezota cuando llegamos a este mundo. Por fortuna es acolchada. Topamos con un muelle lingüístico que se sabe (desde) siempre en marcha, siempre ya-en-curso. Ya en los griegos era el *logos* no pétrea razón sino discurso, palabra en el acto de ser dicha a otro. *Logos* como palabra en ese movimiento esencial heideggeriano que va, no del lenguaje al habla, sino del habla al lenguaje; surgimiento vital tan parecido al del «ente que nace en el hablar y ser escuchado» que es la lengua en Humboldt. A la reapropiación de esta palabra viva, de esta voz, invita Agamben; a que el hombre «*provi a assumere da capo il suo essere parlante*» (4), a recuperar el habla en curso, la historia que apunta el devenir, y concluye: «La estructura presuponiendo del lenguaje es la estructura misma de la tradición» (22).

Traduttore traditore (o de traducción, tradición y traición)

La tradición no es un *corpus* lingüístico cerrado, no es un diccionario de psicopatología. Es habla siempre en acto de habla(r). Aunque bien podemos preguntarnos: si esta práctica se sostiene en una comprensión histórica y sedimentada, en una originalidad que —aunque implícita, interna, anónima y pragmática— pervive; si el habla práctica es *ya* estructurada (para bien o para mal, de todo hay en la *viña* hermenéutica, ve Gadamer molde donde Heidegger corsé), ¿dónde está la creatividad frente a ese dogmatismo gramático que Humboldt vino a cuestionar con su *enérgeia*?

¿Dónde termina el legado de los ancestros que leíamos en Miller y dónde empieza «el poder del hombre sobre la lengua» reclamado por Humboldt (23)? ¿Qué peso tendrá la concepción heredada y cuál cada una de las particulares visiones del mundo? ¿Hasta dónde (no) somos animales de costumbres, seres de moral? Se plantea Gadamer cuál sea en Humboldt «la fuerza de cada uno frente a la potencia de la lengua» y, aunque pequeña o limitada, alguna le concede: una «cierta libertad» (24). Sin ella, desde luego, no podríamos vivir (o el vivir no sería vida), y no po-

dríamos aspirar a un saber que fuera tal. Y así lo entiende Habermas, mucho más categórico en la defensa de la autonomía del sujeto: «Las lenguas naturales no sólo abren los horizontes de un respectivo mundo específico correspondiente en el cual se encuentran ya los individuos socializados; a la vez obligan a los sujetos a rendimientos propios» (21).

Ya sea en la «cierta libertad» de maniobra concedida por Gadamer o en la exigencia *habermasiana* de «un uso, individualmente matizado e innovadoramente imprevisible» de las expresiones lingüísticas se pone de manifiesto la participación del sujeto en el lenguaje. ¿Necesitamos saber la cifra exacta, cuánto haya de nuevo y cuánto de viejo en el repetir de la palabra? ¿Es relevante determinar cuánta tradición se mantiene y cuánta novedad se aporta en cada interpretación de un texto? ¿Cuánta fidelidad y cuánta traición en cada recitado? Basta saber que hay margen para la «continua prueba de verificación» que pide Habermas. Basta asumir la paradoja de la «ratificación siempre nueva» por la que entiende Gadamer que la palabra es tal y por la que precisamente el signo adquiere —dirá Rejón en su aforismo 1.3.1.2— «la capacidad de decir algo de este o aquel paciente». De “*questo*” *malato*.

Aunque resulten entonces infinitas y siempre nuevas las maneras de ver el mundo no debe esto ser considerado como restricción y deficiencia sino como el único modo posible de un auténtico pensar: «Precisamente esta finitud y esta equivocidad del lenguaje humano devienen el sendero abierto al “viaje dialéctico” del pensamiento», sostiene Agamben (22). Solo el imperfecto diálogo permite un saber que no sea pura entelequia, y hay que reconocer con Humboldt que todo entender es siempre a un tiempo discrepancia.

A partir del rompedor proyecto que supuso la *Gramática sobre la lengua castellana* de Antonio de Nebrija (1441-1522) destaca Martínez Marzoa cómo será «la observación del habla “viva” [la que] haya de conducir a descubrir la lengua que rige esa misma habla» (15). Por sorprendente que parezca es en el habla, en cada voz discordante, donde hallamos solidez y de donde la autoridad parte, no de los rígidos

cánones o la pesadez de un corpus. Así puede Nebrija componer una gramática, una normativa de la lengua castellana: entendiéndola como algo más que latín corrompido o aberrante (sería en tal caso norma el latín, y el román sarta de errores). Es el de Nebrija un ejercicio tan audaz como sensato. Aunque concibe su gramática (la primera de una lengua romance) a partir del castellano como lengua autónoma, no desatiende la tradición sino que la «recoge con la finalidad de superarla» (25). No se arredra el andaluz frente a Castilla, no somete al corpus latino su gramática, mas tampoco niega el mundo. Aúna sin rubor en su trabajo método e historia y a pesar de su vocación normativa identifica en el uso del habla su modelo. Así debe ser, aunque no baste.

Resultarán de lo dicho infinitas más no arbitrarias, refrendadas por el uso y la costumbre, siempre y solo actualizadas, convencionales maneras de ver el mundo.

(Des)enlace

Entendemos que solo desde esta perspectiva histórica podrá la psicopatología abordar la diversidad de discursos que enfrenta: concibiéndolos como algo más que manifestaciones imperfectas de una verdad hurtada o pálidos reflejos de nuestra convicción causal. El delirio no es error ni desvarío. El habla castellana, el habla delirante, tienen sentido, gramática, *meaning* dirá Hjelmslev. Siempre y todos hablamos cotidianamente «“lenguas otras” cuya diferencia no se deja reducir a transformaciones evolutivas o diacrónicas» (16). Entre latín y castellano no se da un «parentesco genético-evolutivo» (15), como no se da entre el discurso delirante y el deliroide, o el sobrevalorado, o el del sastre y el del albañil, el del quesero y la abogada, la ajedrecista y el pintor. Tampoco entre sastre y sastre, médico y médico, entre abogadas o alfareros. Las infinitas particularidades, advierte Rejón en su aforismo 1.3.1, «deben entenderse desde el deseo de referencia y desde la frustración de ese deseo». Así son las palabras. Habrá, una vez tras otra, sin frustración o soportándola, que abandonen el «tejido coherente de analogías» que es para Humboldt la lengua en cada uno y disponerse a deshebrarlo y recoserlo infatigablemente en el telar lingüístico que el otro

(cuerdo, enfermo, librepensador o mediopen-sionista) viene tramando desde antes de nacer:

«Por el mismo acto por el que el ser humano segrega desde su interior el hilo de la lengua se hace él mismo hebra de aquélla, y cada lengua traza en torno a las gentes que lo hablan un círculo del que no se puede salir si no es entrando al mismo tiempo en el círculo de otra». HUMBOLDT, 1836, *Sobre la diversidad de la estructura del lenguaje humano y su influencia sobre el desarrollo espiritual de la humanidad*, citado en Garagalza (23)

Desesperante, sí. Vivo por tanto. A hacernos con ello ayudó Nebrija al entender el habla como fibra que lleva a la cuerda que —ilustra Wittgenstein en el 3.2.2 rejoniano— no es sino fibras trenzadas; del mismo modo que Hjelmslev posibilitó un cambio de perspectiva por el que la intertextualidad de Julia Kristeva pudo recorrer de vuelta el camino de la literatura a la lengua. Es así como la entrevista clínica permite —siempre a traición— tomarle las costuras a lo vivo y entrelazar en palabras de cuidado (*médomaï*) esa voz del sufrimiento que no es habla aberrante ni —por supuesto— latín barbarizado.

Contacto

Sergi Solé Plans • ssole@fhspereclaver.org

Centro de Salud Mental de Adultos Montjuïc. Fundació Sanitària Sant Pere Claver
c/ Vila i Vilà, 16 • 08004 Barcelona

Bibliografía

1. Rejón C. *Concepción de la psicopatología como lógica. Un ensayo de Teoría de la Psiquiatría*. Madrid: UAM; 2012.
2. Correa M. La irrupción posible del saber profano. Hacia una construcción colectiva del conocimiento en salud mental. *Temps d'Educació* 2014; 47: 83-95.
3. Lledó E. *Filosofía y lenguaje*. Barcelona: Crítica; 2008.
4. Agamben G. *Che cos'è la filosofia?* Macerata: Quodlibet; 2016.
5. Chomsky N. *Reflexiones sobre el lenguaje*. Barcelona: Ariel; 1979.
6. Pelegrina H. La superación actual de las aporías psicopatológicas. *Fenopatológica* 2017; fenopatologica.com
7. Chomsky N. The Galilean Challenge. *Inference* 2017; 3(1): inference-review.com
8. Barron H, Hafizi S, Andrezza AC, Mizrahi R. Neuroinflammation and Oxidative Stress in Psychosis and Psychosis Risk. *Review. Int. J. Mol. Sci.* 2017; 18, 651
9. Platón (tr. Lledó E) Fedro. Madrid: Gredos; 2010.
10. Hölderlin F (tr. Santoro T, Álvarez JM). *Los poemas de la locura*. Madrid: Hiperión; 2009.
11. Cabanne P (tr. Valiente A). *Van Gogh*. Barcelona: Daimon-Manuel Tamayo; 1969.
12. Artaud A (tr. Todó LM). *Van Gogh, suicidat per la societat*. Barcelona: Angle, 2010.
13. Bakker N, Van Tilborgh L, Prins L. *On the verge of insanity. Van Gogh and his illness*. New Haven y Londres: Yale University Press; 2016.
14. Antiseri D. *Epistemologia ed ermeneutica. Il metodo della scienza dopo Popper e Gadamer*. Brescia: Morcelliana, 2017.
15. Martínez Marzoa F. *La soledad y el círculo*. Madrid: Abada; 2012.

16. Pérez Galdós B. *Tristana*. Madrid: Alianza; 2004.
17. Pardo JL. *Estructuralismo y ciencias humanas*. Madrid: Akal; 2001.
18. Rodríguez R. *Hermenéutica y subjetividad*. Madrid: Trotta; 2010.
19. Alonso R. El pensamiento lingüístico de Humboldt y su influencia en el siglo XX. *Interlingüística* 2005; 16(1): 125-35.
20. Domínguez A. Exposición crítica del método lingüístico de Hjelmslev. *Philologica Canariensis* 1994; 0: 111-36.
21. Habermas J. (tr. Montoya J) Motivos del pensamiento postmetafísico. *Estudios de Filosofía* 1990; 2: 59-78.
22. Agamben G. (tr. Costa F, Castro E). *La potencia del pensamiento*. Barcelona: Anagrama; 2008.
23. Garagalza L. Filosofía y lenguaje en la obra de Wilhelm von Humboldt. *Revista internacional de los estudios vascos* 2003; 48(1): 237-48.
24. Gadamer H-G. (tr. Martínez L). *Elogio de la teoría*. Barcelona: RBA; 2013.
25. Peñalver M. Nebrija: De la gramática de ayer a la gramática de hoy. *Cauce* 1992; 14-15: 221-232.

• Recibido: 15/2/2018.

• Aceptado: 12/5/2018.



FORMACIÓN CONTINUADA

La experiencia del apoyo mutuo en los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), el “programa mentor” del servicio.

The experience of peer support in the Psychosocial Rehabilitation Centers (CRPS), the “mentor program” of the service.

Marta Rosillo Herrero.

Psicóloga-Coordinadora y Directora Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de Los Cármes. Centro propio de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Políticas Sociales y Familia. Comunidad de Madrid. Gestión Técnica Intress.

Vicenta Alonso Martos.

Educadora Social Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de Los Cármes. Centro propio de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Políticas Sociales y Familia. Comunidad de Madrid. Gestión Técnica Intress.

Resumen: Se relata la experiencia de los programas Mentor en los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Se ofrece una propuesta de implementar la figura de “usuario experto” y la herramienta del “apoyo mutuo” en los procesos de recuperación de las personas en atención en un recurso de rehabilitación. Se presenta el programa, la experiencia y los resultados de la misma analizando las implicaciones que tiene tanto para personas que son atendidas, como para los profesionales así como para el cambio de valores en la organización y la asistencia.

DeCS Palabras Clave: Apoyo mutuo, recuperación, usuario-experto, mentor, rehabilitación psicosocial, trastorno mental.

Abstract: Experiences from the Mentor Program in Psychosocial Rehabilitation Centres are presented. The program serves to use ‘peer support’ and ‘expert by experience’ concepts as tools in the recovery process of people in psychosocial rehabilitation services. The content of the program is presented, as are subjective experiences and results. Implications for the individuals, the service providers and for values shift in organizations are discussed.

MeSH Key Words: Peer support, Recovery, Expert by Experience, Mentor, Psychosocial Rehabilitation, Mental Disorders.



Introducción

En los últimos años, la atención a la salud mental basada en el modelo comunitario se ha visto beneficiada por la perspectiva de *recuperación*. Las experiencias de personas con trastornos mentales graves que viven, trabajan y aprenden en la comunidad esta aumentado la conciencia entre los responsables de políticas sociales y sanitarias de que las personas pueden recuperarse incluso de los trastornos mentales más graves para vivir una vida productiva y satisfactoria.

La recuperación que hasta ahora se había entendido exclusivamente como la resolución de los aspectos clínicos del trastorno mental, implica realmente un proceso de cambio personal, al retomar la persona su proyecto vital y recuperar al máximo sus propias capacidades como individuo y como ciudadano de pleno derecho. (1)

La Recuperación se basa en una serie de *principios*, siendo los más significativos:

- La persona construye su proyecto de vida, independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas.
- El enfoque de la recuperación se aleja de la patología, la enfermedad y los síntomas y se acerca a la salud, la fortaleza y el bienestar.
- La esperanza es central en la recuperación y la persona la experimenta en la medida que va asumiendo un mayor control sobre su vida y percibiendo cómo otras personas también lo consiguen.
- El apoyo entre iguales resulta un elemento clave para avanzar en la recuperación, reconociendo la importancia de la familia y otras personas allegadas en este proceso.

Es este último principio, *el apoyo entre iguales*, un aspecto central para la recuperación de muchas personas, ya que ayuda a compartir experiencias, emociones y pensamientos. Un igual, partiendo de su condición de “experto” en experiencia vivida, puede ayudar a otro a situarse en contextos de desorientación, facilitando el afrontamiento de estado de confusión mental y angustia extrema en las que la experiencia previa es relevante. Entre las personas con experiencia

propia en problemas de salud mental, *el apoyo mutuo* puede ser útil para afrontar crisis, afrontamiento de diagnóstico, convivencia social con la “enfermedad”, hospitalización, y muy especialmente en el proceso de recuperación social. (2)

Algunas definiciones de Apoyo mutuo en Salud Mental:

- *El apoyo mutuo es una forma de dar y recibir ayuda basada en principios básicos de respeto, responsabilidad compartida y acuerdo mutuo sobre lo que es útil.* Mead, Hilton, and Curtis (2001) (3)
- *Usar el conocimiento y la experiencia personal en un determinado tema para ayudar y apoyar a otros que están experimentando esos mismos temas.* Scottish Recovery Network (2008) (4)

Existen formas diferentes de ejercer el apoyo mutuo. Puede tener carácter formal e informal. El apoyo mutuo, cuando tiene carácter formal, supone que quienes la ejercen reciben un entrenamiento previo, y que su desempeño puede ser voluntario o remunerado. En este caso se habla de especialistas (*peer support specialists*) o agentes de apoyo mutuo, que lo ejercen de forma coordinada con servicios destinados a las personas con problemas de salud mental. Los programas de apoyo mutuo (*Peer Support*) tienen sus orígenes en el movimiento asociativo y de los consumidores de servicios en los EEUU (1980-1990) (5). Una revisión de la literatura de investigación sobre programas de apoyo mutuo (6), (7) muestran que los programas de apoyo entre pares pueden ser una opción útil en la medida que amplían la red social, mejoran el manejo de síntomas y aumentan la calidad de vida. Un trabajo europeo controlado y aleatorizado (8) concluye que participantes de programas de apoyo mutuo disfrutaban de un mayor apoyo social, sentimientos de auto-eficacia y calidad de vida, y varios testimonios personales avalan las acciones de apoyo mutuo como un adyuvante importante al tratamiento estándar. Sin embargo, muchos de los estudios utilizaron tamaños de muestra pequeños y falta de estudios aleatorios, por lo que es necesaria una mayor investigación para refinar nuestra comprensión del efecto del apoyo mutuo en la promoción de la recuperación de problemas de salud mental.

En su conjunto, diversas experiencias internacionales muestran que *el apoyo mutuo, cuando tiene un carácter formal, otorga un valor añadido* tanto para el provisor (persona que ejerce la ayuda mutua) como para el receptor (su igual), así como para las organizaciones que estén implicadas. Para el provisor del apoyo mutuo, supone un empoderamiento y una mejora de la autoestima a la vez que se invierten los procesos de autoestigma propios del trastorno mental. El desempeño de una ocupación (remunerada o no) fomenta las relaciones sociales con sus iguales y, muy especialmente, contribuye al desarrollo de habilidades de comunicación, emocionales y sociales. Para el receptor, es una oportunidad de sentirse escuchado y comprendido y recibir consejos sobre situaciones de su vida cotidiana que se ven dificultadas por la existencia del trastorno. Puede, además, expresarse con libertad y ganar confianza en la relación con un igual, por lo que incrementa el funcionamiento social y la autoestima. En Estados Unidos (9), el apoyo mutuo desempeña un papel importante en la recuperación pero también ofrece oportunidades de empleo y promueve la independencia y la esperanza en las personas con problemas de salud mental. En Escocia, existe un título acreditado de Agente de Apoyo Mutuo, Scottish Qualifications Authority (SQA), desarrollado por Scottish Recovery Network, (SRN) (10) para formar agentes de apoyo mutuo y que además reconoce su papel en la recuperación. En España se está implementando el proyecto Peer2Peer (11) desde la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con otros países e instituciones para incluir personas con experiencia propia como agentes de apoyo en servicios de salud mental y destaca como pionera la experiencia del proyecto EMILIA (12) que pretende la legitimización del conocimiento como experto por experiencia para capacitar a usuarios en la formación de otros usuarios con menos experiencia, menos conocimiento sobre la enfermedad y peor manejo psicosocial o experiencia en el uso de servicios.

Los resultados de estas experiencias compartidas muestran que el apoyo entre iguales es una forma de terapia innovadora y eficaz para ayudar a las personas con problemas de salud mental.

Desde el punto de vista de los servicios de rehabilitación psicosocial, el apoyo mutuo se plan-

tea como una apuesta decidida por fomentar el enfoque de la recuperación tanto entre los profesionales del servicio como entre los usuarios del mismo, al mismo tiempo que el apoyo mutuo se constituye como un complemento al papel de los profesionales, llegando a reforzar o incluso ampliar la cartera de servicios.

El programa que presentamos a continuación contempla el entrenamiento de personas usuarias de los CRPS en el ejercicio del apoyo mutuo para actuar como “mentores”¹ dentro del servicio en la recepción y acogimiento de nuevas personas que acceden al mismo. *Aporta un nuevo aprendizaje y estimula un cambio de perspectiva y de valores en la organización y la asistencia.*

Objetivos

Objetivo general:

- El objetivo general del programa es fomentar el enfoque de la recuperación entre las personas usuarias del servicio, centrando la atención en el papel facilitador del apoyo mutuo y en concreto en el desempeño del Rol de Mentor del Servicio.

Objetivos Específicos:

- Poner en valor el apoyo mutuo en el proceso de recuperación entre las personas usuarias del servicio de Rehabilitación psicosocial y entrenar para su ejercicio.
- Formar a usuarios ya avanzados en su proceso de recuperación en las habilidades necesarias para servir como una persona de referencia, acompañando, motivando y apoyando a otras personas en atención en el CRPS.
- Favorecer las relaciones con otras personas y establecer técnicas de comunicación y de ayuda mutua en el proceso de rehabilitación psicosocial.

¹ Mentor: es una persona que aprovecha su experiencia propia en un rol o lugar para enseñar y facilitar el aprendizaje de otras personas.



Tabla 1. Objetivos del programa para el Mentor y para el mentorizado

Objetivos para el Apoyador/ Mentor	Objetivos para el Apoyado/Mentorizado
- Sentimientos de auto-eficacia, valor personal y aprobación social	- Mejor enganche al CRPS
- Adquisición de habilidades de comunicación	- Aumento de red social
- Asumir rol de cierta responsabilidad	- Apoyo no profesional

Metodología

La metodología es de carácter formativo y de aplicación del aprendizaje en contexto real. Consiste en primer lugar, en la realización de una formación básica de entrenamiento para el ejercicio del apoyo mutuo y del rol de mentor.

El programa de entrenamiento en apoyo mutuo, *Como desarrollar el Rol de Mentor en el Servicio*, consta de 4 ó 5 sesiones con una duración de 1,5 horas semanales.

Los contenidos se centran en dotar al usuario de las habilidades para el ejercicio del rol de mentor desde la contextualización del apoyo mutuo que acoge el enfoque de la recuperación. Impartido en su inicio por los educadores del servicio, agentes principales del programa de acogida.

La metodología se centra en talleres de entrenamiento mediante juego de roles, trabajo y debates en grupo, con breves introducciones teóricas y síntesis integrativas de los contenidos.

Contenidos:

- Definición del rol del mentor y apoyo mutuo.
- Formación en habilidades de comunicación, escucha y autorevelación.
- Formación en emoción positiva y estilo motivador.
- Formación en conocimientos de los procesos del CRPS.
- Formación en modelos de recuperación. En segundo lugar se pondrá en práctica el aprendizaje adquirido desarrollando sesiones de apoyo mutuo en contexto real inicialmente dentro del *Programa de Acogida del Centro*. Todas las partes implicadas consensuan los criterios para la asignación de los usuarios nuevos que

acceden al centro de rehabilitación, las sesiones del grupo de acogida en las que participan como mentores, el número de encuentros individuales de mentoría, el horario y lugar para llevar a cabo las mismas y el método para el registro de la actividad.

Contenido:

- Presentación.
- Informar sobre el CRPS (objetivos, actividades y procedimientos).
- Mi propia experiencia.
- Presentación a otros compañeros.
- Fomentar asistencia a actividades de ocio u otras.

Los participantes en el programa son personas en atención en los recursos de rehabilitación psicosocial con un proceso de recuperación ya avanzado, motivados por el proyecto y que llevan más de un año en el CRPS. A través de las asambleas de los centros se invita a la participación en el proyecto.

Evaluación y resultados

Todas las fases del proyecto (*Formación básica en Rol de Mentor y Desarrollo del Papel de Mentor en el Servicio*), son evaluadas por las diferentes partes implicadas.

La *formación básica* se evalúa mediante cuestionario al finalizar la actividad formativa, que explorará las siguientes dimensiones: organización del curso (contenidos, facilidad...), aprendizaje percibido (utilidad y eficacia), valoración de los profesionales (trato, conocimiento, apoyos...) y satisfacción global.

El desarrollo del papel de mentor en el servicio, se evalúa como se expone a continuación:

- Evaluación de los registros de información de las sesiones y encuentros de mentoría: Se analizará la información recogida en los registros de las sesiones que ahonda sobre la utilidad de la sesión, las dificultades que se han podido presentar, la valoración hacia las personas acogidas, así como la valoración subjetiva y emocional acerca del propio desempeño del rol.

- Evaluación a través de grupo focal de las sesiones de mentoría o apoyo mutuo por parte de los mentores: Se llevará a cabo una sesión en la que se utilizará la técnica de grupo focal para recoger las opiniones sobre la experiencia en términos de:

Nivel emocional: como han vivido la experiencia de ser mentores del servicio a través de la intervención activa en el Grupo de Acogida y acompañando con sesiones de mentoría a los compañeros en su proceso de integrarse en el recurso.

