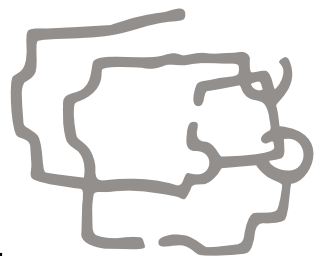


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XVII nº 63 Julio 2020



Volumen XVII



Nº 63

Volumen XV



Nº 57

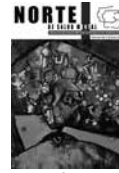


Nº 58

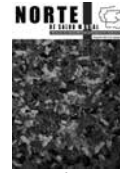


Nº 59

Volumen XVI



Nº 60



Nº 61



Nº 62

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

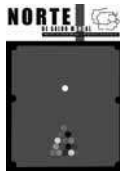
Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42



Nº 43



Nº 44

Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



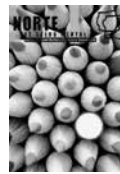
Nº 35



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

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Cifre, Antonia
Estévez, Juan Antonio
Inchauspe, José Antonio
Lalana, José Manuel
Munarriz, Mikel
Musquiz, Álvaro
Rodríguez Pulido, Francisco
Sierra, Deirdre
Vecino, Antonio

Consejo Asesor y de Redacción:

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

✓ Acceso disponible en: ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/ • Correo-e: revistanorte@ome-aen.org

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

✓ Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/

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 Access 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 XVII nº 63, julio 2020

<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: lola lox (Lola Marquínez).

Título obra: “Apocopa” (Un palíndromo: palabra o expresión simétrica).

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 63. Julio 2020

Editorial	5
• COVID-19: ¿Oportunidad o Retroceso? <i>Francisco Rodríguez Pulido.</i>	7
• Revistas científicas que se retractan. <i>Iñaki Markez.</i>	10
Originales y revisiones	11
• Sabemos poco, improvisamos mucho, y por responder bastante. <i>Francisco Rodríguez Pulido, Ángeles Rodríguez García.</i>	13
• Suicidio, adolescencia, redes sociales e internet. <i>Luis Fernando López Martínez.</i>	25
• Salud mental en la ruta penal-penitenciaria pre y post COVID-19. <i>Mariano Hernández Monsalve.</i>	37
• Vínculo tras el rechazo emocional posnatal: caso clínico. <i>Ingrid Ximenez de Embun Ferrer, Idaira Izquierdo.</i>	47
• Percepción de la tolerancia al distanciamiento social a lo largo del estado de alarma: estudio descriptivo en profesionales sanitarios y pacientes con trastorno mental grave. <i>Olalla Varela, Vanesa Corella, César García, Rosario Montero, Silvia Elena Mejía.</i>	55
• Infancias vulneradas en tiempos de aislamiento social. <i>Iruna Corres-Medrano, Imanol Santamaría-Goicuria.</i>	66
• Los cuidados y el autocuidado en las profesiones de ayuda y acompañamiento. <i>Lidia Luna.</i>	72
• Relatos del Coronavirus. <i>Ramón Área.</i>	75
• Relatos, búsqueda de sentido y construcción colectiva de futuro. <i>José Leal Rubio.</i>	85
• Elogio de la conversación con presencia. Sobre la atención psicológica telefónica en tiempos de cuarentena. <i>Elvira Martín.</i>	94
Formación Continuada	95
• Aplicación de terapias complementarias en la demencia por parte de enfermería. <i>Sandra Martínez-Pizarro.</i>	97
• Observaciones sobre la inutilidad de los informes psiquiátricos y psicológicos en procesos de custodia. ¿Maltrato institucional a familias? <i>M^a Elena Crespo Arce, Fernando Pérez del Río, Iñaki Markez, Ralf Pascual Marijuan.</i>	100
Pre-ocupaciones	107
• Una reflexión sobre la población reclusa ante la pandemia por COVID-19. <i>Pilar Ventosa.</i>	109
• La epidemia del COVID-19 y la salud mental comunitaria. <i>Plataforma de Salud Mental de Aragón.</i>	111
Historia	115
• Hace ya algún tiempo: Otto Gross. Sexo, drogas y Psicoanálisis. <i>Reda Rahmani, Juan Medrano, Oscar Martínez, Iñaki Markez, Luis Pacheco.</i>	117
Actualizaciones	129
• Inmigrantes y refugiados. Trauma, duelo permanente, prejuicio y psicología de las fronteras. <i>Vlamiq D. Volkan.</i>	131
• Peajes Emocionales: Un viaje a tu interior. Vol. 3. Relaciones emocionalizadas, intrusivas, actuadoras y “operatorias”. <i>Luis Fernando López Martínez.</i>	132
• Ilustraciones de la locura. <i>John Haslam.</i>	133
• Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas. Respetando la alteridad en el momento presente. <i>Jaakko Seikkula, Tom Erik Arnkil.</i>	134
• Los pendientes de Lucía. <i>Elvira Martín.</i>	135

Summary

NORTE de salud mental 63. July 2020

Editorial	5
• Scientific journals have now retracted. <i>Francisco Rodríguez Pulido.</i>	7
• COVID-19: ¿ Opportunity o Retreat? <i>Iñaki Markez.</i>	10
Original and reviews articles	11
• We know little, we improvise a lot, and by responding a lot. <i>Francisco Rodríguez Pulido, Ángeles Rodríguez García.</i>	13
• Suicide, teens, networks and the internet. <i>Luis Fernando López Martínez.</i>	25
• Mental health in the pre-post COVID-19 penal-penitentiary route. <i>Mariano Hernández Monsalve.</i>	37
• Bonding after post-emotional rejection: clinic case. <i>Ingrid Ximenez de Embun Ferrer, Idaira Izquierdo Hidalgo.</i>	47
• Perception of tolerance to social distancing throughout the state of alarm: a descriptive study in health professionals and patients with severe mental disorder. <i>Olalla Varela, Vanesa Corella, César García, Rosario Montero, Silvia Elena Mejía.</i>	55
• Violated childhoods in times of social isolation. <i>Iruna Corres-Medrano, Imanol Santamaría-Goicuria.</i>	66
• Care and self-care in the aid and accompaniment professions. <i>Lidia Luna.</i>	72
• Coronavirus stories. <i>Ramón Área.</i>	75
• Stories, search for meaning and collective construction of future. <i>José Leal Rubio.</i>	85
• Praise of the conversation with presence. Telephone psychological care in quarantine times. <i>Elvira Martín.</i>	94
Continuing Education	95
• Application of complementary therapies in dementia by nursing. <i>Sandra Martínez-Pizarro.</i>	97
• Observations on the futility of psychiatric and psychological reports in custody proceedings. Institutional mistreatment of families? <i>M^a Elena Crespo Arce, Fernando Pérez del Río, Iñaki Markez, Ralf Pascual Maríjuan.</i>	100
Concerns Challenges	107
• A reflection on the imprisoned population in the face of the COVID-19 pandemic. <i>Pilar Ventosa.</i>	109
• The COVID-19 epidemic and community mental health. <i>Plataforma de Salud Mental de Aragón.</i>	111
History	115
• Some time ago: Otto Gross. Sex, drugs and Psychoanalysis. <i>Reda Rahmani, Juan Medrano, Oscar Martínez, Iñaki Markez, Luis Pacheco.</i>	117
Actualizaciones	129
• Inmigrantes y refugiados. Trauma, duelo permanente, prejuicio y psicología de las fronteras. <i>Vlamiq D. Volkan.</i>	131
• Peajes Emocionales: Un viaje a tu interior. Vol. 3. Relaciones emocionalizadas, intrusivas, actuadoras y “operatorias”. <i>Luis Fernando López Martínez.</i>	132
• Ilustraciones de la locura. <i>John Haslam.</i>	133
• Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas. Respetando la alteridad en el momento presente. <i>Jaakko Seikkula, Tom Erik Arnkil.</i>	134
• Lucia’s Earrings. <i>Elvira Martín.</i>	135



EDITORIAL

COVID-19: ¿Oportunidad o Retroceso?

COVID-19: ¿ Opportunity o Retreat?

Sabemos poco, improvisamos mucho, y nos queda por responder bastante sobre el origen, desarrollo y consecuencias de la pandemia mundial del COVID-19. Se la ha reconocido para la mayoría como una crisis sanitaria, social y económica, y en círculos más reflexivos como una crisis de valores y antropológica, como ruptura del equilibrio con la naturaleza. Por ello la amplitud de miradas y de narraciones tiene la riqueza de la diversidad y de la complejidad ante unas generaciones en el mundo occidental actual que no han vivido crisis humanitarias como la presente.

La excepcionalidad, la ausencia de experiencias pandémicas en estos últimos 100 años, y sus transmisibilidad por la globalización han sido condiciones contextuales significativas en la toma de decisiones. El bien supremo en esta crisis ha sido la vida -en algunas excepciones la economía- pero para otros, la libertad y la justicia han mermado a la propia democracia. La falta de un liderazgo político mundial en el marco de una pandemocracia ha echo de la pandemia un escenario más de la geopolítica del siglo XXI. El mercado, que para algunos influyentes lo regula todo, ha reflejado que es incapaz de defender en interés general. Y el Estado de derecho ha sido el único instrumento de la ciudadanía capaz de ofrecer una respuesta eficaz y proteger los derechos universales, a pesar de la ofensiva neoliberal de los últimos diez años. El crecimiento ilimitado sigue aumentando la brecha entre unos y otros, y esta pandemia, con sus dramáticas consecuencias económicas, vuelve a golpear a los de siempre, aumentando el umbral de la pobre-

za, haciendo relevantes los factores socioeconómicos en la salud pública. De echo, el Fondo Económico Mundial, con el fin de evitar explosiones sociales, ha propuesto los Principios de Ginebra para un “Nuevo Pacto Verde Mundial” lo que exige un pacto verde multilateral para reducir al menos en un 40% la brecha de desigualdad. La pobreza se ha extendido, siendo muy necesario el aprobado ingreso mínimo vital, incluso se debería abrir más el abanico, por ejemplo, el desempleo larga duración. Europa con su esfuerzo presupuestario Next Generation EU of € 750 billion intenta reducir el impacto social en el espacio europeo. En su mayoría los estados son más pobres y con mayor déficit público. Impuestos o recortes, ya veremos.

Las tecnologías, que estaban al margen de la mayoría de la población, se han incorporado a vidas con el teletrabajo. Ha representado para el sector económico una oportunidad para introducirlas en ambito laboral y también han entrado en todos los ámbitos de la vida para caminar hacia la revolución del conocimiento y la inteligencia artificial, con el reajuste del sector económico, al cual le acompaña las plataformas de la comunicación de las tecnología 5G, que significará una nueva relación con la libertad y el uso que los Estados y los grupos de negocio de la BIG DATA darán a los mismos. Se modificarán las relaciones de trabajo y la producción invadirá nuestra propia intimidad, Ha sido una buena oportunidad y la están aprovechando. Este es un cambio para quedarse en el marco de la estrategia europea digital.

El insuficiente protagonismo de la Salud Pública, la salud de las poblaciones, no viene determinado por la asistencia sanitaria. Los determinantes socioeconómicos de la salud tienen un peso mayor. En el seno del sistema sanitario tiene una posición subordinada a la asistencia y en el conjunto de las administraciones públicas tiene escaso poder de influencia. Por ejemplo, el gasto per capita en Salud pública en las diferentes CC. AA. es muy diferente, y en la mayoría, muy escaso para afrontar las necesidades sociales ¿Quién puede dudar hoy que la pobreza, el desempleo, el abuso sexual, el maltrato infantil, familias desestructuradas, la migración forzosa, consumo de tóxicos, las catástrofes y eventos traumáticos, tienen relación con los trastornos mentales del adulto?

El músculo del sistema y el servicio nacional de salud deberá reforzarse, garantizar unas condiciones de trabajo sin sobrecargas, sin temporalidad, y de salarios dignos. Un Sistema Público de Salud, gratuito y universal, blindado constitucionalmente. Una reforma más descentralizada de la atención comunitaria, integrando a los ayuntamientos, en las políticas sanitarias de las áreas de salud, y de servicios sociales, con mejora sustantiva de sus presupuestos y de trabajadores sociales en cooperación con atención primaria y la red pública de salud mental. Y una ley de dependencia, que necesita una reforma del sistema fiscal para financiar su ejecución en la línea de la autonomía personal.

La atención primaria recibe una cuota de presupuesto ridícula para la labor que realiza. Se infravalora su labor y se magnifica las tecnologías médicas del espectáculo. En la pandemia hemos visto, que solo se ha nombrado esta red de atención a la comunidad, en el período de desescalada cuando durante toda la pandemia han estado conteniendo sin prensa la propagación del virus, con escasa protección y la ayuda venía de sus propios vecinos. El gasto en la atención hospitalaria y especializada sigue siendo muy superior, cuadruplicando en ocasiones, al de la Atención Primaria. Sin duda alguna es necesario aumentar los recursos que se dedican hasta llegar al 25-30% del gasto sanitario, pero esto solo no es suficiente. Se debe modificar su oferta de servicios, adecuándola a las nuevas demandas y a la cronicidad y envejecimiento de la población. No vale solo el uso de su fuerza moral, como ha ocurrido

en la pandemia. Las acciones en salud requieren políticas y acciones transversales como las políticas de género y las de inclusión social. Implica a todas las áreas de los gobiernos. Requiere de gobernantes y gestores con visiones estratégicas de los recursos y necesidades públicas.

La atención geriátrica, en el marco de las residencias, ha emergido sus enormes debilidades en los cuidados de larga duración. Las circunstancias vividas trágicas y alarmantes en las residencias, mayormente privadas, hacen que los gobiernos y la sociedad civil, revisen estos lugares de institucionalismo por necesidades de los otros. La política hacia la tercera edad deberá dar un giro de ciento ochenta grados, ofreciendo la posibilidad de atención en el propio domicilio y de una vida significativa. Muchos procesos judiciales quedan por resolver y dará este asunto para largo pues la gestión ha sido nefasta durante mucho tiempo.

Múltiples iniciativas se abrieron para el apoyo emocional de los profesionales de atención primaria, desde ámbitos institucionales o desde el asociacionismo, como la AEN (“desde casa te escucho”) pero muchas demandas aún no se han expresado. Y en los servicios de salud mental, han ocurrido numerosas circunstancias, la cita no presencial ha sido dominante o exclusiva, algunas plantas cerradas o utilizadas para camas COVID, y los pacientes en procesos de Recuperación por trastorno mental grave, han interrumpido sus procesos de integración social, laboral y empleo, abriendo más la brecha de la desigualdad evidencie en la desescalada en el trato ofrecido en los protocolos de residencias y centros de rehabilitación Psicosocial y centros ocupacionales. Al descubrir la teleasistencia o telesalud, como nueva forma de confort, que se encontraba en los márgenes de la asistencia del sistema sanitario, lo fácil ahora sería considerarla la panacea para el cambio del sistema sanitario, a los gestores de corto plazo les resulta más que satisfactorio desde una visión economicista. Esta tecnología puede ser útil en determinadas situaciones clínicas, muy definidas, pero no deberá nunca sustituir a la clínica presencial. Para algunas personas y en algunos contextos. podría ser el único soporte disponible, y creo que es mejor que ningún soporte. Esta práctica no es equitativa, hay más que duda de la garantía de

su privacidad y voluntariedad, muchos usuarios no la prefieren, y no todos tienen disponibilidad de la misma y los sistemas y habilidad necesaria para su manejo.

Las personas con trastornos mentales establecidos y significativos son una versión de “los que no tienen”, pero en realidad, se aplica a muchas personas y la experiencia del encierro viene siendo “muy diferente” a la de los “que viven en hacinamiento” o alojamiento inestable, con niños corriendo y tal vez una pareja que tiene problemas con el control de la ira”, lo que ha incrementado de forma significativa la violencia de género.

La mayoría de los estudios hasta este momento indican que la mayoría de la población de forma natural con el desarrollo de sus propias estrategias de afrontamiento, el apoyo mutuo y la disponibilidad de los profesionales de la salud mental para ofrecer espacios de apoyo emocional, se alejan de la patologización. En tal caso, lo veremos en los próximos meses, es previsible que la demanda se focalice en el “trauma”, o en el “duelo complicado” o “la pobreza» o las “conductas adictivas” y/o la “violencia de género”.

La ciudadanía, al calor de los procesos de normalización en los próximos meses, harán las demandas oportunas, siendo necesario reforzar las políticas de transversalidad. La red pública de atención primaria -reformulando su atención en la comunidad-, la red pública de salud mental -su foco en la atención en el domicilio- con implicación de los servicios sociales municipales, en el marco de una atención descentralizada en la política de comarca o sector. No habrá otro camino que recorrer sino el de la cooperación, para convertir esta crisis realmente en una oportunidad de cambio y ofrecer mayor eficacia en la resolución de los problemas de salud de la población. Bueno, hay otro camino, el de responsabilizar a la población de su mala salud mientras los gobiernos se retiran y contemplan, algo muy propio del neoliberalismo. Las personas con trastornos mentales graves han interrumpido sus procesos de recuperación e integración en el empleo, y del goce de las puertas abiertas debiéndose asumir los riesgos de la libertad. Será necesario redoblar nuestros apoyos y esfuerzos para continuar con los avances logrados.

Será una aberración que la atención psiquiátrica descansa en la teleasistencia y los psicofármacos, sería desaparición de la persona como sujeto de su propia salud. Volvemos a cosificar a la persona, como otra manera de limitar. La realidad humana no es ajena a nuestra acción, hay que llamar la atención sobre las capacidades humanas, por eso debemos dejar de conjugar los verbos de forma impersonal -“hay que hacer”, “tiene que ocurrir”, “cuando esto pase”, etc.-. Ocurrirá si por nuestras acciones así sucede. Nuestras acciones influirán, o no, en la nueva agenda. Veremos si se habrá acumulado fuerza para ello. Las razones del interés general están sobre la mesa.

Francisco Rodríguez Pulido.

Revistas científicas que se retractan.

Scientific journals have now retracted.

Algunas publicaciones científicas de impacto, algunas muy conocidas (*The Lancet*, *New England Journal of Medicine*...) y otras no tanto en nuestro medio, se han retractado* hecho inédito pero muy curioso y problemático en la comunidad científica pues afecta a las nociones generadas de evidencia mediante estudios clínicos ya que cuestiona los métodos en los que revistas y autores evalúan aquello que publican.

Los procesos de revisión por pares, la falta de consistencia de la calidad del proceso de revisión, y potenciales incentivos en las decisiones editoriales se han visto amplificadas durante estos meses de afectación por la pandemia del Covid-19. En suma, la calidad científica ha quedado mermada, por debajo de los estándares previos. Anteriormente las decisiones editoriales se movían con la mirada puesta en el incremento del factor de impacto (F.I.), pero con la pandemia, ante los limitados datos y una evidencia más que discutible, la calidad en los artículos descendió notoriamente. Tendrán mucho por analizar y co-

rregir para ser transparentes y garantizar mayor fiabilidad y competencia en el campo de la ciencia. Con datos de calidad, con revisiones y decisiones editoriales más sólidas, y sin sesgos de aceptación.

La publicación de este ejemplar de *Norte de salud mental*, sin ánimo de competir con nadie, muy alejados del F.I., estando tan lejos de publicaciones de semejante talla internacional, sí hemos querido realizar una modesta aportación con reflexiones y trabajos en torno a este período de tiempo tan peculiar que estamos viviendo. De ahí que una buena parte de los contenidos estén vinculados a la pandemia por Covid-19. Son un pequeño reflejo de la productividad en forma de artículos, guías de apoyo, conferencias, debates, etc. que profesionales de la AEN y otras asociaciones científicas vienen realizando durante estos meses. Confiamos en su utilidad.

Iñaki Markez.

* Al menos, localizados 17 artículos editados y retractados en *Chinese Journal of Epidemiology*, *Annals of Internal Medicine*, *Journal of the American Pharmacists Association*, *Practical Preventive Medicine*, *The Scientist*, *Travel Medicine and Infectious Disease*... además de las dos mencionadas, *The Lancet* y *New England Journal of Medicine*, así como otras publicaciones on line.



ORIGINALES Y REVISIONES

Sabemos poco, improvisamos mucho, y por responder bastante.

We know little, we improvise a lot, and by responding a lot.

Francisco Rodríguez Pulido (1), María Ángeles Rodríguez García (2).

(1) Profesor Titular de Psiquiatría ULL. Dpto. Medicina Interna, Dermatología y Psiquiatría, La Laguna. Tenerife.

(2) Profesora Asociado Asistencial Departamento Enfermería ULL. Supervisora Comunitaria Salud Mental SCS.

Resumen: Es difícil el reto de contemplar las múltiples derivaciones de una crisis que conjuga la doble condición de ser tan vieja como el ser humano y, al mismo tiempo, desconcertantemente novedosa para una generación que se creía inmune al dolor, al sufrimiento y a la muerte, en un Occidente, “donde hemos nacido durante décadas con derecho a la inmortalidad y a asistir al Apocalipsis” advertía el filósofo Salvador Alba Rico (1). Pero, mas allá de las enfermedades y duelos personales, ¿en qué estado colectivo nos dejará todo esto? En un desafío existencial que nos exigirá despertar y reaccionar. Crisis es peligro y oportunidad. ¿Para quienes y para qué?

Palabras Clave: Salud mental, pandemia, COVID-19, oportunidad, atención primaria de salud, residencia, agenda política, domicilio, retroceso, trastorno mental grave, salud pública.

Abstract: The challenge of coniating the multiple drifts of a crisis that combines the dual condition of being as old as human beings is difficult and, at the same time, disconcertingly novel for a generation believed immune to pain, suffering and death, in a West, “where we were born for decades with the right to immortality and to attend the Apocalypse”, warned the philosopher Salvador Alba Rico (1). But, beyond personal diseases and duels, in what collective state will all this leave us? In an existential challenge that will require us to wake up and react. Crisis is danger and opportunity. For whom and for what?

Key words: Mental health, pandemic, COVID-19, opportunity, primary health care, residence, political agenda, domicile, retreat, serious mental disorders, public health.

Ningún país tenía previsto lo sucedido, pero somos capaces de fabricar bombas atómicas. La pandemia mundial ha generado un clima social difícil de caracterizar, siendo muy comun ser narrado como una dictadura medica o una dictadura de mercado. Más allá de una aproximación técnica y cientificista puede tomar su fundamen-

to en los valores. En la sociedad civil se ido revelando, la pregunta hamliana en qué sociedad queremos vivir y la inquietud del como será el después. El confinamiento y la privación de la libertad de deambulación y reunión ha generando debates -no solo jurídico- fructíferos y sustantivos, si observamos la proliferación de grupos



de wassap o online -espontáneos o no- que han brotado durante la pandemia. Es toda una riqueza. El miedo acentuó el valor de la vida como un valor supremo, pero este valor ha competido con otros muchos que le dan sentido, como la justicia social y la libertad. La náusea y la carroña también la hemos visto discurrir en los representantes de las granjas generadoras de falsas noticias, cuando la humanidad se aleja de lo ideológico, para filtrarse en la población una visión antropológica, sustentada en la propia supervivencia de especie amenazada por la rotura de equilibrios con la naturaleza. La revolución industrial con su confianza en la ciencia no ha resuelto los problemas de la humanidad, ha olvidado pese a su aportación, su servicio al bien común.

La premisa más aceptada para muchos ha sido resolver como prioridad la crisis sanitaria para poder superar la crisis económica. Los empleos que han atendido esas necesidades básicas nombradas en lenguaje del BOE como “actividades esenciales” se han constituido como “las bases de la pirámide económica”, ya que se comprendió que por muchos bienes y servicios duraderos en el tiempo que produzcamos o por muchas acciones políticas que pensemos tomar, si no perseveramos la salud y el cuidado de las personas, no podíamos pasar a las dos siguientes fases de esa “vida activa” de la “condición humana”, en palabras de Hanna Arendt (2). Sumergidos es una ola de múltiples tormentas, unas perceptibles y otras se averiguan- a colocado a la condición humana y planetaria en una posición de desafío existencial y de especie. Profundas transformaciones se vislumbran.

El clima social no solo ha estado determinado por la exposición a un coronavirus y la privación de libertad, sino también por el coma económico, y factores de strees social inéditos y sinérgicos. La salud de las poblaciones no viene determinada por la asistencia sanitaria sino por los factores socioeconómicos. Y la nueva normalidad, generada -terminó acuñado por los economistas en las crisis del 2008- a abierto in so facto, más aún, las brechas de desigualdad entre países, comunidades y personas (3,4). Se ha vivido la pandemia, desde espacios diferentes. Ha sido desigual entre países y personas. Los metros cuadrados, la red social, el salario estable, disponibilidad de alimentación y tecnologías, y relaciones afecti-

vas sin agresiones, generan desiguales experiencias y relatos. La cuestión estratégica a saber es conocer y analizar la dirección que tomarán los acontecimientos e influir en estos, si se está a tiempo, y sobre todo, si la humanidad es capaz de elevar el interés general de las comunidades a la agenda de la política mundial y local. De repente el mundo se ha hecho pequeño, los otros relevantes y todos vulnerables (5), contradiciendo a Sartre, en su obra de teatro “A puerta cerrada” para el cual, los otros es el infierno, y no se necesita parrilla (6). El compartir las desiciones personales de vida y espacios comunes ha generado la fortaleza de nosotros y juntos se ha sido más fuerte.

El debate pues en muchos sectores ha girado en imaginar, analizar y predecir el después de la pandemia. La pregunta más repetida, ha sido saber si será “más normal” el predominio del mercado y de la competencia sobre la cooperación, la equidad y la solidaridad. Muchos consideran que afianzará la visión del *homo economicus* sobre el *homo socialis* y, justificará aún más la marginación y el olvido de quienes no son “triunfadores”. Ya veremos. Es difícil saber el alcance pero lo removido no impactará de forma inmediata, algunas cosas, ya ha realizado su efecto, por ejemplo. ha sacado de los márgenes a la tecnología y hoy ha tomado centralidad en todos los ámbitos. Nos fijaremos en los gestos de gobernantes y las reacciones de los gobernados. Veremos si los lazos sociales y de apoyo mutuo generado en la sociedad civil durante la pandemia, -aunque fundados en el miedo y la supervivencia- pueden crear unas condiciones subjetivas para una oportunidad de reformas -no es sinónimo de revolución- o por el contrario se generan nuevas formas de limitación de derechos, o de alienación. Las ultraderechas han tomado calles y se manifiestan. Lo soñado no era esto.

La expansión a escala global del Covid-19, enfermedad causada por un coronavirus, y, sobre todo, las medidas adoptadas para reducir la pérdida de vidas humanas han conducido a la mayoría de las economías a una paralización de parcelas importantes de la actividad y, por tanto, a una caída profunda y repentina del PIB y el empleo. De este modo, la crisis sanitaria global ha dado paso a una crisis económica global. Ante la magnitud del problema, las autoridades económicas han reaccionado poniendo en marcha me-

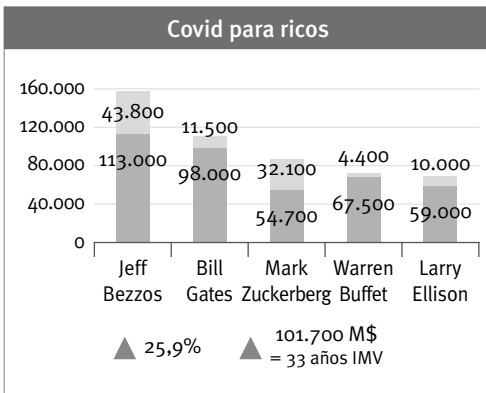
didadas en ámbitos muy diversos, al objeto de paliar los severos efectos de salud pública, sociales y económicos de la crisis. Pero su magnitud y su suficiencia sigue siendo, por el momento, muy incierta (7). Asimismo, la ausencia de referentes históricos válidos con los que comparar la actual crisis global complica especialmente el análisis del impacto sobre la economía y el sector financiero de las medidas adoptadas por las diferentes autoridades, cuya amplitud y alcance carecen también de precedentes. Lejos de ingenuidades, los estados, como el de nuestro país, se encuentran más endeudados con un 15% de déficit público, y con retrocesos del PIB en 2020, que, en los tres escenarios construidos, serían del -6,8%, -9,5% y -12,4%, dependiendo de la duración del período de confinamiento (8). En estos escenarios factibles, es muy posible que, si no se modifican las políticas fiscales, es improbable que aumente el músculo del Estado del Bienestar. Como muchos expertos han asegurado en las últimas semanas, defendemos la necesidad de contar con una Sanidad Pública fuerte apoyada desde el Estado, no solo como medida de contención frente a un posible rebrote, sino para establecer un respaldo social a la tarea de los cuidados que garantice una compensación acorde al valor que suponen las actividades profesionales al cuidado para el conjunto de los seres humanos, relacionadas con los servicios de salud y los servicios sociales. La inversión del sector público será necesario en muchos ámbitos. El *Santo mercado* no ha regulado la Crisis como proclaman los neoliberales. Y el gobierno constituye un consejo de cien expertos economistas para diseñar el futuro de España en 2050.