Nivel Relacional: cuál es la relación que mantienen o han mantenido con la persona de la que ha sido mentor, y como han mejorado sus relaciones sociales a partir del desempeño de este rol en el servicio.

Nivel dificultad: cuales han sido las dificultades o retos encontrados.

- Evaluación de la experiencia por parte del mentorizado con respecto al mentor.

Se evalúa a través de un cuestionario de satisfacción con el proceso de mentoría que analiza las siguientes dimensiones: satisfacción (con el mentor, con el apoyo percibido, con la información y el tiempo dedicado) y utilidad del proceso de mentoría (conocer mejor el centro, facilitar la integración, mejora personal). Así como un índice de satisfacción global del 1 al 4.

- Evaluación de la experiencia por parte de los profesionales de los servicios implicados: Se mantendrán entrevistas individuales y sesiones de grupo con los profesionales clave que hayan intervenido en la experiencia.

- Evaluación de resultados de la Formación básica en Rol de Mentor.

Se han realizado inicialmente 4 cursos formativos para el ejercicio de la ayuda mutua en funciones de Mentor del servicio desde el inicio del proyecto (2012), con un total de 20 sesiones presenciales que constituyen 32 horas formativas.

El número total de personas formadas para el ejercicio del Rol ha sido de 17 personas de los Centros de Rehabilitación Psicosocial de los Carmenes y Centro de Rehabilitación Psicosocial de Martínez Campos.

Los participantes fueron personas con una media de edad de 47 años, 10 mujeres frente a 7 hombres, con una media de 27 años de evolución en el trastorno y 7 años de asistencia a los recursos de rehabilitación, mayoritariamente diagnosticados de un trastorno psicótico.

Es destacable el alto nivel de participación en el curso (95 % de asistencia grupal) y el nivel de compromiso prestado para ejercer el rol de mentor.

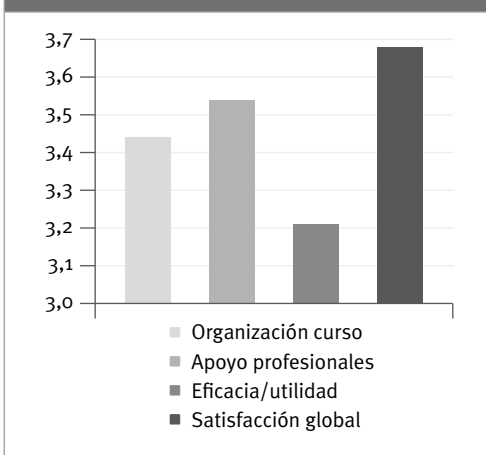
Una vez realizado el análisis de los cuestionarios de satisfacción con la formación recibida así como el análisis de los comentarios y entrevistas mantenidas con los implicados podemos identificar una serie de aspectos que resultan útiles para evaluar el desarrollo de la experiencia formativa:

- organización del curso (contenidos, facilidad),
- aprendizaje percibido (utilidad y eficacia),
- valoración de los profesionales (trato, conocimiento, apoyos),
- satisfacción global.

La valoración de la formación se ha realizado mediante una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos. Los resultados se recogen en el gráfico nº 1, oscilando entre los 3.24 puntos que se refleja en la eficacia/ utilidad y los 3.68 que obtiene la satisfacción global con la formación recibida. Esta valoración es alta ya que cada bloque puntúa por encima de 3 en una escala de 0 a 4, siendo *el ítem más valorados el apoyo y el interés mostrado por los profesionales (3,5).*



Grafico nº 1. Valoración de la formación



De las valoraciones realizadas por el alumnado mediante preguntas abiertas se extraen aspectos relacionados con la utilidad de la formación como pueden ser:

- *“Ser mentor me ayuda a equilibrarme, puedo evolucionar y ser más optimista”*
- *“incrementa mi confianza y mi valía personal”*
- *“Ayudar a los demás es una buena forma de ayudarse a sí mismo”*
- Así como comentarios positivos reveladores:
- *“la humanización de la enfermedad mental”*
- *“encontrarse motivado para llevar a la práctica lo aprendido en las mentorías”,*
- *“dar las gracias por la oportunidad”.*
- *Evaluación y resultados del Desarrollo del Papel de Mentor en el Servicio*

Del alumnado participante en el curso de formación, 14 personas fueron finalmente quienes actuaron como mentores en el servicio: 8 mujeres y 6 hombres, con una media de 48 años, 29 años de evolución en el trastorno y 7 años de estancia en el recurso, mayoritariamente diagnosticados de trastorno psicótico.

Una vez realizado el análisis de la información obtenida del registro de actividad de las sesiones de mentoría y de las entrevistas mantenidas con los implicados, hemos identificado una serie

aspectos, que son útiles para evaluar, en su conjunto la experiencia:

- Utilidad de las sesiones
- Valoraciones sobre el propio desempeño del rol de mentor
- Valoraciones hacia la persona acogida
- Dificultades encontradas

Resultados de la valoración individual de los mentores a través del análisis de los registros de las sesiones de mentoría o ayuda mutua

En relación con el *grado de satisfacción global con la mentoría*, los mentores valoran un promedio de 3,8 sobre una escala de 0 a 4. En general las valoraciones son positivas, destacándose las emociones positivas experimentadas, la gratitud por ejercer el rol de mentor, la satisfacción por la oportunidad de desarrollo personal y el aprendizaje, la responsabilidad y la utilidad del proceso. Se destaca el buen clima, la sinceridad, la flexibilidad y apertura para tratar temas. Un aspecto importante que señalan es el tener presente el enfoque de recuperación, y la importancia de la responsabilidad y actitud de la persona, tanto de la figura del mentor como de la del mentorizado.

En el cuadro nº 1 resumimos la valoración de los mentores del proceso de mentoría realizado a través de la revisión de los registros de sesión.

Tabla 2. Resumen de Resultados de la valoración de la mentoría

Aspectos explorados	Resumen resultados
<p>Sentimientos del mentor/a respecto al desarrollo de la mentoría</p>	<p>Nerviosismo y bloqueo iniciales que se tornan en satisfacción y seguridad, alegría y confianza al darse cuenta de que son capaces de manejar el malestar y hacer progresivamente mejor las sesiones.</p> <p>Comodidad por poder hablar de todo, por ir abriendo camino y salvar los obstáculos iniciales.</p> <p>Se consiguió generar esperanza, sintiendo satisfacción y positividad.</p> <p>Supera sus expectativas.</p> <p>Le hace crecer como persona.</p> <p>Se siente escuchado.</p> <p><i>“Ha sido como una terapia. Ves que lo aprendido aquí lo puedes transmitir. Hay un beneficio y enriquecimiento personal recíproco”.</i></p> <p><i>“A mí me hubiese gustado tener una persona mentora, porque es afín a ti y tenemos cosas en común”.</i></p>
<p>Percepción de las emociones del mentorizado por parte del mentor/a</p>	<p>Bienestar, comodidad, complicidad, seguridad y confianza.</p> <p>Creación de buen clima, buen trato y negociar acuerdos.</p> <p>Agradecimiento. Sentirse mutuamente escuchados.</p> <p>Interés. Curiosidad. Afabilidad.</p> <p><i>“Para la otra persona es útil porque aquí va a ser escuchada y aprenderá a utilizar sus propias armas para desarrollarse y relacionarse”.</i></p> <p><i>“Creo que se siente esperanzada, cómoda y segura”.</i></p>
<p>Temas tratados en las sesiones de mentoría</p>	<p>El Centro: funcionamiento, actividades, ubicación y recursos externos, la gente que acude.</p> <p>Aclarar dudas.</p> <p>Relacionarse y charlar un poco.</p> <p>Contar la experiencia propia.</p> <p>Ocio y tiempo libre, aficiones, intereses personales.</p> <p>Cuestiones personales: sentimientos, expectativas, familia, historia propia.</p> <p>Aspectos positivos de la recuperación.</p> <p>Se abordan temas como discapacidad, dinero, independencia, medicación, pisos, ayuda profesional.</p> <p><i>“La sesión sirve para obtener información de la persona acogida”.</i></p> <p><i>“Es importante dar la bienvenida”.</i></p> <p><i>“La sesión sirve para relacionarse y charlar un poco”.</i></p> <p><i>“Explicación de las normas del Centro”.</i></p> <p><i>“Se habla sobre temas de interés, como el teatro”.</i></p> <p><i>“Sirven para mejorar más y prosperar”.</i></p>
<p>Dificultades, retos y propuestas de mejora</p>	<p>Dudar de sí y las reticencias o resistencias de la otra persona al inicio.</p> <p>Ser flexibles para aplicar el guion de las sesiones.</p> <p>Resulta delicado comenzar la mentoría.</p> <p>No asistencia de la persona a la sesión.</p> <p>Atascado, dudas para responder a determinadas preguntas o comentar experiencias propias.</p> <p>Mejor fuera del centro.</p> <p><i>“Creo que la persona se encuentra saturada por la cantidad de información”.</i></p> <p><i>“A veces resulta difícil sacar temas de conversación”.</i></p>

Resultados de la valoración individual de los mentores a través del análisis del grupo focal de las sesiones de mentoría o ayuda mutua

Se realizaron dos grupos focales en los que participaron 10 personas en total destacando especialmente:

- *Un sentido profundo de agradecimiento* por tener la oportunidad de ayudar y colaboración mutua con otras personas, con sentimientos de alegría, felicidad, apertura y confianza hacia sí misma.
- Un *sentimiento de empatía* por haber pasado antes por el camino que ahora está recorriendo la otra persona.
- Desde esa comprensión toman una perspectiva del camino recorrido y ven potenciados tanto los *logros* conseguidos *en su propio proceso de recuperación*, como el papel de ayuda mutua a otra persona.
- Reciben al menos tanto como dan, *la mentoría es para las mentoras un proceso de aprendizaje mutuo*.
- En el acompañamiento descubren que cada persona y cada relación es diferente, con su propia idiosincrasia.
- *Gran satisfacción por poder ayudar y servir de guía*, aliviando los temores que traen las personas que se están incorporando al Centro.

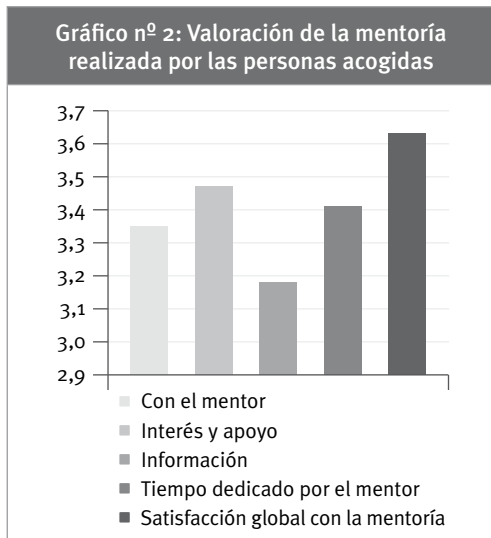
- Se dan cuenta de que pueden aportar algo, dar algo que no sabían que tenían, aumenta la *validación hacia sus propias personas*.
- Se ven *como pioneros de una experiencia innovadora*.
- La mentoría les ha hecho *sentir más útiles, tranquilas, valoradas*, conectados, con las personas, al verse reflejados en el camino que ahora recorren los nuevos.
- Descubren que temores y pensamientos limitadores anteriores se superan Para algunas de estas personas, la mentoría ha supuesto *un reto que, al ser superado, aumenta la confianza y el buen concepto hacia sí mismo*.
- Tras realizar una o más mentorías, piensan que *han mejorado* en el tacto, la paciencia y en la empatía *en las relaciones sociales* en general, se muestran *más proactivos en las relaciones, con más iniciativa y disponibilidad de ayuda*.
- En las sesiones de mentoría *se habla poco de la “enfermedad”*, los síntomas quedan en segundo plano, *se habla más de recuperación y de las vivencias* de cada uno.
- *La responsabilidad y la utilidad* para centrar la atención durante las entrevistas al tener que explicar aspectos concretos (recuperación, experiencia personal, objetivos y actividades del Centro,...) sin divagar.

Tabla 3. Resumen Resultados de los grupos focales

Aspectos explorados	Objetivos	Resultados
A nivel personal	Aumentar valía personal percibida	<i>Se sienten capaces, contentas, alegres y satisfechas</i>
	Aumentar percepción autoeficacia	<i>Se sienten útiles, aumenta la sensación de pertenencia, se dan cuenta que pueden hacer la función de mentor y perciben mejora con la práctica, toman conciencia de los logros conseguidos en su propia recuperación, ayuda a centrarse en la tarea</i>
	Asumir un rol valioso y responsabilizarse para su ejercicio	<i>Se perciben como ayudadores, perciben que el rol es valorado por las personas mentorizadas y el equipo, y que es útil para la integración de las personas en el servicio</i>
A nivel relacional	Mejora de habilidades de comunicación	<i>Ayuda a centrarse en las personas y las relaciones, y descentrase del discurso en torno a la “enfermedad”</i>
		<i>Aumenta la empatía</i>
		<i>Aumenta la proactividad en las relaciones</i>

Resultados de la valoración de la Satisfacción de las personas mentorizadas con el procedimiento de mentoría

El número total de personas que fueron acogidas a través del proceso de mentoría o apoyo mutuo ha sido de 31 personas. El promedio de edad de las personas mentorizadas ha sido de 43 años, 12 mujeres y 19 hombres. El tiempo medio de evolución desde el inicio del trastorno es de 16 años, mayoritariamente diagnosticados de un trastorno psicótico. Los resultados del cuestionario de valoración de la mentoría pueden ver en el gráfico nº 2.



La valoración se ha realizado mediante una escala tipo Likert de 1 a 4 puntos, siendo el índice de *satisfacción global con la mentoría de 3,63*. Como se puede observar, la valoración se sitúa por encima de 3, siendo la satisfacción con la información recibida *el ítem menos valorado (3,17) y los más valorados los relacionados con el interés y apoyo recibido (3,47) por parte del mentor y el tiempo dedicado a lo largo de los encuentros (3,41)*.

Resultados de la valoración de los profesionales con la implementación y desarrollo del proyecto

En general, las valoraciones por parte de los/as profesionales implicados en el programa han sido muy positivas.

Los/as profesionales consideran que todas las personas implicadas en el proceso de mentoría

salen fortalecidas con el Programa Mentor de ayuda Mutua.

Destacan el proyecto como una experiencia de utilidad tanto para mentores, como mentorizados y para los propios profesionales enfatizando especialmente lo siguiente:

Para el mentorizado:

- Se sienten más cómodas en el grupo de Acogida al estar presente una persona que ha pasado por su misma experiencia.
- Hablan con más libertad sobre lo que les sucede y sus expectativas con el recurso
- Tienen la posibilidad de escuchar a otra persona que ha pasado por su misma experiencia, hablar sobre Esperanza y Recuperación. y que se presentan como *Modelos de Recuperación*.

Para el Profesional:

- la presencia de la persona que asume el papel de mentor facilita la labor de los profesionales sobre todo en la explicación de las distintas actividades que se realizan en el Centro.
- “*Se rompe el hielo*” con más facilidad.
- El Programa Mentor es un ejemplo de una forma de intervención más horizontal, en el que todas las personas implicadas son expertas (experiencia técnica y experiencia de vida).

Para el Mentor:

- Comentan el bienestar que les produce poder ayudar y apoyar a las personas que acceden al Centro.
- Que se les tenga en cuenta para participar en una actividad al mismo nivel que los profesionales.
- Saber que el concepto que se tiene de ellas es que son personas en proceso de recuperación y que son un modelo para las personas que acceden al recurso.
- Cada persona que asume el Rol de Mentor, destaca una razón diferente para haber aceptado formar parte del programa, razones relacionadas con su propio autoconocimiento:
 - “*este programa me ayuda a aprender más*”



- “*me hace ilusión participar en sesiones de recuperación*”
- “*es una experiencia nueva, ayudar, consolar, porque nosotros también lo hemos pasado mal*”

Conclusiones

El apoyo entre iguales desde el ejercicio del rol de mentor en los Centros de Rehabilitación Psicosocial, supone para las personas que lo ejercen un aumento de su valía personal, un aumento de la percepción de autoeficacia, la asunción de un rol significativo fomentando la participación activa en el servicio y la mejora de las habilidades de comunicación y relacionales. Además influye en la perspectiva de los usuarios receptores del apoyo mutuo, a través de este proceso de mentoría, no solo considerándolo útil y satisfactorio sino destacando el apoyo recibido y el mensaje esperanzador del que son portadores los mentores. La implementación de este tipo de programas que ponen en relieve el Apoyo Mutuo en los servicios de atención psicosocial, supone para los profesionales poner en valor la experiencia del otro como agente para favorecer procesos de recuperación personal desde el conocimiento ingente que aporta la experiencia vivida, resultando intervenciones más horizontales donde todos los agentes protagonistas salen reforzados o beneficiados.

A modo de conclusión se apuntan los siguientes aspectos:

- Cumplimiento del objetivo general del proyecto: *fomento del enfoque de recuperación*
- Poner en valor el apoyo mutuo como herramienta para favorecer el cambio y el progreso en los procesos de recuperación personal.
- Destacar la valoración de las mejoras en las relaciones a establecer con los demás y el aumento en las habilidades de comunicación.
- Es importante destacar el mayor porcentaje de mujeres que ejercen el rol de mentor en comparación con el porcentaje de hombres.
- Empoderar a los usuarios de los servicios a través de su participación activa desempeñando un rol significativo en el servicio.
- No existen criterios de exclusión y si de inclusión en el grupo basados en las características personales, afectividad, motivación para la ayuda, superación personal lo que conlleva poner el énfasis en las competencias del otro.
- De las valoraciones globales se desprende que el ejercicio del rol de mentor es muy satisfactorio, aporta sentido, mejora y aumenta la identidad.
- La valoración profesional señala la gran implicación, el alto grado de disponibilidad y compromiso con el proyecto por parte de los mentores.
- Los profesionales valoran como altamente “positiva” la experiencia y muy enriquecedora para todas las partes implicadas, mentores, personas en acogida y profesionales del servicio.
- Resulta ser un complemento extraordinario a la atención profesional.
- Se establecen buenos modelos de potenciación y desarrollo de fortalezas desde el inicio del proceso de rehabilitación.
- Ayuda para vivir valores de recuperación, que se ven reflejados en el propio hacer de las sesiones de mentoría: la orientación hacia la persona, autodeterminación, implicación y esperanza.
- Facilita la recuperación al potenciar las competencias sociales para la realización de roles altamente valorados, especialmente en la relación de ayuda y apoyo mutuo.
- Alto grado de satisfacción con la formación recibida (3,68) y eficacia de la misma (3,24).
- Creen que la formación les capacita para ejercer el rol de mentor y establecer relaciones de apoyo mutuo y les ha servido para progresar en su propio proceso de mejora personal.
- Creemos que el entrenamiento o formación para el ejercicio del rol de mentor es un valor en sí mismo para mejorar los procesos de recuperación de los participantes.

Consideraciones finales

Finalmente y tras la experiencia analizada se plantean una serie de mejoras de cara a dar continuidad y favorecer la realización de futuras experiencias:

- *De cara a la formación* de nuevos mentores del servicio, sería interesante la *incorporación como formadores a personas que ya han ejercitado* y tiene experiencia en el desarrollo del *rol de mentor*, especialmente en el manejo de habilidades interpersonales y resolución de situaciones difíciles que surgen en el contexto de la mentoría.
- A la hora de *desarrollar y planificar las sesiones de mentoría tener presente la flexibilidad* de las mismas en lo referente al número de sesiones y duración y poner más el *énfasis en momentos concretos de acompañamiento y acogimiento* de la persona nueva en atención como pueden ser: acudir a determinadas actividades, asambleas o la realización de sesiones fuera del centro.
- *Disponer en el recurso de varios mentores* y de distinto género, lo que permite atender a la diversidad de las personas acogidas y *cuidar al mentor* atendiendo a su propio proceso de recuperación en ocasiones no lineal.
- Al considerar *el apoyo mutuo como un valor añadido para favorecer los procesos de recuperación* poder desarrollar *medidas de impacto* que den cuenta de este progreso tanto en el

mentor como en el mentorizado, *a medio, corto y largo plazo*.

- Al ser uno de los elementos clave de la mentoría la potenciación del apoyo mutuo, poder *facilitar el desempeño del rol de mentor más allá del proceso de acogida del servicio, desarrollando su papel de participación y dinamización en otros grupos*: asambleas, grupos de mujeres, grupos autogestionados basados en talentos y competencias personales (arte, deporte...), incluso liderando el desarrollo de grupos de apoyo mutuo, dando cabida en los servicios a la *existencia de un protocolo que potencia la ayuda mutua de forma permanente* y que el apoyo entre iguales, a través del ejercicio del rol de mentor u otras variedades, sea algo estable en el servicio.
- Sugiere *crear programas de voluntariado para formar a mentores desde los servicios* y de este modo *dar continuidad y formalidad al apoyo mutuo para ofertar a otros servicios de rehabilitación psicosocial o incluso implementar la figura en los servicios de salud mental, contemplando la contratación y la formalidad de la ayuda mutua*.
- En la medida en que se *formaliza el desempeño de un rol significativo* y **se incluye la figura dentro del staff de profesional del servicio**, establecer *medidas de reconocimiento y legitimización de la labor del mentor* (reconocimiento profesional, incentivos económicos, formación continua...).

Contacto

Marta Rosillo Herrero • Tel.: 914 621 063 • mrosillo@intress.org
Centro de Rehabilitación Psicosocial “Los Cármenes”
C/ María Martínez, 2 esquina con c/ Avefría • 28025 Madrid

Bibliografía

1. Rosillo Herrero, M. Hernández Monsalve, M. Peter K. Smith, S. La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2013; 33 (118).
2. Gordon, J., Bradstreet, S., So if we like the idea of peer workers, why aren't we seeing. *World Journal of Psychiatry* y 2015 June 22; 5(2): 160-166.



3. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J.* 2001; 25: 134–141.
4. Scottish Recovery Network, 2008, <https://www.scottishrecovery.net>
5. The President's New Freedom Commission on Mental Health (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America. Final report.* DHHS Pub.No. SMA-03-3832. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
6. Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., Kraemer Tebes, J. (1999) Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 165-187.
7. Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., Rowe, M, (2006) Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From the Field *Schizophrenia Bulletin* vol. 32 no. 3 pp. 443–450.
8. Castelein, S., Bruggeman, R., van Busschbach, J.T., van der Gaag, M., Stant, A.D., Knegtering, H. & Wiersma, D. (2008) The effectiveness of peer support groups in psychosis: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 118 (1); 64–72.
9. Daniels, A., Grant, E., Filson, B., Powell, I., Fricks, L., Goodale, L. (Ed) (2010) Pillars of Peer Support: Transforming Mental Health Systems of Care Through Peer Support Services. Disponible en www.pillarsofpeersupport.org
10. Expert by experience, Guidelines to support the development of peer worker roles in the mental health sector (2011). Scottish Recovery Network. Disponible en: <http://www.scottishrecovery.net/Peer-Support/peer-support.html>
11. Christie Lesley, L. Bradstreet, S. Orihuela, T. Marcos, S. Bono, A. Navarro, B. Tellez, M. Keita-Komferhl, M. Kargl, E. Nica, R. Tascu, L. (2015). Peer2peer: una ruta hacia la recuperación de personas con problemas de salud mental a través del apoyo mutuo y el empleo». Disponible en: <http://www.p2p.intras.es>
12. Palomer, E, Izquierdo, R, Leahy, E, Masferrer, C, Flores, P, El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 2010, vol. XXX, nº 105: 109-123.

Agradecimiento

A Simon Peter Smith por la inspiración y su colaboración en la implantación del proyecto.

- Recibido: 12/3/2018.
- Aceptado: 19/5/2018.



PRE-OCUPACIONES

Propuesta para la atención psicoterapéutica a los familiares de personas afectas de un Trastorno Mental Grave.

Proposal for psychotherapeutic support for relatives of persons with severe mental illness.

Javier Alejandro Kuhalainen Munar.

Psiquiatra, FEA, Responsable del Programa de Atención a las Familias afectas de Trastorno Mental Grave. Área de Salud Mental Tramuntana (Islas Baleares). Centro de Salud “Es Blanquer” – Inca (Mallorca).

Resumen: el presente artículo intenta introducir la necesidad de un paradigma más amplio acerca de lo que significa la enfermedad mental y cómo puede ofrecer no solo un diagnóstico y tratamiento biológico, sino también focalizarse en los familiares que viven con el paciente. A pesar del progreso realizado para combatir el estigma y la exclusión social, los familiares, especialmente las madres, que cuidan de los pacientes más graves, aún están forzadas a realizar su tarea sin ser cuidadas.

Palabras clave: psicoterapia, psicoanálisis, grupos, familias.

Abstract: the present article tries to introduce the need of a wider paradigm of what severe mental illness means and how it can offer not only a diagnose and a biological treatment, but also a focus on the relatives that live with the patient. Despite the progress made to combat stigma and social seclusion, the relatives, especially mothers, who take care of the most severe patients, are still forced to do their task without being taken care of.

Key Words: psychotherapy, psychoanalysis, families.

Antecedentes

El trabajo de educación para la salud y el fomento de hábitos de vida saludable, así como programas más específicos de cuidados al cuidador ha sido tradicionalmente una de las actividades llevada a cabo en los dispositivos de salud mental, que se ha hecho de forma individual y grupal, en el contexto de intervenciones cuyo propósito y lema son “cuidar al cuidador”.

Existe en nuestra sociedad la creencia que el rol de cuidador se lleve a cabo por parte de la familia, fundamentalmente por parte de las *mujeres* de la familia, en especial la figura materna. Des-

de los lugares donde se está atendiendo, a nivel ambulatorio, a los pacientes y sus familias, el nivel de sufrimiento de las madres (con las que el paciente psicótico en muchas ocasiones mantiene un vínculo fusional y de interdependencia) es alto, requieren de medicación antidepresiva y ansiolítica y muchas veces de atención individual especializada. Estas situaciones se ven ensombrecidas aún más cuando los núcleos familiares son pequeños (familias monoparentales) o envejecidos (cuando la madre cuidadora es anciana), existe una red social de apoyo precaria o situaciones económicas de dificultad y riesgo de exclusión.

En un estudio clásico de Brown (1) se observó que la presencia de una alta Emoción Expresada en el clima familiar (expresión de criticismo, hostilidad, insatisfacción o sobreimplicación familiar) era el factor ambiental de recaída más importante en personas afectas de esquizofrenia, aumentando el riesgo de recaída de la enfermedad hasta cuatro veces respecto a las personas que conviven en contextos familiares donde la Emoción Expresada es baja.

Tenemos modelos teóricos acerca de la enfermedad mental que, desde la observación empírica de las dinámicas familiares, el estudio biográfico de los miembros de la misma, así como el ejercicio práctico de una terapia que toma como foco de intervención la familia, han llegado a la conclusión de que muchas veces el origen de las manifestaciones de la enfermedad mental se encuentra en el seno familiar. El enfermo mental vendría a representar el personaje de la trama familiar a quien se le atribuye el rol del “loco”, haciendo éste de portavoz y emergente del malestar de la familia y, a través de sus síntomas, de lo que está ocurriendo en la familia (2).

Posibilidades

Teniendo en cuenta la sobrecarga emocional y de estrés que se asume en la familia cuando se le asigna el papel de cuidar a una persona con una grave enfermedad mental, el hecho de que aún nuestra sociedad atribuya a la figura materna el rol de cuidadora “abnegada y sacrificada” y que, cuando no se atienden las particularidades de dicha familia y se genera un clima emocional adverso, el riesgo de recaída y mal pronóstico de la enfermedad aumenta, el reto de promover la mejoría en las personas afectas de un trastorno mental grave forma parte de los debates en los equipos de trabajo, en los distintos dispositivos, y que comprometen a todos los estamentos profesionales, (psiquiatría, psicología, trabajo social y ocupacional, enfermería...).

La implantación de programas interdisciplinares de atención a las familias me parece imprescindible, dado que es necesario, en los equipos, que exista el objetivo de trabajo común, dirigido a los mismos objetivos, y desde las capacidades humanas y profesionales de atención de cada uno.

Propuesta

Las terapias grupales de orientación psicoanalítica existen desde hace décadas, y hay una amplia bibliografía y centros de formación y capacitación a profesionales de la salud para estas actividades psicoterapéuticas (3). Desde un modelo de comprensión de la mente ampliado que, partiendo de sus orígenes de intervención individual, caso por caso, e integrando las aportaciones de otras disciplinas (sociología, terapia Gestalt,...) están permitiendo dotar a las familias de un contexto seguro y de confianza donde trabajar aspectos inconscientes que mantienen relaciones de interdependencia entre los miembros de la familia que no permiten el crecimiento y desarrollo de los familiares, y que mantiene congelado un modo de actuar y reconocerse mutuamente, repitiendo escenas traumáticas de altísima angustia y violencia. En estos espacios, también se favorece el cuidado y la crianza de los niños que forman parte de estas familias (sin excluir al familiar enfermo de su papel en la familia, que muchas veces es el de progenitor) y se permite el relevo generacional en la asunción de roles y tareas sin que suponga una amenaza de ruptura y escisión familiar.

Desde estos espacios de apertura al cambio se logra generar en los integrantes de la familia una disponibilidad para la mejora, permitiendo que desde otros modelos de intervención, más de tipo educativo, se doten a los familiares y afectados de herramientas de comunicación y autocuidado que facilitan enormemente que no se generen momentos de clima emocional adverso.

Asimismo, la participación en estas actividades abre al diálogo y a la posibilidad de romper el aislamiento de estas familias, planteándose, incluso, en el seno de estos espacios, a la creación de nuevas actividades, organizaciones asociativas y de cooperación entre ellos, ampliando la red de ayuda y apoyo desde donde combatir el estigma y los prejuicios que hasta entonces habían intervenido en su exclusión.

Resultados

En la Sanidad Pública de las Islas Baleares ya hay en marcha grupos de atención a familias o a familiares de personas afectas de un trastorno

mental grave. Son aún, sin embargo, minoritarios, y con poco peso y presencia en las carteras de servicio de los dispositivos de salud mental.

Entre otros motivos, el peso a la atención individualizada del paciente afecto de TMG, el modelo biologicista en la comprensión, diagnóstico y tratamiento de dichos trastornos, y el escaso tiempo dedicado a la coordinación y supervisión entre profesionales, dispositivos asistenciales e instituciones, no facilita la puesta en marcha de estos grupos. Asimismo, por la especial formación y sensibilidad de los terapeutas en el abordaje grupal de las familias o los familiares, siendo éstos una minoría, repartidos entre diversas instituciones y no organizados entre sí, una vez en marcha estas actividades psicoterapéuticas, su permanencia en el tiempo está gravemente comprometida por la posibilidad del profesional de “llegar a todo”.

Conclusión

La dotación en los servicios de Salud Mental de más espacios para las familias es una tarea que compromete a todos, desde los profesionales

(que requieren de una sensibilización y un compromiso particular, así como de una formación y supervisión para conducir estos grupos), las propias familias (que son merecedoras de esta atención y en sus manos está reclamarla), como la sociedad en general, que aún trata como un tema tabú la enfermedad mental y tiende a ocultarla, negarla o esconderla en las casas, y para lo que se requieren políticas sanitarias más comprometidas en atender la enfermedad mental desde un modelo más humano y no uno exclusivamente médico- biologicista.

Creo firmemente que si se supera el sentimiento de desbordamiento y de “falta de personal” (lo cual es una queja con la que nos identificamos con los familiares que cuidan a los pacientes, que se lamentan justamente de lo mismo) podremos empezar a ampliar el horizonte asistencial con un paradigma nuevo: el de la atención a las familias de los pacientes.

Contacto:

Javier Alejandro Kuhlainen Munar • elkuha@gmail.com • 629 212 350
C/ Jesús 8ª 5ºB • 07003 Palma de Mallorca • Baleares

Bibliografía

1. Brown, G., Birley, J., Wing, J. “Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication”. *British Journal of Psychiatry*, 1972; 121, 241-258.
2. Pichon-Riviere, E. *La Teoría del Vínculo*, Nueva Visión 1985.
3. Mandelbaum, E. Consideraciones sobre el concepto de Intervención desde la Práctica Multifamiliar. *Avances en salud mental relacional* 2010; Vol. 9, Nº1.

- Recibido: 5/4/2018.
- Aceptado: 15/6/2018.

Psicoterapias de grupo en los sistemas de salud público desde la concepción operativa de grupo.

Group psychotherapies in public health systems from the group operative conception.

Juan Otero Rodríguez.

FEA Psicología Clínica. Doctor en Psicología. USMC Oriente, H.U. Virgen del Rocío.

Felipe Vallejo Jiménez.

FEA Psicología Clínica. Didacta APOP. Ex Coordinador USMC Macarena Norte. H. U. Virgen Macarena.

Laura Mantrana Ridruejo.

Psicóloga Clínica. Coordinadora USMC Los Palacios. Hospital Universitario Valme.

Resumen: El presente trabajo ha sido elaborado por sus autores para introducir la realización de un taller en las XVII Jornadas Nacionales de ANPIR, celebradas entre los días 11 y 13 de mayo de 2017 en Málaga. El propósito del mismo es dar a conocer de un modo sucinto los principios básicos de la Concepción Operativa Psicoanalítica de Grupo. La tarea, el ECRO, la noción de vínculo, los momentos grupales, la enfermedad grupal, el emergente o el portavoz son conceptos claves para la aplicación de esta técnica. La segunda parte del artículo enmarca las psicoterapias de grupo que se hacen en los servicios de salud públicos dentro de este tipo de concepción.

Palabras clave: Grupo Operativo, Psicoterapia de Grupo, Sistema Público de Salud, Servicios de Salud Mental.

Summary: The present work has been elaborated by its authors to introduce a workshop in the XVII ANPIR National Congress, celebrated between May 11 and 13, 2017 in Malaga. The purpose is to present in a succinct way the basic principles of the Psychoanalytic Operative Group Conception. The task, the ECRO, the notion of link, the group moments, the group illness, the emergent or the spokesman are key concepts for the application of this technique. The second part of the article frames the group psychotherapies that are made in the public health services within this type of conception.

Keywords: Operative Group, Group Psychotherapy, Public Health System, Mental Health Services.

Introducción a la concepción operativa de grupo

Pichon Riviere (1), en los años 40, sienta las bases para el desarrollo de la técnica de grupo operativo partiendo del psicoanálisis y de la psicología social. El fundador de los grupos operativos incubó esta concepción cuando tuvo que hacer frente a una situación inesperada que se produjo en su lugar de trabajo, una unidad de internamiento de pacientes de un hospital de Buenos Aires. Debido a determinados conflictos políticos e institucionales hubo una huelga del personal de enfermería que dejaba al descubierto la Unidad. Lo que se hizo fue formar en un periodo corto (de una semana aproximadamente) a los pacientes que mejor estaban para poder atender las necesidades de cuidado diurno y nocturno del resto de pacientes. Se les instruyó en la parte más instrumental y a la vez se trabajó con ellos en grupo para poder ayudarles a realizar la tarea.

A partir de ese momento se realizarían otras experiencias de acercamiento terapéutico colectivo, como por ejemplo la implantación de grupos de familiares de pacientes. Esta concepción "social" de la enfermedad, ayudaría a producir un cambio en la forma de prevenir, diagnosticar y tratar a los pacientes, que irá más allá de su abordaje individual.

Pichon Riviere definió un *grupo* como un conjunto restringido de personas ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna que se plantea explícita o implícitamente una *tarea*, que constituye su finalidad.

Para que un grupo pueda constituirse proponemos una tarea. La tarea da cuenta del *para qué* se forma ese determinado grupo: para ampliar las competencias sociales, para mejorar la regulación emocional, para mejorar el insight, para ampliar el repertorio comunicacional o el manejo de la resolución de problemas, etc.

Los grupos tienen que tener un *encuadre* que garantice unas condiciones básicas. El encuadre establece unas coordenadas necesarias para que el grupo se desarrolle: se dará en un espacio concreto, durante un tiempo, con una duración y un horario de sesiones determinado y estarán establecidos unos roles. Cuando se trata de un

grupo psicoterapéutico esos roles son los de paciente, terapeuta o terapeutas y observadores. El encuadre hay que protegerlo con algunas otras condiciones de seguridad: hay que asegurar la confidencialidad de la información, el respeto y no agresión al resto de participantes, intentar evitar las relaciones fuera del grupo, desconectar los móviles durante la sesión, recordar el compromiso con la asistencia y la puntualidad, etc.

Vamos a detenernos un poco sobre la observación de los *inicios de un grupo*; intentando abstraer algunos „universales“ que necesariamente han de producirse.

Todo sujeto que se sienta en un grupo por primera vez trae una serie de fantasías en relación a lo que pudiera consistir esa experiencia. Hay personas que de forma natural se encuentran más cómodas en grupos pequeños y otras que prefieren pasar más inadvertidas en grupos grandes, algunas que viven las agrupaciones de manera más claustrofóbica y otras de forma cálida, personas más dubitativas y otras más lanzadas para situarse, unas más escépticas y otras más motivadas, unas más suspicaces y otras más confiadas.

Se utilizó la palabra *ECRO* (siglas correspondientes a Esquema Conceptual Referencial Operativo) para dar cuenta del conjunto de conocimientos organizados que sirven al individuo para aproximarse a un aspecto de la realidad y actuar sobre la misma.

Este conjunto articulado incluye cogniciones, afectos, fantasías y acciones con las que todos nos vamos desarrollando para poder resolver las vicisitudes que se nos van presentando en la vida cotidiana.

Cuando se inicia un grupo se produce una colisión de *ECROS individuales*. Los miembros participantes de la experiencia se preguntan quién será la compañera de enfrente y el de al lado, quién será la coordinadora, qué es lo que se supone que yo debo hacer y qué deben hacer los otros. Son *momentos de confusión*. Se espera que alguien saque al grupo de esta situación confusional. Los integrantes se tantean buscando puntos de convergencia entre ellos y se produce un juego de proyecciones, disonancias, consonancias teñidos por afectos y emociones diversas, sin ligar (2).



Cada persona trae al grupo un esquema previo basado en sus experiencias anteriores. Desde el nacimiento y siguiendo la teoría de que somos *vínculo* (3) con el otro, nos vamos convirtiendo en “producto” de las relaciones vinculares.

Pichón Rivière define el vínculo como „una relación particular con un objeto de la que resulta una conducta más o menos fija con ese objeto, la cual forma un pattern, una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto“ (3:35)

Esta noción de vínculo articula el punto de vista psicosocial cuyo interés está en las relaciones que uno establece con los otros con el psicoanálisis cuyo interés principal estriba en las relaciones que cada uno tiene con sus imagos u objetos internos. Vínculos internos y externos se integran en una espiral dialéctica, de tal modo que en un grupo, lo que ahora es interno se hace externo y lo que ahora es externo se hace interno y así sucesivamente en un pasaje continuo entre el adentro y el afuera (1).

Cada nueva experiencia que tenemos remueve ambos vínculos constituyendo un nuevo aporte. La terapia de grupo será un aporte más construido en la confluencia entre lo que uno lleva y lo que tiene que producir en el interjuego con los otros miembros en el grupo actual.

El proceso grupal lo podemos resumir en dos *momentos* (4): momentos de pretarea y de tarea. El proceso no es lineal, está en continuo movimiento y los momentos de tarea y pretarea son alternantes, de ida y vuelta.

La pretarea se corresponde con una posición grupal aliada con los mecanismos del no cambio, de resistencia. Estos mecanismos funcionan postergando la realización de la tarea, son momentos que se pueden caracterizar, entre otras formas de presentación por el parloteo estéril entre los participantes, las posiciones enquistadas e inmóviles, la radicalización de los mensajes, la desvalorización o la idealización de la experiencia grupal. Son mecanismos propios de la fase esquizoparanoide, donde predomina la disociación entre buenos y malos. Se polariza el discurso en aspectos parciales (buenos y malos)

se plantean las cosas en términos de dilemas de todo o nada y se niega la existencia de un objeto total capaz de integrar ambos aspectos con sus matices y diferencias.

En los momentos de pretarea, lo que está latente son las ansiedades básicas, de pérdida y de ataque, coexistentes y alternantes. De pérdida del esquema individual que nos ayudaba a sostenernos y de ataque por el miedo a no tener las herramientas adecuadas para afrontar una situación de cambio.

En el discurrir del grupo, el juego de identificaciones y proyecciones entre los participantes, el intercambio de afectos y emociones, de experiencias y de vivencias irá introduciendo elementos de grupalización progresiva y por consiguiente, de un ECRO colectivo que dará cuenta de la creación de un producto común a ese grupo concreto, de una cultura nueva e idiosincrática. Se irá pasando de la situación indiscriminada de la pretarea a una situación discriminada; de lo individual a lo común, del monólogo al diálogo.

Desde la perspectiva psicosocial comprendemos la enfermedad como una situación que se ha producido en un contexto grupal. El primer grupo es la familia. La enfermedad de un grupo no tiene que ver con las patologías individuales de los miembros; la patología grupal viene dada por la estereotipia del conjunto. El encasillamiento y la inmovilidad de los roles nos alertaría de una dificultad para la plasticidad y por extensión, para el cambio.

Para Pichon (1) toda conducta desviada surge de un estancamiento en el aprendizaje de la realidad. El grupo operativo posibilita aprender a pensar y superarlo a través de la cooperación y la complementariedad, lo cual permitirá enriquecer el conocimiento de uno mismo y de los otros. Es terapéutico porque su técnica ayuda a resolver las dificultades internas de cada sujeto transformando el pensamiento dilemático en dialéctico a través de una tarea en la que está incluido el esclarecimiento de las resistencias al cambio.

La situación correctora ofrece al sujeto integrado en un grupo la posibilidad de un reaprendizaje de la realidad, logrado a través de sucesivas emisiones y recepciones de mensajes, con una

progresiva adecuación de los esquemas referenciales del emisor y del receptor, lo que culmina en una percepción de sí y de los otros no distorsionada por el modelo arcaico y repetitivo del estereotipo.

Todas las relaciones interpersonales en un grupo escolar, familiar, laboral, social, etc se rigen por el juego e intercambio permanente de **roles** asumidos y roles adjudicados. El rol entonces es una función particular que uno intenta hacer llegar a otro; en condiciones normales todos podemos asumir diferentes roles: de madre, de alumno, de terapeuta.

La salud del grupo tendrá que ver con la posibilidad de asunción de nuevos roles y el abandono de los que previamente han sido ineficaces. Este cambio de posición permitirá una adaptación activa a la realidad.

Los roles han de ser jugados al interior del grupo, pero conviene que sean intercambiables precisamente para evitar la estereotipia patógena. Algunas veces el grupo requerirá de un líder de un tipo (por ejemplo más racional) y otras requerirá de otro tipo de liderazgo (por ejemplo más emocional) para avanzar en la situación.

La labor de los y las terapeutas para con esta problemática será la de facilitar la circulación de información ayudando a salvar los obstáculos que van apareciendo y de los que el mismo grupo parece no poder salir por sí mismo.

¿Cómo pueden ser advertidos por la coordinación los momentos de estancamiento en la tarea? Para ello es necesario que podamos hacer una distinción entre lo manifiesto y lo latente. En los grupos operativos, el elemento que nos permite integrar la información entre los dos planos (manifiesto y latente) es el llamado *emergente* (6). Sería un concepto parecido a lo que en psicoanálisis se llama lapsus, acto fallido. El emergente es la resultante de un conjunto de fuerzas, un elemento que surge en la situación grupal: una salida de tono, un silencio, un acting, una ausencia, algo inesperado, una división en subgrupos, etc, que se manifiesta y que viene a dar la pista sobre lo que, de manera latente, está jugándose en la situación grupal. Un miembro del grupo se hace portavoz de ese emergente. Es él o ella la portavoz porque se lo permiten sus pro-

pias características individuales (su *verticalidad*) o simplemente por ser quien más cerca está del fantasma inconsciente de la situación grupal y es quien se hace cargo de algo que está latiendo en el grupo actual (*horizontalidad*).

Tendríamos un tercer aspecto o dimensión a leer dentro de la estructura grupal; sería la de la *transversalidad*; es aquello que atraviesa el grupo, influyendo sobre las otras dos dimensiones vertical y horizontal. Lo transversal es el puente que nos permite abordar la siguiente parte de nuestra aportación.

Las psicoterapias de grupo en los Sistemas de Salud Públicos

Nos situamos en la red del sistema público de salud mental; tenemos un grupo de pacientes en una Unidad de Salud Mental, en un Hospital de Día, en una Comunidad Terapéutica, en una Unidad de Rehabilitación. Pero además de ser los coordinadores de ese grupo somos parte de un grupo-equipo profesional.

Tal y como considera Bauleo (7), sería ingenuo pensar que la práctica de la psicoterapia en los servicios públicos dependiera únicamente de la pericia de los profesionales o de las características particulares de los pacientes; el trabajo en un equipo no es igual a la suma del trabajo que cada profesional realiza por separado en su consulta. El dominar las técnicas psicoterapéuticas es una condición necesaria pero no suficiente para alcanzar un buen nivel de trabajo. Más allá de la relación singular paciente-terapeuta de la psicoterapia individual podemos pensar en otros factores (grupales e institucionales) que influyen en los procesos terapéuticos. Los elementos contextuales a los que hacemos referencia mediatizan la práctica clínica.

Cuando un profesional está molesto o incómodo con las condiciones de su trabajo, por ejemplo, por el ambiente del equipo, donde pueden surgir conflictos de poder, de reconocimiento narcisístico, luchas jerárquicas, etc o, por ejemplo, por las condiciones de trabajo en la institución (falta de recursos, desacuerdo con los objetivos, contratos precarios, salarios desiguales, etc) esto puede perturbar de una manera no consciente el vínculo terapéutico que se tiene con el paciente. Algunas



distorsiones en la interpretación de los procesos de atención a pacientes se pueden deber no a problemas de formación de los profesionales sino a la interferencia de los conflictos grupales o institucionales (8).

Un equipo es una maraña de vinculaciones en permanente estado de interacción, interinfluencia y transformación. Marta de Brasi (9) dice que uno de los problemas que puede surgir en los equipos de trabajo es cuando se fantasea que cada una de las escuchas selectivas de los profesionales puede abarcar la totalidad de la problemática del paciente. Esto conllevaría una visión parcial del paciente.

Para conseguir realizar el trabajo en equipo desde una perspectiva idealmente bio, psico y social se requiere aceptar las limitaciones que tenemos cada uno en nuestra práctica y reconocer que necesitamos al otro que nos complemente, cada uno en su rol diferenciado. Este proceso de construcción grupal del equipo es la resultante del desarrollo de un vínculo construido a base de identificaciones, fantasías, cargas libidinales, deseos, envidias, etc.

La ligazón entre el grupo-equipo y el tipo de respuesta a la demanda de los usuarios se va configurando en el entrecruce de miradas y perspectivas multidisciplinares que van transformando los diferentes esquemas referenciales individuales en un esquema referencial común, que podríamos llamarlo cultura del equipo (9).