Grupos de estudios transdisciplinarios manifiestan y enfatizan la necesidad de luchar contra “un mundo virtual” (9) debido a que la lucha contra el COVID-19 supondrá un seguimiento generalizado de la población, una “población vigilada”. Esta nueva era de trabajo virtual es la más propicia para rematar la ofensiva contra los y las trabajadoras asalariadas que se puso en marcha bastante antes de la llegada del coronavirus: destrucción masiva de puestos de trabajo por la aparición de nuevas aplicaciones, plataformas y robots; reducción del trabajo relacional, sustituido por respuestas automatizadas gobernadas por algoritmos; pérdida de sentido en el

trabajo según este va siendo progresivamente sustituido por absurdas rutinas burocráticas; aumento de la explotación y debilitamiento de la capacidad de resistencia de las y los trabajadores, que cada vez se encuentran más aislados. Asimismo, se ha desplegado, aún no en nuestro país, la red de 5G cuyas consecuencias económicas, ecológicas y sanitarias se discute ampliamente, como parte de la geopolítica (10). La tecnología inteligente 5G es un ecosistema completo compuesto por numerosos componentes. Este nuevo ecosistema de la informatización del mundo podría afectar a la Libertad (11) y al empleo (12). La localización permanente y el conocimiento de intereses y formas de vida limitará la privacidad. Son los metadatos, el conocimiento del “continente” que da información precisa sobre el “contenido”. Decir que no te importa la privacidad porque no tienes nada que esconder es como afirmar que no te importa la libertad de expresión porque no tienes nada que decir. Así mismo, un informe de BBVA Research alerta de que, en España, la transformación tecnológica pone en alto riesgo al 36% de los empleos (12). Se ha pronosticado que la automatización podría amenazar hasta un tercio de los puestos de trabajo actuales. Esta soberanía de la tecnologías será una de las tormentas. La expansión de la sociedad del conocimiento.

En este tiempo de pandemia ha generado en la ciudadanía algunos consensos. El primero la necesidad de contribuir a la reconstrucción social y económicas del país, siendo necesario que las personas que tienen más ingresos paguen más mediante una urgente reforma del sistema fiscal, segundo, se ha visibilizado la importancia del estado que defienda el interés general, y tercero la evidencia de un sistema sanitario público, que debe reforzarse, y brindarse con una reforma de la constitución española. Una mayoría social de nuestro país está porque, a diferencia de la crisis económica del 2008, no la paguen los de siempre. Pues aún las cajas de ahorro y algunos bancos aún no han pagado sus deudas con el estado, ni al parecer, hay estado que se lo reclame. Incluso, algunos ricos han afirmado “Dejad de mirar a los megaricos”. Este ha sido el titular de un artículo firmado por Warren Buffett en *The New York Times* con el que el multimillonario inversor, la tercera mayor fortuna del mundo, ha

querido llamar la atención de Washington para exigir un incremento de los impuestos a los más adinerados de EEUU. No es la primera vez que, el también mayor accionista de la agencia de calificación Moody's, hace un llamamiento similar. A finales de 2007, en los inicios de la crisis económica, también se quejó de pagar pocos impuestos porque el sistema fiscal del país beneficia más a lo ricos y perjudica a las clases medias y bajas. Sentencia que "Mientras la clase baja y media de EEUU lucha por nosotros en Afganistán y mientras la mayoría de los estadounidenses pelea por llegar a fin de mes, nosotros, los megaricos, continuamos obteniendo ventajas fiscales", ha apuntado Buffett en su columna 'El oráculo de Omaha'. El exitoso empresario ha planteado que los porcentajes fiscales que se aplican sobre los millonarios deben elevarse para poder contribuir a aliviar las cuentas del Estado en estos momentos y ha dejado entrever que es injusto que un trabajador de a pie pague más impuestos que un rico. Todavía en nuestro país, esto no llega a ser ejemplo en los sectores de privilegio, ni tan siquiera en la pandemia.



Fue humo en esa el reclamó del presidente francés de refundar el capitalismo. En esta crisis, todo el mundo ha echado mano del Estado. Desde entonces, los poderes económicos, al verlas venir, a través sus representantes, como el Banco Mundial o el Fondo Económico Mundial, vienen sosteniendo un reajuste en las desigualdades. Proponen un modelo de crecimiento ilimitado hacia un modelo de prosperidad compartida. Los "Principios de Ginebra para un Nuevo Pacto Verde Mundial" promueven una agenda urgente de investigación y políticas para un Nuevo Multi-

lateralismo que pueda reconstruir las reglas de la economía mundial (13). Sus objetivos son alcanzar una estabilidad coordinada, una prosperidad compartida y una sostenibilidad ambiental, al mismo tiempo que se respetan los espacios de soberanía nacional. El objetivo de prosperidad compartida contiene dos elementos clave, el crecimiento económico y la equidad, y al menos, sostiene que tratarán de impulsar el aumento de los ingresos del 40% de la población más pobre de un país. Así mismo, se ha evidenciado la necesidad de una mayor integración política de la humanidad, en la línea de fortalecer las instituciones transnacionales o la gobernanza global y, en general, una transición hacia formas de inteligencia cooperativa, claramente insuficientes en el mundo en el que vivimos, que algunos han llamado "pandemocracia" (14). En este sentido, la crisis del coronavirus sería un acontecimiento pandémico, como todos los riesgos globales. Se da la paradoja de que un riesgo que nos iguala a todos revela al mismo tiempo lo desiguales que somos, provoca otras desigualdades y pone a prueba nuestras democracias.

La generación de una amplia incertidumbre social, a nivel de una mayor pobreza de las naciones y de sus ciudadanos, y el aumento del desempleo, han echo que las experiencias como las de Finlandia de la renta mínima básica pasen a un primer plano (15) en el contexto del COVID-19. Esta investigación llevada a cabo entre 2017 y 2018 consistió en asignar una renta básica mensual de 560 euros libres de impuestos a 2.000 desempleados de entre 25 y 58 años seleccionados al azar, sin la obligación de tener que buscar activamente trabajo y sin reducciones en la cantidad percibida si encontraban uno. han concluido que si bien la experiencia difiere mucho de un beneficiario a otro, en general estaban más satisfechos con sus vidas y experimentaban menos estrés mental, depresión, tristeza y soledad que el grupo de control. También se constató un leve efecto positivo en el empleo, particularmente en ciertas categorías, como las familias con hijos, y han indicado que los participantes han obtenido mejores resultados en otros indicadores de bienestar, como una mayor sensación de autonomía, seguridad financiera y confianza en el futuro. Los premios Nobel de Economía, Esther Duflo y Abhijit Banerjee, antes de que estallase la crisis del coronavirus en su libro "La Buena Economía: en

Busca de Mejores Soluciones a Nuestros Mayores Problemas” (16) recomendaron la puesta en marcha de lo que llamaron un Ingreso Súper-Básico Universal, una transferencia regular de efectivo que equivalga a la cantidad necesaria para la supervivencia básica. La experiencia de Finlandia, aunque no reactivó los mercados si mejoró la salud mental en poblaciones vulnerables. Nuestro país con el ingreso vital mínimo toma medida para contener esta incertidumbre, que deberá extenderse a todos los países. Un modelo productivo disfuncional que afecta al planeta.

Más de una controversia se ha generado sobre los datos, sus expresiones y presentación oficial. En la opinión pública, y en ámbitos oficiales, su recogida y sus criterios y sistemas de registro ha generado numerosa confusión. Lo que se recogía en los numeradores y en los denominadores, sus criterios muchas ocasiones no eran bien explícitos. No es lo mismo casos notificados con casos Diagnosticados. No es lo mismo un numerador con sospechosos, con casos diagnosticados, No es lo mismo, tomar como referencia la población total de probables contagios o de diagnosticados, o la población de un determinado grupo o edades, A veces, las comparaciones entre países, o entre comunidades se inicialmente no se afinan y homogeneizan los criterios de inclusión, por ello, son difíciles y complejas sus interpretaciones que llegan incluso, a veces, a ser interesadas. Por ejemplo, la Comunidad de Madrid reporta cada día un dato de nuevos casos de COVID-19 menor al real, y lo modifica después (17). En relación a la mortalidad y sus controversias, se ha publicado un reciente informe del registro MoMo del Instituto Carlos III (18), en que se concluye que se ha producido un exceso de mortalidad por todas las causas a nivel nacional del 17 de marzo al 18 de abril de 2020 de un 68%. El exceso es más notable en hombres (69%) que en mujeres (65%), y se concentra en los mayores de 74 años (79%), seguido del grupo de edad de 65 a 74 años (56%). A nivel de CCAA se han detectado excesos de mortalidad en Andalucía, Aragón, Asturias, Islas Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla La Mancha, Catalunya, Comunitat Valenciana, Extremadura, Galicia, Comunidad de Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, La Rioja y Ceuta. En ellas, el exceso de mortalidad se concentra en los grupos de edad de mayores de 74 y entre 65 y 74 años. Y

en general, el exceso es mayor en hombres que en mujeres. En el momento actual observamos un retraso en la notificación de defunciones en los registros civiles de varias CCAA, siendo notable en Madrid y Canarias. La diferencia entre ambos sistemas de registros es de 13.000 fallecidos. Esto ha mostrado una vez más, la importancia de compartir un conjunto mínimo de datos epidemiológicos, para el análisis de los fenómenos sociales y de salud pública. Estos desajustes han llevado a una campaña de desprecio a los científicos, y reconocer que la ciencia también se. Jefe con criterios, haciendo que, la transparencia de las decisiones, sean relevantes en la comunicación con la ciudadanía.

Hemos visto que la epidemia no tiene una difusión sincronizada. Los países están en diferentes estadios de la epidemia con ritmos propios, algún en etapas similares en el tiempo. Por lo tanto, es posible que, aunque consiguiéramos eliminar el coronavirus, durante los próximos meses pueda volver desde el exterior, al abrir el espacio aéreo europeo. Un indicador importante el número reproductivo efectivo (Re) es la estimación de cuantas personas en promedio se han contagiado cada día a partir de los casos existentes observados durante una epidemia (en el momento en el que son notificados). A diferencia de R_0 que sería un cálculo promediado y teórico, Re es un valor que tiene en cuenta la observación a tiempo real de la epidemia y permite seguir su evolución dinámica. En España, el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) calcula diariamente la Re, lo que resulta de gran utilidad para la toma de decisiones y la evaluación de la efectividad de las medidas de salud pública que se ido adoptando. Al día de hoy, los primeros resultados del estudio Estudio Nacional de sero-Epidemiología de la Infección por SARS-CoV-2 en España (ENE-Covid) (19) informa en los resultados preliminares de la primera ronda a 13 de mayo del 2020 de un índice de reproducción del virus es del 0.24% mientras hace tres meses era del 3%. La infección a afectado de forma desigual al territorio estatal y a los países, en España una media 5.4% de la población que ha estado en contacto con el virus, similar entre hombres y mujeres, uno de cada cinco españoles ha estado contagiado, y una letalidad inferior al 1%. Se está muy lejos del 60% para la alcanzar la inmunidad de grupo.

Si la inmunidad de grupo fuera lo correcto nunca hubiéramos necesitado vacunas. La inmunidad de grupo se activa con muchos anticuerpos y en este caso tampoco sabemos cuánto duran los anticuerpos. Estamos ante un coronavirus endémico, la erradicación del virus es casi imposible. Lo relevante es que índice de contagio debe estar por debajo del 1% para que el sistema sanitario pueda contener la demanda y sea efectivo. Parados de cada tres casas para controlar la epidemia, será el objetivo de los países. Es difícil de prever el efecto de las medidas en relación con las medidas de control.

En estos últimos diez años la sanidad pública ha sufrido la agresión de las políticas neoliberales con unas condiciones de trabajo y laborales en precario de la profesión sanitaria y sobrecarga de trabajo. Así como de las cuidadoras de personas mayores y de discapacidad. A pesar de ello, con una fuerza moral y sin condiciones de protección, hemos visto como a medida que han ido pasando los días, debido a una mayor exposición, ha ido aumentando el contagio entre los profesionales sanitarios llegando a la cifra de 50.000 profesionales (20) y han fallecido más de 28.000 personas, entre ellos 23 profesionales sanitarios, y algunos medios señalan el doble (21). Analizando las CCAA y ciudades autónomas en conjunto: mientras que Ceuta, Murcia, Melilla, Asturias y Canarias presentan prevalencias inferiores al 2%, las Comunidades de Castilla-La Mancha y Madrid superan el 10%. Según los datos expuestos anteriormente, los grupos con mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave por COVID son las personas que tienen: más de 60 años, enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, inmunodepresión y embarazo. (18). En muchos territorios ha incidido en la población de mayor edad pero en otras comunidades, como por ejemplo, Canarias su impacto en estas edades ha sido mucho menor, con una mayor variabilidad en la distribución entre todas las edades. Los Estados Unidos tienen una población muy joven y que se mueve mucho, con 40 millones de personas que no se encuentran en el censo del servicio sanitario nacional. Los jóvenes son los principales difusores de la enfermedad y al contrario de lo que se piensa. La enfermedad se difunde sobre todo entre los

jóvenes en otros países. En África, el pico, como anuncian los mejores expertos en la materia, no ha llegado aún a África, a pesar de subrayar que algunos de los países ni siquiera cuentan con un respirador, con sistemas sanitarios muy debilitados y con crisis alimentarias (4).

Lo cierto es que el virus ha redescubierto nuestra fragilidad como seres humanos. El miedo y la incertidumbre, la letalidad del coronavirus, el aumento del umbral de la pobreza y la dificultad de proyectar un futuro -más de tres millones de personas están en ERTE- ha generado, por un lado, necesidad de apoyo, cohesión y altruismo, pero también en otros, ira, terror, aislamiento y sufrimiento. Durante décadas muy protegidos de la realidad, en una ilusión de invulnerabilidad e inmortalidad que nos ha impedido identificarnos o ni siquiera reconocer el dolor de los otros. Y de pronto hemos descubierto que tenemos cuerpo, y que es vulnerable, y su vulnerabilidad se pone de manifiesto no por la mala voluntad de quien gestiona la crisis sino por una contingencia.

La OMS (23) y las Naciones Unidas (24) ha reclamado a los gobiernos políticas para el cuidado de la salud mental futura, en la postpandemia. Estas organizaciones mundiales ya venían advirtiendo de las brechas en la salud mental en el mundo entre unos países y otros. Esta pandemia ha resaltado las deficiencias estructurales y funcionales de los sistemas de atención a la SM a nivel mundial. Que ya existían antes de que el coronavirus entrara en nuestras comunidades. Manifiestan que la pandemia de COVID-19 está poniendo de manifiesto la necesidad de aumentar urgentemente la inversión en servicios de salud mental si el mundo no se quiere arriesgar a que se produzca un aumento drástico de las enfermedades psíquicas. Afirman que “si no nos tomamos en serio el bienestar emocional de las personas, los costos sociales y económicos para la sociedad serán prolongados». Asimismo reclaman nuevas formas de atención, a través de “la ampliación y la reorganización de los servicios de salud mental”, en todo el mundo, con visión de futuro. Con ese fin, se deben elaborar y financiar planes nacionales para trasladar la atención de las instituciones a los servicios comunitarios, ampliar la cobertura de los servicios de salud mental incluidos en los seguros de enfermedad y crear la capacidad de recursos humanos

necesaria para mejorar la calidad de la asistencia socio-sanitaria en esta esfera fuera de los centros de salud, manteniendo la atención presencial de los casos más graves mediante visitas a domicilio. Identifican a las personas que corren mayor riesgo en la actualidad son los trabajadores sanitarios que trabajan en primera línea, las personas mayores, los adolescentes y los jóvenes, las personas con afecciones de salud mental pre-existentes y las que están atrapadas en conflictos y crisis. Como hace seis meses, necesitamos más recursos y también otra manera de ponerlos al servicio de las necesidades de las personas que han de usarlos (25,26). Demandas de reforzamiento y reorientación del SNS se ha realizado por ex altos cargos y profesionales, reclamando un gasto similar al de la media de la zona euro y más equidad entre comunidades (27). Es oportuno preguntarnos que medidas tomarán los gobernantes y que exigen la sociedad civil, con la experiencia acumulada de más de treinta años, para profundizar en materia de salud mental en base a los principios del artículo 20 de la Ley General de Sanidad (28,29,30). La atención primaria de salud debe reorientar su labor recuperando la comunidad como eje de atención con reforzamiento de recursos humanos y materiales. La transversalidad de esta con salud mental y los servicios sociales municipales en una forma de articulación desde el territorio.

Se reconoce el aislamiento social, el miedo al contagio, el estrés de la dinámica familiar y el fallecimiento de familiares se ven agravados por la angustia que causa la pérdida de ingresos, y a menudo, de empleos. Otro grupo de riesgo son los niños y los adolescentes. Los padres explican que sus hijos tienen dificultades para concentrarse y sufren irritabilidad, inquietud y nerviosismo. El aislamiento en el hogar ha aumentado el riesgo de que los niños presencien o sufran actos de violencia y maltrato. Algunos de los niños más vulnerables en la situación actual son los que presentan discapacidades, los que viven en condiciones de hacinamiento y los que trabajan en la calle. También corren más riesgo las mujeres —sobre todo las que deben compatibilizar la escolarización de los niños en el hogar, el teletrabajo y las tareas domésticas—, las personas de edad avanzada y las que presentan problemas de salud mental. La ONU (24) ha identificado estas poblaciones como poblaciones de

riesgo y para minimizar las consecuencias de la pandemia propone a) un enfoque de toda la sociedad para promover, proteger y cuidar la salud mental, b) la amplia disponibilidad de salud mental de emergencia y apoyo psicosocial, y c) creando servicios de salud mental para el futuro. Las reacciones psicológicas a las pandemias incluyen conductas desadaptativas, angustia emocional y respuestas defensivas. Las personas propensas a problemas psicológicos son especialmente vulnerables.

En la revisión realizada por Brooks et al. (31) de los 3.166 estudios encontrados sobre factores psicosociales y COVID-19, 24 están incluidos en esta revisión. La mayoría de los estudios informaron efectos psicológicos negativos. Los factores estresantes incluyeron una mayor duración de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada, pérdidas financieras y estigma. Algunos investigadores han sugerido efectos duraderos. No se recogió ningún factor pronóstico del impacto psicológico que fuese definitivo. Las cuarentenas se considera necesaria, se deben poner en cuarentena a las personas por un tiempo no superior al requerido, proporcionar una justificación clara para la cuarentena e información sobre los protocolos y garantizar que se proporcionen suministros suficientes. Apelar al altruismo recordando a la población los beneficios de la cuarentena en general puede ser favorable (31).

Algunos estudios de prevalencia puntual se han realizado, En la revisión sistemática y metanálisis realizado por Roger et al (32) para evaluar las presentaciones psiquiátricas y neuropsiquiátricas de SARS, MERS y COVID-19, se comprobó, que si la infección con SARS-CoV-2 sigue un curso similar al del SARS-CoV o MERS-CoV, la mayoría de los pacientes deben recuperarse sin experimentar una enfermedad mental. El SARS-CoV-2 puede causar delirium en una proporción significativa de pacientes en la etapa aguda. Los médicos deben ser conscientes de la posibilidad de depresión, ansiedad, fatiga, trastorno de estrés postraumático y síndromes neuropsiquiátricos más raros a largo plazo. El metanálisis indicó que, en la etapa posterior a la enfermedad, la prevalencia puntual del trastorno de estrés postraumático fue del 32,2% (de 402 casos de cuatro



estudios), el de depresión fue del 14,9% (de 517 casos de cinco estudios), y el de los trastornos de ansiedad fue del 14,8% (de 284 casos de tres estudios). Un 76.9% de los pacientes habían regresado a trabajar en un tiempo de seguimiento medio de 35-3 meses (SD 40.1).

Así mismo, en el metanálisis realizado por Pappa et al (33) con el objetivo de sintetizar y analizar la evidencia existente sobre la prevalencia de depresión, ansiedad e insomnio entre el personal sanitario de primera línea durante el brote de Covid-19 se incluyeron 13 estudios en el análisis con un total combinado de 33062 participantes. La ansiedad se evaluó en 12 estudios, con una prevalencia combinada del 23,2% y la depresión en 10 estudios, con una tasa de prevalencia del 22,8%. Un análisis de subgrupos reveló diferencias laborales y de género con las mujeres HCP y enfermeras que exhiben tasas más altas de síntomas afectivos en comparación con el personal médico y masculino, respectivamente. Finalmente, la prevalencia de insomnio se estimó en 38.9% en cuatro estudios.

En China, Jianbo et al (34) evaluó la magnitud de los resultados de salud mental y los factores asociados entre los trabajadores de la salud que tratan a pacientes expuestos a COVID-19. Este estudio transversal, basado en encuestas, estratificado por región, recopiló datos demográficos y mediciones de salud mental de 1257 trabajadores de la salud en 34 hospitales desde el 29 de enero de 2020 hasta el 3 de febrero de 2020 en China. De todos los participantes, 764 (60.8%) eran enfermeras y 493 (39.2%) eran médicos; 760 (60.5%) trabajaban en hospitales en Wuhan y 522 (41.5%) eran trabajadores de atención médica de primera línea. Una proporción considerable de participantes informó síntomas de depresión (634 [50.4%]), ansiedad (560 [44.6%]), insomnio (427 [34.0%]) y angustia (899 [71.5%]). Las enfermeras, las mujeres, los trabajadores de atención médica de primera línea y los que trabajan en Wuhan, China, informaron grados más severos de todas las mediciones de los síntomas de salud mental que otros trabajadores de la salud.

La gestión de la crisis ha sido también muy diferentes entre los países y entre las comunidades del Estado. Nuestro país tiene muchas similitudes con Italia en los niveles macro y micro de la gestión de la crisis sanitaria, si bien, algunas comuni-

dades españolas se acercan en su modelo de gestión a Lombardía, con 10 millones de habitantes, también en materia de salud mental. A nivel cualitativo la situación en Italia, en Lombardía (35) ha sido muy parecida a la de nuestro país. En las 4 semanas posteriores al comienzo de la epidemia, se produjeron cambios importantes en el manejo de las DMHA en Lombardía. Se han presentado muchos desafíos en la gestión de los servicios de salud. En muchos hospitales, se han reorganizado salas enteras, incluidas algunas salas psiquiátricas, para admitir pacientes con COVID-19, y muchos médicos y enfermeras se han desviado a salas que manejan pacientes con COVID-19, como ha ocurrido en nuestro país. La mayoría de las instalaciones diurnas para pacientes con necesidades psiquiátricas se han cerrado temporalmente, mientras que, en las instalaciones residenciales, los pacientes que generalmente son libres de ir y venir durante el día han tenido que ser confinados en las instalaciones. Estos cambios han producido un estrés considerable en las personas con trastornos mentales graves, similar a nuestro país. Muchas clínicas ambulatorias tienen citas limitadas para aquellos con los casos más urgentes, y las visitas domiciliarias, una práctica común en la mayoría de las DMHA, se han reducido drásticamente con consecuencias potencialmente perjudiciales para el bienestar de los pacientes. Otra posible consecuencia perjudicial de verse obligado a quedarse en casa ha sido un aumento en las horas que pasa cara a cara con familias con grandes conflictos.

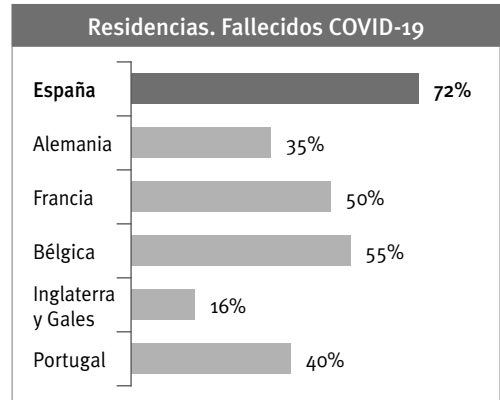
En relación al consumo de sustancias psicoactivas, resultados preliminares de una encuesta epidemiológica de los primeros 12.000 cuestionario del proyecto conjuntamente por la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) y el Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS-CCOO) "Condiciones de trabajo, inseguridad y salud de los trabajadores residentes en España en el contexto de la pandemia" (36) entre las personas que a fecha 14 de marzo de 2020 tenían un trabajo (asalariadas o autónomas) incluidas aquellas que posteriormente fueron afectadas por un ERTE o fueron despedidas. Se estimó que en la población asalariada poco más de uno de cada tres trabajadores y trabajadoras percibe que su estado de salud ha empeorado durante la pandemia; desde el inicio de la misma, se ha duplicado el número de personas trabajadoras consumidoras de analgésicos

opioides, así como de consumidores de tranquilizantes, sedantes o somníferos, llegando a cifras en torno al 20%. Además, aproximadamente una de cada tres personas que ya consumían estos fármacos antes de la pandemia, han aumentado la dosis durante esta.

En la literatura científica no faltan voces como la OMS (23) que mantienen que prevención del suicidio deben integrarse en el programa general para enfrentar la crisis COVID-19 y necesita una consideración urgente prevenir el suicidio (37,38,39). A fecha de hoy la casuística de casos publicada en los medios de comunicación social durante la pandemia contabiliza al menos 14 casos de suicidio en población no psiquiátrica sin antecedentes de trastorno mental y con diversidad de edades y profesiones. En la literatura también se advierten a los proveedores de salud mental también deben crear conciencia en la política y la sociedad de que el aumento del desempleo está asociado con un mayor número de suicidios. Los datos de la crisis económica de 2008 mostraron que el aumento de suicidios precedió al aumento real de la tasa de desempleo (40). Se han realizado estimaciones del número esperado de pérdidas de empleo debido a COVID-19 se tomó del comunicado de prensa de la Organización Internacional del Trabajo del 18 de marzo de 2020, 1 reportando una disminución de 24.7 millones de empleos como escenario alto y 5.3 millones de empleos perdidos como bajo guión. En el escenario alto, la tasa de desempleo mundial aumentaría de 4.936% a 5.644%, lo que se asociaría con un aumento de suicidios de aproximadamente 9570 por año. En el escenario bajo, el desempleo aumentaría a 5.088%, asociado con un aumento de aproximadamente 2135 suicidios (40).

En la revisión de Cullen et al (41), se recomienda a) evitar desplegar profesionales de la salud mental para trabajar en otras áreas de la atención médica, b) provisión de intervenciones psicológicas dirigidas para las comunidades afectadas por COVID-19, apoyos particulares para personas con alto riesgo de morbilidad psicológica, mayor conciencia y diagnóstico de trastornos mentales (especialmente en atención primaria y departamentos de emergencia) y un mejor acceso a servicios psicológicos, c) la necesidad de un enfoque particular en los trabajadores de primera línea, incluido, entre otros, el personal de atención médica, apoyo entre pares y asistencia

práctica para los trabajadores de la salud que se sienten agotados, estresados y sienten una responsabilidad personal excesiva.



Fuente: La Vanguardia.

No quisiéramos finalizar sin unas palabras a la realidad de las residencias. El coronavirus ha revelado la dura realidad de las residencias de las personas mayores y las personas con discapacidad, en las que tradicionalmente ha reinado la opacidad y en las que ahora se ha extendido también la sospecha de una gestión deficiente. En España, especialmente en algunas comunidades autónomas donde los recortes fueron enormes y nefasta la gestión de las políticas de cuidados, el Covid-19 ha provocado entre las personas de la tercera edad casi un 70% de las defunciones notificadas por el Ministerio de Sanidad. Sus condiciones de cuidado, su carácter público o privado, y la naturaleza de su finalidad ha centrado los debates, Un alto porcentaje de las personas infectadas residían en estos lugares, Personas mayores con su pluripatología, Al sistema judicial le quedará muchas demandas que resolver en los próximos meses. El foco del debate debería estar en los cuidados a larga estancia, cuáles es su finalidad. Las mismas son resultado de la revolución industrial, preocupada por el desarrollo de las fuerzas del trabajo, convino que la residencia era el espacio para recluir y depositar a las personas mientras sobrevivían esperando la muerte. La asistencia a domicilio para personas dependientes me parece imprescindible y debe ser bien considerada. Dicho esto, considero que existen cambios, en relación a otras épocas, que hay que considerar. Entre ellos, la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado fuera del hogar



y la disminución del número de hijos y con ello de hijas, aumentó de las cargas de trabajo, cambio de los valores etc., probablemente ha precipitado la creación de una serie de instituciones que se nos antojan bastante inadecuadas para cuidar a las personas dependientes en general. Creo que es el momento de pensar cómo cubrir estas necesidades escuchando a la sociedad civil, y el mejor modo o modos de cubrirlas con el máximo respeto a las opiniones de los afectados también. Hay que tener en cuenta que hay familias monoparentales. O con pocos hijos, si no hijos únicos, o viviendo en otros países por razones diversas. Familias con pocos miembros y cargas de trabajo. Bueno creo que es un tema importante que nos afecta mucho y que requiere reflexiones varias. Lo central diríamos que no es vivir ni sobrevivir. Lo esencial es llevar una vida significativa, aunque ello comporte riesgos que la propia persona asuma.

Pero la pregunta es saber si hay otras formas de cuidado y si estas opciones podrían diversificarse. Mantener la continuidad de apoyos y cuidados lo más próximo a la comunidad y el entorno de referencia del usuario. Es lo más deseado por los mayores en diferentes encuestas y valoraciones. Es una apuesta segura de calidad y calidez para la Recuperación centrada en los significativo de cada persona. lo que necesitamos son muchas alternativas, comunitarias y residenciales, porque también la diversidad de personas, Uno de los efectos del COVID-19, es que la Atención Primaria acude, esperemos que no sea coyuntural, a las residencias para compartir impresiones y procedimientos. Este aunar esfuerzos beneficia a todos, a la sociedad civil, y las residencias tendrán ahora la oportunidad de explicar que dificultades tienen y Primaria tendrá la oportunidad de conocer la realidad de los centros.

Con pocos datos aún para COVID-19, se necesita una investigación de alta calidad, revisada por

pares, sobre los síntomas psiquiátricos de los pacientes infectados con SARS-CoV-2, así como investigaciones para mitigar estos resultados. La vigilancia del desarrollo de los síntomas debería ser una parte rutinaria de los cuidados que proporcionamos. Los datos son de baja calidad, y también los sobrevivientes de covid-19 pueden sufrir diferentes problemas físicos y mentales incluso después de recuperarse de la fase También regresan a un entorno diferente, con un mensaje continuo de ‘quédate en casa si puedes’, posibles preocupaciones financieras y una red de apoyo social muy reducida.

Los fármacos y la telemedicina no podrán resolver estos problemas de naturaleza y resolución compleja. Comienzan a surgir problemas críticos como la protección de datos, la privacidad y la confidencialidad, la ética, la regulación y el cumplimiento legal y la accesibilidad. A menos que se aborden estos problemas, también siguen siendo posibles barreras para esta forma de telemedicina. Habría que desaparecer la institucionalización a la mínima expresión en los cuidados. No podemos pretender que el sistema de bienestar español pueda ser sostenible si no invertimos en conocimiento e innovación, al menos cuanto menos alcanzar la media en la Unión Europea del 2,1%. No se puede reconstruir sobre las bases erróneas que teníamos en el pasado.

La realidad humana no es ajena a nuestra acción, hay que llamar la atención sobre la capacidad humana, por eso debemos dejar de conjugar los verbos de forma impersonal -"hay que hacer", "tiene que ocurrir"... Ocurrirá si por las acciones nuestras sucede. No es un espejismo la percepción de todos nosotros referente a que existe la sociedad y que tenemos influencia en lo que sucede en lo más cercano y lo más global. La pregunta después de este escrito es: ¿será lo ocurrido incentivo suficiente para una nueva agenda?

Contacto

Francisco Rodríguez Pulido ✉ fpulido15@yahoo.es ✉ ffpulido@edu.ull.es
MD.PHD. • Dpto. Medicina Interna, Dermatología y Psiquiatría
Campus Ciencias de La Salud • 38075 La Laguna, Tenerife • Canarias.

Bibliografía

1. Monica G.Prieto. Alba Rico: "Nadie nos ha enseñado a morir. En Occidente hemos vivido durante décadas muy protegidos de la realidad". *lamarea*, 30 abril 2020. www.lamarea.com/2020/04/30/alba-rico-nadie-nos-ha-enseñado-a-morir-en-occidente-hemos-vivido-durante-decadas-muy-protegidos-de-la-realidad.
2. Hanna Arendt. *La condición humana*, Filosofía política. University of Chicago Press Estados Unidos. 1958.
3. Rodríguez Pulido F. El después, más unidos, más conectados y riesgos latentes [I]. *La Provincia* 13/04/2020.
4. Rodríguez Pulido F. El después, más unidos, más conectados y riesgos latentes [II]. *La Provincia* 17/04/2020.
5. Rodríguez Pulido F. El Mundo pequeño, los otros y vulnerables. *La Provincia* 5/04/2020.
6. Sartre, J. P. *A puerta cerrada*. Ed. Losada. 1944.
7. Rodríguez Pulido F. El COVID-19 y el zapatito de cristal. *La provincia* 01/04/2020.
8. Banco de España. Escenarios Macroeconómicos de referencia para la economía española tras el COVID-19. Boletín Económico 2/2020. www.bde.es/f/webbde/GAP/Secciones/SalaPrensa/COVID-19/be2002-art1.pdf
9. Grupo Marcuse. *La libertad en coma: contra la informatización del mundo*, Capítulo II, Ediciones El Salmón. Madrid 2019.
10. Jorge Riechmann / Adrián Almazán y 300 firmas más. Manifiesto. La necesidad de luchar contra un mundo 'virtual'. Contra la doctrina del shock digital.Ctxt. Número 360. Mayo 2020. <https://ctxt.es/es/20200501/Firmas/32143/riechmann-yayo-herrero-digitalizacion-coronavirus-teletra-bajo-brecha-digital-covid-trazado-contactos.htm>
11. Vicente Moret Millás. Cómo la expansión de la tecnología 5G está provocando una batalla geopolítica. BBC News Mundo. 17 Junio 2020. www.bbc.com/mundo/noticias-48663470
12. El Economista. Alertan alto riesgo de automatización en el 36% de los empleos de España. 12/05/2019. www.eleconomista.es/economia/noticias/9872979/05/19/El-36-del-empleo-en-Espana-se-encuentra-en-riesgo-elevado-de-ser-automatizado-segun-BBVA.html
13. Kevin P. Gallagher Richard Kozul-Wright. Nuevo Multilateralismo Compartida. Los Principios de Ginebra para un Nuevo Pacto Verde. Boston University, Centro de Política Global Del Desarrollo. United Nations. www.bu.edu/gdp/files/2019/09/SPANISH-New-Multilateralism-Sept-2019-Final.pdf
14. Daniel Innerarity. Pandemocracia. Una filosofía de la crisis del coranovirus, Galaxia Gutenberg. 2020.
15. Henley. Conclusiones del experimento de la renta básica en Finlandia: no activa el mercado pero sí mejora la salud mental. *eldiario.es*. 10/05/2020-21:37. www.eldiario.es/theguardian/experimento-respaldado-Finlandia-bienestar-receptores_o_1024698522.html
16. Esther Dufo, Abhijit V Banerjee. Buena economía para tiempos difíciles: En busca de mejores soluciones a nuestros mayores problemas (Spanish Edition) Edición Kindle 2020.
17. Raúl Rejón. Raúl Sánchez. La Comunidad de Madrid reporta cada día un dato de nuevos casos de COVID-19 menor al real, y lo modifica después. *eldiario.es* 18/05/2020-21:50h. www.eldiario.es/sociedad/comunidad-madrid-datos-diarios-contagiados_o_1028547469.html
18. MoMo. Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas. MoMo Situación a 19 de abril de 2020. www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo_Situacion%20a%2019%20de%20abril_CNE.pdf
19. Ministerio de Sanidad, Información científico técnica, Enfermedad por coronavirus, COVID-19, Actualización 18 de mayo 2020. www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf#page36
20. Ministerio de Sanidad. Personal sanitario infectado por coranovirus en España. 2020. Ministerio de Sanidad. www.epdata.es
21. Estudio Nacional de cero-epidemiología de la Infección por SARS-CoV-2 en España (ENE-Covid). Informe preliminar tras la primera ronda. www.mscbs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/home.htm
22. Nicolas Alba, Jaime Susana. El Español. El número de sanitarios muertos por coronavirus asciende ya a 76, más del doble de la cifra oficial. 16 mayo, 2020 02:50. www.elespanol.com/reportajes/20200516/numero-sanitarios-muertos-coronavirus-as-ciende-doble-oficial/490202041_o.html

23. OMS. Aumentar sustancialmente las inversiones para evitar una crisis de salud mental 14 de mayo de 2020 Comunicado de prensa. www.who.int/es/news-room/detail/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis
24. United Nations. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health.13 May 2020.
25. AEN. Manifiesto AEN sobre la situación de emergencia COVID 19. 30 ABRIL, 2020. AEN.es
26. ACN, Plan de acción de la ACN en el marco del pacto de reactivación social y económica de Canarias, Mayo 2020. <http://ascane.org>
27. Elperiodico. Carta abierta a Sánchez: 350 expertos y ex-altos cargos piden refundar el sistema sanitario.Sociedad. Madrid-Lunes, 18/05/2020-11:47. www.elperiodico.com/es/sociedad/20200518/carta-sanchez-expertos-refundar-sistema-sanitario-cogobernanza-7965470
28. Rodríguez Pulido F. La salud, la Sanidad, gobernantes y ciudadanos (I). *La Provincia*, 21/05/2020.
29. Rodríguez Pulido F. La salud, la Sanidad, gobernantes y ciudadanos (II). *La Provincia*, 28 /05/2020.
30. Rodríguez Pulido F. La salud, la Sanidad, gobernantes y ciudadanos (III). *La Provincia*, 29 /05/2020.
31. Brooks. S.K. Rebecca K Webster, Louise E Smith, Lisa Woodland, Simon Wessely, Neil Greenberg, Gideon James Rubin. The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *Review Lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8. Epub 2020 Feb 26. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
32. Rogers, J.P.Edward Chesney,Dominic Oliver Thomas A Pollak, Philip McGuire, Paolo Fusar-Poli, Michael S Zandi, Glyn Lewis, Anthony S David. Psychiatric and Neuropsychiatric Presentations Associated With Severe Coronavirus Infections: A Systematic Review and Meta-Analysis With Comparison to the COVID-19 Pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 May 18;S2215-0366(20)30203-0.doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203.
33. Pappa S. Vasiliki Ntella, Timoleon Giannakas, Vassilis G Giannakoulis, Eleni Papoutsis, Paraskevi Katsaounou. Prevalence of Depression, Anxiety, and Insomnia Among Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Behav Immun* 2020 May 8;So889-1591(20)30845-X. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.02
34. Jianbo Lai, MSc; Simeng Ma, MSc; Ying Wang, MSc; Zhongxiang Cai, MD; Jianbo Hu, MSc; Ning Wei, MD; Jiang Wu, MD. et al. Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(3): e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
35. Giovanni de Girolamo, MD; Giancarlo Cerveri, MD; Massimo Clerici, MD; Emiliano Monzani, MD. et al. Mental Health in the Coronavirus Disease 2019, Emergency- The Italian Response. *JAMA Psychiatry*. 2020; doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1276
36. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) y el Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS-CCOO) “Condiciones de trabajo, inseguridad y salud de los trabajadores residentes en España en el contexto de la pandemia. www.uab.cat/web/sala-de-prensa/detalle-noticia/el-consumo-de-psicofarmacos-se-ha-duplicado-desde-el-inicio-de-la-pandemia-entre-la-poblacion-asalariada-1345694339.html?noticiaid=1345813141107
37. Anat Brunstein Klomek. Suicide Prevention During the COVID-19 Outbreak *Lancet Psychiatry* 2020 May;7(5):390. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30142-5. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30142-5
38. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, Khan M, O’Connor RC, Pirkis J; COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr 21: S2215-0366(20)30171-1. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30171-1.
39. Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal Analysis covering 63 countries, 2000–11. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 239–45.
40. Kawohl W, Nordt C. COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):389 390. doi:10.1016/S2215-0366(20)30141-3
41. W Cullen, G Gulati, B D Kelly.Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, Volume 113, Issue 5, May 2020, Pages 311–312, <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>

- Recibido: 26/5/2020.
- Aceptado: 24/6/2020.

Suicidio, adolescencia, redes sociales e internet.

Suicide, teens, networks and the internet.

Luis Fernando López Martínez.

Psicólogo, Psicoterapeuta. Codirector de Proyecto ISNISS, Programa de Doctorado en Psicología de la Salud, UNED.

Resumen: El *suicidio* es un fenómeno de naturaleza multifactorial, y que, en la actualidad, con la aparición de las nuevas Tecnologías de la Información y la comunicación (TIC), supone un nuevo escenario y con él, un nuevo problema para la prevención de la conducta suicida. En este contexto, nace un nuevo concepto, el *cibersuicidio*, que hace referencia a la acción de quitarse la vida, motivado por la influencia, entre otras variables, de *páginas prosuicida, foros y salas de chat* en Internet. Este estudio trata de replicar, con las adaptaciones oportunas, la investigación realizada por Biddle, Donovan, Hawton, Kapur y Gunnell (2008) sobre los contenidos prosuicida que son encontrados mediante motores de búsqueda en Internet y observados por usuarios con ideación suicida en España, así como las medidas que desde el ámbito jurídico permanecen presentes ante el fenómeno y el conflicto surgido con la libertad de información y expresión en el Ciberespacio.

Palabras Clave: Suicidio, Cibersuicidio, TIC, Prosuicida, Chatsroom, Salas de Chat, Internet, Redes Sociales, prevención del suicidio.

Abstract: Suicide is a phenomenon of multifactorial nature, and now, with the emergence of new information and communications technology (ICT), represents a new stage and with it, a new problem for the prevention of suicidal behavior. In this context, it comes a new concept, that of *cibersuicidio*, which refers to the action of taking his life, motivated by the influence, among other variables, *pro-suicide sites, forums and chat rooms* on the Internet. This study seeks to replicate, with necessary modifications, research by Biddle, Donovan, Hawton, Kapur and Gunnell (2008) on the *pro-suicide* contents that are found by search engines on the Internet and observed by users with suicidal ideation Spain, as well as measures from the legal field remain present at the phenomenon and conflict emerged with freedom of information and expression in cyberspace.

Key words: Suicide, Cibersuicidio, TIC, Prosuicide, chatsroom, chat rooms, Internet, Social Networks, suicide prevention.

Introducción

La conducta suicida (del latín, etimología *sui*: sí mismo y *caedere*: matar) es un fenómeno tan humano como lo es su historia transcultural y universal, presente a lo largo de todas las culturas desde los albores de la humanidad. Sin

embargo, su presencia dependiente de la época ha sido tolerada, castigada y/o perseguida encontrando una gran variabilidad intersociedad en función de principios religiosos, intelectuales y filosóficos.

El suicidio pues, es un tema con tal amplitud -con una necesidad presente de estudio desde diferentes perspectivas-, que debe atender al entramado social y tecnológico de la sociedad que lo observa. Si observamos las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), somos testigos de las

840.000 personas que mueren al año a nivel mundial consecuencia del suicidio, el equivalente a una muerte cada 40 segundos (OMS, 2000 a), con una tasa de mortalidad de 16/100.000 habitantes, de un modo especial en el grupo de edad comprendido entre los 15 a 29 años, convirtiendo el suicidio en la segunda causa principal de muerte no natural a nivel mundial.

Atendiendo a los datos de difusión pública que nos aporta para el año 2014 el Instituto Nacional de Estadística (INE)¹, sobre *Defunciones según causa de muerte*², analizan la consecutiva subida, de un fenómeno que requiere de una adecuada atención y vigilancia por parte de todos los agentes sociales, constatando el registro de 3.910 casos (no siendo estos datos definitivos hasta el año 2019), siendo al menos tres cuartas partes de estas cifras, ocupadas por individuos que desarrollan sus vidas en entornos controlados por los medios de comunicación de masas -*mass media*- y los entornos en red -*internet* y *redes sociales*-.

Inmersos pues, en el siglo XXI, nadie puede negar el avance y beneficios que han supuesto las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), a pesar de que también ha iniciado nuevas formas de conflicto, conductas ilícitas y delitos, motivadas por un uso incorrecto o deshumanizado. En base a ello, es imprescindible situarnos no tanto en sus nuevas teorías, sino en las nuevas reglas del juego social que traen aparejadas las TIC como factores que pueden llegar a determinar el acto suicida. Y es que poner fin al dolor, bien sea físico o moral, en un entorno virtual que desarraiga un sentimiento de abandono,

apoyado por un soporte humano en línea a través de múltiples aplicaciones, foros, redes sociales y mensajería instantánea, modifica la percepción y las herramientas de prevención que desde el ámbito clínico, social, asistencial y profesional velamos y sobre la que sugerimos actuar.

Es de obligada atención y de especial importancia, tener presente que el uso de Internet aumentó en más de un 566% a nivel global, entre los años 2000 y 2012 según un estudio realizado por Montgomery (2013), vinculando su crecimiento con la elevación de la tasa de autolesiones, a pesar de que ello no prueba que el empleo de este medio provocara de modo directo la conducta autolítica. No obstante, el grupo de investigadores de la Universidad de Oxford, en Inglaterra, liderados por el mismo Montgomery, observaron un vínculo, una correlación positiva entre el uso de los foros existentes en Internet (los llamados *chatsroom*³) y un mayor riesgo de suicidio en la población adolescente, al estar expuestos a imágenes violentas e información sobre métodos suicidas.

El término *Cibersuicidio*, el cual hace referencia a la acción de quitarse la vida, motivado por la influencia entre otras variables, de páginas web con contenido de ayuda, influencia o motivación para cometer suicidio (web prosuicida), salas de chats y foros de Internet, pone de manifiesto la relación entre conducta suicida, Internet y redes sociales como canal de información y encuentro en usuarios con ideación suicida. En este nuevo contexto, es necesario el trabajo en materia preventiva no solo de investigadores, sino también de profesionales de la salud mental, padres, profesores y agentes sociales, al considerar que su observancia y evaluación psicodinámica, promoverá la elaboración de programas adaptados a un nuevo escenario en red, cuyas bases de comunicación están basadas en la inmediatez y en ocasiones el anonimato, que usados como escudos en la web, favorecen una actuación impune, en muchos casos, influenciando, aportando información, motivaciones y métodos suicidas a sus usuarios.

1 Los datos estadísticos aportados por el INE en el año 2014 son ejemplificados mediante gráficas en Anexo .

2 Son muchos los autores, entre ellos, Andriessen (2006), que afirman la existencia en muchos países, entre ellos España, de discrepancias en cuanto a las tasas de suicidio y su registro, ocultados quizás por cuestiones de naturaleza patológica, consumo de drogas o conductas de riesgo e inclusive difundidas entre las cifras por muerte en accidentes de tráfico, precipitaciones, ahogamiento e ingesta de fármacos.

3 Las *Chatsroom*, también llamadas «Salas de chat», es un espacio virtual de reunión de usuarios para chatear, para comunicarse entre personas mediante el uso de mensajería instantánea, chat online, dispositivos electrónicos o cualquier medio TIC que promueva su uso sincrónico o asincrónico.

En consonancia con lo expuesto, no es el propósito del presente trabajo, enumerar la abundante documentación a nivel epidemiológico existente en torno a la conducta suicida y a sus factores de riesgo⁴, sino por el contrario, estudiar desde una perspectiva preventiva, como destacamos, las nuevas formas de comunicación establecidas en entornos virtuales como medios de obtención de información de métodos suicidas. Un aspecto, repetimos esencial desde una vertiente de evaluación e intervención.

En definitiva, la investigación llevada a cabo desvela la presencia de páginas, chats y foros de Internet, que recogen diferentes metodologías para el suicidio, aportan motivaciones y medios eficaces o bien ofrecen ayuda asistencial no profesional. Con ello, el principal objetivo de nuestro artículo es la evaluación y detección del tipo de información albergada en Internet y sus diferentes aplicaciones virtuales, la cual aporta datos, medios y apoyos a usuarios con ideación suicida, así como valorar los medios preventivos a nivel asistencial y legal -que deben ser revisados y adaptados por las autoridades de todo el mundo- en el ámbito de las TIC como medidas inmediatas de prevención y control.

La relación entre internet y suicidio.

Atendiendo al objeto de estudio de nuestro análisis, datamos que el fenómeno de la conducta suicida ha pasado a observarse desde una esfera íntima -*familiar, amistades cercanas, etc.*- a una global, comunitaria y en red, que ha provocado el interés no solo de investigadores, sino de la sociedad en general. Internet se ha convertido pues, en una fuente de comunicación con una influencia y uso significativo en aquellos individuos que buscan, navegan en la profundidad de la red, en búsqueda de contactos, encuentros con otros internautas que promuevan espacios de debate y/o conocimiento sobre métodos y formas de cometer suicidio.

Desde su origen, se ha convertido en un medio de comunicación de masas, en un almacén de recursos, información e intercambio de pensamientos,

donde el usuario interactúa rápidamente a larga distancia, haciendo uso de este medio de comunicación y el anonimato que lo protege para acceder a información acerca de cómo suicidarse u ofreciendo ayuda no profesional con matices ideológicos, humanistas o religiosos.

La abundante existencia de sitios web -foros y chats- en su mayoría, recoge un auténtico decálogo acerca de ello, encontrando inclusive espacios gráficos que resuelven incertidumbres sobre la validez y el acierto de su uso, dependiente de los medios a los que el suicida pueda tener acceso.

La influencia de Internet como fuente de información sobre la conducta suicida, es pues una realidad, un nuevo problema añadido a la ya difícil tarea de su prevención, que plantea inquietudes e interrogantes sobre qué tipo de sitios web albergan este conocimiento y, sobre todo, quiénes proporcionan la información que promueve el suicidio, alentando a usarlo de forma individual o inclusive en forma de pactos suicidas. Teniendo en cuenta, que el suicidio en Europa es la segunda causa de muerte violenta por encima de guerras o violencia de género, no es baladí, conocer desde *dónde* y *cómo* se comunican los jóvenes por estos medios, sabedores de que al menos el 20% de los suicidios datados, se dan entre adolescentes y adultos jóvenes⁵.

A pesar de la controversia y el conflicto que sugiere de forma velada esta realidad, oculta tras los beneficios que Internet y las redes sociales han traído a la sociedad, es alarmante la sencillez con la que podemos acceder de un modo inmediato y sin filtros de control a diferentes sitios webs donde encontrar estos apoyos y recursos al suicidio aludidos. Una búsqueda que se inicia, según los recientes estudios sobre el comportamiento de búsqueda en Internet, usando motores de búsqueda cuyos resultados en raras ocasiones son observados más allá de la primera página.

Basándose en ello y tomando como guía los estudios realizados por Biddle, Donovan, Hawton,

4 Estructura familiar, patologías crónicas, conductas de riesgo, alcoholismo, esquizofrenia, depresión, desesperanza, etc. (Baptista, 2004; Toro, 2013).

5 El uso de la información que aportan las TIC en su amplia gama de dispositivos aumenta de modo exponencial cada día, al ser más del 90% de niños y jóvenes, de edades comprendidas entre los 10 y los 15 años sus principales usuarios.

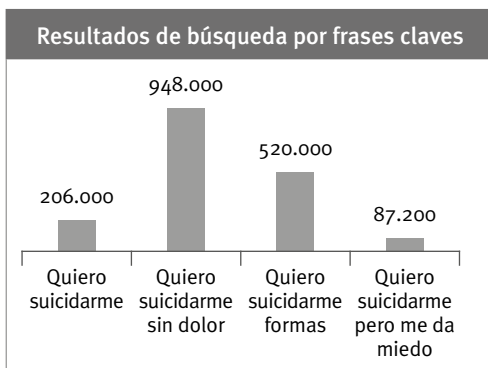
Kapur y Gunnel (2008), queremos observar y verificar el impacto de Internet sobre la conducta suicida –el cibersuicidio– en las búsquedas que pueden realizarse con el objetivo de obtener información, recursos o apoyos para cometer suicidio o qué tipos de ayudas son ofrecidas como medidas de intervención en línea en población española. Los resultados que mostramos han sido confeccionados tras la búsqueda en Internet en abril de 2016, usando el motor de búsqueda más popularizado en España –GOOGLE–, en sus primeros cinco resultados, elaborando una réplica típica de la información que obtendría una persona que buscara información sobre ello.

Estrategias de búsqueda y resultados

Los *términos* introducidos fueron aquellos susceptibles de ser usados por un usuario con ideación suicida previa, siendo seleccionado como frase clave principal la expresión “quiero suicidarme”. Posteriormente y gracias a la ayuda que aporta el propio buscador, hacemos acopio de los tres siguientes resultados sugeridos gracias al empleo de la herramienta *uso de sugerencias de búsqueda* que el propio motor de Google emplea a nivel usuario. Entre ellos:

1. *Quiero suicidarme.*
2. *Quiero suicidarme sin dolor.*
3. *Quiero suicidarme formas.*
4. *Quiero suicidarme, pero me da miedo.*

Los *resultados* obtenidos por cada estudio en orden de búsqueda fueron: a) 206.000 resultados,



b) 948.000 resultados, c) 520.000 resultados y d) 87.200 resultados.

En consonancia con los objetivos del estudio y a la ingente cantidad de información obrante, acorde con los parámetros de la muestra que deseamos obtener, confeccionamos el análisis examinando los primeros cinco resultados obtenidos de cada búsqueda, un total 20 golpes de clics en 20 webs diferentes.

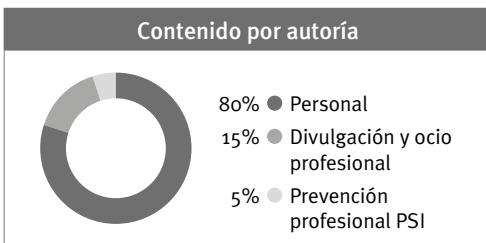
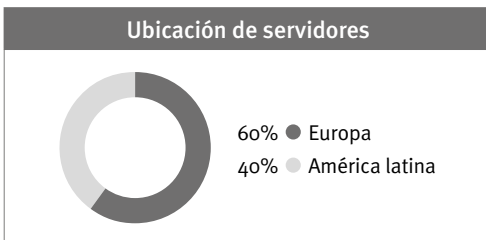
De igual modo y con el fin de delimitar de un modo independiente cada golpe de clic en un marco de clasificación que facilite su lectura y promueva conclusiones adecuadas a la complejidad del fenómeno, se elabora un cuestionario con 10 criterios de clasificación.

- *Geolocalización* del servidor. Si es posible: especificar país.
- *Autoría* de contenidos. Especificar si el contenido analizado es: personal, profesional, institucional.
- *Objetivos* de contenidos. Especificar si el objetivo es: profesional, divulgativo, ocio.
- *Contenidos* en análisis. Si el sitio favorece la prevención del suicidio o su apoyo o por el contrario promueve, fomenta o facilita el suicidio al describir métodos, retratar el mismo como una solución a problemas o circunstancias, aportando información objetiva acerca de métodos de suicidio.
- *Enlaces*. Si el sitio contiene: enlaces a redes sociales, comunicación interusuarios.
- *Salas de Chat*. Si el sitio contiene salas de chat. Si los posee, especificar si: la aportación es supeditada a suscripción previa o si es de contenido abierto.
- *Edades*. Especificar si los usuarios de salas de chats se encuentran albergado en los siguientes tramos de edad: menos de 15 años, entre 15 y 18 años, entre 18 y 30 años, más de 30 años, desconocido (no aporta edad).
- *Moderación de contenido*. Si las aportaciones albergadas en la web poseen validación de contenido moderador-seguimiento o no posee ningún control del administrador.

- **Contenido de chatsroom.** Especificar si las aportaciones efectuadas por los usuarios acerca de cometer suicidio se basan en: consejo basado en ayuda profesional, consejo basado en experiencia personal, consejo basado en contenido religioso, consejo sobre visualización de páginas prosuicida, consejo directo sobre métodos suicidas, proporciona medios y recursos audiovisuales, tutoriales sobre métodos eficaces.
- Acceso a asociaciones-instituciones-profesionales. Especificar si el sitio posee links de acceso o referencias a: páginas web, teléfonos, no posee información de contacto.

Análisis de resultados.