Bauleo (7) señala que la funcionalidad de un equipo reside justamente en el aprovechamiento que se realizará a partir de las diferentes aportaciones que las diferentes disciplinas pueden efectuar sobre un trabajo determinado. Esa funcionalidad (operatividad) aparece cuando una profesional del equipo (psicóloga, enfermero, psiquiatra) debe resolver por sí misma una cuestión ya que el “grupo interno” (cultura de equipo) es un interlocutor privilegiado para discutir su acción específica.

La apertura de nuestra perspectiva al campo institucional le lleva a Bauleo y nos lleva a nosotros a hacernos las siguientes preguntas:

¿Cómo se vehiculiza la demanda asistencial? ¿A qué pacientes se atiende en los equipos y qué

profesionales intervienen? ¿Con qué recursos se dispone? ¿Qué objetivos tiene ese dispositivo para con la Unidad de Gestión Clínica o para con la Institución? ¿Qué tipo de intervenciones nos piden que hagamos? ¿Cual es el margen para desplegar nuestros intereses y deseos profesionales?

Como puede verse con estas preguntas, en el trabajo dentro del sistema público, pensar en las prácticas nos lleva a pensar en la multiplicidad, en la complejidad, en la convergencia.

Un apunte sobre la diferenciación que hace Lourau (10) sobre lo instituido y lo instituyente. Un equipo, si lo definimos formalmente, es un conjunto de profesionales cuyos objetivos y actividades vienen dados por un mandato institucional. Pertenecen a lo instituido los elementos más estables, formales o burocráticos de la institución: el organigrama con sus jerarquías y normas de funcionamiento, los estatutos, los valores. Lo instituido tiende a su conservación y permanencia. Pertenecen a lo instituyente los canales informales mediante los que nos comunicamos, los lazos afectivos, los códigos secretos, los procesos desiderantes entre los miembros. Lo instituido siempre trata de frenar y controlar el movimiento instituyente. Las instituciones son un flujo continuo entre ambos polos.

Cada Unidad realizará su trabajo adaptándose al mandato institucional según sus diferentes formas de cohesionarse, de operativizar la tarea o según sus estilos de organización.

En la teoría de los ámbitos, Felipe Vallejo (11) reinterpreta a Bleger (12) y muestra con un diagrama de círculos concéntricos que las prácticas en la pública adquieren una dimensión que va más allá de la relación de dos, más allá de una óptica individual entre paciente y terapeuta.

El terapeuta lleva detrás su ECRO, su propia concepción de la salud y la enfermedad, su pertenencia a un equipo y a diferentes grupos, su pertenencia a un sistema sanitario concreto. El paciente trae síntomas y detrás de los mismos todos sus vínculos o relaciones interpersonales ya que es un ser psicosocial. Trae sus diferentes grupos de pertenencia donde se desarrolla su historia de vínculos y su inscripción en un modelo de sociedad determinada.

Contacto

Juan Otero Rodríguez • juanoteroo8@gmail.com

Unidad de Salud Mental Comunitaria Oriente • Centro de Salud Puerta Este
c/ Cueva de la Pileta s/n • 41020-Sevilla

Bibliografía

1. Pichon Rivière E. *El Proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social* (1) Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1981.
2. Bauleo A. *Un grupo*. En Bauleo A, Monserrat A, Suarez F. *Psicoanálisis Operativo. A propósito de la grupalidad*. Buenos Aires: Ediciones Atuel/Parusía; 2005: 13-28.
3. Pichon Rivière E. *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1985.
4. Souto M. *Hacia una didáctica de lo grupal*. Miño y Dávila editores; 1993.
5. Bauleo A. *Ideología, grupo y familia*. 2ª ed. Buenos Aires: Ediciones Kargiemann; 1974.
6. Gómez Esteban R. Clínica grupal psicoanalítica/operativa y “emergente”. *Revista Area 3. Cuaderno de temas grupales e institucionales*, 2014, 18: 1-15.
7. Bauleo A. *La práctica psicoterapéutica en los Servicios Públicos*. En De Brasi, Bauleo A: Clínica grupal, clínica institucional. Buenos Aires: Editorial Atuel; 1990: 57-65.
8. De Brasi M. *En torno a la demanda y a la psicoterapia en la institución pública*. En De Brasi, Bauleo A: Clínica grupal, clínica institucional. Buenos Aires: Editorial Atuel; 1990: 37-42.
9. De Brasi M. *Transformaciones de la Clínica I*. En De Brasi, Bauleo A: Clínica grupal, clínica institucional. Buenos Aires: Editorial Atuel; 1990: 43-48.
10. Lourau R. *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu; 2000.
11. Vallejo F. Teoría de los ámbitos. *Revista Hue-llas* 2013, nº 3.
12. Bleger J. *Psicología institucional*. En *Psicohigiene y análisis institucional*. 2ª ed. Buenos Aires: editorial Paidós; 2007.

• Recibido: 25/2/2018.

• Aceptado: 15/5/2018.

¿Un hombre es un hombre? (*)

A man is a man?

Rafael Manrique.

Psiquiatra. Santander.

Resumen: Definir la masculinidad. Necesaria e imposible tarea. Solemos saber que un hombre es un hombre y que una mujer es una mujer, pero no en qué consiste esa diferencia. Todo lo cultural también ha de tener base biológica para que exista. En la personalidad no podemos encontrar diferencias asociadas al sexo. Las que se ven son, obviamente, culturales.

Hemos de manejarnos con dos sexos y bastantes géneros. Sexo masculino o femenino no significa identidad masculina o femenina necesariamente. Tenemos identidad sexual, identidad de género, inclinación sexual (elección de objeto de deseo) y roles masculinos o femeninos.

Tal vez podamos decir que un hombre es el producto de ser/estar en un cuerpo masculino, un modo de género culturalmente estable y el producto de la interacción con otros que se definen como hombres.

Palabras clave: masculinidad, diferencias género, sexualidad.

Summary: To define masculinity, a necessary and impossible task. We used to know that a man is a man and a woman is a woman but not what it means that difference. Everything that is cultural has to have a biological root to exist. We can't find the difference associated with gender only by the personality, what you see, are obviously, the cultural differences.

We have to manage two genders but many identities. Male and female gender doesn't necessary mean male and female identity. We have sexual identity, gender identity, sexual orientation (choice of object of desire) and masculine and feminine roles.

We could say that a man is the product of being in a masculine body, a cultural stable gender and the product of the interaction with others that are defined as men.

Keywords: masculinity, gender, sexuality.

Ante un cerebro sobre una mesa, un neurocientífico podría decir si pertenece a un hombre o a una mujer. Si viera a un hombre o a una mujer no podría deducir qué tipo de cerebro tendrá. ¿Qué quiere decir esto? Que aunque existen diferen-

cias anatómicas y funcionales entre ellos, en su conducta y práctica diaria no podemos observar diferencia esencial alguna. En otras palabras, solemos saber que un hombre es un hombre y que una mujer es una mujer, pero no en qué consiste

(*) Presentación del ciclo de cine titulado *Un hombre, ¿es un hombre?*, organizado por la Filmoteca de la Universidad de Cantabria en marzo de 2018.

esa diferencia. Y todas las que se han definido como tales: carácter, talento, personalidad... son falsas, productos ideológicos formados por deseos, prejuicios, experiencias parciales. O diferencias banales. La ideología de la izquierda ha restado importancia a las diferencias biológicas. La de la derecha ve diferencias claras e insalvables. Ambas son posiciones absolutas. No es posible que todas las diferencias sean irrelevantes. Ha de haber una dimensión tanto psicológica, cultural como biológica en lo masculino y en lo femenino. Lo biológico nos dice que hay genes, hormonas, epigenes y corporalidad que son distintos. Pero no hay una línea directa entre estos fenómenos, la experiencia y la conducta. Tal vez haya que sostener finalmente que la naturaleza marca, pero no de forma muy sustantiva y no explica la brecha entre hombres y mujeres que correlaciona más con las prácticas de crianza y la estructura social. Todo lo cultural también ha de tener base biológica para que exista. Somos, decía Clifford Geertz, un animal inserto en tramas de significación que hemos tejido. Los cuerpos absorben los significados y por eso somos diferentes y no lo somos. Sostener que el cuerpo, lo biológico, no tiene nada que ver con el género es puro espiritualismo. Imposible angelismo.

La experiencia y expresión de lo masculino y lo femenino es diferente en cada cultura. En todas es algo importante. Cuando unos nativos de una remota isla del Pacífico vieron un aeroplano la primera pregunta que hicieron fue: ¿es macho o hembra? (la segunda: ¿qué come?). En todas las culturas hay alguna base común: uno se sabe hombre o mujer aunque no sepa definirlo y no coincida con el cuerpo ni con el sexo que se tenga.

La especificidad de género en las culturas occidentales cada día se disuelve más, aunque tendemos, como especie, a que nos gusten aquellos de genitalidad fenotípica diferente. Las diferencias son la base del deseo. Tal vez sea válido afirmar que lo más diferente a un hombre sea una mujer, pero si es así ¿en qué consiste?, ¿qué es lo que nos atrae? En todo caso algún deseo por el otro sexo ha de estar inscrito en los genes, o nos hubiéramos extinguido. Pero no es absoluto, como muestra la elección de objeto homosexual.

No podemos precisar bien a qué obedece el deseo que desde los clásicos griegos a Gilles Deleu-

ze, pasando por Baruch Spinoza, han definido la esencia de lo humano. Sí hay dos bases que parecen claras. Una es la belleza y el placer que provoca; otra, la manera de estar en el mundo: lo valiente, delicado, divertido e inteligente atrae. Tanto en hombres como en mujeres. Lo hermafrodita crea aburrimiento y soberbia. Así éramos al principio según la mitología platónica y fue horroroso. Montesquieu decía que la ausencia de igualdad y la completa igualdad matan la República, y añadamos: y también el deseo. Es preferible la ansiedad de saber que nos gusta algo que no somos, que no sabemos qué es y que, por ello, hemos de buscarlo toda la vida. Seremos como Psique, siempre buscando a su perdido Eros. Tal vez eso sea una mujer para un hombre y un hombre para una mujer: lo que nunca se llega a encontrar.

Si definimos la personalidad por las actitudes, la corporalidad, el erotismo y la inteligencia no podemos encontrar diferencias asociadas al sexo. Las que se ven son, obviamente, culturales. Hay menos mujeres premio Nobel porque han llegado a los estudios más tarde que los hombres y por los sesgos contra ellas. Tengamos en mente a María Salomea Sklodowska que hubo de recibir dos premios Nobel para reafirmar que el talento lo tenía ella, no tanto su esposo, Pierre Curie. Recordemos el poema *Si... (If...)*, de Rudyard Kipling. Si se dan las condiciones que el poeta señala, entonces “Tuya es la Tierra y todo lo que hay en ella, y —lo que es más—: iserás un Hombre, hijo mío!”. Leámosla en clave femenina. Ningún cambio. Es igual de válida.

Tampoco la belleza parece ser una clave completa para la elección de objeto: uno puede admirar un objeto bello pero amar a uno no tan bello aunque sí valioso. “Me gusta todo de ti -decía Serrat en una canción- pero tú no.”

¿Cómo sabe usted, señor, que es un hombre?, ¿Cómo sabe usted, señora, que la persona sentada a su lado es un hombre? ¿Y cómo si es una mujer? Verá que la respuesta no es fácil, ni precisa. Tal vez sea porque esa otra persona ocupa sutilmente otros modos de ser, o tal vez sea hombre al recibir el deseo de una mujer, o tal vez se pueda decir que una mujer es lo que un hombre no es.

La realidad impone que hemos de manejarnos con dos sexos y bastantes géneros. Sexo masculino o

femenino no significa identidad masculina o femenina necesariamente. Tenemos identidad sexual, identidad de género, inclinación sexual (elección de objeto de deseo) y roles masculinos o femeninos. Una complicada dinámica que exige ser iguales y diferentes según en qué temas o circunstancias. En las leyes, sin duda, iguales; en la cama no hace tanta falta. Cuando la diferencia entre hombres y mujeres se va diluyendo, como ocurre imparablemente en nuestras sociedades, la reacción defensiva es desarrollar, a través de la política, la moda, la ciencia, los medios de comunicación, las costumbres y la publicidad, estrategias biopsicosociales que las acentúen. Para que todo el mundo sepa a qué atenerse, ya que la realidad ha empezado a dejar de ser útil. No se ven diferencias esenciales.

Si tratamos de precisar un poco más podemos decir que un hombre es el producto de ser/estar en un cuerpo masculino, que es un modo de género culturalmente estable y que es el producto de la interacción con otros que se definen como hombres. Una corporalidad narrativa. Jacques Lacan decía que la diferencia entre ambos se apoyaba en el gozo. En el hombre, fálico, en la mujer relacional. Y no son fáciles de articular. Luce Irigaray afirmaba que la fascinación por lo sexualmente diferente hace que ambos puedan encontrar un espacio de relación y atracción diferente e igualitaria. La primera atrae, la segunda acoge. Pero no las jerarquías. Si alguien es jerárquicamente superior, sea masculino o femenino, acabará siendo masculino, al margen del género y el sexo. Como puede intuirse aquí nace la cuestión del poder que exigirá una reflexión posterior.

Una mala solución al problema de la desigualdad y el machismo es dictaminar que lo femenino es esto o aquello y pretender que los hombres adopten esos valores: por ejemplo, buscar la parte femenina de los hombres. Absurdo. Si no se sabe qué es un hombre tampoco lo que es una mujer. A no ser que se crea que cualquiera de ellos son algo objetivable y esencial. Sí parece cierto que la disminución de las diferencias de género ha hecho que los hombres hayan perdido poder y privilegios. Muchos pueden sentirse por ello impotentes y amenazados. Y por tanto aumentar la posición machista tradicional: un ser brutal, zafio e ignorante. De nuevo Jacques Lacan decía que el pene ofusca el entendimiento haciendo a los

hombres mucho más sensibles al valor narcisista del prestigio. Con ello se sitúan en formas de entendimiento y conducta que van de lo ridículo a lo inaceptable, pasando por lo peligroso. Muchas mujeres lo han dicho con menos carga teórica pero con mayor contundencia: el hombre piensa con la polla. Esta vanidad narcisista les hace muy vulnerables a cualquier fallo, a cualquier fracaso y a cualquier frustración que puede llegar desde muchas circunstancias y en cualquiera de las áreas de personalidad. Ante esos acontecimientos pueden ser proclives a una respuesta intensa, airada, exagerada y violenta. Es como si esas experiencias les llevaran a la reactivación de una experiencia angustiante de castración, por decirlo en términos psicoanalíticos clásicos. ¿Soy un hombre o una mujer? Esta pregunta está en la base de la neurosis obsesiva. Y no poder responder de forma unívoca altera a muchos hombres que desconfían de poder ser el deseo de una mujer. Es una insatisfacción que en una u otra medida acompaña siempre a la masculinidad.

Es posible que lo masculino, lo “testosterónico”, suponga una cierta tendencia biológica a la agresividad. Pero no a la violencia. La agresividad es el modo de vivir en la naturaleza. O comes o eres comido. Y comer es destruir. Sin embargo, la violencia solo es humana. No es natural, tiene un significado que siempre remite, como decía Gandhi, a un estado de carencia y debilidad, a una fisura en las propias creencias y al desprecio de sí. Altera y corrompe la totalidad de lo humano. La violencia siempre supone una brutal negación de la existencia de un otro independiente. La educación, la crianza, la abundancia no son antídotos contra la agresividad, aunque sí puedan ayudar en su control. John Bowlby y Boris Cyrulnik, describen dos evoluciones básicas en nuestro desarrollo emocional. Por un lado, están aquellos cuya crianza transcurre desde la calma consoladora hasta llegar, de adultos, a la experiencia y a la expresión de ternura. Y por otro, aquellos que desarrollan una aprensión tensa que podrá acabar, en la edad adulta, en conductas violentas. Estos desarrollos tienen lugar en el seno de las relaciones familiares, especialmente en las relaciones materno-filiales más tempranas. El desarrollo emocional que nos conduce a la ternura o a la violencia se da, no como resultado de experiencias puntuales, sino de experiencias

repetidas en la familia: la gama de sentimientos prescritos y proscritos, las técnicas de control de conducta entre los miembros de la familia, el estilo y el contenido de la comunicación, los modelos que se practican, la estructura, organización y jerarquía del sistema familiar.

Llegados a este punto es importante señalar que para todo ser humano, pero especialmente para el varón, la violencia siempre es una posibilidad dado que elaborar pérdidas, rechazos, frustraciones no es fácil. La neutralización de esta tendencia se activa a través de la aceptación, la tolerancia, el perdón y el olvido. Pero no hay un método claro, determinado y sencillo. Los fracasos pueden alterar la identidad personal, esa que nos hace creer que somos quienes somos.

Más pronto que tarde el hombre habrá de renunciar a que su anatomía le dé identidad masculina per se. Y habrá de elegir un modo de ser y estar en el mudo definido por una elegancia lejos del dandismo, la blandura y la afectación. Solo así puede conseguir el máximo placer: ser el deseo del otro. Jacques Lacan decía que un hombre es un estrago para la mujer y la mujer un síntoma para el hombre. Malas cosas ambas. Incluso peor si se igualan: ambos estragos, ambos síntomas.

El amor, en su forma más básica y general, es dicho en términos de Humberto Maturana, aquella posición que comprende al otro como un ser legítimo de pleno derecho tan solo porque existe. Sin más condición. De ahí que la elección de pareja siempre ha de caer en una persona, un hombre es en este tema el caso complicado, que siendo consciente de su fuerza física, de su posibilidad de ser agresivo, las neutraliza por amor al otro. Esta actitud, que solemos denominar ternura, nos permite simbolizar la aceptación del otro y su proyecto como ser humano, debe estar presente en toda relación amorosa. Supone un in-

tercambio de identidades, de diferencias (no de complementariedades que suele acabar en algún sistema de sumisión). La ternura es la acción que transmite el significado de que alguien, pudiendo ser destructor, agresivo o duro, es capaz de transformar esa posibilidad en símbolos de amor.

Ser, decíamos, es deseo de amar y ser amado. A su vez, amar, venía a decir Lacan, es dar lo que no se tiene: es reconocer la propia falta y darla al otro, ubicarla en el otro. Incluso más, es darlo a quien no lo ha pedido, (con lo que el amor se comprende desde su mismo origen como un conflicto). No es dar lo que se posee, es dar algo que no se posee, que va más allá de uno mismo. Para eso, hay que asumir la propia falta, la “castración”, como decía Freud. Y esto, es metafóricamente femenino. Amar feminiza. Tal vez por eso el hombre se resiente en su orgullo y desarrolla una cierta agresividad contra el objeto de su amor, porque este amor lo pone en una posición de incompletitud, de dependencia. Por ello puede desear a mujeres que no ama, para reencontrar una posición no vulnerable. Y también por eso la mujer puede desear un hombre que la trate mal pero al que no vea como débil y castrado.

Un hombre positivo, activo, igualitario, comprometido, responsable, participativo, valiente y divertido puede crear un pacto de relación más pacífico, más justo, más bello, más gozoso para todos. Una vulnerabilidad compartida de quienes se saben frágiles. Eso creará procesos de vida que generen, con el tiempo, incluso nuevas estructuras neurobiológicas.

Hoy por hoy ante la pregunta ¿qué es un hombre? Este que escribe responde: no tengo ni cultural idea. La masculinidad y el machismo acabarán por desaparecer pero no así la diferencia entre lo masculino y lo femenino, no creo, espero que no.

Contacto

Rafael Manrique • rmanriquesolana@gmail.com
C/Gómez Oreña 15-2º • 39003 Santander • España

- Recibido: 19/3/2018.
- Aceptado: 21/5/2018.

Prioridades para ser incorporadas a la Estrategia de la Discapacidad de Canarias en relación a la recuperación de las personas con discapacidad por TMG.

La experiencia de muchos profesionales, en estos últimos veinte años, avalan que es posible en Canarias ofrecer un sistema de atención y políticas públicas, que nos coloquen en la modernidad y aporte valor añadido a las políticas de la salud y la discapacidad desde la óptica de la recuperación y los derechos humanos, mediante la innovación en esta materia. Para ello, reclamamos los profesionales, una estrategia sistemática, una financiación progresiva, una gestión cualificada, abierta y participativa y una formación que atienda a las necesidades, no basado en una cultura aislar ni en un aparcadero de lo no reciclable, sino una cultura del empoderamiento que favorezca el ejercicio de ciudadanía. Para ello la toma de decisiones deben estar fundamentadas en la experiencia y en conocimiento de la Ciencias y del saber en general.

En este sentido podrían ser formuladas las prioridades de la siguiente manera:

1. No debe existir dos sistemas de servicios sociales, uno para personas dependientes con discapacidad y otro para las personas con discapacidad sin dependencia. Es un sistema para personas con discapacidad. En Canarias debemos apostar por un modelo justo para todos y que no exista desigualdad en las personas en base a quién le presta el apoyo/servicio. Que cuente con una financiación acorde a los modelos que se exigen, y respetando las necesidades comunes y específicas de las personas. Clarificar y unificar en un continuo, los espacios sociosanitarios de la cronicidad, la discapacidad, y la dependencia.
2. Deberá aumentarse los técnicos de empleo con apoyo, al menos dos por cada una de las Unidades de Salud Mental Comunitaria con la finalidad de mejorar las cifras de empleabilidad en las personas con discapacidad y/o dependencia con trastorno mental grave, con prioridad en las mujeres, así como el número de profesionales para la atención domiciliaria especializada.
3. Establecer y consolidar legalmente en el decreto de accesibilidad al SAAD que la puerta de entrada para el disfrute de los servicios y prestaciones de la discapacidad y/o dependencia, para las personas con TMG son los especialistas de salud mental, como se recogía en el PAD, como se ha realizado en los últimos quince años, mejorando los sistemas de comunicación interinstitucional de manera informática para conocer el estado de las plazas en tiempo real.
4. La cartera de prestaciones del SCS en la rehabilitación para el TMG y la cartera de servicios de la ley de servicios sociales, debe ser definida con urgencia como necesidad y criterio de gestión exigible, para evitar inequidades, y dichas carteras, hagan compatible de forma unificada, las prestaciones y servicios centrados en la persona con TMG con discapacidad y/dependencia, pero delimitando

responsabilidades y evitando solapamiento o estrategias ineficaces que valen para determinados problemas pero no para otros.