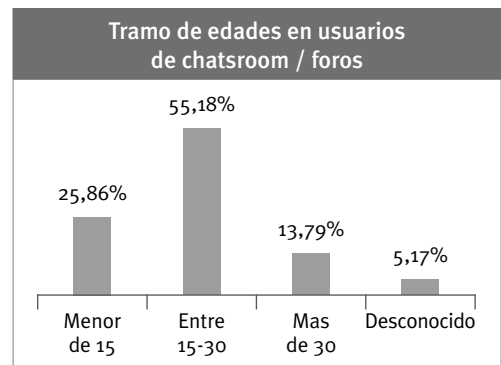
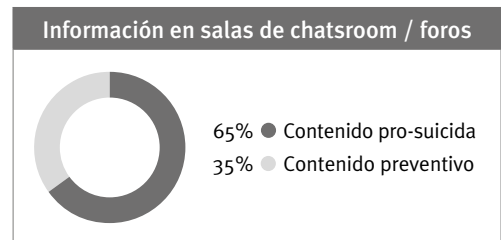
Del análisis elaborado y tomado como base los parámetros establecidos como guía en el cuestionario efectuado, hallamos que la mayoría de las páginas visitadas, se encuentran **albergadas** en servidores ubicados en Europa y América (60% y 40% respectivamente). Sitios web, cuya **autoría** es en un 80% estrictamente de carácter y contenido personal, alejando a las mismas de un contenido y divulgación profesional (15%) relacionado con intervenciones e información relacionado con el mundo de la salud mental y su prevención (5%).



No obstante, si atendemos a los objetivos, datamos que solo un 19,23% está dedicado a albergar un contenido profesional (no directamente rela-

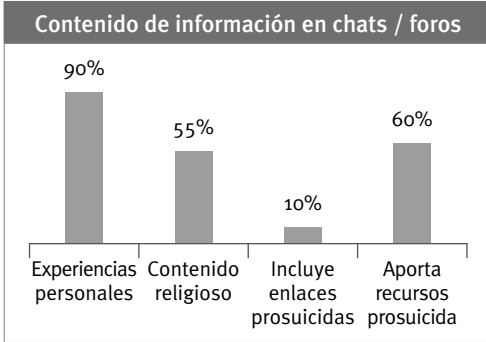
cionado con el ámbito preventivo sobre el suicidio y su abordaje terapéutico), un 30,77% a aspectos divulgativos y un 50% a material virtual relacionado con el ocio-diversión. Cifras que pasarían desapercibidas si no atendemos a la información albergada en su alojamiento y a través de las salas de chats (100%) que poseen con contenido abierto y bajo suscripción (55% y 45% de modo respectivo), hallando que un 65% proporciona información objetiva prosuicida y sobre cuestiones generales relacionadas con el mismo, frente a un escaso 35% que promueve mecanismos preventivos de escaso valor asistencial y/o profesional.

Información prosuicida, susceptible de ser intercambiada gracias a herramientas virtuales de comunicación en red, entre ellas las redes sociales (80%) y canales bidireccionales en los propios chats-room (100%) con usuarios menores de 15 años (25,86%), entre 15 y 30 años (55,18%), de más de 30 años (13,79%) y con aportaciones anónimas sin edad especificada (5,17%) cuyo contenido se aleja de ese consejo profesional aludido (escaso 5%).



Un **contenido** comunicativo en la red de redes, que aporta bajo esos principios de inmediatez y anonimato, consejos basados en experiencias personales (90%), algunas con un alto contenido

religioso (55%), incluyendo en ocasiones enlaces o links a páginas prosuicida en la Deep-web (10%) y ejemplificado mediante conversaciones directas y abiertas métodos suicidas y/o proporcionando medios-recursos audiovisuales (60%).

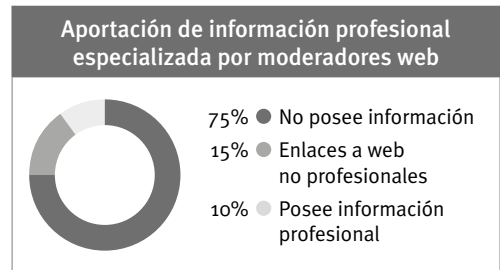


Una cuestión que no debe pasar inadvertida y que directamente se relaciona con ese control virtual y legal insuficiente que referenciábamos y que de algún modo denunciemos, es la moderación hallada en estos espacio de encuentro e intercambio entre usuarios *-dentro de foros y chatsroom insertos en las propias páginas a pesar de no albergar un contenido prosuicida-* siendo de un escaso 15% -frente al alto contenido de libertad –un 85%- con el que pueden aportarse métodos suicidas y decálogos gráficos acerca de cómo cometer suicidio, con total y absoluta impunidad y en ocasiones, anonimato virtual.

Y es que quizás, lo que más llama la atención, no sea solo que el contenido moderador sea casi nulo, sino que la autoría de los sitios web, que dedican esfuerzos y tiempo a indexar contenido e información acerca del suicidio, negando u obviando que en sus servidores se ofrece información prosuicida, no ofrece en un 75% del análisis, ningún tipo de información acerca de asociaciones, instituciones profesionales que pueden ayudar a prevenir el suicidio desde ámbitos profesionales. Tan solo un 15% del contenido observado, aportaba enlaces a otras páginas web, algunas con un alto contenido religioso (7%) o especificaba en ubicaciones con escasa visibilidad virtual teléfonos de ayuda o atención al suicida (10%).

Sin embargo, si es de destacar que en un 100% de las búsquedas realizadas a través de Google,

en primera línea de visibilidad, se indexa el mensaje de ayuda que la ONG “Teléfono de la Esperanza” aporta a aquellos que buscan en Internet cualquier tipo de información relacionada con determinadas palabras claves entre ellas, las relaciones con el suicidio, incluyendo un teléfono de atención 24 horas y enlaces directos a sus páginas web. No hemos ampliado esta información en otros motores de búsqueda diferentes a Google, por lo que es posible que su labor preventiva no sea extensiva fuera de los acuerdos y protocolos acordados entre ambas organizaciones.



La jurisdicción penal frente al cibersuicidio

A la luz de los interrogantes surgidos en base a los datos obtenidos por la investigación realizada, consideramos adecuado hacer una revisión legislativa que promueva espacios de reflexión sobre las medidas que desde el ámbito legal existen en la actualidad en España en torno al suicidio y sobre las que sugerimos actuar.

En la actualidad, el suicida no comete ilegalidad alguna al suicidarse, en la mayoría de los países del mundo, incluido España, con claras excepciones que conllevan penas de multa e inclusive de prisión como es el caso de la India (I.P.C. 1860) o Singapur (Rev. Ed. Singapur, 2008), donde se considera a la persona como un bien o propiedad del Estado.

La situación en España es completamente distinta, el suicida no comete ningún tipo de delito por el mero hecho de provocar su propia muerte, ya que, en esencia, tanto la parte activa como pasiva del suicidio recaen sobre la misma persona, lo que evita que el acto en sí sea punible.

No obstante, y a pesar de que la legislación penal española no castiga el suicidio, sí lo hace en cuanto a su facilitación por parte de terceros.

En relación con ello, el artículo 143 del Código penal establece como punible cuatro posibles relaciones asistenciales al suicida:

- *El que induzca al suicidio (art. 143.1) con penas de 4 a 8 años de prisión.*
- *Al que coopere actos necesarios (art. 143.2) con penas de 2 a 5 años de prisión.*
- *Si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de este, en caso de enfermedad grave o graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar.*

Cabe preguntarse si la información aportada en la Internet, mediante foros, chats, mensajería instantánea, redes sociales, etc. que promueve de un modo velado o inclusive explícito, formas, métodos, recursos, apoyo o motivación al suicida, podría considerarse penalmente como un acto de inducción o de cooperación al suicidio. En relación con ello, hay que tener en cuenta que Internet y las redes sociales, gozan de una serie de derechos, tales como la libertad de expresión y de información, mediante los cuales, aportan en entornos virtuales conocimientos, bien sean médicos, farmacéuticos o de tipo mecánico que gozan de la protección jurídica que la propia Constitución de España en su artículo 20.1 reconoce al permitir *“expresar y difundir libremente los pensamientos, ideas y opiniones mediante la palabra, el escrito o cualquier otro medio de reproducción”*.

Una lectura detallada del orden jurídico penal español, en relación con la reflexión suscitada, aporta que para que la inducción al suicidio sea punible, es preciso que el inductor anule la voluntad del suicida, que finalmente termina suicidándose, siendo su intervención la que decide el resultado final, no habiendo inducción si el suicida con anterioridad había decidido quitarse la vida. En cuanto a la cooperación, es necesario que los actos y la propia acción de terceras personas faciliten y produzcan el resultado, teniendo que recurrir al tipo penal de *“autoría por cooperación”* del artículo 28.b del Código Penal. Resulta pues, en conclusión, sorprendente, que con el tipo de legislación que

penaliza la inducción y la cooperación a cometer suicidio, y teniendo en cuenta su importancia en la comisión final del acto en sí, no sea ilegal en Internet (al menos en lo concerniente a la promoción de ideas, opiniones o comentarios que lo faciliten, apoyen o promuevan). Esta es en la actualidad la realidad en España.

En definitiva, nos encontramos ante un escenario que precisa de una adecuada intervención a nivel penal y policial, al encontrarnos no solamente ante personas que deciden poner fin a su vida apoyado por la información obtenida a través de Internet, sino también por la influencia, motivación y recursos que muchas webs a través de sus foros y salas de chat albergan en sus servidores y que incitan de algún modo a cometer la acción autolítica.

Conclusiones

No cabe duda, que la difusión y extensión de la información que Internet ofrece a la comunidad virtual sobre el suicidio es amplia y abundante, aportando en la mayoría de los casos investigados, métodos específicos y motivaciones que difícilmente puede encontrarse en ámbitos familiares y sociales. Una nueva forma de comunicación, que, con el desarrollo y uso de las TIC, promueven el intercambio de información a través de sitios webs, chat, foros y redes sociales, como lugar de encuentro de personas con ideación suicida.

Hablamos de un espacio virtual a través de diversas herramientas online, que aporta información sobre el suicidio, a priori de carácter preventivo y desde una autoría mayoritariamente no profesional, que promueve ese lugar de encuentro aludido, a través de aportaciones, comentarios y diálogo online interusuario, donde se ejerce presión de grupo, influencia y motivación para la decisión y comisión del acto suicida, su idealización como medio de resolución de problemas, así como su promoción y consenso para posibles pactos.

Sin embargo, un factor a valorar son las diferencias encontradas en las distintas plataformas observadas respecto a su posible influencia en la conducta suicida. Aunque se ha datado que el 80% de las webs, poseen canales de intercambio con redes sociales (Facebook, por ejemplo) mediante los cuales puede darse difusión a anuncios y notas de suicidio, la información a nivel usuario



queda circunscrita al ámbito del dominio web. En contrapartida, Facebook, entre otros, es un foro social donde el diálogo acerca del suicidio suele estar más relacionado con el soporte moral al usuario, no planteando en ellos un intercambio comunicativo sobre métodos o motivaciones suicidas, como sí ocurre en las salas de chats y foros de discusión online. Por consiguiente, consideramos de especial interés el trabajo realizado por investigadores de la Universidad de Alicante, el *Proyecto Life*, cuyo objetivo es la creación de una plataforma web donde organizaciones de prevención del suicidio puedan ser alertadas de forma anónima sobre posibles mensajes y tendencias suicidas en las redes sociales, gracias al desarrollo de aplicaciones informáticas que detectan emociones y sentimientos expresados en la red. Ello sin duda, aportará a la comunidad científica datos cuantificables de cómo y desde dónde se comunican las personas con ideación suicida y si sus encuentros producen un efecto *copycat* o determinan reacciones preventivas por parte de otros usuarios en Internet.

No cabe duda, que Internet y sus diferentes espacios de intercambio de información promueve la interacción social y psicológica de sus usuarios, lo que permite un acceso sencillo, inmediato y rápido a una amplia gama de información en torno al suicidio, lo que tiene consecuencias negativas y positivas. Es precisamente esta ambivalencia de los efectos negativos (información prosuicida) y los positivos (recursos e información de ayuda personal, soporte moral, etc.) hallados en nuestra investigación, los que hacen plantearnos si Internet, usado adecuadamente y con un control legislativo apropiado, sería un canal que podría emplearse de un modo activo para la prevención del suicidio.

Conocedores de esta necesidad de control para la prevención de la conducta suicida a través de Internet, encontramos la voz del Teléfono de la Esperanza, que recientemente ha establecido contactos y convenios de colaboración con las mayores empresas de difusión de información y ocio en la red, Google y Facebook, ofreciendo apoyo y asistencia, mediante diferentes protocolos de visibilidad y alerta online visibles a la comunidad y a sus diferentes usuarios, en aquellos patrones de búsqueda que indagan acerca de cómo cometer suicidio.

De igual modo, ponemos el énfasis en la importancia de la participación de psicólogos, psicólogos especialistas en psicología clínica, psiquiatras y resto de agentes sociales en la utilización profesional de Internet como recurso de obtención de información sobre pacientes con determinadas patologías relacionadas con la conducta suicida o con su ideación, incluyendo si cabe, su participación en la atención e intervención online en situaciones de crisis suicida, usando para ello los mismos medios con los que el usuario recaba ayuda para cometer suicidio.

Siguiendo a autores como Westerlund (2011), los datos obtenidos apoyan precisamente esta necesidad de participación de profesionales, instituciones y organismos, ya que los usuarios de estos servicios interactivos están provistos de una oportunidad inigualable para discutir experiencias personales con ayuda profesional como mecanismos de prevención de ayuda online, que difícilmente sería posible en otros contextos. No obstante, esta petición de ayuda inicial de los usuarios con ideación suicida -que muestran una ambivalencia inicial en la publicación de notas suicidas- en la actualidad se convierte en conversaciones y discusiones potencialmente destructivas, al provocar un intercambio de información de diferente contenido – pro suicidio o ayuda no profesional- que incita en la mayoría de casos a promover una atmósfera virtual donde la agresividad, los elementos de insultos, la intimidación verbal, el contenido religioso o la descalificación a la propia vida del usuario y sus circunstancias expuestas, termine teniendo un impacto negativo en usuarios vulnerables.

De igual forma, y al mismo tiempo, en esa ambivalencia que aludíamos, la actitud reconfortante, de apoyo y consuelo –no profesional– se hace presente en muchos intercambios a pesar de que su contenido no promueva una protección real y eficiente ante conductas suicidas.

Discusiones online de ayuda, mezclados con elementos de descalificación, agresión y motivación, convierten Internet en un coro polifónico donde el suicidio cobra voz propia y adquiere sentido, siendo perjudicial para personas con aislamiento social y que carecen de una red de apoyo que contrarreste la información negativa que puedan obtener de su participación virtual. En conclusión, consideramos esencial que la información

búsqueda por los presuntos suicidas a través de Internet, su participación en foros de discusión, chats o redes sociales es un aspecto que debe ser tenido en cuenta por los profesionales de la salud mental, al menos en lo concerniente a fines de orientación y evaluación psicológica.

Internet esta pues destinada a desempeñar un papel protagonista en la conducta suicida y su prevención; es por ello, que se hace impostergable la adopción de medidas legales y policiales, ante conductas que resultan, cuanto menos, sospechosas de criminalidad, adaptadas a un nuevo contexto tecnológico, como es en el caso del cibersuicidio, cuya atención legislativa debe atender nuevos procedimientos para hacerle frente. Sin embargo, conscientes del anonimato sobre el uso que Internet aporta, la rapidez en la difusión y transmisión de contenidos, así como las peculiaridades culturales y relativas al orden jurídico de cada país, hacen que su prevención y adopción de medidas resulte complicado.

No obstante, la posible vulneración de los derechos de las personas observados en las prácticas de los foros de discusión online, de un modo especial en el caso de los menores, requiere la necesidad urgente de aplicación de un control social formal a través del derecho, adaptando o modificando la legislación en lo referente a las TIC.

De este modo, y atendiendo el caso de España y tras la modificación del Código Penal a partir de la L.O. 5/2010, introduciendo al art. 183bis donde se penalizaba el uso de las TIC con fines de abuso y agresión sexual contra menores (*ciberacoso*, *grooming*) sugerimos la revisión del art. 143 del mismo código, de modo que tal y como han venido legislando diferentes países en sus respectivos códigos de derecho⁶, se sancionase el uso de las TIC, como medio de difusión de actividades susceptibles de inducción y cooperación al suicidio.

Acciones mencionadas que una vez constasen de modo explícito como delito en nuestra legislación, facilitarían la labor de las diferentes unidades policiales españolas (Guardia Civil y Policía Nacional) a través de sus unidades especializadas en la investigación de delitos tecnológicos por medio de la red, al menos en lo concerniente a su vigilancia y al establecimiento de protocolos de actuación-investigación, tal y como como en la actualidad se ejercen sobre otros ciberdelitos, disminuyendo la proliferación y participación con fines pro suicidas en estas plataformas online.

Sería aconsejable, aparejado a esta modificación del Código Penal, disponer de una serie de requisitos mínimos aplicables al registro de los usuarios de las distintas plataformas de comunicación en Internet, tales como: identificación, medios de contacto y limitaciones de edad. Esencial, constituir condiciones legales sobre la participación en estos servicios y sus consecuencias legales: cierre de páginas o bloqueos, como recientemente ha ejercido Rusia sobre determinadas webs con contenido prosuicida.

No hay duda, que Internet, hoy por hoy, es usado para proporcionar información útil, instantánea y eficaz acerca de cómo suicidarse en personas que tiene una ideación previa, al menos en lo concerniente a la elección del método. Sin embargo, el debate ético-jurídico sobre la libertad de expresión e información en el ciberespacio, las llamadas generaciones de derechos humanos, así como la privacidad de acceso a las TIC, entra en confrontación directa con algunas de las medidas de prevención planteadas, ya que en definitiva suponen un control a la información difundida por los usuarios a través de Internet, acrecentando los riesgos de una censura arbitraria por parte de gobiernos o instituciones privadas.

La búsqueda de un equilibrio entre la libertad de expresión, la naturaleza global de Internet y la seguridad de los usuarios que hagan uso de estos medios como canal de información para cometer suicidio, es pues, responsabilidad de todos.

6 Australia en 2006 criminalizó las páginas con contenido prosuicida en su Código Penal.

Contacto

Luis Fernando López Martínez ☎ 658 056 656 ✉ luisfernandolm@cop.es
Calle Párroco D. Fernando de Porras, 4 • Morata de Tajuña (M) • 28530 Madrid



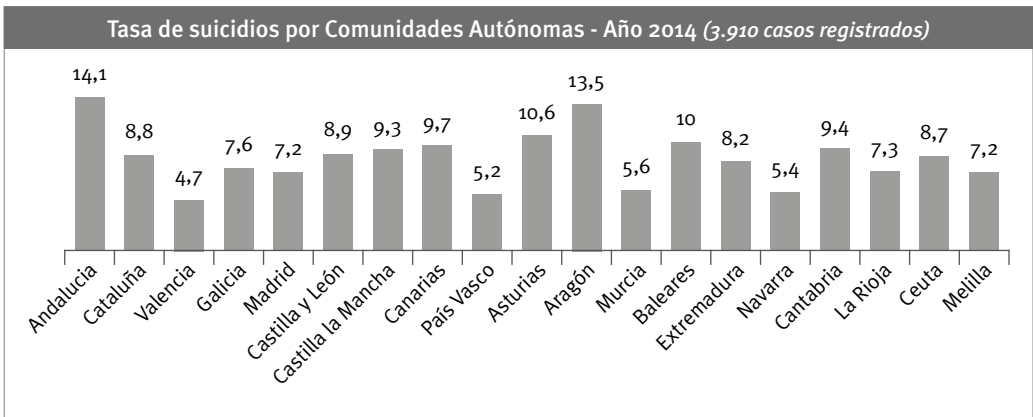
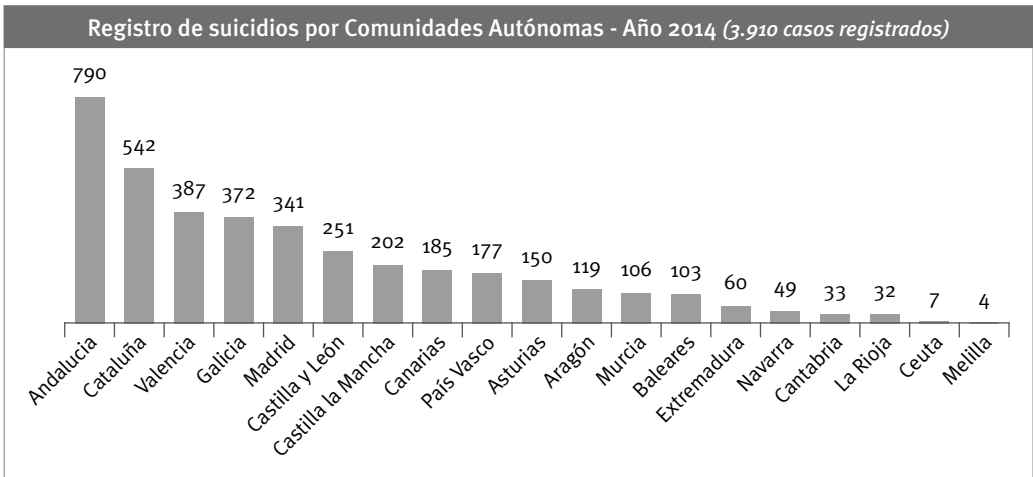
Bibliografía

- Andriessen, K. (2006). Do we need to be cautious in evaluating suicide statistics? *European Journal of Public Health*, 16 (4). Consultado el 09 de abril de 2016 de <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/16/4>
- Arroyo, A. y Bertomeu, A. (2012). Métodos suicidas e Internet. *Revista Española de Medicina* 38 (4): 143-148. Consultado el 26 de Junio de www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-metodos-suicidas-e-internet-So377473212000624?redirectNew=true
- Baptista, M.N (2004). El suicidio: Aspectos Internacionales de Investigación y Teoría. En M.N. Baptista (Eds.), *El suicidio y la depresión: Actualizaciones* (pp. 323). Río de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baume, P., Cantor, C.H., y Rolfe, A. (1997) Cyber-suicide: the role of interactive suicide notes on the Internet. *Crisis*, 18 (2):73-9. Consultado el 02 de Abril de 2016 de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9286130
- Beck, AT, Rush, JA, Shaw, FB y Emery, G. (1982). *La terapia cognitiva de la depresión*. Río de Janeiro: Zahar.
- Biddle L, Donovan J, Hawton K, Kapur N, Gunnell D. Suicide and the internet. *BMJ*. 2008; 336: 800-2. Consultado el 16 de Marzo de 2016 de www.bmj.com/content/336/7648/800
- Bustamante, J. (2010). Cooperación en el Ciberspacio: bases para una ciudadanía digital. *Argumentos de Razón Técnica*, 10, 305, 305-328. Consultado el 19 de Junio de 2016 de http://institucional.us.es/revistas/argumentos/10/art_17_rea10.pdf
- Bustamante, J. (2010). Hacia la cuarta generación de Derechos Humanos: repensando la condición humana en la sociedad tecnológica. *Telos*, 10. Consultado el 16 de Junio de 2016 de <https://telos.fundaciontelefonica.com/url-direct/pdf-generator?tipoContenido=articuloTelos&idContenido=2010110411480001&idioma=es>
- España, Código Penal (2015), Libro 2, Cp.1, Art. 143. BOE, Boletín Oficial del Estado. Consultado el 02 de Junio de 2016: <https://boe.es/boe/dias/2015/03/31/pdfs/BOE-A-2015-3439.pdf>
- Google Trends (2016). Herramienta de análisis de los términos de búsqueda de Google. Consultado el 09 de abril de 2016 de www.google.es/trends/ Indian Penal Code (I.P.C.), Sección 309. Consultado el 4 de Julio de 2016 de www.indianlawcases.com/Act-Indian.Penal.Code,1860-1761
- INE. Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa (2016, 30 de marzo). Defunciones según la causa de muerte. Año 2014. Consultado el 05 de marzo de 2016 de www.ine.es/prensa/np963.pdf
- Montgomery, P. (2013). Center for Evidence Based Intervention, University of Oxford, Oxford, England; Matthew Lorber, M.D., acting director, child and adolescent psychiatry, Lenox Hill Hospital, New York City; Oct. 30, 2013, *PLoS ONE*. Consultado el 15 de Febrero de 2016 de www.pewresearch.org/millennials/teen-internet-use-graphic
- Oliveira, J., Nunes, M., Munhoz, A. y Cardoso, H. (2014). El suicidio y la Internet: análisis de los resultados en los motores de búsqueda. *Psicología y Sociedad* 26 (1). Consultado el 17 de Abril de 2016, www.ufrgs.br/seerpsicoc/ojs2/index.php/seerpsicoc/article/view/3698
- Organización Mundial de la Salud- OMS. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global Consultado el 21 de Marzo de 2016, en www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/
- Paredes, S.R. (2014). El cibersuicidio a través de las TIC: un nuevo concepto. *Derecho y cambio social*, 11 (38). Consultado el 10 de Mayo de 2016 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5470249>
- Pérez Barrero, S.A. (2006). La Internet. Nuevas posibilidades. Nuevos Problemas y nuevos desafíos en la prevención del suicidio. *Revista de Neuropsiquiatría* 69 (1-4). Consultado el 8 de Junio de 2016 de www.redalyc.org/pdf/3720/Resumenes/Resumen_372039389010_1.pdf

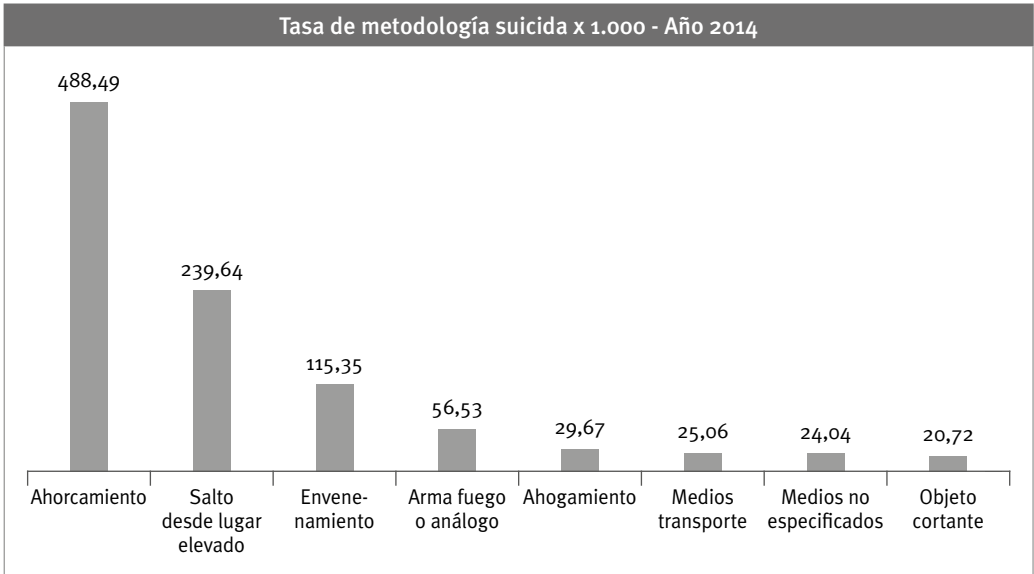
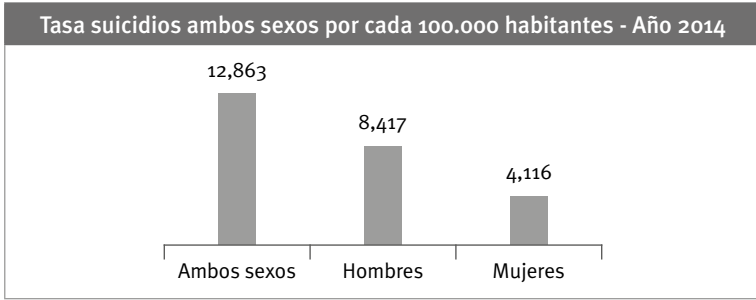
- Pérez, S.A. (2005). Internet: posibilidades, problemas y desafíos en la prevención del suicidio. *Futuros*, 3 (9). Consultado el 17 de Junio de 2016 de www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/767/
- Singapore Penal Code, Revised Edition 2008, c. 2008, s.309. Consultado el 03 de Julio de 2016. <http://statutes.agc.gov.sg/aol/home.w3p>

- Toro, R. (2013) Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva *Psychologia. Avances de la disciplina*, vol. 7, núm. 1, pp. 93-102. Consultado el 10 de Marzo de 2016 de www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862013000100009

Anexo I. Gráficas elaboradas a partir de datos extraídos por el ine en el año 2014



Fuente: Elaboración del autor.



Fuente: Elaboración del autor.

- Recibido: 10/05/2020.
- Aceptado: 01/07/2020.

Salud mental en la ruta penal-penitenciaria pre y post covid19.

Mental health in the pre-post covid-19 penal-penitentiary route.

Mariano Hernández Monsalve.

Psiquiatra. Madrid.

Resumen: En este texto se presenta una revisión sintética de las circunstancias que configuran el contexto en que tiene lugar la atención a los problemas de salud mental en las cárceles españolas, además del impacto producido en la población penitenciaria por la Covid 19, y reflexiones en torno a algunos aprendizajes realizados durante este periodo, especialmente derivados de las excarcelaciones y progresiones de grado hacia la libertad que se han producido en este periodo.

Palabras clave: salud mental, procesos penal-penitenciarios, derechos.

Abstract: This text presents a synthetic review of the circumstances that configure the context in which attention to mental health problems takes place in Spanish prisons, in addition to the impact produced in the prison population by Covid 19, and reflections on around some learning carried out during this period, especially derived from the releases and progressions of degree towards freedom that have occurred in this period.

Key words: mental health, penal-penitentiary processes, rights.

Suele decirse que nadie conoce realmente cómo es una nación hasta haber estado en una de sus cárceles. Una nación no debe juzgarse por cómo trata a sus ciudadanos con mejor posición, sino por cómo trata a los que tienen poco o nada”.

Nelson Rolihlahla Mandela.

1. Introducción. La salud mental la cuestión penal-penitenciaria

Importa recordar que junto a la pretensión de escarmiento y disuasión del delito mediante el castigo, la misión constitucionalmente encomendada a la prisión es la reinserción del condenado; y que además, se encuentra con otras funciones inicialmente no previstas, entre las que me interesa destacar que la prisión es de hecho el gran hospital de pobres y marginados, que ejerce la

función vicariante del SNS convencional en la medida en que este está afectado por la llamada “ley de cuidados inversos” (1) que dedica sus esfuerzos al cuidado de la población más sana, dejando en la cuneta a los más necesitados, pero que no lo reclaman, quedando así la salud de población pobre adscrita a los sociales y familiares más desestructurados, fuera de los circuitos de atención.



Así sabemos que el 4,5% de la población penitenciaria en España tiene VIH frente al 1,5-3% de la población general, y alrededor del 10,5% de las personas presas tiene el virus de la Hepatitis C. (2); y una desproporción aún mayor en lo referente a tuberculosis. A su vez, entre el 4 y el 6% padece un proceso mental grave y entre el 30 y el 50% un trastorno relacionado con el consumo de drogas» (3).

Uno de los aspectos más llamativos es el número de personas presas con **discapacidad psíquica**: 1.661, 1.536 hombres y 125 mujeres. La población que cumple medidas de seguridad en los hospitales psiquiátricos penitenciarios (4) y, muy especialmente, quienes cumplen medidas de seguridad (que por definición no son penas de prisión) en las enfermerías o en los módulos ordinarios iiiiya que son rechazados como pacientes en la red general de salud mental !!, y esto a pesar de los sucesivos informes en contra del CPT (5) e incluso contando con una sentencia del Tribunal Supremo apoyando a CPT (6). Desde luego la relación entre la salud mental y el circuito penal penitenciario es una realidad manifiestamente mejorable, como bien escribió en su momento el actual Secretario General de IIPP (7)... y queda mucho, mucho por hacer!

En el aspecto organizativo, recordemos que toda la responsabilidad de IIPP esta transferida en Cataluña, donde depende de la Consejería de Justicia; y el País Vasco tiene transferida la responsabilidad de la Sanidad penitenciaria.

2. Rasgos más relevantes del contexto sociocultural e institucional, nacional e internacional. Y la dimensión del problema en España

2.1. La sociedad española parece estar seriamente afectada por la corriente llamada *punitivismo*, o populismo punitivo, que cofia en la cárcel como pena emblemática frente a los delitos, estando devaluadas otras penas alternativas, y sin que la perspectiva rehabilitadora que proclama nuestra constitución inspire demasiada confianza. Los legisladores y los administradores de las instituciones penal penitenciarias y sociosanitarias se ven también afectados por esta corriente, lo que explica que España sea junto con Reino Unido el país europeo con más población en cárceles (hasta 157 por cada 100.000 habitantes; actualmente

ha disminuido hasta 120 aproximadamente), aunque aún muy alejada de la población carcelaria en USA, que sigue siendo el adalid de este populismo punitivo antes señalado. Durante finales de siglo XX y comienzos del XXI, la población penitenciaria fue aumentando exponencialmente sin responder a un incremento de los delitos, si bien en los últimos años asistimos a un leve descenso. También la duración de las penas, y la estancia media de cada preso, es mayor que el promedio de la UE (una media de 22,2 meses en España. vs 8,9 meses de media europea) (8); y esto a pesar de la menor tasa delictiva que se da en España respecto otros países europeos.

2.2. Aspectos legislativos

- La LOGP fue una de las primeras leyes orgánicas de la democracia, aprobada con amplísima mayoría en el Parlamento en 1979. De reconocido contenido progresista en su momento, está necesitada de amplia revisión, especialmente por lo que atañe a dos cuestiones: la Sanidad Penitenciaria (pendiente de transferencia a las CCAA), y la adecuación de tantas otras cuestiones que se derivan de la Convención de ONU sobre derechos de las personas con discapacidad, de lo que luego diré algo más concreto.

- En lo que respecta al Código Penal, en los últimos años, se introdujeron cambios relevantes: a) mediante las modificaciones introducidas en 1995 se eliminó la redención de penas, con lo que se ampliaba la condena efectiva a cumplir; b) en 2003 se produjo la tipificación de más delitos y se dificultó el acceso al tercer grado; c) después llegó el endurecimiento de las penas por maltrato y por delitos al volante; d) y en 2015, nueva vuelta de tuerca con la “prisión permanente revisable”.

- Otra medida procesal que ha venido a complicar las cosas para personas con problemas e salud mental ha sido la celebración de juicios rápidos, en los que no hay ocasión de apreciar aquella circunstancia ni de tenerlo en cuenta en la sentencia.

2.3. Entre las iniciativas de IIPP

- La iniciativa que ha concitado mayores expectativas ha sido el “Programa de atención al interno

con enfermedad mental (PAIEM) (9) : diseñado para proporcionar a los presos que padecen “trastorno mental grave y crónico” (en su mayor parte pacientes psicóticos), su inclusión en programas de atención y actividades que tienen cierto paralelismo con los programas de rehabilitación psicosocial que se proporcionan en la red de salud mental comunitaria, aprovechando al máximo los recursos (de personal y material) existentes, propiciando la colaboración entre los médicos y personal sanitario junto a funcionarios adscritos a tratamiento penitenciario y a ONGs que intervienen en contexto penitenciario. Su estructura y funcionamiento se actualizó en una segunda versión, el PAIEM renovado en 2013. Como forma de dar continuidad al PAIEM se estableció el Programa Puente (11), para apoyar la salida y la (re) inserción del sujeto.

- En otro orden de temas, las Comisiones de análisis de casos, con participación de jueces, profesionales de la red sociosanitaria de salud mental y responsables de sanidad penitenciaria, para buscar alternativas a prisión para personas con condena y enfermedad mental y para identificar dispositivos donde cumplir medidas de seguridad en caso de inimputables (12).
- Se trabajaron documentos de consenso con amplia participación de profesionales e instituciones implicadas (13).
- Y, en cooperación con el Ministerio de Sanidad, y la Estrategia en Salud Mental del SNS, en se acordaron líneas de trabajo a seguir, con el horizonte de las transferencias al fondo (14).

Uno de los efectos más relevantes de estas medidas ha sido el dar visibilidad y reconocer el alto rango de relevancia del problema (cualitativo, sanitario, económico, y en todo lo referente a derechos...). Y fruto de estos esfuerzos organizativos han sido la mayor sensibilidad de algunas administraciones autonómicas: así por ejemplo ej. Andalucía, que ha establecido acuerdos con IIPP para proporcionar apoyo a atención psiquiátrica con centros penitenciarios, ej. en Córdoba 1 vez/ semana, y en Huelva, en Puerto de Sta. María...; en Madrid donde algunos dispositivos, ej. las unidades de hospitalización para tratamiento y rehabilitación cancelaron su tradicional criterio de no admisión a personas con “carga penal”,

pudiendo ya cumplir allí medidas de seguridad; o Murcia que ha trabajado de forma conjunta con todos los implicados un documento para definir los procedimientos y modos de tomar decisiones para personas con trastorno mental en el circuito penal penitenciario de la Comunidad; y sobre todo País Vasco, al asumir las transferencias de la Sanidad Penitenciaria, lo que ha supuesto una mejora importante en la calidad de la atención a la salud mental en el sistema penal-penitenciario (15). Aun así, el balance es que la claridad de las formas de actuación en los circuitos penal-penitenciarios es muy escasa, y la calidad sigue siendo muy precaria, manifiestamente muy mejorable, y queda mucho por hacer. Siguen los grandes problemas: desconexión con la red de salud mental general, desconcierto e incumplimiento de la legislación en el cumplimiento de medidas de seguridad, insuficiencia de recursos; y en el exterior, incomprensión, y una colección de redes de salud mental que a menudo no contienen ni apoyan de forma suficiente ni son accesibles ni eficaces para estos grupos población, tan difíciles, tan necesitados de atención.

2.4. Las institucionales internacionales

2.4.1. Instituciones europeas: Existe amplia documentación procedente de instancias europeas, principalmente Consejo de Europa y Comisión Europea que instan a los Gobiernos a mejorar las condiciones de atención a la salud y la salud mental de población penitenciaria, insistiendo en la necesidad de preservar la equivalencia de cuidados, y el que los profesionales sanitarios no dependan administrativamente de las IIPP para garantizar/preservar la función clínica diferenciándola con cualquier otra función de procedimiento penitenciario, y que tanto puede afectar a manejo de información, consentimiento informado, o cualquier otra decisión que suponga aplicación de métodos coercitivos (16).

2.4.2. La Convención de ONU sobre derechos de personas con discapacidad (17), y la necesidad de adecuar la legislación española. Esta Convención aprobada por Naciones Unidas en diciembre de 2005, y posteriormente ratificada por España sí supone obligación de cumplimiento por parte de los Estados firmantes, de modo que la legislación española tiene que hacer modificaciones importantes; de los proyectos de propuestas



modificación de alguna de ellas por parte del Gobierno (todo lo relacionado con tutelas y curateles, reconocimiento de necesidad de apoyo, etc.) estamos teniendo noticia en estos días.

Como nos recuerda Patricia Cuenca en su exhaustivo trabajo realizado desde el Instituto Francisco de Vitoria -Universidad Carlos III de Madrid, para el CERMI (18), en estos más de diez años de vigencia de la Convención el Estado español, hasta la fecha, ninguna de estas iniciativas de reforma ha afectado al ámbito penitenciario que forma parte -junto con otras muchas otras materias- de la amplia agenda legislativa que tiene pendiente del Estado español en la tarea de implementación de la Convención”. Estas son algunas de sus propuestas más significativas de ese trabajo:

41. *Hacer efectiva la transferencia de la sanidad penitenciaria a las Comunidades Autónomas, aumentar los recursos humanos y equipos sanitarios en prisión, crear equipos de atención a la salud mental, incorporar previsiones sobre el derecho a la rehabilitación, incluir medidas para garantizar la detección y comunicación de aquellas situaciones en las que la reclusión afecta negativamente a la salud física y mental de las personas internas, en especial de las personas con discapacidad, y para asegurar que las personas internas con discapacidad puedan disfrutar en igualdad de condiciones del derecho a la información médica y a la autonomía garantizando que las intervenciones y tratamientos médicos se realizan sobre la base de su consentimiento libre e informado.*
42. *Garantizar el acceso de las personas internas con discapacidad a todas las prestaciones y ayudas públicas que les puedan corresponder y promover la certificación oficial del grado de discapacidad y del grado de dependencia.*
43. *Asegurar que las personas con discapacidad reciben, en colaboración con los servicios socio-sanitarios y las entidades del tercer sector, una asistencia postpenitenciaria adecuada que potencie su autonomía y su inclusión en la comunidad y evite la reincidencia.*
44. *Potenciar y financiar específica, regular y adecuadamente la participación e intervención de las entidades especializadas en el*

apoyo a las personas con discapacidad en el medio penitenciario y en los mecanismos de desviación y programas de apoyo a la reinserción.

45. *Garantizar la formación adecuada del personal penitenciario en los derechos de las personas con discapacidad Para hacer efectivas estas recomendaciones se hace imprescindible la reforma de Ley Orgánica General Penitenciaria (1979) y de su Reglamento (1996).*

2.4.3 Las Reglas Nelson Mandela

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el 17 de diciembre de 2015 una Resolución que establece unas Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (19). Son las llamadas “Reglas Nelson Mandela” que, si bien no son vinculantes, es decir que no obligan a los Estados a su cumplimiento, se les supone un alto rango de influencia en la toma de conciencia y en la perspectiva con que se crean actitudes y se despliegan normas y servicios en todo el mundo. Se trata de un conjunto de 122 reglas que revisan e incorporan nuevos conceptos a las antiguas normas de Naciones Unidas sobre esta materia de 1955.

Otorgan gran importancia a la protección de las garantías básicas de las personas privadas de libertad, por ser uno de los grupos más vulnerables y en riesgo de sufrir abusos y malos tratos. Entro otras, instan a la prestación de servicios médicos a las personas privadas de libertad como una responsabilidad del Estado que debe gozar de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior (regla 24). También se ordena que la atención sanitaria deberá ser llevada adelante por un equipo de carácter interdisciplinario y que actúe con plena independencia clínica (regla 25); se incluye la obligación de llevar adelante un historial médico correcto, actualizado y confidencial que debe estar siempre a disponibilidad de la persona (regla 26). Se establece que solo podrán tomar decisiones médicas los profesionales de la salud competentes, y que el personal penitenciario no sanitario no podrá desestimar ni desoír esas decisiones (regla 27); se prescribe que toda decisión de permitir que un niño o niña permanezca con su madre o padre

en el establecimiento penitenciario se basará en su interés superior (regla 29). A su vez, alienta a los establecimientos penitenciarios a utilizar la prevención de conflictos, la mediación o cualquier otro mecanismo alternativo de solución de controversias para evitar faltas disciplinarias y evitar conflictos. Y añade que, en el marco de la entrevista que un profesional de la salud debe mantener cuando una persona ingresa a un establecimiento penitenciario –y también durante su estadía en él– no debe limitarse a las enfermedades o los malos tratos físicos que pueda haber recibido, sino que también debe tomar nota de “todo indicio de estrés psicológico o de otra índole causado por la reclusión” (regla 30). Se incorpora el respeto a la autonomía de los reclusos en lo que respecta a su propia salud, y se incluye el consentimiento fundamentado como base de la relación entre médico y paciente (regla 32); y se ordena que todo profesional de la salud que detecte algún indicio de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, debe documentarlo y denunciarlo (regla 34).

De forma muy especial, me interesa destacar la regla 109, en el que se sostiene que “no deben permanecer en prisión las personas a las que no se considere penalmente responsables o a quienes se diagnostique una discapacidad o enfermedad mental grave, cuyo estado pudiera agravarse en prisión, y se procurará el traslado de esa persona a centros de salud mental lo antes posible”. También alienta, cuando sea necesario, al tratamiento en centros especializados de otros reclusos con discapacidades o enfermedades mentales. Todo ello sin perjuicio del tratamiento psiquiátrico que debe dispensarse a todos los demás internos que lo necesiten” (19).

2.4.4. EL Comité para la Prevención de la Tortura y Trato Inhumano o Degradante (CPT), dependiente del Consejo de Europa

En su última visita a nuestro país, el CPT denunció que el acceso de las personas privadas de libertad a la atención psiquiátrica seguía siendo inadecuado en la mayoría de los centros penitenciarios que visitó. La delegación del CPT constató que la mayoría de personas privadas de libertad con arreglo a una medida de seguridad estaban alojadas en la enfermería de la prisión o en el módulo PAIEM. El tratamiento que recibían era

exclusivamente farmacológico y, según las palabras de la delegación, «eran visitados *de vez en cuando* por un psiquiatra; en caso necesario, eran trasladados a un hospital civil». La razón que esgrimieron los centros penitenciarios al CPT para alojar a estos pacientes en un centro penitenciario era que «las dos únicas instituciones psiquiátricas forenses del país (situadas en Sevilla y Alicante) estaban masificadas y no podían aceptar más pacientes». Por eso, la delegación europea volvió a insistir en que «los pacientes que estaban recibiendo atención psiquiátrica forense con arreglo a una medida de seguridad impuesta por un tribunal deberían ser alojados en un centro de atención sanitaria especializado, en donde se les pueda ofrecer un abanico mucho más amplio de medidas terapéuticas, rehabilitadoras y recreativas adecuadas a sus necesidades específicas» (5).

En el verano de 2018 el Tribunal Constitucional (TC) daba la razón al CPT al dictaminar que no es posible encerrar en una cárcel a una persona absuelta por haber cometido un delito del que no era consciente por estar afectada por una enfermedad mental. En la misma sentencia el TC lanzaba un mensaje al poder legislativo: se debe regular de manera pertinente la medida cautelar penal de internamiento en centro psiquiátrico. (6).

3. La pandemia Covid19 y su impacto en las prisiones y en la población reclusa. ¿Aprendimos algo, qué hemos aprendido?

Las características del entorno de las cárceles y de la población penitenciaria, con alta vulnerabilidad, hacían temer lo peor ante la llegada de Covid19 (población con mala salud, alta morbilidad de enfermedades infecciosas y drogodependencias; con una proporción de mayores de 50 años en torno a 20%; además de los problemas de salud mental), por lo que saltaron las alarmas en los distintos departamentos ministeriales en distintos países del mundo, y de organismos internacionales, produciendo normas y recomendaciones en su mayor parte gran parte recogidas en un reciente documento AEN (20).

Como muestra del impacto de esa alarma nos puede valer recordar que el diario inglés *The Guardian* advertía que en el sistema penitenciario de Reino Unido se podrían producir 800



muerres «evitables», un 1% de la población penitenciaria (21). Algo que se podría replicar en todos los países del mundo.

En España, la Orden dictada por el Ministerio del Interior el 15 de marzo, reconoce que los internos son un “*colectivo vulnerable*”, por lo que suspende todas las comunicaciones presenciales y todos los permisos, y adoptar una serie de medidas restrictivas, en cuanto a la movilidad de los internos, al acceso de familiares y profesionales extrapenitenciarios a los centros y a la supresión de talleres productivos, educativos y otros; todas ellas dirigidas a la prevención y al control de la enfermedad. La atención médica en las cárceles españolas se hacía especialmente difícil por el déficit de médicos en los Centros Penitenciarios, donde el 41,6% de las plazas se encuentran sin cubrir desde hace años.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el 23 de marzo una Guía dirigida a los Estados en la que recomienda tomar una serie de medidas para abordar la crisis del Covid-19 dentro de los establecimientos penitenciarios. Entre las distintas medidas que contempla y entiende deben ser adoptadas de inmediato, destaca “*la valoración cuidadosa del posible recurso a medidas no privativas de libertad en todas las etapas de la administración de la justicia penal*”.

En este mismo sentido, el Comité para la Prevención de la Tortura (CPT) del Consejo de Europa, en su declaración a los Estados, urge igualmente a realizar un “*mayor uso de alternativas a la prisión preventiva, conmutación de sentencias, libertad anticipada y libertad condicional*”. Y de forma análoga, otros organismos internacionales han hecho llegar este tipo de recomendaciones para el resto del mundo (22).

Tanto en Europa como en EEUU se toman medidas siguiendo esta perspectiva y estas recomendaciones: la forma más efectiva de evitar un brote inminente es reducir drásticamente las poblaciones de cárceles y prisiones procediendo por ejemplo a la liberación de todas las personas en prisión preventiva (o al menos todo aquel que pudiera pagar fianza), como sucedió en S. Francisco (23,24), en Nueva Jersey se aplazó suspendió el cumplimiento de 1.000 condenas. Estos pasos pueden reducir el hacinamiento en

algunas cárceles, pero muchas otras cárceles, y la mayoría de las cárceles, se ven mínimamente afectadas. Se requieren medidas adicionales, tales como la liberación de aquellos en alto riesgo de COVID-19 debido a la edad o condiciones subyacentes, aquellos condenados por un delito no violento o encarcelados por una violación técnica (sin delito) de libertad condicional, y aquellos con menos de 2 años de sus condenas restantes. En abril de 2020, el fiscal general de los Estados Unidos ordenó la liberación de muchas de esas personas encarceladas en cárceles federales, aunque no está claro el cumplimiento que tendrá esa orden (25). Y medidas similares se fueron tomando en otros países: Francia liberó a 5.000 internos que habían cumplido la mayor parte de su condena(26), Irán ha anunciado un indulto para 10.000 presos (27), Irlanda ha puesto en libertad a 200 presos (28), Finlandia ha pospuesto el cumplimiento de penas leves (29) y, en el Estado español, Interior puso en marcha a finales de marzo, la aplicación de medidas por las que más del 75% de los 7.182 presos en semilibertad, desplazarán el cumplimiento de sus penas en casa vigilados mediante pulseras de control telemático. Por otra parte, se procedió al vaciamiento de CIEs (centros de detención de extranjeros sin carga delictiva), llegando a cerrar alguno de ellos como el de Carabanchel-Aluche, en Madrid.

En cuanto a otras iniciativas e informaciones significativas que den cuenta de lo ocurrido en las cárceles españolas durante la pandemia, destacamos.

3.1. En el Parlamento Español, cabe destacar la que presentó el grupo parlamentario de Unidas Podemos, que pidió al Gobierno que se adoptaran medidas excepcionales para permitir a todos los presos clasificados en segundo -régimen ordinario- y en tercer grado penitenciario -semilibertad- que estuvieran disfrutando de permisos de salida antes de estallar la crisis pasaran a cumplir las penas en sus domicilios mientras dure la pandemia. Posteriormente, nueve grupos parlamentarios pidieron al Gobierno, a primeros de mayo, la puesta en libertad de aquellos reclusos “que presenten especial vulnerabilidad ante la covid-19”, entre los que sitúa aquellos que sufran “patologías previas serias, crónicas o agravadas por la edad -mayores de 65 años-, por conformar grupos de riesgo ante el contagio

de la pandemia”. El documento esgrime para ello las recomendaciones en este sentido de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la alta comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos; y la comisaría de Derechos Humanos del Consejo de Europa. El escrito también reclama que aquellos que hayan cumplido las tres cuartas partes de la condena (a partir de la cual un interno puede pedir la libertad condicional) sean excarcelados cuando “no presenten alto riesgo de reincidencia y/o presenten pronóstico favorable de reinserción social” (30). Parte de estas medidas ya las había adoptado Interior a partir de marzo, al extender a más del 77% de los 7.182 presos en semilibertad la modalidad de cumplimiento de sus penas en casa vigilados mediante pulseras de control telemático. Junto a ello, reclamaban otras medidas sanitarias, tales como “generalizar medidas de protección, examen de síntomas preventivo y diagnóstico rápido de personas en prisión”. También pide que se deriven “inmediatamente a centros hospitalarios de la red pública a quienes presenten síntomas o den positivo por enfermedad de covid-19”, y no se mantengan en las enfermerías de los presidios como se hace ahora con aquellos que no tienen síntomas de gravedad. También solicita que se facilite a los presos “conocimiento actualizado y accesible del desarrollo de la pandemia y de las medidas adoptadas, a nivel general y, en particular, dentro de las prisiones para prevenir y contener su propagación”. A su vez, pretende extenderla a los reclusos en segundo grado u ordinario, que en la actualidad son cerca de 35.000 de los 50.800 que hay en las cárceles dependientes del Ministerio del Interior, proponiendo que la policía pueda “efectuar controles aleatorios” para vigilar que el confinamiento domiciliario de los presos se cumple.

La propuesta también apela a que la reducción de población reclusa permitirá “reducir los riesgos de contagio” en las cárceles. Sin embargo, el Ministerio del Interior informó el pasado miércoles de que el impacto de la pandemia en estos centros es cuatro veces inferior al impacto en la población general.

3.2. Población penitenciaria afectada

A primeros de julio, el número de positivos total entre la población reclusa es de 84 (de unos

50.000 reclusos), lo que supone una tasa de menos de 2 por cada mil internos, mientras que entre la población general esa tasa es en torno a 5,5 positivos por cada mil habitantes. Se habían producido seis fallecimientos por coronavirus en prisiones (dos reclusos, con patologías previas importantes y más de 60 años y cuatro funcionarios). Además, Instituciones Penitenciarias tenía confirmados 274 trabajadores afectados. A ello habría que añadirlos resultados en Cataluña, no contabilizados en las cifras anteriores.

3.3. Otros incidentes

A su vez, hemos tenido noticias de prensa de situaciones conflictivas en algunas cárceles (Algeciras, Picasent, Ocaña, Estremera) que se resolvieron, al parecer, mediante negociación, sin que hubiera que lamentar daños) (31,32).

E igualmente, a lo largo del tiempo de alarma y confinamiento, se han producido documentos, manifiestos y acciones de solidaridad con los presos, reclamando atención a los derechos de los presos (a la salud y máximo respeto posible al resto de derechos en riesgo de ser conculcados durante la pandemia) por parte de instancias diversas, al que hemos sumado el documento Guía de la AEN, al que hicimos antes referencia (20).

También han llegado noticias de respuestas positivas de autoorganización de los reclusos para evitar al máximo la interacción de riesgo con los de fuera.

3.4. Comentarios finales.

A modo de conclusiones

Es muy probable que la cárcel tal y como hay la conocemos, institución de encierro y castigo e improbable capacidad rehabilitadora, capa de proporcionar un elevado sufrimiento a quien ahí aloja/atrapa esté llamada a desaparecer, más pronto que tarde. Y está por ver qué tipo de institución no enladrillada, de dispositivo ¿sociocomunitario? acuda al rescate de los más ¿desconcertados, turbulentos, difíciles, hostiles, desadaptados?

La experiencia amplia y casi sincronizada de excarcelaciones (que no de abandono de la res-



pensabilidad sobre el seguimiento del recluso, seguimiento muchas veces telemático, mientras estaba en su domicilio) en tantos países, que no se seguido, que sepamos, de problemas específicos de orden público, puede ayudarnos a pensar en alternativas más allá de las rutinas. Así, por ejemplo, es fácil estar de acuerdo con quienes se preguntan si la lógica punitiva que impera en nuestros días no nos está llevando a incumplir el mandato del art.72 LOGP de permitir los mayores márgenes de libertad a quien está preparado para ello; y, en relación con ello, preguntarnos por ejemplo cuántos internos clasifi-

cados en régimen ordinario, esto es, en centros penitenciarios con privación de libertad efectiva, podrían estar en tercer grado en sus domicilios (33-35). O, dicho en otros términos ¿será posible construir una sociedad con menos cárcel, con menso encierro, que se dote de otros métodos para reconducir los conflictos cuando se hayan acompañado de daños, entre sociedad, víctima y agresor? ¿Será posible pensar en la descarcación como un proyecto verosímil (36) será cierto que “otro Derecho Penal es posible” (37)? ¿Por qué no? Veremos.

Contacto

Mariano Hernández Monsalve ✉ hergoico@gmail.com
C/ Mauricio Legendre 31, 7º C • 28046 Madrid

Bibliografía

1. Hart JT. Care inverse law. *The Lancet*1971; 297 (7696): 405-412.
2. http://www.interior.gob.es/documents/642317/1202140/Informe_General_IIPP_2018_12615039X.pdf/8a50dca8-8e28-4fbed44-b5c95f12393a
3. <https://www.apdha.org/la-carcel-contra-la-salud/>
4. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Perez-Arnau F, Arroyo JM. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behavior and Mental Health*. 2011; jun15 doi. 10.1002/chm.815
5. <https://rm.coe.int/pdf/168076696c>
6. <http://hj.tribunalconstitucional.es/HJ/es/Resolucion/Show/25714>
7. Ortiz González AL. *Enfermedad mental y derecho penal: una realidad manifiestamente favorable* <https://www.abogacia.es/actualidad/noticias/enfermedad-mental-y-derecho-penal-una-realidad-manifiestamente-mejorable/>
8. Aebi, M. F., Tiago, M.M. & Burkhardt, C. (2016). SPACE I- Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations. Survey 2015. Strasbourg: Council of Europe.
9. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM)*. Disponible en: http://www.iipp.es/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf
10. *Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2009.
11. http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/PROGRAMA_DE_LAS_UNIDADES_PUENTE_xCISx.pdf
12. Comisión de Transversalidad de la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y Subcomisión Penitenciaria (Subdirección General de IIPP).