5. Las personas con TMG con discapacidad y/o dependencia, en sus procesos de recuperación personal, necesitan distintas intensidades de apoyo y diferentes prestaciones simultáneamente. La promoción de la autonomía, en el respeto de los, procesos de recuperación personas, las personas con discapacidad o/y dependencia por TMG tiene sus particularidades y a sabiendas que de forma simultánea necesitan varios servicios y prestaciones. Lo contrario es favorecer el institucionalismo, el aislamiento y la exclusión. contrario a las convenciones internacionales. Revisar el decreto de incompatibilidades en el caso de las personas con discapacidad y/o dependencia por TMG pues las mismas necesitan simultáneamente varias prestaciones de servicios, de lo cual, lo legal no recoge las necesidades para el logro de la autonomía en estos casos.
6. Desarrollo de las líneas de colaboración interadministrativa a del III Plan de Salud de Canarias (2016-2017) o en el pacto por la sanidad en Canarias que incorpore a los servicios sociales, educación, empleo y la administración de justicia. Todas las áreas relevante para la autonomía personal de las personas con discapacidad y/o dependencia de con trastorno mental grave.
7. Vigilar con mecanismo de control y seguimiento el cumplimiento en las ofertas de empleo público de la reserva de plazas para las personas con discapacidad y/o dependencia, o en su caso, que las empresas realizan las donaciones que la ley obliga como alternativa en caso de no cumplimiento del precepto anterior.
8. La mayor parte de personas con discapacidad por T.M.G. viven con sus familias, generalmente padres muy mayores, por lo cual esta red familiar de soporte previsiblemente desaparecerá en un corto espacio de tiempo, aumentando el número de personas con T.M.G. en riesgo de abandono y marginación.
9. La red de servicios en la mayoría de las modalidades, cubren unos ratios mínimas pero no óptimas, tanto en plazas de atención diurna como de alojamiento. Se deberá favorecer la atención en el domicilio propio y en contextos accesibles a los servicios públicos, evitando el aislamiento y el desarraigo.
10. Revisar en decreto de copago para las personas con PNC para facilitar mayor disponibilidad económica para una vida autónoma y/o independiente. Recalificar los pisos supervisados no en la prestación por dependencia como las residencias, sino en la prestación de promoción de la autonomía personal, con lo cual sus residentes al no recibir atención de 24 horas su carga económica sería menor.
11. Facilitar el acceso de las personas mayores con trastorno mental grave a las residencias de personas mayores mediante la reserva de plazas sociosanitarias de nuevas creación destinadas para esta demanda. El hecho de sufrir o padecer un TMG con discapacidad y/o dependencia no puede ser excluyente, en todo caso, una prioridad. Esto es estratégico para que las personas mayores que se encuentran en los alojamientos actuales y en las Unidades de Rehabilitación hospitalaria permitan el disfrute a nuevas personas que la demandan.
12. Creación de plazas residenciales para las personas difícil de colocar que requieren de plazas sociosanitarias con cuidados de alta intensidad relacionadas con discapacidad con trastorno mental grave, con los apoyo necesarios para una vida de calidad.
13. En las plazas actuales existen problemas de accesibilidad por tanto dificultades para la utilización de los recursos existentes, ya sea, por las condiciones geográficas de la zona, o por los horarios o conexiones en la red de transporte público o por la inexistencia de ayudas complementarias para desplazamientos. Estas última barreras pueden ser corregidas o bien por los Cabildos o por los Ayuntamientos a través de un criterio unificado de sus federaciones.
14. Modificación del decreto de constitución del CIRPAC en la línea de acentuar su naturaleza sociosanitaria, su papel de asesoramiento, y

órganos consultor de todas las políticas dirigidas a las personas con TMG, ya sea, bajo la etiqueta de discapacidad o dependencia. Revisión del borrador actual de modificación del decreto de los CIRPAC que el gobierno autónomo tiene sobre la mesa al no responder a la experiencia acumulada ni a las nuevas necesidades.

15. Los Cabildos y los Servicios Sociales, en sus órganos o consejos destinados a la discapacidad o dependencia, donde se toman decisiones que afecten a las personas con TMG con discapacidad o dependencia, deberán incorporar de pleno derecho una representación del CIRPAC como órganos de la Dirección Insular de Salud destinados a las personas con TMG, realizando las modificaciones legislativas parciales pertinentes.
16. Favorecer la vida autónoma mediante la creación de viviendas sociales con alquileres accesibles para las personas con discapacidad o dependencia por trastorno mental severo o favoreciendo un cupo de reserva en los ofertas públicas de protección social.
17. Favorecer la autonomía personal fortaleciendo y apoyando a las organizaciones de primera persona vinculadas a las personas con discapacidad y/o dependencia con trastorno mental severo para el ejercicio de un empoderamiento efectivo y real. Asimismo la carga emocional que sufren los cuidadores principales, generalmente mujeres, requiere de servicios preventivos específicos.
18. Desarrollo normativo de regulación de la coordinación interadministrativa entre los Servicios Sociales y la Consejería de Sanidad en materia de discapacidad y/o dependencia para garantizar la transversabilidad de la toma de decisiones y una cooperación de forma estable, y estrategias compartidas, con presencia de representación de los CIRPAC, o en su caso, la Jefatura Regional de Salud Mental de la Dirección de Programas Asistenciales.
19. Favorecer en la autonomía personal, líneas y programaciones culturales de las administraciones para hacer posible espacios de

accesibilidad para las expresiones artísticas de las personas con TMG con discapacidad y/ dependencia con líneas financieras específicas para hacer realmente efectivas otras formas de inclusión y ayudar a romper la estigmatización.

20. Reclamamos una estrategia sistemática, una financiación progresiva, una gestión cualificada, abierta y participativa y una formación que atienda a las necesidades, no basado en una cultura aislar ni en un aparcadero cronificante, sino un cultura del empoderamiento que favorezca el ejercicio de ciudadanía desde los derechos humanos. La toma decisiones deben estar fundamentada en el bien común, la experiencia, y en el conocimiento que nos proporciona las ciencias y las vivencias subjetivas.

Esta comparecencia puede verse en el enlace <http://youtu.be/5J5yGLV3GhY>

Canarias, a 27 de noviembre de 2017

ACN, Asociación Canaria de Neuropsiquiatría

En relación al Plan de Salud Mental de canarias (PSMC), 2018-2023, como “estrategia y banco de acciones y propuestas”, más que un verdadero Plan de Salud, y que no refleja ningún compromiso para resolver las necesidades de la asistencia psiquiátrica, para garantizar su efectividad, deberá incluir las siguientes modificaciones:

1. Una ficha financiera anual para ser factible la ejecución de sus objetivos y acciones, o bien fijar el incremento de porcentaje anual de presupuesto para la salud mental en el PSMC.
2. Las prioridades anuales de cada acción con sus criterios para cada uno de los años de vigencia del PSMC, sin que ello, signifique una variación justificada de acuerdo a las demandas y necesidades.
3. La reforma del decreto de los CIRPAC si han sido debatidos y consensuado en los CIRPAC, cuestión que no ha ocurrido, El CIRPAC deberá ser un órgano socio sanitario y la Dirección del PIRP podrá ser cualquier profesional de

cualificado prestigio aunque no forme parte de la plantilla del Sistema Canario de Salud (SCS). Conocedor de este Consejo, remito a los miembros de la COFUTE a revisar mis anteriores informes sobre esta reforma necesaria pero no en la dirección que se realiza.

4. Los cálculos de las ratios de los diferentes profesionales, así como, el número de plazas clínicas y de rehabilitación (CRPS: Alojamiento, empleo, y ocupacionales), de acuerdo a la población y al óptimo deseable. Así mismo se analizará la distribución de los profesionales en los diferentes niveles de atención según el modelo asistencial propuesto. Este análisis deberá ser incluido en el Plan definitivo.
5. Una comisión de seguimiento y evaluación del mismo, con la participación de las asociaciones de familiares, usuarios y profesionales.
6. Establecer como foco determinante el respeto de los derechos humanos formando una comisión independiente del SCS para su vigilancia y cumplimiento, y se dará prioridad a todas las iniciativas en este ámbito.
7. Mejorar la atención de las urgencias hospitalarias sin abusos de la sujeción mecánica ni de los ingresos involuntarios. Mejorar en determinados hospitales la dotación de personal y espacios adecuados.
8. La regulación de las Coordinadoras insulares de la atención sanitaria en salud mental dentro del marco de los órganos del SCS como órganos de máximo consenso y participación

de la red comunitaria de salud mental. Serán presididas por las Gerencias de área de forma alternativa. Y esto debe ser incorporado al organigrama del funcionamiento del SCS que se encuentra en revisión, Abordar esto de forma transparente hará que no se diluya entre los gestores, ganará más influencia el sector, y se oficializan los oficios.

9. La asistencia universal y gratuita aboliendo toda referencia a la gestión privada de los recursos sanitarios públicos en la atención psiquiátrica tal como se recoge en la propuesta de borrador de PSMC presentada.
10. La defensa de los derechos de los pacientes como foco del sistema de atención a la salud mental, con la incorporación del derecho de las voluntades anticipadas y la constitución de una comisión de personas independiente de la administración.
11. La incorporación de las organizaciones de profesionales, familiares y usuarios a los coordinadores insulares de los servicios de salud mental.

Le agradezco su atención.

Canarias, 13 de Junio 2018

Asociación Canaria de Neuropsiquiatría, ACN-AEN



HISTORIA

El abordaje de las drogodependencias en los primeros tiempos de la prohibición: el punto de vista de los médicos especialistas.

Addressing drug dependence in the early days of prohibition: the point of view of medical specialists.

Juan Carlos Usó Arnal.

Historiador. Castellón.

Resumen: En la primavera de 1928 el gobierno español estableció las directrices de lo que había de ser la futura política en materia de drogas. La nueva normativa incluía el establecimiento de un monopolio estatal denominado Servicio de Restricción de Estupefacientes, así como la creación de una brigada especial de policía encargada de la represión del tráfico ilícito, con lo que se adelantaba a los designios de la comunidad internacional.

Con motivo de la aprobación de dichas directrices el diario *Heraldo de Madrid* pulsó la opinión de algunos de los principales médicos especialistas acerca de la solución ideal para el problema de las toxicomanías y los toxicómanos.

Sus respuestas permiten que nos forjemos una idea bastante aproximada del abordaje de las drogodependencias en ese momento y de su posterior evolución.

Palabras clave: drogodependencias, prohibición, médicos especialistas.

Abstract: In the spring of 1928, the Spanish government established the guidelines for future drug policy. The new regulations included the establishment of a state monopoly called Narcotics Restriction Service, as well as the creation of a special police brigade responsible for the repression of illicit trafficking, ahead of the international community's plans.

On the occasion of the approval of these guidelines, the newspaper *Heraldo de Madrid* sent the opinion of some of the leading medical specialists on the ideal solution to the problem of drug addiction and drug addicts.

Their answers allow us to forge a fairly approximate idea of the approach to drug addiction at that time and its subsequent evolution.

Keywords: drug dependence, prohibición, prohibition, medical specialists.

Desde que el 1 de marzo de 1918 el gobierno español quiso poner coto al abuso de las drogas consideradas eufóricas, con la promulgación de una Real orden, el incremento de la circulación de cocaína, morfina, opio y otras sustancias psicoactivas había ido en claro aumento. De nada servían las numerosas detenciones de consumidores y traficantes, incluidos no pocos médicos y farmacéuticos. La incautación de pequeñas partidas —cada vez más adulteradas— y el decomiso de grandes alijos no surtían el efecto deseado. Poca utilidad había demostrado la experiencia transmitida por el neuropsiquiatra César Juarros en su libro *Tratamiento de la morfinomanía* (1920), así como los conocimientos vertidos por el doctor Antonio Pagador en su obra *Los venenos sociales. Opio. Morfina* (1923). La curación rápida y sin sufrimiento anunciada por los doctores Peribáñez, Rodríguez de Vera y otros especialistas en las páginas de periódicos de gran tirada semejaba un simple parche. Y los resultados de la labor preventiva de la Asociación contra la Toxicomanía, fundada en Barcelona en 1926, eran más que dudosos, pues ni siquiera el ministro de la Gobernación, general Martínez Anido, se había librado de tener una hija morfinómana.



Libros *Tratamiento de la morfinomanía* (1920) y *Los venenos sociales* (1923).

Las drogas impregnaban páginas enteras de novelas y periódicos, así como las letras de cuplés, tangos y otras melodías de gran éxito, mientras el goteo incesante de intoxicaciones agudas y muertes por sobredosis —no tanto accidentales como suicidios— era aireado y amplificado por la prensa generalista. De tal manera, podríamos decir, sin incurrir en exageración alguna, que a mediados de los años 20 las drogas ya estaban plenamente incorporadas en la cultura popular española.



Libretos de *La cocaína* (1920) y *El tango de la cocaína* (1926).

Ante tal situación, el directorio civil encabezado por el general Primo de Rivera decidió tomar el control del tema, decretando las bases sobre las que habría de asentarse un futuro monopolio estatal en la distribución y venta de estupefacientes que pusiera fin a aquel fenómeno relativamente nuevo, que ya estaba considerado como una de las principales plagas sociales contemporáneas¹. El organismo que a finalmente había de gestionar aquel monopolio se denominó Servicio de Restricción de Estupefacientes².



Novelas *Los sueños de un morfinómano* (1921), *Gaby la morfinómana* (1926) y *Los dramas de la cocaína* (1929).

Al tener conocimiento de que las reuniones preliminares iban a buen ritmo³, y en breve se aprobaría el citado proyecto, el diario *Heraldo de Madrid*, que se declaraba enemigo de cualquier monopolio, se sintió obligado a hacer gala de su ideología liberal, poniendo en duda la eficacia de tal medida:

Las ventajas momentáneas que puedan ofrecer no compensan ni remotamente los daños que produce la desaparición del estímulo de la competencia y del fermento de las iniciativas privadas en la economía de un país. Tampoco creemos que sea el monopo-

lio el único medio ni el más eficaz de poner remedio a la anarquía de la producción.

Pero, volviendo al monopolio de venta de sustancias tóxicas, hay que reconocer, desde luego, que el abuso de estupefacientes plantea un problema serio de sanidad e higiene, que es menester abordar. Tiene el problema un doble aspecto. Primeramente un aspecto represivo, de policía, que consiste en perseguir la venta abusiva de drogas. Pero para abordar el problema en toda su extensión es menester que, al mismo tiempo que se persigue la venta clandestina de drogas y se reglamenta la pública, se prevenga el aspecto sanitario de la cuestión. Para ello hacen falta sanatorios convenientemente instalados, donde puedan recibir asistencia y ser cuidados los enfermos de toxicomanía. Para evitar abusos, estos sanatorios, ya que no públicos, que sería lo mejor, debieran estar eficazmente controlados.

Este aspecto, que es quizás el más interesante, ha estado, hasta ahora, bastante descuidado. Suponiendo que merced a una organización policíaca perfecta llegase a ser totalmente imposible procurarse drogas, ¿qué se iba a hacer con los toxicómanos, que necesitan un tratamiento adecuado para desprenderse gradualmente de su vicio funesto? Esperemos que, puesto que parece prestarse al problema la atención que merece, se habrá pensado en hacer también algo en este sentido.

En cuanto al proyecto de monopolio, se propone principalmente fines de policía. Se trata de que, centralizada la venta, se tengan garantías de que no se hará un despacho abusivo de drogas. No dudamos de la sinceridad del propósito; pero no podemos menos de dudar de que el procedimiento monopolizador sea el más adecuado para lograr el fin que se persigue. Un monopolio de ventas es, ante todo, una entidad de carácter económico que se propone —y ello es natural— como fin principal el lucro. Este interés económico lo que pide en primer término no es la restricción de las ventas, sino, por el contrario, su aumento. Sería utópico pedir que una sociedad con fines de lucro

antepusiese consideraciones sanitarias y escrúpulos morales a sus intereses económicos. Se dirá que el control que sobre ella ejerza el Estado garantiza contra posibles abusos; pero también en este punto ha de permitírse nos mostramos un tanto escépticos. La experiencia de muchos años nos dice lo que vale la intervención de organismos oficiales en las grandes Compañías⁴.

La encuesta realizada por el *Heraldo de Madrid*

Tras dejar bien patente sus ideas en este sentido el *Heraldo de Madrid*, que fiaba la solución de problema a la creación de “sanatorios especiales o algo análogo”, decidió pulsar la opinión de algunos de los más acreditados especialistas del momento —establecidos todos ellos en la capital— sobre la cuestión de la toxicomanía y los toxicómanos en España. Ignoramos si respondieron todos los médicos consultados, así como el orden en que fueron invitados por el diario a manifestarse públicamente. Lo cierto es que el 26 de marzo se publicó la opinión de Gonzalo Rodríguez Lafora⁵, neurólogo y psiquiatra, discípulo de Santiago Ramón y Cajal y de Luis Simarro, fundador de la revista *Archivos de Neurobiología, Psicología, Fisiología, Histología, Neurología y Psiquiatría*, así como del Instituto Médico-Pedagógico y del Sanatorio Neuropático de Carabanchel; el día siguiente la del doctor José María Villaverde y Larraz⁶, del Instituto Cajal y del Hospital del Buen Suceso; un día después la del reputado neuropsiquiatra César Juarros Ortega⁷, autor de numerosas publicaciones sobre toxicomanías⁸; el 29 de marzo la del doctor Eugenio Mesonero Romanos⁹; el 3 de abril la del doctor Santos Rubiano¹⁰, secretario de la Liga de Higiene Mental y primer médico militar en aplicar los conceptos y métodos de la psicología moderna en el Ejército español; al día siguiente la del acreditado psiquiatra madrileño Enrique Fernández Sanz¹¹; el 7 de abril la de Juan Santa Olalla¹², médico jefe del Sanatorio Esquerdo; el 17 de abril la del doctor Álvarez Villamil¹³; el 12 de mayo la de Julio Camino Galicia¹⁴, médico-psiquiatra militar y gran experto en hipnosis; dos días después la Raúl de Montaud¹⁵, psiquiatra del Hospital de San Luis de los Franceses; para finalizar el 26 de mayo con la publicación del escrito remitido por

el doctor Jaime Esquerdo y Sáez¹⁶, director del manicomio de Carabanchel. Las manifestaciones de los doctores José María Villaverde y Santos Rubiano vieron la luz en primera plana, en cambio las del resto se publicaron en páginas interiores, que variaban entre la 7 y la 16.

Para empezar, cabe destacar el hecho de que varios de ellos situaran el origen del problema en las consecuencias inmediatas de la Primera Guerra Mundial (1914-1918). El doctor Villaverde lo consideraba como un “fenómeno de la llamada civilización moderna”, surgido “después de la guerra”; el doctor Camino Galicia mencionaba “los detritos humanos de la postguerra europea” como el foco contaminante; y para el doctor Fernández Sanz tampoco había ninguna duda al respecto:

Las toxicomanías no han comenzado a revestir en España carácter de una plaga social sino a partir de una fecha reciente; siempre ha habido casos de morfinomanía, de cocainomanía, etc.; pero no es sino a partir de la inmigración de cierta gente, determinada por la Gran Guerra mundial, cuando la costumbre de ingerir diversos estupefacientes se ha generalizado en proporciones alarmantes.

El prestigioso doctor Rodríguez Lafora, cuya influencia a través de un artículo publicado en el diario *El Sol* había resultado decisiva diez años antes para que el gobierno presidido por García Prieto promulgara la primera disposición legal contra las drogas¹⁷, y que contaba con probada experiencia en el campo del tratamiento de la morfinomanía en su sanatorio neurológico¹⁸, coincidía con lo expresado por el rotativo madrileño, en el sentido de que la solución del problema radicaba en la fundación de “clínicas psicopáticas [...] sin la tiranía del manicomio”. Sin embargo, consideraba que los únicos capaces de curarse eran los toxicómanos iatrogénicos, ya que en su opinión “los que lo son por tendencia psicopática no tienen remedio”.

Sanatorio Neurológico

Nerviosidad, obsesiones, morfinomanía. Director, Dr. Lafora. (Paseo del Prado, 28.)

Anuncio publicado en *ABC* (8 diciembre 1923).

¿Enfermos incurables?

Rodríguez Lafora no era el único que pensaba de este modo. El doctor Esquerdo también opinaba que los toxicómanos “ocasionales”, producto de una iniciación iatrogénica eran “curables en su totalidad”, mientras que el tratamiento de “los predispuestos”, a quienes diagnosticaba como “psicópatas”, era prácticamente imposible, “aunque se obtengan también algunas curaciones”. Por su parte, el doctor Camino Galicia expresaba idéntico parecer:

Tratándose de los toxicómanos de «predisposición congénita» es inútil pensar en remedio curativo alguno, ni físico ni medicamentoso ni psicoterápico, porque todos fracasan estrepitosamente; son éstos los «toxicómanos» incurables en los que la recidiva es constante y segura; ni el mismo «aislamiento» sanatorio sirve para nada; antes al contrario, con ellos entra el «germen toxicomaniaco» en el sanatorio, sirviendo de semilla de contagio a los demás internados ante el menor descuido de los vigilantes y enfermeros.

También el doctor Juarros reconocía la existencia de toxicómanos incurables “por culpa de una constitución mental fuertemente psicopática”, pero se mostraba infinitamente más tolerante que sus colegas al proponer la “facilitación de las dosis indispensables” para aquellos “susceptibles de vivir en libertad”, es decir, la autorización para que los drogadictos más contumaces pudieran tener acceso a dosis extra terapéuticas.

La iniciación iatrogénica

En realidad, tras estas opiniones subyacía uno de los puntos más controvertidos de la cuestión: las drogodependencias que debían su origen a un tratamiento médico. Así describía el doctor Camino Galicia a los drogadictos como resultado de una iniciación iatrogénica:

Queda un grupo especial de toxicómanos que siendo individuos psíquicamente normales se contagian por motivos de terapéutica (neurálgicos rebeldes, traumatizados, operados, enfermos crónicos incurables); en estos pobres enfermos (los más dignos de lástima y cuidados entre todos los toxicó-

manos) la influencia de la intoxicación prolongada crea en ellos a su pesar un hábito psíquico y orgánico que sólo comprueban el día en que el tóxico les falta; y es entonces cuando en ellos, como en todos los «toxicómanos», el sujeto que sólo era un intoxicado se convierte en un obsesionado que reclama cada vez más imperiosa e irresistiblemente su tóxico favorito, seguro de que éste ha de aliviarle de los fenómenos angustiosos derivados de sus alteraciones mentales y, sobre todo, de los trastornos ecuestopáticos [sic], surgidos de su mundo celular en los momentos de la «abstinencia».



Dr. Julio Camino Galicia.

A continuación dejaba sin contestar en el aire una cuestión ética a propósito de los enfermos crónicos de cáncer, lepra, afecciones dolorosas, males incurables, etcétera:

¿Es lícito o no quitarles el tóxico, que ha de constituir mientras vivan su único consuelo y bienestar?...

En cambio, el doctor Mesonero Romanos reconocía la presencia de “víctimas logradas por el dolor físico”, pero aseguraba que el problema de los consumos de drogas no debía abordarse desde ese enfoque. Por su parte, el doctor Santa Olalla dudaba hasta de su existencia, pues a su juicio todos los toxicómanos eran enfermos mentales o seres anormales aquejados por “la degeneración” en mayor o menos grado:

No existe el toxicómano iniciado por conflictos dolorosos físicos o morales, si antes no era ya un predispuesto.

El hombre normal que se ve obligado accidentalmente a hacer uso de morfina, de cocaína, etc., para combatir una neuralgia, por ejemplo, se aparta rápidamente del veneno en cuanto su dolencia cesa.

El ser equilibrado que sufre un dolor moral intenso no lo diluye jamás en vino ni lo em-

bota con la estupidez efectiva que produce la morfina; por el contrario, lo afronta, lo analiza, lo funde con su alma —valga la expresión—, y es luego el tiempo quien hace la lenta labor de minimarlo [sic], adormeciendo su recuerdo con el resultado afectivo que se conoce vulgarmente con el nombre de resignación.

Había divergencias en cuanto a su porcentaje dentro del cómputo total de las toxicomanías. Por ejemplo, según el doctor Juarros “muchos morfinómanos” lo eran por “acostumbramiento terapéutico”, es decir, “a consecuencia de haber usado dilatadamente, con fines terapéuticos, morfina, cocaína, etcétera”. Sin embargo, el doctor Villaverde, que veía el problema de las toxicomanías como algo muy “complicado”, se mostraba mucho más escéptico al respecto:

Refiriéndome al caso concreto de la morfina, he de manifestar que cuantos más enfermos de éstos veo más me convenzo de que los que usan habitualmente de esta droga porque afecciones dolorosas les han hecho proceder de esta manera son menos de lo que parece.

El doctor Raúl de Montaud también participaba de este escepticismo y sus manifestaciones al respecto venían a coincidir con las ya expresadas por el doctor Santa Olalla:

El dolor como causa de morfinomanía es mucho más raro de lo que se creía, y si bien es cierto que se crea el hábito al tóxico por afecciones dolorosas, serán éstos morfinómanos accidentales, a los que la supresión de la enfermedad causante, y sometidos a tratamiento sanatorial y psíquico adecuado, los curará radicalmente. A este grupo de enfermos corresponden los éxitos de sanatorio.