- Documento de consenso de las comisiones de análisis de casos de personas con enfermedad mental sometidas a penas y medidas de seguridad.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2012.
13. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Documento de consenso 2015. *Resocialización y alternativas para las personas con enfermedad mental sometidas a un proceso judicial.* SGIIPP. Ministerio del interior. Madrid 2015.
 14. Arroyo Cobo JM *Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo.*
 15. Bengoa A, Mateo-Abad M, Zulaika D, Vergara I, Arroyo-Cobo JM. Disponibilidad y uso de recursos de asistencia sanitaria en prisión según el modelo de transferencia: estudio comparativo en España. *Rev Esp Sanid Penit* 2018; 20: 23-32.
 16. Detenidos con discapacidad en Europa. Asamblea del Parlamento Europeo. 1 junio 2018. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=24813&lang=en>
 17. www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf
 18. Cuenca P. *La adaptación de la normativa penitenciaria española a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Informe propuesta.* CERMI. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Ed Cinca. Madrid 2019.
 19. Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (las Reglas Nelson Mandela). UNDOC Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Viena 2015. www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-Subeook.pdf
 20. Markez I, Munarriz M, Hernández M, Casaus P, Pérez E, Gordaliza A, Ventosa P, Carmona J, Fuster M, Concepción MA de, Barrenetxea O. *Guía Medidas urgentes en los centros penitenciarios durante esta pandemia de coronavirus, y para el próximo periodo.* Ed. AEN. <https://aen.es/guia-medidas-urgentes-en-los-centros-penitenciarios-durante-esta-pandemia-de-coronavirus/>
 21. www.theguardian.com/uk-news/2020/mar/21/prisons-could-see-800-deaths-from-coronavirus-without-protective-measures
 22. www.hrw.org/news/2020/04/06/asia-reduce-prison-populations-facing-covid-19
 23. https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2765271?guestAccessKey=caoe157d-d881-424b-75bfabbdod-793aod&utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jamainternalmedicine&utm_content=olf&utm_term=042820#ivp200011r6
 24. https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2765271?guestAccessKey=caoe157d-d881-424b-75bfab793bdod-aod&utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jamainternalmedicine&utm_content=olf&utm_term=042820#ivp200011r7
 25. https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2765271?guestAccessKey=caoe157d-d881-424b-bdod-75bfab793aod&utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jamainternalmedicine&utm_content=olf&utm_term=042820#ivp200011r8
 26. www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-le-ministere-de-la-justice-va-autoriser-la-liberation-de-5000-detenus-en-fin-de-peine_3881053.html
 27. www.theguardian.com/world/2020/mar/19/iran-to-pardon-10000-including-security-prisoners
 28. www.thejournal.ie/prisoners-released-coronavirus-charlie-flanagan-5052634-Mar2020/
 29. www.foreigner.fi/articulo/coronavirus/short-prison-sentences-are-postponed-due-to-the-coronavirus/20200318213547004_863.html
 30. <https://elpais.com/espana/2020-05-01/unidas-podemos-pide-a-interior-el-confinamiento-domiciliario-de-los-presos-con-permiso.html>



31. www.elmundo.es/espana/2020/04/30/5ea866e421efa09f1c8b458b.html
32. <https://arainfo.org/solidaridad-en-tiempos-de-pandemia-como-el-coronavirus-ha-llegado-a-las-carceles/>
33. <https://kaosenlared.net/la-gestion-del-covid-19-dentro-de-las-carceles-reflexiones-y-sentimientos/>
34. *Las cárceles, espacios para la privación de la libertad y de la salud* <https://ctxt.es/es/20191120/Firmas/29720/observatorio-social-la-caixa-salud-carceles-suicidios-europa.htm>
35. <https://arainfo.org/solidaridad-en-tiempos-de-pandemia-como-el-coronavirus-ha-llegado-a-las-carceles>
36. Rivera I. *Deescarceración*. Tirant lo Blanc. Valencia 2018.
37. Segovia Bernabé JL. Otro derecho penal es posible: la alternativa restaurativa. *Documentación social* 2011; 161, pag: 67-85.

• Aceptado: 02/07/2020.

Vínculo tras el rechazo emocional posnatal: caso clínico.

Bonding after post-emotional rejection: clinic case.

Ingrid Ximenez de Embun Ferrer (1), Idaira Izquierdo Hidalgo (2).

(1) Psicóloga Clínica Interna Residente - Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

(2) Psicóloga Perinatal y Profesora asociada en la Universidad de Almería, La Laguna.

Resumen: El puerperio es considerado en sí mismo como un agente promotor de activación biológica y como un escenario de conflictos intrapsíquicos: no solo se confronta la identidad maternal, sino que confronta el imaginario de la madre en relación al bebé gestado¹. Bajo este paradigma, el presente caso (a) aborda la actitud de rechazo de la madre hacia su hijo prematuro considerándola una actitud evitativa en un escenario de encuentro entre la madre con el hijo, así mismo (b) ahonda en las diferentes hipótesis teóricas para la ocurrencia de la actitud de rechazo de las madres teniendo en cuenta los criterios clínicos de trastorno fóbico para el diagnóstico diferencial.

Palabras Clave: caso clínico, rechazo emocional, fobia, vínculo, intervención psicoterapéutica.

Abstract: The puerperium is considered as a promoter of biological activation and as a setting of intrapsychic conflicts: it not only confronts the maternal identity but also confronts the imaginary of the mother in relation to the pregnant baby¹. Under this paradigm, the present case (a) addresses the attitude of rejection of the mother towards her premature child considering it an avoidant attitude in the encounter between the mother and the child, likewise (b) explore the different theoretical hypotheses for the occurrence of the attitude of rejection of the mothers taking into account the clinical criteria of phobic disorder for differential diagnosis.

Key words: clinical case, emotional rejection, phobia, bonding, psychotherapeutic intervention.

Introducción

El periodo perinatal es una etapa que involucra muchos cambios hormonales y psicosociales que convergen y fluctúan a lo largo del puerperio. El periodo gestacional permite a los futuros padres y al bebé la oportunidad de prepararse tanto biológica como psicológicamente para el

nacimiento, así como para un proceso conceptualizado como “anidación psicobiológica”¹. La preparación psicológica supone un proceso de adaptación cognitiva, en las representaciones sobre el futuro hijo y sobre sí mismos como padre y madre, pero también supone una adap-

Nota del Autor: Ingrid Ximenez de Embun Ferrer - ORCID iD: 0000-0002-7396-8368. No tenemos ningún conflicto de interés a declarar.

tación afectiva e instrumental, en los aspectos prácticos que requiere la aparición de un nuevo miembro familiar. De hecho, la evidencia científica de las últimas décadas ha asociado estas fluctuaciones adaptativas en el proceso biopsicosocial de las gestantes con el inicio, recaída o exacerbación de diferentes trastornos mentales de las gestantes². Es en este contexto donde la sintomatología afectiva, así como la ansiedad suceden foco principal para la exploración e indagación de la psicopatología perinatal. La relevancia de estas variables a estudio recae en el hecho de ser considerados factores de riesgo para la alteración en el desarrollo del vínculo entre madre e hijo³.

El vínculo materno-infantil hace referencia al establecimiento temprano de una relación afectiva de la madre hacia su hijo que se caracteriza por sentimientos positivos y de calidez emocional⁴. Bajo este paradigma teórico, los trastornos del vínculo se presentan en el 7,1% al 8,6% de las madres de la población general^{5,6} y se presentan en el 10-30% de las mujeres que requieren asistencia psiquiátrica tras el parto, aunque pueden presentarse sin trastorno psicopatológico materno^{5,7}.

Es preciso señalar que el vínculo madre-hijo surge en la interacción biológica de dependencia entre la madre y el bebé⁸. Si bien es cierto que esta relación diádica se desarrolla en los primeros años tras el nacimiento, esta emerge hacia la unión simbólica entre madre e hijo constituyéndose como referente para vínculos posteriores. Se acepta entonces que “los vínculos suceden como proceso para estructurar la realidad del individuo, sirven como marco de referencia estableciendo límites y prohibiciones”⁹. Recuperando la propuesta de Bion (1992)¹⁰, el vínculo es un proceso bidireccional en el que el psiquismo del niño influye en el de la madre y viceversa, incorpora procesos de comunicación y aprendizaje¹¹.

Aunque el trastorno del vínculo se mencionó por primera vez en el DSM- III, los criterios se han revisado sustancialmente desde ese momento, y no precisamente desde los manuales diagnósticos¹². Los criterios del DSM-5 mantienen una distinción entre dos tipos básicos de trastorno de vinculación reactiva: 1) inhibido, en el que el niño generalmente es retraído y busca la proximidad de sus cuidadores, y 2) indiscriminado, en el cual el niño

busca la proximidad y el contacto con cualquier cuidador disponible, un complejo de respuestas conocido como sociabilidad indiscriminada¹³. Es uno de los pocos diagnósticos en las nosologías estándar que se aplican a niños menores de 3 años. El trastorno de vinculación temprana madre-hijo no ha sido reconocido en la actual Clasificación Internacional de Enfermedades¹⁴.

Brockington (2011)¹⁵ propone una primera clasificación teórica en relación a la alteración del vínculo temprano entre madre-bebé mediante tres características principales: (a) expresión materna de aversión, resentimiento u odio hacia el niño; (b) expreso deseo de renunciar permanentemente a la atención; o (c) el deseo de que el bebé desaparezca. El autor (2006)¹⁶ establece dos categorías dependientes de la gravedad -leve y severa- para el diagnóstico (ver Tabla 1).

Bajo este paradigma, Brockington (2019)³ formula el marco teórico para considerar las particularidades del trastorno del vínculo tras el parto. Así, el autor considera el trastorno como un síndrome: “Síndrome de Rechazo Emocional” del bebé constituido por una tríada de síntomas:

- a. Respuesta emocional anormal hacia el bebé, caracterizada por distanciamiento afectivo, rechazo, aversión o incluso odio;
- b. Deseo de escapar de los cuidados del bebé desarrollando conductas evitativas o de huida, relegando el cuidado o renunciando;
- c. Ideas pasivas de muerte hacia el bebé.

En cuanto a las condiciones necesarias y suficientes que pudieran explicar la alteración del vínculo materno-filial, la literatura se mantiene virgen y yerma sin poder llegar a identificar factores predisponentes, desencadenantes o de vulnerabilidad. A pesar de ello, Lia, Ceriani, Cravedi y Rodríguez (2005)¹⁷ identifican que nacer antes del periodo gestacional de los 9 meses, crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica tanto en el niño como en la madre y el padre. Los autores señalan como el nacimiento prematuro del bebé conlleva una interrupción en el proceso de anidación psicobiológica. En esta dirección, Ammaniti (1991)¹⁸ y Stern (1997)¹⁹ también anticipan cómo un nacimiento prematuro interrumpe el proceso normal de las gestantes de construcción de representaciones maternas y específicas.

Tablas 1a-b: *Clasificación de las alteraciones del vínculo según Brockington (2011)¹⁵.***Tabla 1a: TRASTORNO LEVE: Alteración del vínculo**

La madre experimenta retraso en la vinculación, ambivalencia o pérdida de la respuesta emocional materna hacia el bebé. Criterios A y C son necesarios.

- A. La madre, o bien expresa decepción por sus sentimientos maternos, o bien se siente distanciada del bebé.
- B. La amenaza de rechazo o el rechazo establecido no se observa. C. El trastorno ha durado al menos una semana.
- C. Estos sentimientos son angustiantes y generan una demanda de ayuda por parte de la familia o profesional.

Tabla 1b: TRASTORNO SEVERO: Rechazo del bebé

Carencia materna de una respuesta emocional positiva hacia el bebé. Se manifiesta un deseo de renuncia del bebé. Pueden identificarse dos tipos de rechazo: Amenaza de rechazo o Rechazo establecido. La principal diferencia entre uno y otro reside en la permanencia de la renuncia.

1. Amenazas de rechazo

En las madres con amenaza de rechazo, el bebé no es bien recibido existiendo un deseo de transferir temporalmente su cuidado. No se observa una marcada aversión hacia el niño/a ni se expresa el deseo de su “desaparición”.

2. Rechazo establecido. Criterios A, B y C son necesarios.

- A. La madre expresa aversión, resentimiento u odio hacia su bebé.
- B. Expresión de un deseo de renunciar permanentemente a la atención y el cuidado.
- C. Experimentar un deseo de que el niño/a desaparezca.

En consecuencia, la existencia de respuesta emocional y pensamientos egodistónicos particulares en la alteración del vínculo, conducen a la madre a desarrollar conductas que interfieren en el buen desarrollo de sus competencias maternas²⁰. Se acepta que la experiencia subjetiva de temor irracional frente un objeto, animal o situación, viene a conceptualizarse y comprenderse como fobia. El encuentro del sujeto con el objeto situación fóbica activa y desencadena un cortejo sintomático donde en el eje cardinal se coloca a la ansiedad. Desde el punto de vista psicoanalítico, hablar de fobia comporta la idea de que existe un conflicto intrapsíquico que ha sido desplazado y simbolizado en el objeto o situación fóbicos²¹.

Este contexto nos permitiría establecer nuevos escenarios para poder comprender la actitud de aquellas madres que, tras el parto, desarrollan conductas de rechazo hacia el recién nacido considerándolas incluso en rango fóbico. De forma análoga al funcionamiento descrito en una situa-

ción fóbica, el presente caso aborda la actitud de rechazo de la madre hacia su hijo -tras el parto prematuro- considerándola una actitud evitativa en un escenario de encuentro entre el sujeto/madre con el objeto-situación fóbicos/el hijo.

A Propósito de un Caso Clínico

Lucas, nace por cesárea a las 26 semanas de edad gestación. Tras un mes de ingreso de la madre por riesgo de pérdida fetal, el parto es inducido al identificar marcadores de sufrimiento fetal.

La madre -de 39 años-, había recibido atención prenatal adecuada según protocolo de abortos de repetición establecido por su Hospital de referencia. Lucas es el 5^o embarazo mediante técnicas de reproducción asistida -todos ellos mediante fecundación in vitro- siendo el primero de los cinco anteriores embarazos que prospera tras el parto; los tres primeros suceden abortos anteriores a la 13^a semana y el cuarto, muerte fetal precoz a la 25^a semana. Al nacer, los puntajes

de APGAR de Lucas son persistentemente bajos tras el retest presentando un esfuerzo respiratorio mínimo e ineficaz, una frecuencia cardíaca baja y un tono pobre, criterios clínicos objetivos que conducen a la intubación de Lucas mediante ventilación con presión positiva. La intubación coincide con una mejoría del ritmo cardíaco, la actividad y la aparición de alguna gesticulación o reflejo. Lucas pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales –UCIN– para la monitorización de constantes y se inician los tratamientos no farmacológicos como minimizar los estímulos ambientales. Se realiza una ecografía cerebral y un EEG para diagnóstico diferencial y de forma paralela se mantiene a la madre ingresada para el seguimiento posparto correspondiente.

Desde la UCIN se solicita interconsulta al equipo de Salud Mental Perinatal para la madre quien presenta sintomatología afectiva, decaimiento del estado de ánimo y afecto ansioso tras hacerle la propuesta de poder conocer a Lucas en la UCIN rechazando el encuentro con Lucas. Acudimos a valorar a la madre transcurridas 6 horas posparto; a nuestra llegada, la madre está consciente y orientada en las tres esferas; abordable y colaboradora. Psicomotrizmente tranquila y limitada funcionalmente por la reciente cesárea. Euprosexica. No se objetivan fallos mnésicos en la exploración grosera. Niega sintomatología confusional durante su ingreso. Presenta facies hipomímicas. Lenguaje coherente, inducido, con latencia del tiempo de respuesta aumentada, parco en contenido y centrado en la negativa a visitar a Luca. Presenta ánimo hipotímico, labilidad emocional durante la entrevista congruente con el contenido. Impresiona de afecto ansioso secundario a las complicaciones gestacionales motivo de ingreso y prematuridad del parto. No desesperanza ni ideación auto/hetero agresiva en el momento actual. Niega alteraciones sensorperceptivas o ideas de cáliz delirante. Oresxia y somnia conservadas.

Discusión y Abordaje Terapéutico del Caso

La evidencia científica contempla como, tras partos difíciles o traumáticos, una falta de respuesta emocional hacia el recién nacido por parte de la madre puede ser una respuesta normal²². Si bien es cierto, la alteración en el afecto dirigida al recién nacido, la ausencia de sentimientos de afec-

to, ansiedad, irritabilidad, hostilidad, rechazo o impulsos agresivos hacia el bebé constituyen el cuerpo clínico característico para desembocar en trastorno del vínculo¹⁶. A pesar de que las principales clasificaciones de las enfermedades psiquiátricas no contemplan la categorización nosológica de los trastornos del vínculo, estos se presentan en el 7.1-8.6% de las madres de la población general⁶.

La relevancia de esta variable de interacción radica en el hecho de que se ha descrito la repercusión de la dificultad de vinculación madre-hijo en el comportamiento y desarrollo posterior del bebé²³. Así mismo, numerosa literatura científica ha permitido ahondar en como el correlato entre el estado emocional de la madre modula a nivel cualitativo y cuantitativo el espacio de encuentro entre la madre y el hijo destacando los estudios relacionados con el grado de ansiedad materna²⁴, el estrés percibido y la presencia de depresión²⁵.

Sin duda, y específicamente en relación con la ansiedad, esta puede capitanear comportamientos de evitación, problemas de atención y de preocupación dónde la repercusión a corto y medio plazo de esta ausencia de interacción entre madre y bebé conllevaría una merma en el desarrollo del infante²⁶ y un viraje hacia conductas propias de una fobia. En el presente caso, la madre de Lucas debutó tras el parto con actitudes de rechazo hacia el recién nacido llegando a negarse a compartir el mismo espacio-entorno que Lucas bajo la justificación de no identificar al recién nacido como su hijo.

Hipótesis del caso. Abordaje terapéutico

El espacio de encuentro entre la madre y Lucas sucede escenario en el que la madre se confronta con sus temores. Así, no se cuestiona que el puerperio es considerado en sí mismo como un agente promotor de activación biológica, pero para la madre de Lucas sucede a su vez como escenario para los conflictos intrapsíquicos de la madre: no solo se confronta la identidad maternal sino que, en el caso presente, la prematuridad de la llegada del bebé, confronta el imaginario de la madre en relación al bebé gestado. Tal como Coderch (2003)²¹ señala, no podemos dejar de pensar que las respuestas fóbicas son indicativas de procesos regresivos en la medida en que colocan a la persona en una posición de

temor e indefensión frente a ciertas situaciones donde el conflicto, la ansiedad y los peligros vividos inconscientemente en el mundo interno, son desplazados y vividos en el mundo externo.

El objetivo estructural de la intervención psicoterapéutica con la madre de Lucas radica en moldear la dificultad de vinculación. Al iniciar el abordaje terapéutico con la madre, se establecen dos directrices de trabajo u objetivos principales:

- a. Identificar las expectativas y atribuciones de la madre en relación con la maternidad y a las capacidades parentales y relacionales;
- b. Identificar el corolario imaginario en relación a la propia gestación-parto así como al bebé.

De algún modo, estos preceptos permiten establecer los puntos de partida para la construcción de la narración simbólica de la gestación y, con-

secuentemente, poder permitir la emergencia de la prematuridad y el conflicto vivido. Es pertinente remarcar que las funciones yoicas y el criterio de realidad de la madre se hallan bien conservados, elementos imprescindibles para mantenernos en una construcción del caso desde una posición prominentemente neurótica.

El cumplimiento de los objetivos cardinales pasaría por la elaboración de una propuesta psicoterapéutica breve (ver *Tablas 2a-2e*) que permitiría que la madre de Lucas pudiera re-elaborar su historia vincular entrando en un estado compartido y sintónico con Lucas. Así, los objetivos secundarios señalados en cada una de las sesiones de la propuesta psicoterapéutica emergen con el fin de poder identificar los mecanismos de defensa de la madre que median en el rechazo hacia Lucas y fomentar el tránsito hacia respuestas que permitan favorecer la vinculación madre-bebé.

Tablas 2a-2e: *Objetivos e intervenciones desarrolladas en cada sesión.*

Tabla 2a: 1ª SESIÓN. Tras el parto	
Objetivos específicos	Intervenciones
Iniciación de la narrativa del proceso de gestación; descripción y construcción del corolario imaginario de la madre.	Re-elaborar la historia vincular de la madre incorporando la dimensión del apego propio con el fin de identificar el tipo de relaciones afectivas con los otros y la capacidad de percibirse a sí misma como proveedora de protección y cuidado.
Tabla 2b: 2ª SESIÓN. En la UCIN	
Objetivos específicos	Intervenciones
Duelo y pérdida: abandonar mecanismos de negación inherentes al proceso de parto.	Señalar mecanismos de defensa centrados en la evitación experiencial; aceptar, experimentar emociones, adaptarse y reubicar emocionalmente la pérdida (Worden, 1991) de la simbolización y constructo de gestación/maternidad.
Tabla 2c: 3ª SESIÓN. En la UCIN: primer encuentro	
Objetivos específicos	Intervenciones
Recrear al bebé como sujeto diferenciado; permeabilidad hacia la intersubjetividad.	Potenciar la presencia de: <ol style="list-style-type: none"> a) Habilidades cognitivas: los pensamientos o representaciones mentales acerca del bebé que permiten realizar incluso atribuciones de personalidad y comportamiento a partir de la observación y las primeras interacciones; b) Habilidades emocionales: la empatía y el placer en la interacción; c) Comportamientos asociados a las prácticas de salud en función del bienestar del bebé: participar en los cuidados del bebé, acompañar durante el pase de los médicos, mantenerse informada de la evolución y progreso de forma activa.

Tabla 2d: 4ª SESIÓN. En la UCIN: delante de la incubadora	
Objetivos específicos	Intervenciones
Hacia a mentalización y actitud especular de la madre.	Abordar la capacidad reflexiva de la madre con respecto las necesidades de Lucas.
Tabla 2e: 5ª SESIÓN. En la UCIN: contacto	
Objetivos específicos	Intervenciones
Definición de las competencias parentales desde la concordancia afectiva (Stern, 1988 & 1999).	Fortalecimiento de la madre en sus recursos psicológicos y sociales; empoderar a la madre en su nuevo rol de madre por medio de un componente motivacional (el vínculo materno-fetal) y un componente instrumental (las prácticas de salud) (Roncallo, 2015).

La sincronización entre madre y bebé permitiría un espacio ideal de encuentro y acoplamiento psicobiológico y una resonancia con efecto regulador de tono positivo e intrínsecamente organizativo. Según recoge Hill (2018)²⁸, este proceso repercute de forma similar en las redes neuronales que median en los procedimientos de regulación afectiva de modo que la resonancia afectiva permite una condición metabólica ideal para el crecimiento neuronal en términos de desorganización y reorganización.

Conclusiones

La experiencia relacional más fundamental en la vida del niño, especialmente en los decisivos primeros meses, es la calidad del vínculo con la madre o con una figura sustituta^{29,30}. Ella es la principal fuente de satisfacción de sus necesidades (la misma que las anteriores) La disarmonía relacional madre-hijo se expresa así en una variada sintomatología que puede afectar a la gestación, el período puerperal y todo el transcurso del desarrollo del niño. A pesar de ello, esta disarmonía puede modificarse a través de una intervención psicosocial^{3,15,23,27}.

De forma adicional, la literatura revisada identifica como el nacimiento de un bebé prematuro ocasiona elevados niveles de angustia en el entorno familiar y tiene repercusiones de diversa índole que pueden afectar al desarrollo de un vínculo afectivo de calidad entre el bebé y el cuidador principal, generalmente la madre^{18,17,19,20}. Condicionalidad que debe ser tenida en cuenta a la hora de abordar y encuadrar las intervenciones psicoterapéuticas con los padres.

El espacio de encuentro entre la madre y el hijo sucede escenario en el que la madre se confronta con sus temores. Así, el puerperio es considerado en sí mismo (a) como un agente promotor de activación biológica y (b) como un escenario de conflictos intrapsíquicos: no solo se confronta la identidad maternal sino que, en el caso presente, la prematuridad de la llegada del bebé, confronta el imaginario de la madre en relación al bebé gestado²¹. Es evidente que esta propuesta pudiera resultar reduccionista si solo aceptáramos estas variables en juego; es por ello por lo que, a lo largo de las sesiones desarrolladas anteriormente, se ha tenido en cuenta que Lucas es fruto de un 5º intento de fecundación asistida y, por lo tanto, es preciso incorporar en este corolario imaginario, los precedentes y antecesores a Lucas.

Del mismo modo, la literatura coincide en aceptar que los trastornos afectivos, así como la ansiedad influyen de forma negativa en el periodo prenatal pudiendo repercutir en el crecimiento intrauterino del feto, nacimientos prematuros, la regulación neurológica del neonato y problemas de conducta en la infancia³¹. Todo ello, tal y como se ha expuesto en apartados anteriores, sesgaría la posibilidad de facilitar un buen vínculo entre madre-hijo.

La intervención con la madre de Lucas permite aportar evidencia clínica en cuanto a la implicación y repercusión de la intervención precoz ante una respuesta materna identificada como factor de riesgo para el trastorno vincular entre madre e hijo. El abordaje terapéutico orientado a potenciar las habilidades cognitivas y emocionales de la madre, así como la aproximación hacia la actitud

reflexiva y de mentalización, contribuyen a la sincronización de la díada madre-bebé permitiendo una re-elaboración de la funcionalidad materna.

Los resultados de diversas investigaciones acerca del vínculo materno-fetal alumbran la importancia de conocer los factores que se ponen de manifiesto en la filiación afectiva de la madre hacia su hijo no nato. Esta perspectiva permite la planificación y adecuación de intervenciones en el periodo prenatal, con el fin de cuidar el desarrollo físico del feto y la vinculación posterior del bebé con su madre^{23,32}. Una intervención de estas características debe ser concebida necesariamente desde un enfoque interdisciplinar en donde la evaluación y detección de factores de riesgo psicosociales contribuya a mejorar la salud materno-fetal, funcionando a su vez como red de apoyo para la madre.

Por último, secundamos la propuesta descrita por Roncallo (2015)²³ en relación con las prácticas concernientes a la atención temprana. La autora señala como tradicionalmente estas se centran en el periodo evolutivo de 0 a 6 años; si bien es cierto que, a la luz de las evidencias científicas, el vínculo madre-hijo se empieza a forjar en la etapa gestacional, bajo esta contemplación, se advierte como el vínculo descrito en el periodo neonatal puede asumirse como un continuo del existente en el embarazo, derivando en prácticas de salud fundamentales para el desarrollo del feto.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no presentar fuentes de financiación o relación personal alguna que pudiera provocar un conflicto de interés en relación con el presente documento.

Contacto

Ingríd Ximenez de Embun Ferrer ✉ ingridximenez@live.com ☎ 34/664 369 964
Servicio de Salud Mental, Hospital Universitario de Canarias
Carretera de Ofra s/n • 38320 San Cristóbal de La Laguna, Tenerife (España).

Referencias

- Jofré, R. y Enríquez, D. Nivel de estrés de las Madres con Recién nacidos Hospitalizados en la UCIN Hospital Guillermo Grant. *Ciencia y Enfermería* 2002; 8: 31-36.
- Frías, A. [et al.]. Obsessive-compulsive disorder in the perinatal period: epidemiology, phenomenology, pathogenesis, and treatment. *Anales de psicología* 2015; 31(1): 1-7.
- Brockington, I. Salud mental materna y trastornos del vínculo en el posparto. *Psicosomática psiquiátrica* 2019; 8: 52-65.
- Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D. y Glover V. A new Mother-to-infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8(1): 45-51.
- Palacios Hernández B. Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Rev Univ Ind Santander Salud* 2016; 48(2): 164-176.
- Van Bussel, J.; Spitz, B. y Demyttenaere, K. Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond: reliability and validity of the dutch version of the MPAS, PBQ and MIBS. *Arch womens ment Health* 2010; 13(5): 373-384.
- Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004; 363(9405): 303-310.
- Benhaim, D. Intersubjetividad y vínculo. *Psicoanálisis e intersubjetividad* 2012; 6: 5-11.
- Burutxaga, I. [et al.]. Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de psicoanálisis* 2018; 15: 1-17.
- Bion, W. R. *Cogitations*. London: Karnac; 1992.
- Pichon-Rivière, E. *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1985.

12. American Psychiatric Association-APA. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III*. Barcelona: Masson; 1984.
13. American Psychiatric Association-APA. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015.
14. Organización Mundial de la Salud-OMS. *10ª revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para diagnóstico, CIE-10*. Madrid: Méditor, 1992.
15. Brockington I. Maternal rejection of the young child: Present status of the clinical syndrome. *Psychopathology* 2011; 44(5): 329-336.
16. Brockington, I.; Fraser, C. y Wilson, D. The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9(5): 233-242.
17. Lía, A., Ceriani, J.M., Cravedi, V. y Rodríguez, D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Archivos argentinos de pediatría* 2005; 103: 36-45.
18. Ammaniti, M. Maternal representations during pregnancy and early infant mother interactions. *Psychiatr Infant* 1991; 34(2): 341-58.
19. Stern, D. *La constelación maternal: la psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós; 1997.
20. Barudy, J. y Dantagnan, M. *Los buenos tratos en la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa; 2005.
21. Coderch, J. Las fobias como respuesta a la ansiedad. *Temas de psicoanálisis* 2003; VIII-IX: 165-179.
22. Navarro, P. [et al.]. Non-psychotic psychiatric disorders after child-birth: prevalence and comorbidity in a community sample. *J Affect Disord* 2008; (1-2): 171-176.
23. Roncallo, P.; Sánchez, M. y Arranz, E. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología* 2015; 8(2): 14-23.
24. Glover, V. Annual research review: Prenatal stress and the origins of psychopathology. An evolutionary perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2011; 52: 356-367.
25. Milgrom, J. [et al.]. Stressful impact of depression on early mother-infant relations. *Stress and Health* 2006; 22: 229-238.
26. Dubber, S. [et al.]. Postpartum bonding: the role of prenatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of women's mental Health* 2014; 18: 187-195.
17. Worden, W. *El tratamiento de duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós; 1991.
28. Hill, D. *Teoría de la regulación del afecto. Un modelo clínico*. Barcelona: Eleftheria; 2015.
29. Kimelman M. Psicopatología del bebé. En Almonte y Montt (dir.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp.16-28). Santiago: Editorial Mediterráneo; 2013.
30. Lecannelier F. *Apego e Intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago Chile: Editorial LOM; 2006.
31. Goecke, T. [et al.]. The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre-and postpartum depression in first-time mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2012; 286: 309-316.
32. Muñoz, M.; Poo, AM.; Bajeza, B. y Bustos, L. Riesgo relacional madre- recién nacido. Estudio de prevalencia y variables asociadas. *Rev Chil Pediatr* 2015; 86(1): 25-31.

• Recibido: 23/05/2020.

• Aceptado: 02/07/2020.

Percepción de la tolerancia al distanciamiento social a lo largo del estado de alarma: estudio descriptivo en profesionales sanitarios y pacientes con trastorno mental grave.

Perception of tolerance to social distancing throughout the state of alarm: a descriptive study in health professionals and patients with severe mental disorder.

Olalla Varela Besteiro, Psicóloga Clínica*.

Vanesa Corella Bazaco, Médico Psiquiatra*.

César García Lemos, Diplomado en Terapia Ocupacional*.

Rosario Montero Barrado, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería*.

Silvia Elena Mejía Cardona, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería*.

* Unidad de Hospitalización, Tratamiento y Rehabilitación Psiquiátrica (UHTR), Clínica San Miguel – Hermanas Hospitalarias, Madrid, España.

Resumen: La Organización Mundial de la Salud sugirió medidas de distanciamiento social para la contención y mitigación de la velocidad de propagación de la enfermedad COVID-19. En la presente investigación tenemos como objetivo describir la percepción de tolerancia a diferentes condicionantes relacionados con el distanciamiento social en situación de estado de alarma, en un grupo formado por pacientes y profesionales de una Unidad de Hospitalización, Tratamiento y Rehabilitación Psiquiátrica (UHTR); así como, nos proponemos describir si existen diferencias significativas entre estos momentos temporales para cada grupo. Fueron evaluados 17 pacientes ingresados con diagnóstico de trastorno mental grave y 10 profesionales de la unidad mediante un cuestionario ad hoc heteroadministrado. Los resultados indican que el grupo de pacientes tiene mayores dificultades para tolerar no salir a los 45 días, ambos grupos refieren bastante dificultad para tolerar no relacionarse con personas externas a la unidad y/o domicilio, así como para tolerar no ser partícipes de espacios grupales (terapéuticos o sociales). Sin embargo, el grupo de pacientes tolera adecuadamente a lo largo del tiempo no mantener contacto físico con otras personas en comparación con los profesionales. Se observan diferencias entre los diferentes momentos temporales para determinadas condiciones en el grupo de pacientes, no resultando así para el grupo de profesionales. Tanto en el grupo de pacientes como de profesionales, se evidencia dificultad para tolerar diferentes situaciones que impliquen distanciamiento social, siendo necesario poder plantearse protocolos de intervención en situaciones de alerta sanitaria, específicos según el tipo de población, que tengan en cuenta los aspectos anteriormente descritos.

Palabras clave: distanciamiento social, COVID-19, trastorno mental grave, profesionales sanitarios.



Summary: The World Health Organization suggested social distancing measures for the containment and mitigation of the speed of spread of the COVID-19 disease. In this research we aim to describe the perception of tolerance to different conditioning factors related to social distancing in a state of alarm, in a group made up of patients and professionals from a Psychiatric Hospitalization, Treatment and Rehabilitation Unit (UHTR); as well as, we propose to describe if there are significant differences between these time moments for each group. Seventeen hospitalized patients diagnosed with severe mental disorder and 10 professionals from the unit were evaluated using a hetero-administered ad hoc questionnaire. The results indicate that the group of patients has greater difficulties to tolerate not going out after 45 days, both groups report enough difficulty to tolerate not relating to people outside the unit and / or home, as well as tolerating not being part of group spaces (therapeutic or social). However, the group of patients adequately tolerates over time not maintaining physical contact with other people compared to professionals. Differences are observed between the different time points for certain conditions in the group of patients, not being so for the group of professionals. Both in the group of patients and professionals, there is evidence of difficulty in tolerating different situations that involve social distancing, and it is necessary to be able to consider intervention protocols in health alert situations, specific to the type of population, taking into account the aspects previously described.

Key words: social distancing, COVID-19, severe mental disorder, health professionals.

Introducción

El 7 de enero de 2020 las autoridades chinas identificaron un nuevo virus de la familia *Coronaviridae* como causante de un brote de casos de neumonía ocurridos en la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei. El virus se ha denominado SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19 (1).

En España, el primer caso de coronavirus se detectó el 31 de enero de 2020 en la Isla de la Gomera, siendo el 24 de febrero cuando se detectaron los primeros casos en la Península. El 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud declaró el brote de coronavirus como pandemia (2), y tres días después el Gobierno de España decretó el estado de alarma en todo el territorio nacional por un periodo de quince días para afrontar la situación de emergencia sanitaria provocada por la COVID-19, prorrogando el mismo cada quince días, manteniéndose vigente en el mes de mayo (3).

Una de las medidas que se disponen en el decreto de estado de alarma implica la limitación de libertad de circulación de las personas, por el cual se restringe el uso de vías o espacios de uso público, únicamente para la realización de acti-

vidades determinadas y que deberán realizarse individualmente (4). Asimismo, esta pandemia ha traído esfuerzos sin precedentes para instituir la práctica de distanciamiento físico en países de todo el mundo, lo que resulta en cambios en los patrones de comportamiento y funcionamiento habitual del día a día en múltiples contextos y poblaciones (5). Específicamente, en hospitales especializados en población psiquiátrica, la COVID-19 ha implicado diferentes reformas y desafíos en relación a la gestión, estructura e intervenciones a llevar a cabo (6-8).

El aislamiento social, “vivir sin compañía, apoyo social o conexión social”, se ha identificado como un fuerte predictor de morbilidad y mortalidad a largo plazo en población general, comparable a factores de riesgo establecidos como hipertensión, diabetes, tabaquismo y consumo excesivo de alcohol (9).

La Organización Mundial de la Salud sugirió el aislamiento social, limitación de la movilidad, o cuarentena de la población, como la estrategia más efectiva en la contención y mitigación de la velocidad de propagación de la infección COVID-19

y evitar el colapso de los sistemas estatales de salud (10). No obstante, las condiciones que propician el aislamiento social se configuran como un estresor no normativo que incrementa la posibilidad de presentar por primera vez problemas mentales, o la exacerbación o recurrencia de trastornos mentales preexistentes (11). Las personas con trastornos mentales graves pueden ser particularmente vulnerables dado que a menudo informan de redes sociales empobrecidas y menor apoyo social (9, 12).

Teniendo en cuenta estos aspectos, en la presente investigación nos proponemos describir, en tres momentos temporales diferentes a lo largo de 45 días, la percepción de tolerancia a diferentes condicionantes relacionados con el distanciamiento social y experimentados en situación de estado de alarma, en una muestra conformada por pacientes y profesionales de una Unidad de Hospitalización, Tratamiento y Rehabilitación Psiquiátrica (UHTR). Los condicionantes seleccionados son: no poder salir, ausencia de relación implicando presencia física, ausencia de contacto físico con otros, y, finalmente, no poder ser partícipe de espacios grupales. Nos preguntamos si el grupo de pacientes presenta una percepción de tolerancia diferente a la de los profesionales para estos condicionantes en cada uno de los momentos temporales de evaluación, así como si existen diferencias en la percepción entre estos momentos temporales, tanto en el grupo de pacientes como en el de profesionales.

Metodología

Diseño

Estudio descriptivo longitudinal prospectivo de una muestra conformada por pacientes y profesionales de una Unidad de Hospitalización, Tratamiento y Rehabilitación Psiquiátrica (UHTR) integrada en la Red de Salud Mental y Rehabilitación de la Comunidad de Madrid.

Muestra

Fueron evaluadas un total de 27 personas, de las cuales el 63% (n=17) fueron pacientes ingresados en la unidad y el 37% (n=10) fueron profesionales. Todos los pacientes estaban diagnosticados de trastorno mental grave (13),

específicamente el 70,6% (n=12) tenían un diagnóstico principal de trastorno psicótico, y el 29,4% (n=5) de trastorno de personalidad (diagnósticos acordes a los criterios DSM-IV-TR (14)). Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron los siguientes: estar vinculado de manera presencial a la unidad como paciente o profesional en el periodo de estado de alarma, tener la capacidad de juicio de realidad conservada en el periodo de evaluación, y manifestar la conformidad para participar en el estudio mediante consentimiento informado escrito. Se excluyeron del estudio a pacientes que han realizado el confinamiento, parte o total del mismo, en su domicilio.

Procedimiento

La evaluación, en forma de entrevista semiestructurada en la que se utilizó un cuestionario ad hoc heteroadministrado, fue llevada a cabo por parte de la psicóloga clínica especialista de la unidad. La evaluación fue realizada en tres momentos diferentes del periodo de estado de alarma, decretado el 14 de marzo de 2020: el primer momento temporal (T₁) fue a los 5 días desde el comienzo del decreto, el segundo (T₂) a los 16 días, y el tercero (T₃) a los 45 días.

Instrumentos

Entrevista semiestructurada mediante cuestionario heteroadministrado elaborado ad hoc por los autores, para la medición de la percepción de tolerancia a diferentes condicionantes relacionados con el distanciamiento social inherentes a la situación de estado de alarma. El enunciado del cuestionario fue el siguiente: "Evalúa cómo es tu tolerancia ante las siguientes situaciones relacionadas con el estado de alarma", el cual debía ser contestado con respuestas diseñadas en una escala de 3 puntos de tipo Likert que va de 0 a 3 según la intensidad (0 = *No me afecta*; 1 = *Lo tolero con algo de dificultad*; 2 = *Lo tolero con bastante dificultad*; 3 = *No lo tolero en absoluto, me está desbordando*).

Se llevó a cabo la medición de diferentes variables entre las que hemos seleccionado para este estudio las siguientes: 1. *No poder salir* (SALIR) (con respecto a pacientes refiriéndose a no poder salir del recinto hospitalario, para profesionales



refiriéndose a no poder salir del domicilio, únicamente para actividades básicas justificadas); 2. *No poder relacionarme directamente con más personas que las de cada día* (RELACIÓN) (para pacientes refiriéndose a la ausencia de relación con presencia física más allá de la relación establecida con otros pacientes y profesionales de la unidad, para profesionales refiriéndose a la ausencia de relación más allá de la establecida con pacientes, otros profesionales de la clínica, y convivientes en el domicilio); 3. *No poder tener contacto físico con los demás* (CONTACTO) (para profesionales refiriéndose al contacto físico más allá del establecido con los convivientes); 4. *No poder realizar actividades grupales* (GRUPOS) (para pacientes refiriéndose a espacios terapéuticos de tipo grupal, para profesionales, a espacios sociales de tipo grupal).

Análisis estadístico

El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS v.22. Para la descripción de prevalencias para el grupo de pacientes y el grupo de profesionales, y en cada uno de los momentos temporales, se utilizaron tablas de contingencia, así como el estadístico chi cuadrado para analizar diferencias significativas entre variables nominales, y el no paramétrico U de Mann-Whitney para analizar las diferencias en variables ordinales. Se utilizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para determinar las diferencias entre los diferentes momentos de evaluación para cada grupo.

Resultados

Características sociodemográficas

Para el grupo de pacientes la edad estuvo comprendida entre 22 y 52 años (Media: 37,41; DE: 8,55), y para el de profesionales entre 29 y 48 años (Media: 39,50; DE: 6,88).

En cuanto a la variable sexo, en el grupo de pacientes el 47,1% (n=8) fueron hombres y el 52,9% (n=9) fueron mujeres, y en el de profesionales el 40% (n=4) fueron hombres y el 60% (n=6) fueron mujeres. No se encontró una asociación significativa entre pertenecer a un grupo específico y las variables edad ($U=75.500$; $p=0,633$) y sexo ($\chi^2=0,127$; $p=0,722$).

Prevalencia de tolerancia en cada momento temporal y diferencias entre grupos

En cuanto a la variable SALIR, en el grupo de pacientes en el primer momento temporal se observó el porcentaje más elevado para la respuesta “algo” (41,2%, n=7), en el segundo momento temporal el mayor porcentaje fue para la respuesta “no me afecta” (52,9%, n=9), y en el tercer momento para la respuesta “algo” (52,9%, n=9). En profesionales, se mantuvo el mayor porcentaje para la respuesta “algo de dificultad” a lo largo de los tres periodos temporales (T1: 80,0%, n=8; T2: 40,0%, n=4; T3: 70,0%, n=7), junto al de la respuesta “bastante dificultad” (40,0%, n=4) en el segundo momento temporal. Se observaron diferencias significativas entre los dos grupos para la variable SALIR en el tercer momento temporal ($p=0,037$) (Tablas 1, 2, y 3).

Para la variable RELACIÓN, en el primer momento temporal el grupo de pacientes obtuvo los porcentajes más elevados para las respuestas “no me afecta” (35,3%, n=6) y “algo de dificultad” (35,3%, n=6). En los momentos temporales posteriores el porcentaje más elevado correspondió a la respuesta “bastante dificultad” (T2: 47,1%, n=8; T3: 58,8%, n=10). Para el grupo de profesionales en el primer momento temporal los porcentajes más elevados fueron para las respuestas “algo de dificultad” (30,0%, n=3) y “bastante dificultad” (30,0%, n=3), manteniéndose está última como la respuesta más prevalente en los dos momentos temporales posteriores (T2: 60,0%, n=6; T3: 50,0%, n=5). No se observaron diferencias significativas en esta variable entre los grupos en ningún momento temporal (Tablas 1, 2, y 3).

Para la variable CONTACTO, en el grupo de pacientes la respuesta “no me afecta” fue la que obtuvo mayor porcentaje en los tres momentos temporales (T1: 70,6%, n=12; T2: 47,1%, n=8; T3: 47,1%, n=8). En el grupo de profesionales, la respuesta más prevalente fue “bastante dificultad” para los tres momentos temporales (T1: 40,0%, n=4; T2: 50,0%, n=5; T3: 40,0%, n=4), junto a la respuesta “algo” (40,0%, n=4) en el último momento temporal. En los tres momentos temporales existieron diferencias significativas entre los grupos para esta variable (T1: $p=0,003$; T2: $p=0,002$; T3: $p=0,037$) (Tablas 1, 2, y 3).

Para la variable GRUPOS, en el grupo de pacientes se observó el porcentaje más elevado en el primer momento temporal para la respuesta “no me afecta” (76,5%, n=13), en el segundo momento temporal para las respuestas “no me afecta” (41,2%, n=7) y “algo” (41,2%, n=7), y en el tercer momento para la respuesta “bastante dificultad” (52,9%, n=9). Para profesionales, el porcentaje más elevado en el primer momento fue para la respuesta “algo” (40,0%, n=4), en el segundo momento para la respuesta “bastante” (50,0%, n=5), y en el tercer momento para las respuestas “algo” (50,0%, n=5) y “bastante” (50,0%, n=5). Existen diferencias significativas entre grupos para esta variable en los dos primeros momentos temporales (T1: $p=0,002$; T2: $p=0,018$) (Tablas 1, 2, y 3).

Diferencias significativas entre momentos temporales según grupo

En el grupo de pacientes se observaron diferencias significativas para la variable SALIR entre los momentos temporales 2 y 3 ($p=0,013$), para la variable RELACIÓN entre los momentos 2 y 3 ($p=0,02$), y 1 y 3 ($p=0,004$), para la variable CONTACTO no se observaron diferencias significativas entre los momentos temporales, y para la variable GRUPOS existieron diferencias significativas entre los 3 momentos temporales (T1-T2: $p=0,014$; T2-T3: $p=0,004$; T1-T3: $p=0,001$). En el grupo de profesionales, no se evidenciaron diferencias significativas entre los diferentes momentos temporales para ninguna variable (Tabla 4).

Discusion

En relación con los objetivos planteados, los resultados indican en primer lugar, que el grupo de pacientes a los 45 días tiene significativamente mayores dificultades para tolerar el no salir que el grupo de profesionales, habiendo referido la mayoría de pacientes en los dos primeros momentos de evaluación, tener leves dificultades o no sentirse afectados, respectivamente. Se ha observado en ciertas poblaciones en diferentes contextos de cuarentena, la probabilidad de experimentar periodos de monotonía y aburrimiento, baja motivación, y necesidad de adaptarse a la convivencia con otras personas, mientras a su vez, se da la separación de amigos y familiares por largos periodos de tiempo (15-17). Teniendo

en cuenta que en diferentes poblaciones con antecedentes psiquiátricos pueden aparecer síntomas clínicos tras un periodo de cuarentena (18), en el grupo de pacientes podría agravarse su vivencia emocional negativa, así como mostrar dificultades para llevar a cabo estrategias de afrontamiento y de regulación emocional adaptativas (19, 20), pudiendo experimentar, por otra parte, baja autoestima, sensación de marginación, incluso un cierto autoestigma, al darse la condición de compartir la mayoría de espacios únicamente con otras personas con patología mental y profesionales sanitarios (21), contribuyendo estos factores, junto a la de estar separados de familia y/u otras personas de confianza, al incremento de dificultad para tolerar no salir tras 45 días de confinamiento. En cuanto al grupo de profesionales, si tenemos en cuenta la condición de exposición a mayor recepción de información sobre la enfermedad, además del propio miedo y realidad de poder exponerse a la misma (22), se podría entender la menor dificultad para tolerar a lo largo del tiempo el hecho de no poder salir, aunque serían necesarias más investigaciones al respecto.

En cuanto a la ausencia de relación -implicando presencia física- con personas externas a la unidad y/o domicilio, ambos grupos presentan mayores dificultades de tolerancia conforme avanzan las semanas, no observándose diferencias significativas en ningún momento temporal. Este resultado podría llamar la atención en el caso del grupo de pacientes si consideramos que algunas personas con trastorno mental grave tienden a vivir alienadas del mundo externo, pudiendo en su grado más extremo sustituir la relación con el mundo externo por la relación con el mundo interno (23). Sin embargo, teniendo en cuenta las múltiples teorías desde diferentes ámbitos de la psicología -entre otras, Fairbairn desde el psicoanálisis relacional-estructural, (24); Norbet Elias desde la psicología social (25), Safran y Segal desde la psicología cognitiva-interpersonal (26)-, e incluso de la neurobiología -Siegel desde la neurobiología interpersonal (27, 28)-, los resultados encontrados van en la línea de lo reflejado por estas aportaciones en las que se describe la importancia de las relaciones interpersonales como factores que modulan la identidad y autoconciencia de la persona, además



de satisfacer la necesidad de pertenencia (29). Específicamente, en población con enfermedad mental grave, se ha visto la importancia de las relaciones sociales en el proceso de recuperación, siendo beneficiosas en términos de llevar a cabo estrategias de afrontamiento saludables y fomentar sentimientos de autoeficacia y autoestima (9, 30, 31).

Los resultados relacionados con la tolerancia a no poder mantener contacto físico con otros, se observan diferencias significativas entre los dos grupos en los tres momentos temporales. La mayoría de pacientes refiere en los diferentes momentos de evaluación una tolerancia adecuada a no poder mantener contacto físico con otros, sin embargo, la mayoría de profesionales muestra bastante dificultad en este aspecto a lo largo del tiempo, a pesar de la oportunidad de cercanía física con las personas convivientes. Acorde con los resultados observados en el grupo de profesionales, existe un consenso científico general con que las personas funcionan y se sienten mejor cuando se sienten cercanos a los demás, estando la cercanía social conceptualizada como una necesidad psicológica fundamental, un nutriente corporal, o un elemento crítico ante el estrés y el afrontamiento (32).

Por otra parte, el espacio personal juega un papel importante en las interacciones sociales, proporcionando una zona de seguridad, la cual, cuando se ve interferida, puede conllevar la percepción de amenaza para la integridad psicológica o biológica del individuo en cuestión. En estados patológicos, particularmente en la esquizofrenia, el funcionamiento normal del mecanismo de defensa de lo que percibimos amenazante puede verse considerablemente alterado, pudiendo llevar a distorsiones en la percepción de la realidad de una amenaza, y por lo tanto recurriendo al distanciamiento y evitación (33). Si tenemos en cuenta además que muchas personas con patología mental grave perciben falta de corporeidad y alteraciones de la imagen corporal (34), junto con un estilo de apego predominantemente evitativo, descrito en diversas investigaciones en este tipo de población (35, 36), podría explicarse en parte la adecuada tolerancia a la ausencia de contacto físico por parte de este grupo.

Con respecto a la necesidad de espacios grupales, se observan diferencias significativas entre

el grupo de pacientes y el de profesionales en los dos primeros momentos temporales, evidenciándose mayor tolerancia a la ausencia de estos espacios por parte de los pacientes. Este grupo podría tolerar mejor en los primeros momentos la ausencia de espacios grupales debido a las dificultades que tienden a experimentar ante estos espacios terapéuticos, en relación tanto a la interacción interpersonal, con tendencia a la evitación de la misma, como a la acentuación de los temores más primarios referidos a perder la individualidad, temores que en mayor o menor medida son inherentes al individuo en grupo (37, 38). A pesar de ello, en el tercer momento temporal se evidencia una menor tolerancia a la ausencia de espacios grupales en el grupo de pacientes, pudiendo este resultado ir acorde con la necesidad de relación evidenciada en los resultados descritos anteriormente, a lo que se podría sumar, entre otras, la necesidad de paliar los sentimientos de soledad que este tipo de población sienten con mayor intensidad que en población general (39, 40). Asimismo, en el grupo de profesionales, si tenemos en cuenta la necesidad de pertenencia que experimentamos las personas en diferentes contextos y que ha sido descrita por diversos teóricos (29, 41), no sorprendería la dificultad de tolerancia a la ausencia de situaciones grupales observada en este grupo, aun pudiendo darse la situación de convivir con familiares o personas cercanas durante el confinamiento.

Si añadimos a los aspectos anteriormente descritos, que en el grupo de pacientes se evidencia un incremento significativo a lo largo de los diferentes momentos temporales en la dificultad para tolerar no poder salir, no poder relacionarse de forma presente con personas externas a la unidad, y no poder tener espacios terapéuticos grupales, podría deducirse la necesidad del paciente de sentirse integrado en el mundo interpersonal y de la comunidad. Así, los espacios terapéuticos grupales pueden representar un microcosmos social donde se dan situaciones compartidas y universalizadas, y pueden crearse las mismas vivencias interpersonales que sienten los pacientes en el exterior (42-45), por lo que cabría señalar su relevancia como potenciadores de la integración en diferentes ámbitos, la cual es uno de los objetivos últimos de los modelos de intervención para la recuperación de perso-

nas con patología mental grave, y conlleva, de igual forma, fomentar espacios y experiencias en contextos cotidianos familiares, sociales y comunitarios (13, 46, 47).

Como implicaciones de los resultados observados, en los que se evidencian dificultades, en mayor o menor medida, para tolerar el distanciamiento social tanto en pacientes como en profesionales, cabría tener en cuenta en unidades psiquiátricas de rehabilitación en situación de confinamiento, espacios terapéuticos grupales generadores de experiencias interpersonales. En la unidad referida en el presente estudio, a los 50 días de vigencia de estado de alarma, se inician espacios intrahospitalarios de estas características, manteniendo un encuadre favorecedor de la prevención adecuada con respecto a la COVID-19, y resultando estos el medio principal para satisfacer la necesidad mínima de cercanía e inclusión, así como un medio de acompañamiento, elaboración y contención de la ambivalencia, incertidumbre y frustración, reconocidas por los pacientes ante la necesidad de medidas preventivas como es el confinamiento, y la necesidad de poder continuar con sus proyectos vitales y terapéuticos hacia la inclusión en contextos sociales, familiares y comunitarios -lo que iría en consonancia con uno de los objetivos últimos de derivación y estancia en la unidad-. Así, teniendo en cuenta lo descrito, en esta situación cabrían plantearse espacios terapéuticos de inclusión no solo intrahospitalarios, sino de externalización en el medio familiar y/o comunitario, de manera progresiva y preventiva, pero sin obviar las necesidades relacionales y de pertenencia.

Conclusiones

Las dificultades de tolerancia al distanciamiento experimentadas por pacientes y profesionales, justificarían plantearse la realización de proto-

colos de prevención e intervención en situaciones de alerta sanitaria que contemplen medidas potenciadoras de espacios relacionales, de pertenencia y de integración, adaptadas a los diferentes tipos de población. Específicamente, para personas con patología mental grave que realizan estancias medias en centros hospitalarios, estas medidas, asumiendo la relevancia de la prevención, deberían contemplar acciones de intervención tanto en el interior como exterior de la unidad, que fuesen en consonancia con los planes estratégicos de salud mental que “fomentan el máximo nivel posible de autonomía personal y participación social, la humanización de la asistencia y el rechazo a la discriminación” (48).

Limitaciones

En este estudio cabe tener en cuenta algunas limitaciones derivadas del tamaño de la muestra, de la evaluación del constructo de percepción de tolerancia con la dificultad de objetivarlo, y de la comparación de la percepción de los dos grupos, pacientes y profesionales, la cual puede estar sesgada no solo debido a la subjetividad de la misma, si no también debido a la diferencia de condiciones de confinamiento a las que se han visto sometidos los pacientes con respecto a los profesionales en el estado de alarma. Así, las condiciones de no salir y de ausencia de espacios grupales tienen conceptualizaciones diferentes para cada grupo.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A Mariano Hernández Monsalve por sus orientaciones, sugerencias y acompañamiento en la elaboración del presente trabajo.