De no ocurrir así, eran toxicómanos en potencia, en los que la enfermedad sólo sirvió para patentizarlos como tales enfermos mentales.

Sobre esto tenemos nosotros un criterio intransigente y absoluto: o se trata de un toxicómano accidental, curable, o se trata de un psicópata, como nos lo demostrará su estudio descubriéndonos numerosas perturbaciones mentales, de la voluntad, etc.

Factores de contagio social

Casi todos los médicos consultados advertían del peligro que suponía el contagio social de la toxicomanía. El doctor Fernández Sanz hablaba de “contagio moral” y “contagio mental”, opinión compartida por el doctor Raúl de Montaud, quien citaba como vías frecuentes de ese contagio “las alabanzas, así como la amistad (quizá por afinidad psíquica) con esta clase de sujetos”.

El doctor Mesonero Romanos consideraba a los toxicómanos como personas “fáciles al contagio”, como consecuencia de la debilidad de su voluntad. Sin embargo, el doctor Camino Galicia afirmaba que la acción de dicho contagio podía llegar a afectar a personas mentalmente sanas de su entorno.

El toxicómano contagia por sugestión, mitomanía y curiosidad [...] puede pasar el contagio a los individuos sanos, especialmente a las mujeres, amigos y familiares más queridos.

Algunos médicos consultados, como el doctor Álvarez Villamil, ponían todo el énfasis en este contagio activo y directo, ya que, en opinión de éste, los drogadictos “aman el proselitismo”. Otros destacaban el papel desempeñado por determinados factores circunstanciales e indirectos. Así, por ejemplo, el doctor Juarros hablaba de una toxicomanía originada por “sugestión literaria”, citando expresamente a Baudelaire, Poe, De Quincey y Coleridge, y por la equivocación de recurrir a los tóxicos para potenciar la energía sexual, es decir, como afrodisíacos. Por eso, el doctor Raúl de Montaud se atrevía a ir más lejos y en su escrito exigía una “severísima censura para determinadas lecturas, verdaderos reclamos del tóxico”.

El doctor Santa Olalla situaba el peligro del contagio en los cabarets, casas de lenocinio y otros establecimientos de ocio. Y el doctor Fernández Sanz era del mismo parecer:

Estas personas frecuentan los diversos lugares que abundan tanto en las grandes ciudades modernas: «bares», «cabarets», «dancings», «music-halls», etc.; y en estos lugares es donde se debe ejercer la más estrecha vigilancia para evitar la diseminación de tan perjudiciales costumbres.



Viñeta de Manuel Tovar Siles publicada en *La Voz* (21 septiembre 1922).

Nada de esto debe extrañarnos, pues desde que en 1921 el doctor José Sanchís Bergón, presidente del Colegio de Médicos de Valencia, y el diario *Las Provincias* llevaron a cabo una campaña de prensa conjunta contra el envenenamiento de la juventud valenciana en los cabarets y *music-halls*, este tipo de establecimientos de ocio nocturno habían quedado definitivamente vinculados a la venta y uso de cocaína y morfina¹⁹. De hecho, tal era el estigma a esas alturas que algunos medios al referirse a estas sustancias utilizaban la terminología “drogas de cabaret”²⁰.



Titulares de *Las Provincias* (5 julio 1921).

Los efectos del alcohol y el secreto más vergonzante de la profesión

Curiosamente, sólo cuatro de los once especialistas que respondieron por escrito a la encuesta del *Heraldo de Madrid* se referían al alcohol. El doctor Camino Galicia lo calificaba como un “me-

dio químico anormal”, comparándolo con la morfina, y el doctor Villaverde también lo comparaba con la morfina, diciendo que “todas las personas no equilibradas con grandes amarguras, decepciones, dificultades de todo género, etcétera”, encontraban en ambas sustancias “un medio que momentáneamente les hace olvidar lo que les imposibilita la vida”.



Heraldo de Madrid (27 marzo 1928).

Santos Rubiano era el único que se explayaba más en su escrito en los “toxicómanos alcohólicos”, que en los usuarios de “otros narcóticos o estupefacientes no alcohólicos”. Para evitar “la decadencia mental y física”, así como las “graves consecuencias sociales” generadas por los primeros, opinaba que la solución no podía “cifrase pura y simplemente en un prohibicionismo absoluto”. En cambio, para los segundos no tenía ningún reparo en preconizar fuertes “medidas prohibitivas”.

Comentario aparte merece la respuesta del doctor Raúl de Montaud, ya que, además de relativizar el impacto en España de drogas como la cocaína, el éter, la heroína y el pantopón, era el único médico de los consultados que se refería también al tabaco. De hecho, en su opinión, los únicos tóxicos que en España constituían una “plaga social” eran el alcohol, el tabaco y la morfina. Y, así y todo, estaba convencido de que el alcoholismo en España era “mucho menos frecuente e intenso que por ahí fuera, pudiendo decirse que ciertos trastornos por alcohol, entre nosotros, poco menos que desconocidos”.

Todos menos uno —el doctor Esquerdo— eludían la espinosa cuestión que representaba la

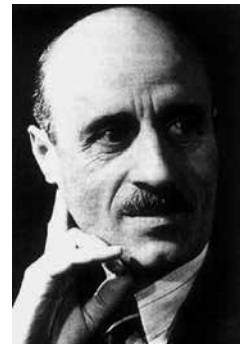
especial incidencia de la morfínomanía entre el colectivo de los profesionales dedicados al ejercicio de la medicina. El secreto más vergonzante de la profesión había sido reconocido por los especialistas extranjeros más acreditados en el campo de las toxicomanías:

Levinstein cuenta 32 médicos por cada 82 morfinómanos [39,0%]; Obersteiner, 97 por 143 [67,8%]; Burkart, 45 por 85 [52,9%]; Mattison, 3 por 3 [100%]; Landowski, 56 por 160 [35,0%]; Pichon, 17 por 66 [25,7%]²¹.

En este sentido, únicamente el doctor Esquerdo reconocía que “los médicos, por la facilidad que tienen de adquirirla, son muchas veces víctimas de este alcaloide”, y recordaba la medida propuesta por el psiquiatra y eugenista suizo Eugen Bleuler consistente en “excluir de la práctica a todo médico morfinista mientras no se cure”.

Establecimientos especiales para toxicómanos

Por lo que respecta a las medidas propugnadas para acabar con el problema, no sólo el *Heraldo de Madrid* y el doctor Rodríguez Lafora confiaban en el establecimiento de centros especiales para el abordaje de las drogodependencias, sino que todos los especialistas consultados por el diario madrileño coincidían en este punto. Pero diferían en el tipo de centro y en el régimen de tratamiento asociado a los mismos.



Dr. Gonzalo Rodríguez Lafora.

El doctor Raúl de Montaud se decantaba por un “tratamiento sanatorial y psíquico adecuado”, pues únicamente confiaba en “los éxitos de sanatorio”. Pero no especificaba más. El doctor Esquerdo consideraba inadecuado el tratamiento en “sanatorios abiertos” y domicilios privados. Lo mismo venía a decir jefe del Sanatorio Esquerdo, doctor Santa Olalla, quien propugnaba un “régimen sanatorial”, cuya especialidad debía consistir en un “rigor máximo en la vigilancia”.

El doctor Fernández Sanz proponía “el aislamiento en casas de salud especiales y hasta curación completa de toda persona convicta de abrazar estas drogas” y muy próximo a él se encontraba el doctor Camino Galicia cuando prescribía para los toxicómanos “aislarlos *ad perpetuam* en sanatorios disciplinarios *ad-hoc* y dedicados exclusivamente para ellos”.

Por lo manifestado, no podemos saber si se referían a establecimientos privados o de titularidad pública. Los doctores Mesonero Romanos, Santos Rubiano y Juarros sí que se definían claramente por instituciones estatales, si bien tenían un enfoque bien distinto de la cuestión. Mesonero Romanos, que se declaraba abiertamente escéptico, pensaba en clave de “consultorios públicos” y en los “pabellones de aislamiento” de los “hospitales y manicomios oficiales. El doctor Santos Rubiano manifestaba sin complejos que todo morfinómano y cocainómano había de ser ingresado en “sanatorios oficiales”, aunque proponía que el coste del tratamiento debía correr “a cuenta del interesado, tratándole, claro es, del mejor modo posible”. En cambio, la visión del doctor Juarros era radicalmente opuesta a la de sus colegas:

Creación de clínicas públicas, donde, gratis o económicamente, según los casos, se desintoxique obligatoriamente a cuantos sean susceptibles de ello.



Dr. César Juarros Ortega.

Así como también propugnaba la fundación de asilos y “colonias agrícolas” para todos aquellos “toxicómanos no susceptibles de vivir en sociedad”.

El doctor Álvarez Villamil se mostraba un firme defensor de la labor profiláctica y preventiva que podía realizarse desde los dispensarios:

El dispensario psiquiátrico —que no es ninguna novedad a no ser en España— puede, a la manera del dispensario antituberculoso, sorprender las predisposiciones o las enfer-

medades en sus comienzos, aconsejando la manera de evitar sus progresos y sus consecuencias, en este caso particular, cuando el toxicómano se avergüenza todavía de confesar su vicio, resultándole su práctica desagradable; la otra misión de los dispensarios es vulgarizar conocimientos psiquiátricos —pero muy hábilmente para no caer por torpeza en apologías o incitaciones—, haciéndoles comprender que en los pocos toxicómanos que fueron geniales lo genial no fue la toxicomanía, recurso de débiles y anormales, y que las «naturalezas selectas», bajo la acción del tóxico, tienen menos facilidad y más breve plazo para cumplir sus «exquisiteces espirituales» que conservándose extramuros de los ridículos paraísos artificiales.

Sin embargo, frente a él se posicionaba el doctor Santa Olalla, quien calificaba como “algo inocente” el hecho de creer que una persona drogodependiente pueda abandonar su hábito tóxico por el hecho de recibir tratamiento en “un dispensario creado al efecto”.

En cualquier caso, ninguno de los establecimientos reivindicados por los médicos consultados existía en la práctica, tal y como certificaba el doctor Camino Galicia en su escrito. Ni siquiera la elitista Asociación contra la Toxicomanía lo había conseguido en su ámbito de acción, y eso que, sobre el papel, era uno de sus primeros objetivos declarados. Lo más próximo era el proyecto de fundación de una clínica especial de tratamiento, “con tres millones de pesetas consignadas y terrenos cedidos por algunos aristócratas” para su construcción, que además habría de contar con dos consultorios en Madrid, mencionado por el doctor Rodríguez Lafora en el artículo inicial de la serie.

El doctor Villaverde, el único que no hemos mencionado en este apartado, al igual que Mesonero Romanos, se declaraba abiertamente escéptico y ni siquiera se pronunciaba sobre estos establecimientos especiales para toxicómanos, toda vez que consideraba que “lo que pueda hacerse es muy poco”. En este sentido, consideraba que las “anomalías mentales” son muy difíciles de corregir y que “un número muy elevado de naufragos de la vida es irremediable”, lo cual no le impedía

mostrarse favorable a una política de mano dura hacia los traficantes, aunque también dudaba de la eficacia de tal política:

No nos parece mal que se castigue duramente a todos aquellos que intervengan en el comercio clandestino de drogas y por todos los medios factibles se impida su venta en las farmacias; pero el resultado que se obtenga será más aparente que real. Un morfinómano no se detiene ante nada para proporcionarse su droga. Por otro lado, es pueril suponer que lo que a un normal pueda detenerle e intimidarle, si es que intentara hacer una cosa mal hecha, pueda asustar a uno de estos enfermos cuando trate de proporcionarse morfina.



Dr. José María Villaverde.

Más que proféticas, las palabras del doctor Villaverde parecían estar inspiradas en la tozuda realidad. Pocos como el doctor Fernández Sanz se atrevían a expresar por escrito un punto de vista tan descreído:

Para esta especie de enfermos, las medidas comunes profilácticas, la interdicción de la venta de sustancias tóxicas, las persecuciones policíacas, los mismos castigos personales, no son, en general, de ningún efecto útil; las dificultades parecen avivar un deseo y vencen todos los obstáculos que se levantan contra su insaciable sed de veneno, no vacilando en ir contra las leyes y en asumir graves responsabilidades para aplacar momentáneamente su impulsión morbosa [...] los psicópatas ya habituados y profundamente impregnados encontrarán siempre la manera de procurarse los productos que necesitan.

El doctor Santa Olalla venía a plantear la misma cuestión en otras palabras:

Las leyes que se hicieron para regir hombres normales no pueden servir para guiar, castigando cuando la salud social lo requiera, al infeliz enfermo que bordea o cae de lleno en la esfera de acción de los códigos.

También el doctor Camino Galicia reconocía en su discurso la inutilidad de las leyes represivas en estos casos, recurriendo a un argumento tan original como aplastante:

El «toxicómano», en su derecho a conservar su vida (que se le escapa en las crisis de abstinencia), burla y seguirá burlando siempre que pueda a los «legisladores» y a los representantes de la «ciencia hipócrita».

Mientras porfiaba la solución definitiva del problema de la toxicomanía y los toxicómanos a una utopía científica:

Para terminar: el ideal profiláctico y curativo de la toxicomanía no llegará mientras la ciencia no descubra el verdadero antídoto de cada «tóxico», o lo que es igual, una sustancia terapéutica «antitóxica» que, en breve tiempo, pudiese devolver a las «células» el «medio humoral» fisiológico en que vivían antes de haber sido agredidas por los agentes tóxicos externos, problema éste que, hoy por hoy, permanece en el más impenetrable de los misterios.

Enfermos, a fin de cuentas, no criminales

Al igual que Mesonero Romanos, Fernández Sanz y Camino Galicia, el doctor Santa Olalla también era partidario del “aislamiento” de los toxicómanos. Y el doctor Esquerdo planteaba abiertamente la “necesidad de reclusión” de estos enfermos para un conseguir un tratamiento eficaz. Por su parte, el doctor Álvarez Villamil, defensor también del aislamiento y de la reclusión para los toxicómanos más recalcitrantes, ponía en valor el papel que podía desempeñar el seguimiento de los ex toxicómanos y el tratamiento ambulatorio preventivo en lo que podríamos considerar como población de riesgo:

Los médicos podemos cooperar de distinta forma, según se trate de enfermos agudos, latentes y predispuestos, es decir, toxicómanos que lo son actualmente, que lo fueron o que pueden serlo. En los primeros es absolutamente necesaria la reclusión. La voluntad está profundamente afectada y es inútil esperar una curación sin violencia; además, indican el aislamiento razones de profilaxia

mental, ya que los toxicómanos aman el proselitismo. El segundo grupo, enfermos que lo fueron, deben ser considerados latentes, en que las circunstancias que produjeron la aberración, no tardarán en aparecer, por ser las mismas que rodean a todos, con la diferencia de ser analizadas erróneamente o interpretadas sus consecuencias con exageración. Una vigilancia exquisita puede remediar la recaída; en ocasiones los mismos enfermos advierten el peligro, poniendo espontáneamente el remedio.

El tratamiento del último grupo, los predispuestos, es de la competencia médica. La profilaxis mental, dirigida desde los dispensarios.

El doctor Esquerdo se inclinaba por “imponer mayores penalidades a los vendedores clandestinos” y su colega Santa Olalla se mostraba implacable con ellos:

El traficante del tóxico, que sin escrúpulos hace de tan criminal industria objetivo de sus afanes de lucro, debe sufrir todo el rigor de la ley.

Pero manifestaba buenas dosis de condescendencia con las personas drogodependientes:

Para la víctima propiciatoria que ha de consumir el veneno por mandato imperativo de su congénita deficiencia cerebral toda la benévola atención que como enfermo requiere.

En cambio, el doctor Álvarez Villamil era partidario de “perseguir la venta del tóxico y las reuniones de toxicómanos”.

Por su parte, el doctor Fernández Sanz era el único que se planteaba el dilema ético-legal que representaba el internamiento forzoso de las personas drogodependientes, pero llegaba a la conclusión de que existían poderosas razones de Estado que justificaban la adopción de dicha medida:

El dogma de la libertad individual sufriría un poco con esta medida radical; pero hay que resignarse a ello cuando se trata no sólo de curar a individuos enfermos, sino sobre todo de evitar numerosas víctimas futuras y

de salvar los supremos intereses de la raza, de la patria, de la Humanidad.

Por eso proponía un conjunto de férreas medidas a adoptar por parte de las autoridades gubernativas, que habrían de afectar no sólo a los traficantes sino a todas las personas usuarias de drogas:

Las medidas de orden gubernamental deben consistir, en primer lugar, en la reglamentación estricta del despacho de drogas venenosas en las farmacias y en la prohibición absoluta de este tráfico, con fuertes sanciones penales que deben aplicarse no sólo al vendedor, sino también al comprador.

Se debe ejercer una vigilancia muy activa en todos los lugares en los que se suele efectuar el comercio clandestino. Esta vigilancia es ciertamente muy difícil de ejercer de una manera completa y total, pero el solo hecho de iniciarla produciría beneficios considerables; mas, como hemos indicado más arriba, la experiencia ha demostrado que hay que ir más allá, que hay que armarse de medios más enérgicos para luchar contra un mal siempre creciente.

El doctor Mesonero Romanos entendía la cuestión como un problema “pura y esencialmente médico”; sin embargo, eso no le impedía exigir el fin de “la venta libre de los estupefacientes”, algo sobre el papel inexistente, pues a partir de la entrada en vigor de la citada Real orden circular de 1 de marzo de 1918 la receta médica era requisito obligatorio para poder acceder a dichas drogas. El doctor Santos Rubiano mostraba un talante más severo a la hora de proponer medidas que excedían de sus funciones como médico:

Perseguir como delincuentes contra la salud pública, estableciendo fuertes sanciones, a los tenedores y expendedores y detener como peligroso pestífero o colérico a todo morfínmano o cocainómano

El doctor Julio Camino sugería la posibilidad de dictar una normativa “parecida a la «ley seca» de los Estados Unidos”²² para acabar con el tráfico de drogas, pero al mismo tiempo era consciente de que este extremo “implicaría también el privar de las mismas a aquellos pobres enfermos

que terapéuticamente las necesitan”. Del mismo modo, el doctor Juarros intuía la profunda injusticia que entrañaba el modelo prohibicionista ensayado por la administración estadounidense:

Como hay toxicómanos a los que ni científica ni humanamente cabe negar el tóxico, prohibir la expendición tiene mucho de crueldad innecesaria.

Una renovada política en materia de drogas

En cualquier caso, antes de que terminaran de publicarse las opiniones de estos eminentes *drogabusólogos*, el gobierno encabezado por Primo de Rivera a través de un Real decreto-ley promulgó las denominadas *Bases para la Restricción del Estado en la distribución y venta de estupefacientes*, orientadas a “suprimir la circulación de los medicamentos eufóricos fuera de su cauce legal, restringiendo a las necesidades exclusivamente terapéuticas y debidamente justificadas el empleo de las sustancias y preparados originadores de habituación”.

Se trataba de una normativa bastante más técnica que las promulgadas con anterioridad, que equiparaba la posesión y el tráfico de drogas. La mera tenencia ilícita se reputaba voluntaria, mientras no se demostrara lo contrario, y los actos desacordes con la ética profesional de médicos y farmacéuticos se consideraban de máxima gravedad, con un cuadro de sanciones, previsto en las bases 42ª y 43ª, realmente severo:

Al facultativo que facilitare la adquisición o consumo de estupefacientes para fines ilegales, se le impondrá: por primera vez, una multa de 1.000 a 20.000 pesetas; la segunda vez, la multa será de 10.000 a 50.000, y la tercera vez, además de la multa se le impondrá la suspensión del ejercicio de la profesión y el cierre del establecimiento, si lo tuviere, durante tres meses, por lo menos.

A cada uno de los que intervienen en la producción, importación, comercio o circulación de alguna de las sustancias objeto de esta Restricción, se le impondrá por primera vez, un multa de 50 a 100 pesetas por cada gramo de sustancia decomisada. Demuestra la repetición de igual o análoga falta, la

multa por posesión de cada gramo de sustancia podrá elevarse hasta 500 pesetas, y si el acto ilícito se hubiera realizado en su establecimiento, podrá ser éste clausurado temporalmente. Las mismas sanciones se impondrán a los responsables de mera tenencia o consumo ilícito [...]”²³



El Consejo Técnico Nacional para la Restricción de Estupefacientes al completo.

El órgano gestor de la nueva política, según lo previsto en la base 6ª, era una Junta social y administrativa, formada por los siguientes miembros: el director del Instituto Técnico de Comprobación, el jefe del Negociado de Farmacia de la Dirección General de Sanidad, un delegado de la Dirección General de Seguridad, un delegado de la Dirección General de Aduanas, un vocal perteneciente al Tribunal Supremo de Hacienda, un vocal designado por el Ministerio de Hacienda, un vocal designado por el Ministerio de Trabajo, Comercio e Industria, un vocal representante de los Colegios Médicos, un vocal representante de los Colegios Farmacéuticos y dos vocales pertenecientes a entidades sociales dedicadas específica o genéricamente a la lucha contra la toxicomanía.

De los once componentes de la Junta sólo uno pertenecía a la Policía, lo cual contrastaba con la orientación decididamente represiva de la política estadounidense y de otros países en materia de drogas. Otra diferencia notoria en la interpretación de la política sobre drogas con respecto a Estados Unidos era dejar en manos del facultativo la decisión de qué debía entenderse en cada caso por “uso médico”, incluyéndose dentro del mismo la terapia de mantenimiento para adictos. Aunque también es verdad que el citado decreto-ley ya preveía la creación de una “brigada especial de

Agentes”, destinada a la “inspección del tráfico y represión del contrabando de las substancias sujetas a la restricción”.



Carlos Fernández-Franquero y Gonzalo de la Guardia primeros agentes de la brigada especial afectos al Consejo Técnico Nacional para la Restricción de Estupefacientes

Entre la patologización y la criminalización... hacia la prohibición

A pesar de las diferencias expuestas, todos los especialistas que se pronunciaron a través de las páginas del *Heraldo de Madrid* coincidían en señalar que las personas drogodependientes eran enfermas. Enfermas mentales, se sobreentiende. En esto había unanimidad. El doctor Villaverde hablaba de personas con una “disposición nerviosa especial”, carentes de una “recia textura psíquica”, el doctor Fernández Sanz de sujetos con una “mentalidad especial”, y el doctor Mesonero Romanos se expresaba en términos parecidos:

Todo toxicómano es un psicópata; es decir, un individuo de constitución psíquica que no puede llamarse normal, sin que esto suponga que se le pueda calificar de loco ni que esté desposeído de una buena capacidad intelectual. Son seres hipersensibles, muy emotivos y sugestionables, fáciles al «contagio», cuya voluntad suele ser débil...

También el doctor Fernández Sanz venía a decir lo mismo cuando describía a los toxicómanos:

Sujetos muy predispuestos, con graves taras psicopáticas; son casi sin excepción grandes neurópatas, degenerados profun-

dos [...] Los sujetos a los cuales nos referimos ahora no son ciertamente modelos de vigor psíquico ni de sublimidad moral; son de inteligencia limitada, de voluntad débil y vacilante, son abúlicos e impulsivos, y se entregan a los tóxicos, más que obedeciendo a una poderosa necesidad interior, por una ridícula inclinación a señalarse, a ejecutar actos que creen extraordinarios.

Idéntico parecer expresaba Raúl de Montaud al descubrir las “numerosas perturbaciones mentales, de la voluntad, etcétera”, de las personas drogodependientes:

Con mucha mayor frecuencia encontraremos como causa perturbaciones generales psíquicas, insomnio, conflictos afectivos, humor triste, depresivos constitucionales, preocupaciones y esfuerzos profesionales, etc., grupo de causas que sirven para poner de manifiesto la falta de voluntad y la disminución en la capacidad de resistencia que estos enfermos tienen para los tóxicos.

[...]

Debe insistirse en que para que cualquiera de las causas citadas dé lugar al hábito mórfico precisase exista una constitución psicopática, una enfermedad de la voluntad. Así, si analizamos la vida anterior al uso del tóxico, encontraremos siempre rasgos psicopáticos, histéricos, etcétera, demostrativos de que se trataba de un terreno preparado.

Y resumía sus conclusiones al respecto en dos puntos:

- 1.º No hay tóxicos, sino toxicómanos.
- 2.º Precisa considerar a los toxicómanos como a enfermos mentales con trastornos de la voluntad, embotamiento de la moralidad, perturbaciones de juicio, memoria, etc.

El doctor Camino Galicia era quien más se detenía en explicaciones en su discurso patologizador de la drogadicción:

Se parte del error de considerar siempre a la «toxicomanía» como un «vicio social», cuando en su acepción más pura no es otra

cosa que un síndrome mental más, propio de ciertos psiconeurópatas.

La «toxicomanía» es una reacción defensiva de los desequilibrados y débiles mentales; un mecanismo anormal de adaptación y compensación «psicovital» ante las deficiencias cerebrales y cenestésicas.

El toxicómano, como injerto en el campo de la patología, antes que un vicioso es un enfermo a quien su propia «psicopatía», «neuropatía» o «degeneración orgánica» le impelen a envenenarse, del mismo modo que otros psiconeurópatas se ven irresistiblemente impulsados al suicidio, homicidio, juego, perversiones sexuales, lujo, etc., y hacen toda aquella clase de actos que la conciencia moral prohíbe más imperiosamente (locos morales).

La toxicomanía en este sentir es un síntoma de las «neurosis» de deseo, una verdadera obsesión mental, del tipo de las filias o manías.

El toxicómano se ve, pues, irresistiblemente impulsado a propinarse su tóxico: primero, por predisposición psicopática congénita o adquirida; segundo, porque en sus momentos de abstinencia es un verdadero «alienado» capaz hasta de matar a su propia madre si ésta en dichos momentos tuviera en su poder alguna «dosis» de su tóxico favorito con tal de arrebatársela; y tercero, porque una vez en acción o intoxicado crónicamente, para poder mantener el equilibrio de su «sentimiento vital corpóreo», que es, en síntesis, la suma de todos los movimientos vitales del «mundo celular», necesariamente tiene que dotar a éste del medio químico anormal (como, por ejemplo, el proporcionado por la morfina, alcohol, etc.) en que se había acostumbrado a vivir, medio humor al tóxico que cuando falte, forzosamente ha de acarrear profundos fallos vitales (vida que se escapa, cuerpo que se muere) que reclamarán imperiosamente el tóxico ante las brutales exigencias del «instinto de conservación».

Curiosamente, el “hecho anómalo” que implicaba toda toxicomanía, como una “excepción” a ese mismo “instinto de conservación” invocado

por el doctor Camino Galicia, era el que había permitido al doctor Juan Bautista Vilató Gómez, allá por 1911, definir la drogodependencia como una enfermedad mental²⁴. Según esta visión dominante en el campo de la medicina, las personas usuarias de drogas atentaban contra su salud y su vida, igual que los suicidas, lo cual, por ser algo contrario al instinto de conservación, sólo podía ser explicado como una patología mental.

Y en cierto sentido, la nueva política española en materia de drogas, gestionada por Consejo Técnico Nacional para la Restricción de Estupefacientes, así lo entendía. Si ponemos de relevancia este hecho es porque no tardaría en extenderse e instalarse de manera muy acusada entre destacados elementos del estamento terapéutico una corriente criminalizadora y punitiva. Por ejemplo, el doctor Leopoldo Bard era tajante cuando afirmaba lo siguiente:

Existe una estrecha e inseparable relación entre la toxicomanía y el crimen. Todos los toxicómanos son criminales, ya sea en realidad o potencialmente, y sus atrocidades no tienen límites cuando se ven privados de su droga favorita.

[...]

Todo adicto constituye un germen central que crece y extiende su actividad criminal poniendo en juego su influencia sobre otras vidas para la formación de otros adictos, resultando cada uno de ellos un criminal en potencia y, en consecuencia, una fuerza destructora de la civilización²⁵.

Incurriríamos un error de apreciación si consideráramos el veredicto de este facultativo como algo anecdótico y, por tanto, irrelevante, pues el doctor Bard, no sólo fue el pionero en impulsar la legislación contra el tráfico y el uso de drogas en la República Argentina —la primera en toda Sudamérica— sino que difundía su pensamiento en publicaciones periódicas tan prestigiosas como la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas* y la revista decenal de prisiones *Vida Penitenciaria*.

Curiosamente, esta tendencia a criminalizar a las personas drogodependientes estaba estrechamente vinculada con algo que pudo constatare



Dr. Leopoldo Bard.

nada más hacerse patente la fuerte restricción impuesta: la complicidad de los usuarios y usuarias de drogas con los traficantes que los abastecían. Lógicamente, esta circunstancia, denunciada por Jacinto Fernández, jefe de la Policía de Buenos Aires, o el doctor Romualdo Rodríguez Vera, vocal del Consejo Técnico Nacional para la Restricción de Estupefacientes²⁶, implicaba que quienes encubrían a un delincuente —

los traficantes de drogas ya estaban conceptuados como tales— eran cómplices de delito y, por tanto, criminales.

Sea como sea, desde que en agosto de 1932 se prohibió incondicionalmente la heroína en España²⁷, hemos de concluir que la política española en materia de drogas se fue endureciendo progresivamente, si bien durante muchos años mantuvo como medida paliativa, compasiva o de reducción de riesgos y daños el acceso a dosis extra terapéuticas, capaz de mantener bajo control el problema de la toxicomanía y los toxicómanos.

Contacto

Juan Carlos Usó • jcuso@hotmail.com
Avda. Rey Don Jaime 64, 7^º-B • 12001 Castellón

Notas

1. Ministerio de la Gobernación: “Real decreto-ley de 30 de abril de 1928 aprobando las Bases, que se insertan, para la Restricción del Estado en la distribución y venta de estupefacientes”, *Gaceta de Madrid*, 5 de mayo de 1928, pp. 690-694.
2. Ministerio de la Gobernación: “Real decreto de 8 de julio de 1930 aprobando el Reglamento provisional, que se inserta, para la Restricción de Estupefacientes, que regirá en sustitución del aprobado por Real decreto-ley de 26 de Julio de 1929”, *Gaceta de Madrid*, 15 de julio de 1930, pp. 314-319.
3. “La venta de estupefacientes”, *Heraldo de Madrid*, 11 de febrero de 1928, p. 2.
4. “Sobre el monopolio de drogas tóxicas”, *Heraldo de Madrid*, 23 de marzo de 1928, p. 1.
5. “La toxicomanía y los toxicómanos. Los remedios con que se podrían combatir y curar, según nos dicen varios eminentes psiquiatras”, *Heraldo de Madrid*, 26 de marzo de 1928, p. 16.
6. “La toxicomanía y los toxicómanos. Los remedios con que se podrían combatir y curar, según nos dicen varios eminentes psiquiatras. El doctor Villaverde opina que el uso exagerado de la morfina es un fenómeno de la civilización moderna”, *Heraldo de Madrid*, 27 de marzo de 1928, p. 1.
7. “La toxicomanía y los toxicómanos. Los remedios con que se podrían combatir y curar, según nos dicen varios eminentes psiquiatras. El doctor Juarros estima que el empleo de los tóxicos se debe, entre otras cosas, a sugestión literaria”, *Heraldo de Madrid*, 28 de marzo de 1928, p. 16.
8. Juarros, César: “El tratamiento de la morfomanía según las ideas y métodos de Óscar Jennings”. *Revista de Sanidad Militar*. 1 de enero de 1911; Juarros, C.: “El día médico. Los crímenes de la morfina”. *El Día*, 9 de febrero de 1917, p. 5; Juarros, C.: “El día médico. Los estragos de la morfina”. *El Día*, 8 de mayo de 1918, p. 3; Juarros, C.: “La tiranía del opio. El caso Quincey”. *El Día*, 27

- de diciembre de 1918, p. 8; Juarros, C.: “Los engaños de la morfina. El caso Poe”. *El Día*, 29 de diciembre de 1918, p. 8; Juarros, C.: “Toxicomanía y morfina. El caso Baudelaire”. *El Día*, 1 de enero de 1919, p. 2; Juarros, C.: “Los daños físicos de la morfina. El calvario del morfinómano”. *El Día*, 3 de enero de 1919, p. 2; Juarros, C.: “El hábito de la morfina. Médicos y enfermeros”. *El Día*, 5 de enero de 1919, p. 2; Juarros, C.: “Cómo se evita la morfinomanía. De Coleridge a Nerval”. *El Día*, 10 de enero de 1919, p. 5; Juarros, C.: “Toxicomanía y morfina. El caso Baudelaire”. *España Médica*, 20 de enero de 1919, p. 16; Juarros, C.: “Los alcalinos en el tratamiento de la morfinomanía”. *El Siglo Médico*, 1919, pp. 232-233; Juarros, C.: “Importancia de la elección de método en el tratamiento de la morfinomanía”. *El Siglo Médico*, 1919, pp. 739-740; Juarros, C.: “Los alcalinos en el tratamiento de la morfinomanía”. *Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española*, 1919; Juarros, C.: *Tratamiento de la morfinomanía*. Madrid: Saturnino Calleja; 1920; Juarros, C.: “Un caso de desmorfinización en el domicilio del enfermo”. *El Siglo Médico*, 1920, pp. 107-108; Juarros, C.: “Las morfinomanías sintomáticas”. *El Siglo Médico*, 1921, pp. 957-958; Juarros, C.: “Diagnóstico de la morfinomanía”. *El Siglo Médico*, 22 de mayo de 1926, pp. 465-466 y Juarros, C.: “Diagnóstico de la morfinomanía”. *Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española*, 1926.
9. “La toxicomanía y los toxicómanos. Los remedios con que se podrían combatir y curar, según nos dicen varios eminentes psiquiatras. Opiniones del doctor Mesonero Romanos”, *Heraldo de Madrid*, 29 de marzo de 1928, p. 16.
 10. “La toxicomanía y los toxicómanos. Los remedios con que se podrían combatir y curar, según nos dicen varios eminentes psiquiatras. La opinión del doctor Santos Rubiano, secretario de la Liga de Higiene Mental”, *Heraldo de Madrid*, 3 de abril de 1928, p. 1.
 11. “La toxicomanía y los toxicómanos. Los remedios con que se podrían combatir y curar, según nos dicen varios eminentes psiquiatras. La opinión del doctor Fernández Sanz”, *Heraldo de Madrid*, 4 de abril de 1928, p. 11.
 12. “La toxicomanía y los toxicómanos. Los remedios con que se podrían combatir y curar, según nos dicen varios eminentes psiquiatras. El doctor Santa Olalla”, *Heraldo de Madrid*, 7 de abril de 1928, p. 13.
 13. “La toxicomanía y los toxicómanos. Los remedios con que se podrían combatir y curar, según nos dicen varios eminentes psiquiatras”, *Heraldo de Madrid*, 17 de abril de 1928, p. 13.
 14. “Concepto de los tóxicos y de la toxicomanía. Métodos especiales para combatir este vicio social. Según el doctor Camino Galicia”, *Heraldo de Madrid*, 12 de mayo de 1928, p. 15.
 15. “La toxicomanía y los toxicómanos. Interesantes opiniones del doctor Montaud”, *Heraldo de Madrid*, 14 de mayo de 1928, p. 15.
 16. “La toxicomanía y los toxicómanos. El doctor Jaime Esquerdo”, *Heraldo de Madrid*, 26 de mayo de 1928, p. 7.
 17. Rodríguez Lafora, Gonzalo: “El morfinismo”. *El Sol*, 12 de febrero de 1918, p. 8.
 18. “Sanatorio neurológico”, *ABC*, 31 de octubre de 1923, p. 22; “Sanatorio neurológico”, *ABC*, 11 de noviembre de 1923, p. 25; “Sanatorio neurológico”, *ABC*, 8 de diciembre de 1923, p. 10; “Sanatorio neurológico”, *ABC*, 22 de diciembre de 1923, p. 22; “Sanatorio neurológico”, *ABC*, 24 de diciembre de 1923, p. 17.
 19. “Cómo se envenena a la juventud valenciana. La morfina y la cocaína en los cabarets y music-halls. El Colegio Médico lo ha denunciado por dos veces a la autoridad y ayer, por escrito, al gobernador civil”, *Las Provincias (Diario de Valencia)*, 5 de julio de 1921, p. 1; “Cómo se envenena a la juventud valenciana. La cocaína y la morfina en cabarets y music-halls. Una “cursilería” que, como el vermouth “ya no se lleva”, está causando estragos. – Es preciso que las autoridades hablen”, *Las Provincias (Diario de Valencia)*, 7 de julio de 1921, p. 1; “Sigamos hablando de ese envenenamiento. El inspector provincial de Sanidad explica su intervención. Está bien: se venderá en barcos, pero se revende en cabarets y music-halls. Además, un inspector de Sanidad no puede hablar por «impresión”

- Las Provincias (Diario de Valencia)*, 8 de julio de 1921, p. 1; “Nosotros hablaremos aunque calle el Sr. Valls. Una carta del presidente del Colegio Médico. Ni la delación ni el anónimo amenazador son caminos para llegar a nuestro espíritu”, *Las Provincias (Diario de Valencia)*, 9 de julio de 1921, p. 1; “Ya vamos entendiéndonos. Una carta del inspector de Sanidad. Hay farmacéuticos que no cumplen con su deber, pero el mal más grave no está en ellos: ha de buscarse en cabarets y music-halls”, *Las Provincias (Diario de Valencia)*, 10 de julio de 1921, pp. 1-2 y “La cocaína y sus víctimas. De la breve embriaguez a la imbecilidad y a la muerte. El vicio de la cocaína es de origen exótico, como muchos otros azotes sociales, pero se ha perfeccionado, agudizado y convertido en plaga incurable, solamente al contacto de los centros más poblados del mundo”, *Las Provincias (Diario de Valencia)*, 12 de julio de 1921, p. 5.
20. “Vista causa por expender drogas de cabaret”, *Diario de Castellón (Rotativo de la mañana)*, 24 de febrero de 1926, pág. 5.
21. Llorens Gallard, Ignacio: *Un vicio fin de siglo. El morfínismo*. Barcelona: Imprenta de la Casa provincial de Caridad; 1894, pp. 25-26.
22. La denominada ley seca estuvo en vigor desde 1919 hasta 1933.
23. Ministerio de la Gobernación: “Real decreto-ley de 30 de abril de 1928 aprobando las Bases, que se insertan, para la Restricción del Estado en la distribución y venta de estupefacientes”, *Gaceta de Madrid*, 5 de mayo de 1928, pp. 690-694.
24. Vilató, Juan: “La toxicomanía”, *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*, 1 de agosto de 1911, p. 360.
25. Bard, Leopoldo: “Comentarios a propósito de la represión de la toxicomanía”, *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, 1 de octubre de 1931, pp. 361-373 y Bard, Leopoldo: “Toxicomanía y criminalidad”, *Vida Penitenciaria*, 30 de mayo de 1936, pp. 10-12.
26. Bard, Leopoldo: “Comentarios a propósito de la represión de la toxicomanía”, *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, 1 de octubre de 1931, pp. 361-373 y Asenjo, Ataúlfo G.: “Luchas y peligros del tráfico de tóxicos. Miles de toxicómanos encubren a los traficantes de drogas”, *Ahora (Diario Gráfico)*, 16 de abril de 1933, págs. 15-18.
27. Ministerio de la Gobernación: “Decreto”, *Gaceta de Madrid*, 6 de agosto de 1932, pág. 979.

• Recibido: 20/1/2018.

• Aceptado: 25/4/2018.



ACTUALIZACIONES



Manual de Enfermería en Adicciones a Sustancias y patología dual

Autoras: Elena Mª Rodríguez Seoane y Araceli Plaza

Edita: Ediciones Díaz de Santos, 2018 • 216 págs.

ISBN: 978-84-9052-088-8

Ya señala en la Introducción cómo está orientado el libro a otro agente sanitario -enfermería- que presta cuidados orientados hacia la asistencia, educación, prevención y promoción de la salud. Aunque para eso es previa la formación en adicciones. Se presenta como un buen recurso”, pretende servir como herramienta enfermera para el tratamiento de la patología dual. Esto ocurre cuando el paciente tiene una adicción y a la vez sufre un trastorno mental “Si ya es difícil sacar adelante un enfermo mental, la situación se complica mucho más cuando consume”.

Este texto defiende que los profesionales que tratan la patología dual, deben estar perfectamente formados, tanto en los trastornos mentales como en las patologías adictivas, para dar una atención integral. “Ambas patologías deben ser tratadas por los mismos profesionales y en el mismo espacio físico”. Elena critica que en muchos centros sanitarios no existe esta atención integral y cada patología se trata en centros diferentes y por diferentes profesionales.

Lo pionero es que desde un punto de vista enfermero, se aborda el tratamiento de esta patología dual desde el terreno real. Se da una descripción de las diferentes drogas, su origen y sus efectos. “Además, se aborda la reducción de riesgos y daños, es decir, cuando el paciente va a seguir consumiendo, tiene que haber un control sanitario para que no quede abandonado a su suerte”, explica Rodríguez Seoane.

Los primeros capítulos nos ubican en los conceptos (drogas, clasificaciones DSM5, diagnósticos,

tendencias... desaparecen “abuso” y “dependencia” y sí “trastorno por consumo sustancias”) y en la situación actual de las adicciones con apoyo en agencias internacionales: OEDT, NN.UU., OMS... Con la sorpresa de una “vieja” clasificación, la de Cancrini, aprendida hace décadas, en el 80, en la prehistoria pues ahora no usamos el término “toxicomanías” sino “adicciones”.

El libro dedica un capítulo específico a la patología dual y cómo se gestiona este tipo de grupos. Exponen el funcionamiento y las dificultades que encuentran desde enfermería al dirigir estos grupos. Son pacientes que consumen, con perfiles muy diferentes, y tienes que adaptarte a ellos, añaden. Detenimiento en la Patología Dual y la Reducción de daños y riesgos, con capítulos abiertos a mayor desarrollo, en concreto desde el campo de la enfermería. Señalando diferentes programas: jeringuillas, talleres de consumo con menor riesgo o de sobredosis o de sexo seguro, salas de venopunción, testado, uso terapéutico de diferentes opioides,... y atención a las urgencias, intoxicaciones o síndromes... y, siempre, los cuidados de enfermería, junto a la educación para la salud.

Señalan también Luces y sombras en el camino. “Con que un día veas a un paciente sonreír y contribuyas a que vea algo hermoso en la vida, ya te das por pagada”. El trabajo con estos pacientes es un trabajo muy duro y requiere una gran capacidad de frustración y paciencia. Sin embargo, también habla de experiencias gratificantes: “por ejemplo, cuando una persona que parecía irreparable, mejora y sale adelante”. “Tú ya



sabes que trabajas con un trastorno muy difícil, pero alguien les tiene que comprender y enseñar a vivir con lo que tienen. Cuando aprenden a manejar la enfermedad nos resulta muy gratificante”, concluyen.

La intervención desde Enfermería y la prevención requiere ser desmenuzado. “Hay que seguir la pista a los chavales de 0 a 18 años”, siendo preciso el papel de la enfermería en la intervención temprana y la educación sanitaria desde la infancia. Concretamente, la enfermera de salud mental es el profesional idóneo para la adquisición de hábitos saludables de higiene mental desde la infancia: “Es la única forma de evitar el consumo de

drogas y evitar futuros problemas de adicciones”. Proponen, a modo de ejemplo, la utilidad actuar con familiares y formadores en los colegios, desde Enfermería. Con experiencias muy positivas en este sentido: “los padres y formadores pueden tener déficit en estas áreas, por ejemplo, pautas para poder detectar si sus hijos/as o alumnos/as están coqueteando con las drogas”.

Como conclusión, podemos decir que estamos ante un buen recurso, sencillo, con puertas abiertas a mayores desarrollos en los modos de atención y en la investigación clínica.

Olatz Rincón e Iñaki Markez



Postpsiquiatría, textos para prácticas y teorías postpsiquiátricas

Autores: Amaia Vispe y Jose G.-Valdecasas

Edita: Editorial Grupo 5. Colección Salud mental colectiva, 11 Madrid, 2018

ISBN: 978-84-946059-9-4

Este libro nace a partir del blog postPsiquiatría que ambos impulsan, como un conjunto de reflexiones críticas, acerca de la psiquiatría actual. Reflexiones con mirada hacia la exagerada psiquiatrización de malestares de origen social, la dificultad e inconsistencia de los diagnósticos psiquiátricos, la perniciosa influencia de la industria farmacéutica sobre los profesionales y una amplia revisión de estudios científicos que discuten, con datos, un discurso triunfalista sobre los tratamientos psicofarmacológicos, que exagera beneficios escasos y minusvalora riesgos potencialmente graves.

Este libro plantea un recorrido por los problemas ontológicos, epistemológicos y prácticos de una psiquiatría reduccionista que se ha convertido en

una psiquiatría sin límites. ¿Qué implica reducir la experiencia y la conducta humana a un mero epifenómeno de la actividad cerebral?, ¿qué supone para la clínica organizar su conocimiento en torno a unas clasificaciones que naturalizan los trastornos mentales, obviando su origen y construcción social?, ¿de qué manera este modelo está condicionando una praxis medicalizadora y coercitiva?, ¿cómo influyen los intereses de la industria farmacéutica y tecnológica en mantener esta narrativa? Interrogantes del día a día de la intervención psi, en las consultas y frente a las cuales los autores opinan conforme a sus ideas y su práctica.

La finalidad del libro es colaborar, en la medida de sus posibilidades, en lograr un cambio en la

psiquiatría, como institución social organizada de determinada manera en nuestro contexto socio-cultural y como disciplina más o menos científica, para hacerla más útil para las personas que atiende y la sociedad en que se inserta y, de forma aún más urgente, menos perniciosa para todos. Una meta que por momentos parece casi inalcanzable, pero no será porque dejemos de intentarlo. Como siempre nos gusta decir: habrá que luchar sin miedo y, si es preciso, sin esperanza.

Se puede considerar que la ideología o narrativa que domina actualmente la psiquiatría surge a principios de los años 80 del pasado siglo como un nuevo repliegue de la disciplina a su proyecto original de ser una medicina de la mente tras la serie de cuestionamientos que se habían producido en las décadas previas, tanto desde dentro de la propia especialidad como desde disciplinas externas. La ideología dominante se apuntala en torno a un modelo biomédico reduccionista en el que los fenómenos mentales y las conductas son naturalizadas, individualizadas y finalmente explicadas de forma determinista desde alteraciones básicas de la bioquímica cerebral; de esa manera las raíces sociales y culturales de la locura y los problemas de salud mental son negados o tomados como elementos marginales. Igualmente es importante señalar que para entender cómo este discurso biologicista y tecnológico se configura a modo de verdad explicativa de la naturaleza de las enfermedades mentales hay que situar su éxito en el contexto de los cambios culturales que traen las políticas neoliberales, con su énfasis en la centralidad de la persona.

La psiquiatría biomédica o biocomercial, como les gusta resaltar a los autores de este libro, parece gozar de muy buena salud si nos atenemos al consumo de psicofármacos o a la creciente cantidad de personas que han sido diagnosticadas con un problema psiquiátrico. Sin embargo, en los últimos años, la psiquiatría biológica reduccionista ha comenzado a dar síntomas de agotamiento y las repercusiones de su praxis cuestionadas tanto desde sectores profesionales (con conclusiones a veces antagónicas) como desde colectivos que han sido objeto de sus prácticas. Recientemente al calor de los debates surgidos con la aparición del nuevo DSM5, se habla de una nueva crisis de la psiquiatría,

recordando aquella que se dio en los años 60 y 70 del siglo pasado. Aun sin visualizar el alcance de este cuestionamiento, hemos de situar su análisis en el contexto político, social y cultural actual y evitar asumir que se trate de una simple repetición de anteriores batallas que impidan construir un nuevo espacio crítico frente a la narrativa dominante.

Nos dicen que en algún lugar, no más allá del control de la conducta del loco y del malestar del triste, sino más bien dentro de cada uno de ellos, existe un espacio para una psiquiatría que de verdad sea útil para algunas personas. Pero los textos que Amaia Vispe y José G.-Valdecasas nos proponen en su blog postPsiquiatría, y ahora en este libro, ampliados con otros artículos, se sitúan en este espacio de análisis crítico del paradigma dominante actual de la psiquiatría y de construcción de una teoría y práctica alternativa. Para los autores el objetivo de su tarea no ha sido otro que “proporcionar munición a las tropas amigas sobre los peligros de esta psiquiatría biológica a todos los niveles y de las alternativas posibles a la misma”. Iván de la Mata nos apunta cómo su pretensión no es tanto tener una respuesta, otra verdad, sino dar luz a problemáticas falsamente cerradas por el discurso dominante y situar en un primer plano los aspectos éticos y hermenéuticos de nuestro trabajo. Para ello eligen un nuevo marco de inteligibilidad adaptado al contexto del pensamiento posmoderno, marco ya explicitado por Bracken y Thomas en 2001, la Postpsiquiatría. Como se explica en el libro, no se trata ya de construir una teoría alternativa, sino aceptar la naturaleza discursiva de la experiencia y los fenómenos mentales y por tanto los límites explicativos de las diferentes narrativas. Abrirse a otros relatos que den importancia a los contextos (políticos, culturales, económicos y sociales) con una orientación ética frente a una tecnológica, replantearse las prácticas coercitivas y tener en cuenta que la voz de los usuarios o supervivientes debe ser una de las protagonistas.



José Guimón. Historias de un arquitecto de la psiquiatría y psicología vascas

Autor: Iñaki Markez

Edita: Coeditado por Bizkaiko Foru Aldundia/Diputación Foral de Bizkaia y Ekimen Editorial • 470 págs.

ISBN: 8477526311 • ISBN-13: 978-84-7752-631-5

Con este libro hemos aprendido una pequeña parte de la actividad del padre del Profesor Guimón, Julián Guimón, que en los inicios de la guerra civil tuvo un juicio militar por Rebelión Militar por el que sería condenado a la pena de muerte, después reclusión perpetua y finalmente 4 años, en la cárcel de Puerto de Santa María, con inhabilitación absoluta durante la condena. Parece increíble que haber estado en la dirección médica de un hospital de Bilbao, promover la creación de la Universidad Vasca y nombrar enfermeras *emakumes*, fueran constitutivos del delito de Rebelión. Recordemos que se trató de un golpe militar de ideario fascista contra las aspiraciones sociales en una democracia electa, la II República. Hoy, en los acontecimientos de Catalunya aparecen demasiadas coincidencias. En el libro se señalan actitudes del padre, Julián, antes, durante y después de la guerra.

En septiembre de 2016, el autor, Iñaki Markez, y el ilustre profesor José Guimón, cuya biografía se desarrolla, quizá en su inconsciencia o negación, decidieron tratar de trabajar sobre su recorrido vital, científico y académico, a realizar con calma, para hacerla en unos tres años, con conversaciones durante un buen número de mañanas y tardes, revisar diferentes períodos profesionales y ante todo su inmensa obra, valorar en paralelo el desarrollo de la Psiquiatría y los recursos de atención a la Salud mental en Bizkaia y en otros ámbitos, cercanos o más alejados. Después llegó la tragedia, su inesperado y rápido adiós.

El autor tras saber que le había ilusionado el proyecto, tal y como había comentado en familia en

varias ocasiones, optó por retomar este trabajo biográfico. A sabiendas de que ya no sería igual, el proyecto tornó en un intenso recorrido de lecturas, así como entrevistas, contactos y búsquedas documentales, pero que sería posible teniendo como aliciente el creciente conocimiento de su obra y su enorme vitalidad.

En la 1ª parte, su Recorrido vital, con capítulos peculiares sobre *la Psiquiatría del siglo XX* que permitiera contextualizar la vida y obra de José Guimón, mientras se situaba en un buen número de iniciativas en la Salud Mental. O sobre *La familia de José Guimón*, capítulo lleno de anécdotas y material fotográfico de los hermanos, el padre, la madre, los abuelos... o bisabuelos o tatarabuelos de esos niños y niñas Guimón.

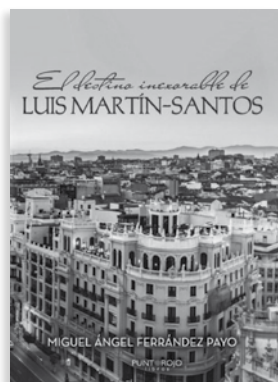
Continúa el Recorrido vital con sus *Años de Formación*: con sus becas (Oxford, Cambridge, New York), Ginebra, Barcelona..., sus estancias en New York y el largo recorrido en la *Universidad y Cátedra de Psiquiatría de la UPV-EHU* (1970-2016), la gestión e impulso en el Servicio de Psiquiatría en el *Hospital de Basurto* (1973-1993) y *otra década en Ginebra* (1993-2003), sin olvidar sus muchas *Iniciativas y Asociaciones científicas*.

En la 2ª Parte, su obra escrita, con el *Arte y Literatura* ocupando un lugar destacado, con Pío Baroja, tan presente a lo largo de su vida, o los escritores y artistas tan habituales (Oscar Wilde, Arthur Rimbaud, Federico García Lorca, Antonin Artaud, Frida Kahlo, Dalí, Amable Arias, Picasso,...) con sus creaciones. Presentes también ilustres vascos vinculados a la psiquiatría y la

salud (Julián de Ajuriaguerra, Nicolás Achúcarro, Ángel Garma, Luis Martín-Santos y Justo Gárate) y el recuerdo de otros grandes ilustres del panorama internacional (Arnold Friedhoff, James William Fulbright, Sigmund Freud, Juan José López Ibor, Carlos Castilla del Pino, Jorge García Badaracco, Hellen Singer Kaplan...), que fueron sus maestros, amigos y colaboradores. Escribió sobre leyendas vascas y mitología, para lo cual las lecturas de Pío Baroja y también de Julio Caro Baroja, Andrés Ortiz-Osés, Cruz Mina, José Miguel de Barandiarán, Azkue y otros, le fueron de gran ayuda; sobre arte, terapias y salud mental, opinando sobre la enfermedad mental y la creatividad, sin dejar de lado a los Locos Artistas. Así como sobre actualidad en los medios de comunicación, con sus apariciones en prensa con artículos de opinión sobre los acontecimientos y fenómenos sociales del momento.

La Psiquiatría, Psicología, Psicoanálisis y la Salud mental ocuparon el grosso de su obra y así queda reflejado en este libro biográfico. El análisis social...sobre Bilbao, Bilingüismo, Migraciones y transculturalidad, la dependencia,... el Psicoanálisis, el Diagnóstico en Psiquiatría y la Psiquiatría comunitaria, con los Grupos y las terapias llevando estas técnicas a la institución pública; la investigación farmacológica. Aunque nunca se situara como farmacólogo. El cuerpo, con diferentes títulos: Apraxia y agnosia, Los lugares del cuerpo, La desvergüenza, El cuerpo y la psicoterapia,...y sobre la Violencia, a pesar de haber recibido amenazas, y también sobre los derechos humanos, reflexionó, opinó y mucho, en sus libros, conferencias, artículos... y en las aulas. Con investigaciones subvencionadas con diferentes neurolépticos, ansiolíticos y anti-depresivos. En la universidad y en sus servicios hospitalarios, se caracterizó por no caer en las redes de la misma, algo tan frecuente y asumido en sus entornos llevando adelante con dignidad la transparencia en sus estudios y publicaciones. Era peculiar.

El libro pretende ser un apasionante viaje cual navegante en *Stultifera navis* por la ciencia, la locura, la formación y el país, o mejor, como se ha señalado desde el título, cual arquitecto de todo ese entramado construido en torno a la universidad, los hospitales, la capacitación de los profesionales de la salud mental y su frecuente presencia social pues, ciertamente José Guimón fue un permanente acontecimiento en la sociedad de Bizkaia, en la sociedad vasca y más allá, con una amplia obra que podría decirse intimidante por su amplitud: autor de 54 libros y más de 400 artículos relacionados con las enfermedades mentales, las actitudes ante ellas, la atención con la psicoterapia individual y de grupo, pruebas biológicas, tratamientos farmacológicos y las instituciones psiquiátricas. Nos deja un inmenso legado, propio y de equipo. Este libro, con muchas páginas y 330 ilustraciones son un intento de hacer ameno el recorrido por la vida de un gran ilustre bilbaíno, vasco y universal.



El destino inexorable de Luis Martín-Santos

Autor: Miguel Ángel Ferrández Payo

Edita: Punto Rojo Libros • 2017 • 340 págs.

ISBN: 978-84-1711-081-9

Ya en contraportada se señala que aunque Carlos Castilla del Pino, gran conocedor de la vida y obra de Luis Martín-Santos, justificaba la interpretación psicoanalítica de un texto por sí mismo, «todo en la novela es del autor y es el autor», alguien que ante su frustración interna siente la «necesidad» (compulsiva en el profesional) de externalizar su componente ominoso en forma de «expulsión de fragmentos de sí mismo convertidos en personajes de ficción, es decir, en fantasmas» y «se salva así de la disociación incontrolada» mental. Dado que «se autobiografía en parte en cada uno de sus discursos novelísticos», la interpretación psicológica consistirá en «reconocer los diferentes procesos de identificación del autor en sus personajes» para la cual el destacado psiquiatra gaditano diseñó un método con base en el axioma «todo es identificación-proyección» pero sin olvido de la subjetividad y del recurso ineludible a «criterios conjeturales, aproximativos, probabilísticos».

Bajo esos presupuestos teóricos pero alejados de una hermenéutica científica Miguel Ángel Ferrández Payo se acerca a la personalidad del psiquiatra y reconocido escritor Luis Martín-Santos (1924-1964). A partir de sus escritos sobre psicoterapia, ahondando 1) en el período fenomenológico, con el análisis existencial de Jean-Paul Sartre y la comprensión de la locura y el enfermo mental desde la psicología con Wilhelm Dilthey y el trabajo fenomenológico de Karl Jaspers, a partir de la sociología de Max Weber; 2) en el período psicoanalítico donde se sitúan los artículos sobre *Jaspers* y *Freud*, a quienes calificó con epítetos varios, fue decisivo para la evolución

intelectual y la praxis; *La formación del psicoterapeuta* con posición crítica a la institucionalización de la enseñanza de la psicoterapia, *La psiquiatría existencial* como disciplina influenciada por las corrientes intelectuales; *La psicología del naturalista* apuntando que la tendencia a la investigación, la contemplación y la curiosidad de las manifestaciones de la naturaleza estaba en todas las personas, con especial expresión en la infancia y la adolescencia; o *La manera de enfrentarse con los problemas de la psiquiatría*, o su libro de psiquiatría inconcluso inédito.

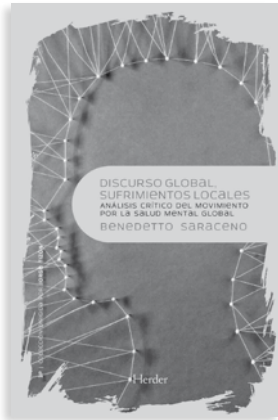
Mediante el análisis existencial Martín-Santos no pretendió sintetizar los métodos dominantes del momento (fenomenología y psicoanálisis) sino superar sus limitaciones ante vestigios de su pérdida de vigencia.

Una segunda parte de la obra recoge aspectos de la vida (familia, infancia y adolescencia, carrera como psiquiatra, vínculos políticos, intelectuales y profesionales y especulaciones sobre su muerte) y la personalidad de Martín-Santos desde los testimonios recogidos por sus biógrafos y amistades de su época, así como del análisis de *Tiempo de silencio* (titulado inicialmente *Tiempo frustrado* cuando la presentó al Premio Baroja con un relato que derrocha ironía, y como tal agresiva para vencer el impacto sufrido) emprendido desde un prisma meramente intuitivo, propone que la famosa novela de culto de posguerra no supuso solamente una catarsis para su frustración personal y profesional sino el primer paso en la representación de un trágico proyecto inconsciente de autodestrucción per-

sonal a cargo del destino que su precoz muerte en accidente adelantó mientras escribía su segunda novela: *Tiempo de destrucción*. La creatividad, la novela y el psicoanálisis interactuando en un contexto político en pleno franquismo, detenido en varias ocasiones, escribiendo con un pseudónimo clandestino.

El autor no olvida una tercera parte dedicada no solo a sus novelas, al aprecio y la rivalidad con Carlos Castilla del Pino, también a su situación

psicológica, su proyecto autodestructivo inconsciente. El suicidio y el suicidio encubierto, el conflicto psíquico, la frustración, la hipomanía, también junto al triunfo y reconocimiento en la intelectualidad progresista madrileña y donostiarra, en aquella San Sebastián junto a los miembros de la Academia Errante durante su década final.



Discurso global, sufrimientos locales. Análisis crítico del movimiento por la salud mental global

Autor: Benedetto Saraceno

Editorial: HERDER • 288 págs.

ISBN: 978-84-2543-951-3

Este libro presenta un análisis crítico sobre el desarrollo del Movimiento por la salud mental global (Global Mental Health): ilustra acerca de las experiencias innovadoras y altamente renovadoras que se están llevando a cabo así como también muestra una interesante descripción del «quién es quién»; personas, organizaciones y proyectos.

Benedetto Saraceno, que fue director del área de Salud Mental y abuso de sustancias de la Organización Mundial de la Salud entre los años 1999 y 2010, hace un repaso y una actualización de estos urgentes y significativos problemas. Gracias a su gran desarrollo profesional y experiencia internacional, pocos como él pueden proporcionar una perspectiva de la salud mental en el siglo XXI que incluya, por un lado, las políticas de la OMS y las de distintas agrupaciones empeñadas en el cambio y progreso, y, por el otro, la conexión entre las políticas globales (nacionales, suprana-

cionales y de la OMS) y las experiencias locales en decenas de países.

La atención integral a las psicosis es piedra de toque en el ámbito de la atención a la salud mental y también del Movimiento por la Salud Mental Global. Y no solo lo es en nuestro campo profesional, sino que se trata de un elemento clave para medir la integración y democracia real reinantes en una sociedad.

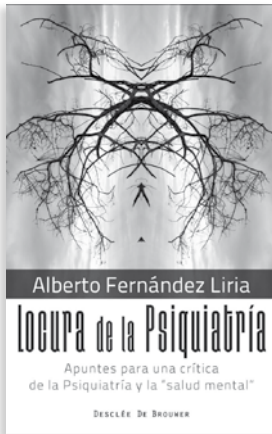
Este libro ilustra su recorrido por los trastornos mentales, máxime en las dos décadas doradas de la salud mental global. Recorre barreras y buenas prácticas: globalización del modelo biomédico, carencia de enfoques interculturales, insuficiencia inversora en recursos humanos e infraestructuras, mantenimiento del modelo tradicional centrado en el hospital psiquiátrico, dificultades de integración de la salud mental en la atención primaria, deficiencias de dispositivos de salud mental



en la comunidad,... Con experiencias innovadoras y renovadoras que se llevan a cabo, así como la descripción de personas, organizaciones y proyectos. Sin olvidarse de dirigir una mirada atenta a la acción y al pensamiento del movimiento por la salud mental global. En del campo profesional y también a la hora de medir la integración y democracia reinantes en la sociedad.

Habrà que caminar hacia la reducción de la brecha en los sistemas sanitarios, la atención a la cronicidad con los nuevos paradigmas para los sistemas sanitarios, así como el desarrollo de

la intervención sociosanitaria. Así como la adecuación de los derechos: a gozar de mayor salud física y mental, a una vida adecuada y a la protección social, a ejercer la capacidad jurídica, a la libertad y seguridad, así como contra cualquier forma de explotación, violencias y abuso.



Locura de la Psiquiatría. Apuntes para una crítica de la Psiquiatría y la “salud mental”

Autor: Alberto Fernández Liria

Editorial: Desclée De Brouwer

Colección: A los cuatro vientos • 184 págs.

ISBN: 978-84-3302-980-5

La historia de la Psiquiatría, entendida como el modo de concebir y enfrentar la pérdida de la salud mental, no puede explicarse a partir de lo que los psiquiatras u otros profesionales dedicados a esa tarea han pensado. Este libro, sin ser un libro de historia, hace muchas referencias a la historia de las disciplinas de la Salud mental, o de la Psiquiatría, según consideremos que un término ha mudado en el otro reconociendo el papel de diferentes profesionales que intervienen a la hora de prestar diferentes prestaciones.

Para entenderla es preciso comprender el papel que la pérdida y la recuperación de la salud mental han jugado en la sociedad en cada momento histórico. Según esta tesis, no hay una historia

interna de la Psiquiatría, y los cambiantes objetivos y teorías que la misma ha sostenido a lo largo del tiempo solo pueden entenderse comprendiendo los cambios experimentados en las sociedades en –y para– las que han trabajado los psiquiatras. Con no pocas demandas sociales que han determinado la evolución de la Psiquiatría misma. De ahí que sea oportuno recordar que «el objeto de la Psiquiatría viene definido por la sociedad en cada momento histórico». No son avances en las teorías o en los instrumentos de la Psiquiatría los que han conducido a prácticas cambiantes.

Entenderemos mejor la evolución de la Psiquiatría si consideramos las teorías en las que ha

pretendido basarse como la ideología –en el sentido de falsa conciencia que Marx da a este término– con que los psiquiatras y profesionales afines pretenden justificar una práctica que les viene reclamada desde fuera. Esta óptica pone de manifiesto una disciplina recorrida por contradicciones y permite pensar con perspectiva en alternativas.

El autor, ya en sus tres últimas décadas ha escrito en torno a las psicopatologías críticas y a la crítica de la psicopatología. Nos decía que si el síntoma, la enfermedad, es función del proceso de intervención, entonces las psicopatologías tal y como las conocemos, ocultan este hecho importante como ocultan que es un contexto cultural el que le otorga a los fenómenos el carácter de morbosos. No era una muestra de la debilidad de la ciencia psicopatológica (o de la patología en general). Era más sensato que consideremos que esto es la naturaleza misma de la disciplina, pues aunque eso nos prive de una romántica ilusión, nos permitirán saber sobre qué y con qué instrumentos hemos de actuar si queremos influir en ese proceso de definición de los objetos morbosos, o sea de las condiciones que convierten a algunos sujetos en merecedores legitimados de nuestra actividad de ayuda.

A pesar de sus diferencias, se trataría de buscar en la psicopatología una base científica para la práctica de la Psiquiatría y la Psicología Clínica y de hacerlo a través de una substancialización del síntoma. Contraponiendo una crítica de la psicopatología en la que los síntomas aparecen como marcadores de constructos que tienen como objeto guiar la actividad de los profesionales de la salud mental y que no pueden ser entendidos sin tomar ésta en consideración.

Este sencillo y clarificador libro nos presenta diferentes *momentos* históricos de la Psiquiatría:

- El primer momento es el del asilo, ya allá en el siglo XV y el surgimiento posterior de las ciudades; el final del medievo y desarrollo de las urbes se acompañan del primer encargo: el paso de la exclusión al encierro.
- El segundo, el de la reparación de la capacidad de trabajar, en los finales del siglo XIX y más de la primera mitad del XX; el segundo encargo es restituir la capacidad de amar y sobre todo la de trabajar.
- El tercer momento, en los finales del siglo XX, determinado por los mercados y el modo de producción capitalista, con el uso de sustancias, de medicamentos, y de tecnologías producidas industrialmente, imponiéndose sobre otros mecanismos de apoyo social o de gestión de la intimidad; el encargo es destruir la capacidad de gestionar el malestar para generar un mercado.
- El cuarto, ya en los inicios del siglo XXI, en plena desregulación total, con desaparición de las funciones de los estados en la vida civil. El cuarto encargo será justificar la destrucción de los mecanismos colectivos de previsión del infortunio.

Hoy, es posible articular sistemas de ayuda para quienes sufren como consecuencia de las alteraciones psíquicas y hay que afrontar actitudes, desarrollar nuevas formas de actuar y dotarse de instrumentos, también teóricos, para entender y guiar la intervención en salud mental.



Distribución de libros

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

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

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

Agenda

- 5 al 7 julio • Madrid
XIII Congreso Mundial de WAPR (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial)
Recuperación, Ciudadanía, Derechos humanos.
Organizan: FEARP y AEN-PSM
Información: www.wapr2018madrid.com; info@wapr2018madrid.com

- 5 y 6 de octubre • Donostia/San Sebastián • Biblioteca Municipal
Encuentros con Víctor Korman • Día 5: Conferencia - Día 6: Seminario de Formación.
Organizan: OME-AEN y PsiDonostia

- 25 y 26 de octubre • Madrid • Salón de actos del CSIC, C/ Albasanz, 26 (Madrid).
XI Jornadas de la Sección de Historia de la Psiquiatría de la AEN:
“Psiquiatría y cambio social en España”.
Información: xijornadashistoriaen@gmail.com
http://aen.es/wp-content/uploads/2018/04/XI_JORNADAS_HISTORIA_AEN_2018_.pdf

- 26 al 28 de octubre • Granada
XXXII Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama.

- 20 de octubre • Bruselas • St Jhon Berchamns College
Athena Network International VII Congress on Migration and Mental Health.
VII Congreso Internacional en colaboración con la Red Atenea, Asociación Mundial de Psiquiatría y otras instituciones.
Información: <http://laredatenea.com>

- 9 de noviembre • Zamora
XVII Jornadas de la Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental:
“A contracorriente: Resistencia en Salud Mental”.

- 29 de noviembre al 1 de diciembre • Madrid
XXIII Curso de Anual Esquizofrenia: *“Emociones y riesgos en las psicosis”.*
Organizan: Fundación Invest y Trat^o Esquiz y otras Psicosis, ISPS y AEN
Información: http://www.cursoesquizofrenia.com/Castellano/programa_cientifico.html

- 27 abril de 2019 • Barcelona
Jornada y IV Premio Ángel Garma de la AEN /COPC y la revista Intercanvis al mejor trabajo de Psicoanálisis en el Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya.

- 10 de mayo del 2019 • Donostia/San Sebastián
Symposium sobre las migraciones vascas desde la perspectiva psicológica y psicosocial.
Organizan: Facultad de Psicología de UPV-EHU y la Universidad de Reno y Boise.

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

Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico:

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

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



asociación de
profesionales de
salud mental
de Cantabria



S.A.S.M. sociedad aragonesa de
salud mental



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental

Asociación Castellano Manchega
de Neuropsiquiatría
y Salud Mental

Asociación Extremeña
de Neuropsiquiatría
(AExN)



Española
Asociación
de Profesionales
de Salud Mental
de Neuropsiquiatría



ABSM ASOCIACIÓN BALEAR
DE SALUD MENTAL



Andaluzá de
Asociación
de Profesionales de
Salud Mental