Contacto

Olalla Varela Besteiro. Psicóloga Clínica
☎ 699 137 448 ✉ olalla.varela@hotmail.com
C/Arturo Soria 204 • 28043 Madrid • España



Bibliografía

1. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA - J Am Med Assoc* 2020;323(11):1061–9.
2. Zaar MH, Ávila M-BG. El Covid-19 en España y sus primeras consecuencias O Covid-19 na Espanha e suas primeiras consequências La Covid-19 en Espagne: premiers conséquences The Covid-19 in Spain and its first consequences. *Espaço e Econ* 2020;(17).
3. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. COVID-19: Estatal y Autonómico. 2020.
4. Ministerio de la Presidencia relaciones con las cortes y memoria democrática. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE nº 67 de 14 de marzo de 2020. Boe. 2020;(14 de marzo):25390–400.
5. Tracy M, Norris FH, Galea S. Differences in the determinants of posttraumatic stress disorder and depression after a mass traumatic event. *Depress Anxiety* 2011;28(8):666–75.
6. Xiang YT, Zhao YJ, Liu ZH, Li XH, Zhao N, Cheung T, et al. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. *Int J Biol Sci* 2020;16(10):1741–4.
7. Adalja AA, Toner E, Inglesby T V. Priorities for the US Health Community Responding to COVID-19. *JAMA - J Am Med Assoc* 2020;323(14):1343–4.
8. Kavoor AR. COVID-19 in People with Mental Illness: Challenges and Vulnerabilities [published online ahead of print, 2020 Apr 8]. *Asian J Psychiatr* 2020;51:102051.
9. Giacco D, Palumbo C, Strappelli N, Catapano F, Pribe S. Social contacts and loneliness in people with psychotic and mood disorders. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2016;66:59–66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.12.008>
10. Caballero-Domínguez CC, Campo-Arias A. Problemas de salud mental en la sociedad: un acercamiento desde el impacto del COVID 19 y de la cuarentena. *Duazary*. 2020;17(3):1–3.
11. Sanders, R. ESSS Outline: Covid-19, social isolation and loneliness. Iriss 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.31583/esss.20200422>
12. Lim MH, Gleeson JFM, Alvarez-Jimenez M, Penn DL. Loneliness in psychosis: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2018;53(3):221–38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-018-1482-5>
13. Madoz-Gúrpide A, Martín JCB, Sanmartín ML, Yagüe EG. The need of a new integral approach to patient care with severe mental disorder thirty years after the psychiatric reform. *Rev Esp Salud Pública* 2017;91:1–11.
14. American Psychiatric Association (APA). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson, 2000.
15. Smith N, Barrett E. Coping with life in isolation and confinement during the Covid-19 pandemic. *The Psychologist* [Internet]. 2020 Mar. Disponible en: <https://thepsychologist.bps.org.uk/coping-life-isolation-and-confinement-during-covid-19-pandemic>
16. Bartone P T, Krueger G P, Bartone J V. Individual differences in adaptability to isolated, confined, and extreme environments. *Aerosp Med Hum Perform* 2018;89(6):536–546.
17. Leach J. Psychological factors in exceptional, extreme and torturous environments. *Extrem Physiol Med* 2016;5(1):7.
18. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10227):912–20. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
19. O'Driscoll C, Laing J, Mason O. Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia, a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2014;34(6):482–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.07.002>
20. Meyer B. Coping with severe mental illness: Relations of the brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *J Psychopathol Behav Assess*. 2001;23(4):265–77.
21. Stewart JL. The ghettoization of persons with severe mental illnesses. *Ment Heal Soc Incl*. 2019;23(1):53–7.
22. Alcalá FG. Conjurar el miedo: El concepto Hogar – Mundo derivado de la pandemia COVID-19. *Re-lais* 2020;3(1):22–6.
23. Hernández V. *Locura, mundo interno y transferencia*. En: Hernández V. *Las psicosis. Sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*. Barcelona: Herder Editorial, 2013; p. 33–64.

24. Sutil CR. SECCIÓN ESPECIAL: PSICOPATOLOGÍA Y PERSONALIDAD coordinada por Carlos Rodríguez Sutil Contribución de W. R. D. Fairbairn al estudio de la patología de la personalidad. *Intersubjetivo. Rev. Psicoter., Psicoanalítica Salud* 2003;(1988):155–62.
25. Sunyer JM. *Escritos grupoanalíticos. Todo un tiempo aprendiendo*. Madrid: Vivelibro, 2018; p.101-116.
26. Safran JD, Segal ZV. *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Buenos Aires: Paidós, 1994.
27. Siegel DJ. *The developing mind*. New York: Guilford Press, 1999.
28. Rodríguez B, Fernández A, Bayón C. *Neurobiología Interpersonal*. En: Palomo T, Jiménez MA, editores. *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad, 2009; p.107-14.
29. Farhad D. *Taking the Group Seriously: Towards a Post-Foulkesian Group Analytic Theory*. J. Kingsley, 1998.
30. Schön UK, Denhov A, Topor A. Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *Int J Soc Psychiatry*. 2009;55(4):336–47.
31. Thomas EC, Muralidharan A, Medoff D, Drapalski A L. Self-efficacy as a mediator of the relationship between social support and recovery in serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2016;39(4):352–360. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/prj0000199>
32. Kok BE, Fredrickson BL. Wellbeing Begins with “We.” *Wellbeing*. 2013;VI:1–29.
33. Nechamkin Y, Salganik I, Modai I, Ponizovsky AM. Interpersonal distance in schizophrenic patients: Relationship to negative syndrome. *Int J Soc Psychiatry*. 2003;49(3):166–74.
34. Hedlund L, Gyllensten AL. The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *J Bodyw Mov Ther* [Internet]. 2010;14(3):245–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2009.03.002>
35. Ringer JM, Buchanan EE, Olesek K, Lysaker PH. Anxious and avoidant attachment styles and indicators of recovery in schizophrenia: Associations with self-esteem and hope. *Psychol Psychother* 2014;87(2), 209-221.
36. Crawford TN, John Livesley W, Jang KL, Shaver PR, Cohen P, Ganiban J. Insecure attachment and personality disorder: A twin study of adults. *Eur J Pers* 2007;21(2), 191-208.
37. Seguimiento grupal de pacientes psicóticos en la red pública de salud mental de la comunidad autónoma vasca. Gobierno Vasco [Internet]. 2009 Jul. Disponible en: https://www.osakidetza.eus/kadi.eus/contenidos/informacion/2009_oste_ba_publicacion/es_def/adjuntos/D_09_06.%20Seguimiento%20grupal.pdf
38. Sunyer JM. *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. El proceso de co-construcción de un conductor de grupos*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2008.
39. Lim MH, Gleeson JFM, Alvarez-Jimenez M, Penn DL. Loneliness in psychosis: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2018;53(3):221–38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-018-1482-5>
40. Liebke L, Bungert M, Thome J, Hauschild S, Gescher DM, Schmahl C, et al. Loneliness, social networks, and social functioning in borderline personality disorder. *Personal Disord* 2017;8(4), 349–356. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/pero000208>
41. Weber, J. Mark Kopelman, Shirli Messick D. Personality and Social Psychology Review. *Personal Soc Psychol Rev*. 2004;8(3):220–47.
42. Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books, 1985.
43. Cano DV. *Trabajo con psicóticos*. 1994;1–12.
44. Ribé JM. Psicoterapia analítica grupal con psicóticos: teoría y adaptaciones técnicas. *Temas de Psicoanálisis*. 2017;13:1–32.
45. Alanen YO, De Chávez MG, Silver ALS, Martindale YB. *Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: Historia, desarrollo y perspectivas*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2008.
46. Guinea Roca R, Guinea R. La psicoterapia en el proceso de recuperación de personas con enfermedad mental grave. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2017;37(131):207–26.
47. Hernández M, Nieto P. *Psicoterapia y rehabilitación en Pacientes con psicosis*. Madrid: Grupo 5, 2011.
48. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud, 2018.



Tabla 1. Descripción y comparación de los porcentajes para cada condición por grupo diagnóstico a los 5 días de estado de alarma (T1)					
		Pacientes n=17 -% (n)	Profesionales n=10 -% (n)	U de Mann-Whitney	p
Salir	NO	29,4 (5)	10,0 (1)	84,500	0,978
	ALG	41,2 (7)	80,0 (8)		
	BAS	23,5 (4)	10,0 (1)		
	DES	5,9 (1)	0 (0)		
Relación	NO	35,3 (6)	20,0 (2)	59,500	0,180
	ALG	35,3 (6)	30,0 (3)		
	BAS	29,4 (5)	30,0 (3)		
	DES	0,0 (0)	20,0 (2)		
Contacto	NO	70,6 (12)	10,0 (1)	29,000	0,003
	ALG	11,8 (2)	30,0 (3)		
	BAS	17,6 (3)	40,0 (4)		
	DES	0,0 (0)	20,0 (2)		
Grupos	NO	76,5 (13)	20,0 (2)	29,000	0,002
	ALG	23,5 (4)	40,0 (4)		
	BAS	0,0 (0)	30,0 (3)		
	DES	0,0 (0)	10,0 (1)		

Los resultados estadísticamente significativos se muestran en **negrita**.

NO: No me afecta; ALG: lo tolero con algo de dificultad; BAS: lo tolero con bastante dificultad; DES: no lo tolero en absoluto, me está desbordando.

Tabla 2. Descripción y comparación de los porcentajes para cada condición por grupo diagnóstico a los 16 días de estado de alarma (T2)					
		Pacientes n=17 -% (n)	Profesionales n=10 -% (n)	U de Mann-Whitney	p
Salir	NO	52,9 (9)	20,0 (2)	53,000	0,087
	ALG	29,4 (5)	40,0 (4)		
	BAS	17,6 (3)	40,0 (4)		
	DES	0,0 (0)	0,0 (0)		
Relación	NO	29,4 (5)	0,0 (0)	54,000	0,089
	ALG	23,5 (4)	30,0 (3)		
	BAS	47,1 (8)	60,0 (6)		
	DES	0,0 (0)	10,0 (1)		
Contacto	NO	47,1 (8)	0,0 (0)	25,500	0,002
	ALG	35,3 (6)	30,0 (3)		
	BAS	17,6 (3)	50,0 (5)		
	DES	0,0 (0)	20,0 (2)		
Grupos	NO	41,2 (7)	10,0 (1)	40,500	0,018
	ALG	41,2 (7)	30,0 (3)		
	BAS	17,6 (3)	50,0 (5)		
	DES	0,0 (0)	10,0 (1)		

Los resultados estadísticamente significativos se muestran en **negrita**.

NO: No me afecta; ALG: lo tolero con algo de dificultad; BAS: lo tolero con bastante dificultad; DES: no lo tolero en absoluto, me está desbordando.

Tabla 3. Descripción y comparación de los porcentajes para cada condición por grupo diagnóstico a los 45 días de estado de alarma (T3)

		Pacientes n=17 -% (n)	Profesionales n=10 -% (n)	U de Mann- Whitney	p
Salir	NO	11,8 (2)	30,0 (3)	48,500	0,037
	ALG	52,9 (9)	70,0 (7)		
	BAS	35,3 (6)	0,0 (0)		
	DES	0,0 (0)	0,0 (0)		
Relación	NO	5,9 (1)	0,0 (0)	78,000	0,695
	ALG	23,5 (4)	40,0 (4)		
	BAS	58,8 (10)	50,0 (5)		
	DES	11,8 (2)	10,0 (1)		
Contacto	NO	47,1 (8)	10,0 (1)	45,500	0,037
	ALG	35,3 (6)	40,0 (4)		
	BAS	11,8 (2)	40,0 (4)		
	DES	5,9 (1)	10,0 (1)		
Grupos	NO	17,6 (3)	0,0 (0)	80,000	0,780
	ALG	29,4 (5)	50,0 (5)		
	BAS	52,9 (9)	50,0 (5)		
	DES	0,0 (0)	0,0 (0)		

Los resultados estadísticamente significativos se muestran en **negrita**.

NO: No me afecta; ALG: lo tolero con algo de dificultad; BAS: lo tolero con bastante dificultad; DES: no lo tolero en absoluto, me está desbordando.

Tabla 4. Descripción de diferencias significativas entre momentos temporales

		T1-T2 Z (p)	T2-T3 Z (p)	T1-T3 Z (p)
Pacientes n=17	NS	-1,354 (0,17)	-2,486 (0,013)	-0,791 (0,49)
	REL	-0,977 (0,32)	-2,310 (0,02)	-2,913 (0,004)
	CON	-1,633 (0,10)	-0,333 (0,73)	-1,667 (0,09)
	GRU	-2,460 (0,014)	-2,887 (0,004)	-3,416 (0,001)
Profesionales n=10	NS	-0,707 (0,48)	-1,667 (0,09)	-1,732 (0,08)
	REL	-1,134 (0,25)	-0,447 (0,65)	-0,816 (0,41)
	CON	-0,632 (0,52)	-1,414 (0,15)	-0,816 (0,41)
	GRU	-1,000 (0,31)	-0,276 (0,78)	-0,541 (0,58)

Los resultados estadísticamente significativos se muestran en **negrita**.

T1: evaluación a los 5 días; T2: evaluación a los 16 días; T3: evaluación a los 45 días. NS: no salir; REL: relación; CON: contacto físico; GRUP: grupos.

- Recibido: 2/6/2020.
- Aceptado: 2/7/2020.

Infancias vulneradas en tiempos de aislamiento social.

Violated childhoods in times of social isolation.

Iruñe Corres-Medrano (1), Imanol Santamaría-Goicuria (2).

(1) Psicóloga y psicoterapeuta. Profesora en la Facultad de Psicología de la Universidad del País vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea.

(2) Educador. Profesor en la Facultad de Educación y Deporte de la Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea.

Resumen: Hoy día, la diversidad cultural ha dejado de estar silenciada. Sin embargo, a consecuencia de las políticas homogeneizadoras aún una sombra acecha sobre ella, la segregación escolar. En estos difíciles tiempos de enfermedad y desconcierto, todavía se ha agravado más la situación de miles de niños y de niñas que previamente estaban en situación de vulnerabilidad o de desprotección social. La escuela, como agente socializador, ocupa un lugar y función asistencial que en estos tiempos de aislamiento social se ha visto interrumpida. Por tanto, ¿quién ampara a esos niños y a estas niñas en tiempos de la COVID-19?

Palabras Clave: diversidad cultural, vulnerabilidad, desprotección, aislamiento social.

Summary: Today, cultural diversity is no longer silenced. However, as a result of homogenizing policies, a shadow still lurks over it, namely school segregation. In these difficult times of illness and disarray, the situation of thousands of children who were already in a situation of vulnerability or social unprotection has become even more serious. The school as a socializing agent occupies a place and function of assistance that in these times of social isolation has been interrupted. Therefore, who protects these children in times of COVID-19?

Key words: cultural diversity, vulnerability, lack of protection, social isolation.

Introducción

El ser humano, con frecuencia a través de las estructuras institucionales que ha creado, tiende a categorizar y homogeneizar a los grupos de personas. Sin embargo, en esta era en la que la diversidad sociocultural está en boga en cualquier plan de educación, queda en evidencia que cuando hablamos de la infancia hablamos de diversas infancias en situaciones y con necesidades muy diversas. Por lo que una vez más homogeneizar

a toda esa población infante resultaría excluyente para una gran mayoría de las personas que la componen.

El psicopedagogo Francesco Tonucci (2020), haciendo referencia al artículo 29 de la Convención de los Derechos de la Infancia de 1989, que habla sobre el estado de salud de la escuela, sostiene que los Estados partes acuerdan que la educa-

ción del niño/a debe estar dirigida a “desarrollar su personalidad, sus aptitudes y su capacidad mental y física hasta el máximo de sus posibilidades”. Igualmente defiende la transformación de la escuela impulsando cambios que realmente estén dirigidos a desarrollar aquello que proclama dicho artículo.

No obstante, desgraciadamente hoy día, estos objetivos aún continúan siendo una ilusión, y en palabras del mismo autor “si piensan que la escuela no funcionaba y no conseguía los objetivos previstos por la ley, deberían aprovechar esta paradójica situación para proponer cambios profundos, para experimentarlos y después mantenerlos cuando finalice el estado de alarma. La situación excepcional permite y favorece la experimentación y valoración de los resultados”.

Las infancias en tiempos de confinamiento

Ante la situación excepcional que estamos viviendo a causa de la pandemia provocada por la COVID-19, mucho se está escribiendo en torno a las consecuencias perjudiciales del confinamiento y el aislamiento social en la infancia. Son conocidas las numerosas reivindicaciones que se han llevado a cabo en los balcones reclamando que los niños y las niñas salieran a la calle con inmediatez.

Diferentes profesionales como pediatras, psicólogos y educadores desde el comienzo de la crisis sanitaria vienen advirtiendo que las consecuencias del confinamiento pueden ser graves a nivel emocional en las personas menores de edad. El pediatra Javier Urra (2020) diferencia distintas vivencias posibles según tres variables: el ambiente en el que estén viviendo el confinamiento; las condiciones y dimensiones de su vivienda, y la relación que mantengan con sus padres y/o madres o personas tutoras legales. En el caso de que los padres/madres sean adecuados estos niños y estas niñas habrán podido conocer a sus padres y a sus madres en su totalidad, esto es, con el miedo a perder el trabajo, con sus ansiedades, etc. En definitiva, con sus luces y sombras y no solamente en su papel de progenitores. Esto ha dado lugar tal y como Urra (2020) afirma a que: “los padres han conocido a sus hijos, pero los propios hijos han conocido aún más si cabe a sus padres”.

En una reciente investigación llevada a cabo en la Universidad del País Vasco respecto a los sentimientos y emociones de los niños y las niñas en situación de confinamiento (Berasategui, Idoiaga, Dosil, Eiguren, Pikaza y Ozamiz, 2020), se concluye que esta situación de confinamiento está teniendo un impacto negativo en los niños y en las niñas, no solo a nivel académico, sino también a nivel emocional, físico y social y se recoge que las emociones principales que estos niños y estas niñas están viviendo en situación de aislamiento son principalmente: el miedo a contagiarse del coronavirus y a salir de casa; la tristeza por no poder estar con sus amigos/as y no poder ir a la escuela y la preocupación hacia sus padres y sus madres con respecto a su situación laboral, a su salud, etc. También se destacan otras emociones y sentimientos como el nerviosismo, sentimientos de culpa por la posibilidad de infectar a sus abuelos y abuelas, por lo que se sienten tranquilos/as, seguros/as y alegres del hecho de estar en casa. Estar en casa también les provoca aburrimiento y en ocasiones enfado y frustración. La mayoría de las familias participantes en este estudio, un total un 89.78%, considera que sus hijos/as abusan de las nuevas tecnologías y simbolizan al coronavirus como el enemigo al que hay que derrotar y recurren para ello a la sanidad, admirando al personal sanitario, quienes se han convertido en sus nuevos héroes con los que, según ellos/as, hay que cooperar, como bien representa la reciente representación del enigmático Banksy (2020).



Banksy, 2020.

El debate pues en muchos sectores ha girado en imaginar, analizar y predecir el después de la pandemia. La pregunta más repetida, ha sido saber si será “más normal” el predominio del mercado y de la competencia sobre la cooperación, la equinlandia, aunque no reactivó los mercados si mejoró la salud mental en poblaciones vulnerables. Nuestro país con el ingreso vital mínimo toma medida para contener esta incertidumbre, que deberá extenderse a todos los países. Un modelo productivo disfuncional que afecta al planeta.

Las infancias vulneradas en el aislamiento social

Poco se está hablando de aquellos niños/as en riesgo de exclusión social, de las familias desestructuradas, disfuncionales y/o con serias dificultades socioeconómicas que ya coexistían con estas particularidades antes de la pandemia. Esta situación una vez más ha dejado en evidencia las deficiencias de un sistema que no es igualitario para todas las personas.

La administración distingue alumnado de primera y de segunda clase según la respuesta, o la falta de respuesta a la diversidad de las necesidades que presentan. Aquellos niños y niñas que normalmente pasan desapercibidas en las aulas, en situación de exclusión social han terminado por desaparecer. Nadie habla de esas infancias, de esos miles y miles de niños y niñas que antes de la interrupción de la COVID-19 ya se encontraban en situación de vulnerabilidad y de riesgo social.

Sin embargo, ¿qué está ocurriendo con esos niños y esas niñas cuando sus padres/madres no están siendo tan adecuados/as como se espera?; ¿qué secuelas va a dejar esas experiencias traumáticas en su desarrollo?; ¿quién reclama los derechos de esas infancias vulneradas? y ¿quién va a compensar las carencias y déficits que las medidas adoptadas por las instituciones están ocasionando en su desarrollo?

Los profesionales de la salud están mostrando su preocupación por el agravamiento de la invisibilidad de los niños y de las niñas que ya presentaban necesidades psicológicas urgentes previas al confinamiento y consideran que se están ig-

norando los efectos psicológicos inmediatos y a largo plazo causados o incrementados por esta situación extraordinaria a nivel mundial; de los cuales la población infantil representa el 42% de la población mundial (Dalton, Rapa, y Stein, 2020).

La escuela junto a la familia es agente socializador por excelencia, y como bien sabemos en muchas ocasiones ocupa ese lugar asistencial sobre todo para aquellos niños y niñas en riesgo de exclusión social, compensando en gran medida esas carencias a nivel de cuidado y protección, y respondiendo de manera comprensiva e integradora, es decir con mirada inclusiva, a la diversidad de los alumnos y las alumnas, estableciendo para ello criterios, procedimientos, recursos materiales, profesionales, servicios de apoyo, etc. Aunque a pesar de los avances alcanzados la realidad muestra que la plena inclusión, aún no siempre se alcanza (Ararteko, 2011).

Dentro de la diversidad característica de nuestras escuelas públicas, algunas de esas personas gozan de la fortuna de disponer de recursos adaptados a sus necesidades, tales como las figuras del pedagogo terapeuta (PT), del especialista en apoyo educativo (EAE) y del logopeda, entre otras, después de haber sido evaluadas por el Berritzegune (centro de apoyo).

No obstante, hay un sinfín de niños y de niñas que están en seguimiento por diferentes recursos externos a la escuela a través de los programas subcontratados de los servicios sociales de sus comunidades, que paradójicamente no disponen de ningún apoyo educativo en clase. Muchos niños y niñas que por diversas razones (p. ej.: miedo al rechazo, falta de seguridad en sus vínculos, etc.) se sobreadaptan a su medio sin manifestar ninguna sintomatología específica en el aula. Pero lamentablemente ello no certifica que su entorno más próximo reúna las condiciones necesarias para no vulnerar así sus derechos más elementales.

Por otro lado, en estas circunstancias de aislamiento social numerosas familias con hijos/as adoptivos/as refieren que el confinamiento ha propiciado una estabilidad emocional antes impensable. En el caso de muchos/as niños/as adoptados/as se está dando una mejora en su

estado emocional, presentando mayor estabilidad a nivel emocional. Salir de la exigencia curricular, de la exposición a la comparación social, de la exclusión social por no corresponder a los ritmos de aprendizaje convencionales... En definitiva, salir del miedo al fracaso, no solo escolar, sino social, favorece su estabilidad emocional. El haberse podido detener y poder acomodar sus ritmos a las exigencias educativas, junto a poder compartir un mayor tiempo con las personas que les profieren cuidado y afecto en un ambiente amoroso y distendido, ofrece como resultado notables mejorías en su bienestar psíquico y en su desarrollo, y, en consecuencia, también en el desempeño educativo.

Debido al confinamiento y el aislamiento social, las relaciones del contexto escolar se han cortado de raíz y las figuras de referencia y de cuidado han desaparecido de la noche a la mañana de las vidas de muchas personas. Con la interrupción, e invasión, de las TICs en nuestras vidas, da la sensación que, para el contexto educativo, para la escuela, lo único que ha cambiado es el medio y el lugar, y ahora en las casas se continúan reproduciendo dinámicas del pasado que desde hace un largo tiempo ya son cuestionadas (elaboración de fichas, cantidad descomunal de tareas...). Sin embargo, a la desigualdad familiar se le añade la desigual respuesta escolar, ya que mientras la clase media aprende aceleradamente eso del 'homeschooling', otros grupos sociales se quedan fuera porque no disponen de los medios, recursos o capacidades para convertirse en maestros de escuela de la noche a la mañana (Bonafé y González, 2020).

Pero el confinamiento ha supuesto mucho más que esto, el verdadero cambio se ha dado en el plano relacional. Ahora no hay presencia del docente, ni de los compañeros. Se está solo/a ante la pantalla del ordenador y obviamente no es lo mismo y no se es igual. En esta situación que podría ser de oportunidad, de reflexión, de cuestionamiento de aquello que no funciona, desgraciadamente apenas se ha reparado en estas cuestiones y se descuida así, una de las necesidades más elementales, la socialización. Según Tonuci (2020) el error fundamental que ha cometido la escuela en estas delicadas circunstancias ha sido haber querido demostrar que nada ha cambiado y que se puede continuar igual que antes,

manteniendo el programa preestablecido, continuando con las lecciones y mandando deberes para casa, igual que se hacía antes de la violenta aparición de la COVID-19.

En estas circunstancias desconcertantes en las cuales se nos está privando de lo más elemental, es decir, del encuentro social, se pone de manifiesto una vez más que la vinculación estable a través de figuras de referencia de apoyo y cuidado es la que única que puede propiciar el desarrollo del resto de capacidades. Sin reconocimiento, sin mirada, sin palabra, sin escucha... no hay lugar para ser y, por lo tanto, tampoco habrá lugar para aprender. Nos encontramos, pues, en la necesidad urgente de repensar la educación y la institución escolar, elaborando así políticas inclusivas y desarrollando prácticas inclusivas que realmente proclamen justicia social (Ainscow y Booth, 2015; Echeita, 2017; Giroux, 2015; Santamaría-Goicuría y Stuardo-Concha, 2018).

Conclusiones

La inesperada irrupción de la COVID-19 ha supuesto la ansiada oportunidad para muchos niños y muchas niñas de encontrarse con sus seres más queridos y así poder acompañarse emocionalmente. Asimismo, esta podría ser una bonita oportunidad en la que tejer redes de relaciones y de colaboración entre las familias y la escuela, en beneficio siempre del alumnado, proponiendo y adecuando actividades acordes a sus necesidades y a su momento evolutivo. Esto supondría que la escuela junto a las familias podría ayudar a cada alumno a descubrir sus capacidades y vocaciones y ofrecerles así los instrumentos adecuados para desarrollar sus posibilidades al máximo. De esta manera, desde el nuevo rol que asumirían los docentes para promover el cambio en la escuela se pondría sus competencias al servicio de su alumnado para interpretar su mundo considerando su realidad cultural.

Sin embargo, parece que se continúan reproduciendo dinámicas muy arraigadas y a su vez muy cuestionadas del sistema educativo. Se continúa exigiendo una cantidad ingente de deberes imposibles de realizar a lo largo de una semana. El aburrimiento, la falta de concentración y atención... Estos deberes, quehaceres y obligaciones les privan tanto a esos niños y niñas como a sus



padres/madres de un precioso y escaso tiempo para compartir en tiempos de incertidumbre y desconcierto.

Por otro lado, nos movemos desde la generalidad, descuidando a ese sector más vulnerable que antes del confinamiento ya presentaba directa o indirectamente otras necesidades por cubrir. A estas personas no solo se les continúa exigiendo un sobreesfuerzo para adaptarse a las exigencias del sistema, sino una vez más corren el riesgo de quedarse fuera por diversos motivos tales como no contar con el personal de apoyo educativo, quienes en muchos casos son las únicas personas con las que mantienen una relación constante de estabilidad y la escasez de material (ordenadores, conexión WIFI...) para poder realizar las tareas encomendadas.

La medida más efectiva, más inclusiva, sería adaptar los recursos de la escuela a sus necesidades. No se puede pretender que el rendimiento académico resulte productivo, sin dificultades, cuando hay cuestiones-interrogantes-incógnitas emocionales apremiantes por ser respondidas, si no reflexionamos en torno al modelo de escuela que queremos construir y desterramos de una vez por todas las maneras de hacer que obstaculizan el óptimo desarrollo de todas las personas que conforman la infancia.

Las actitudes arrogantes y no dialogantes que se están adoptando día tras días en la esfera política actual, muestran una ausencia de voluntad constructiva, omitiendo la diversidad característica de nuestra sociedad al obviar a esas poblaciones más vulnerables. La falta de consenso social y de colaboración restringen la capacidad de actuación en una época de tragedia y sufrimiento en el que el tiempo apremia y las necesidades apremiantes aumentan por momentos.

No nos debemos quedar en la mera reflexión superflua sobre cómo esta crisis nos está brindando la oportunidad para apreciar lo verdaderamente importante en nuestras vidas, sino que debemos ir más allá y cuestionar qué ha fallado en nuestro sistema para que la catástrofe no haya cogido de improviso y haya provocado no solo una enorme cantidad de sufrimiento sino también un desastre económico y social (Zizek, 2020). Así, urge implementar medidas que respondan a todas las realidades que están viviendo los niños y niñas y, por tanto, poder garantizar su bienestar.

Para ello, es primordial reparar en el bienestar de una manera global y no centrarse únicamente en aspectos académicos. La sociedad y las gentes, necesitan más que nunca políticas sociales y educativas trasversales que impulsen, de manera no impositiva, medidas de cuidado y protección, medidas razonables que saquen del sufrimiento y del padecimiento a miles y miles de personas. Entonces, al fin, podremos hablar de una sociedad verdaderamente democrática y justa a nivel social.

Contacto

Iruñe Corres-Medrano ✉ irune.corres@ehu.eus

Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

Bibliografía

- Ararteko (2011). *Infancias vulnerables: informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
- Bonal, X. y González, S. (2020). Confinamiento y efecto escuela. El Periódico. Rescatado de www.elperiodico.com/es/opinion/20200406/efecto-coronavirus-desigualdad-escuelas-xavier-bonal-sheila-gonzalez-7919442
- Booth, T. y Ainscow, M. (2015). *Guía para la educación inclusiva. Desarrollando el aprendizaje y la participación en los centros escolares*. Madrid: OEI/FUHEM.
- Banksy (2020). *El país*. Rescatado de <https://elpais.com/cultura/2020-05-07/banksy-homenaje-al-personal-sanitario-en-su-ultima-obra.html>
- Berasategui, N., Idoiaga, N., Dosil, M., Eiguren, A., Pikaza, M. y Ozamiz, N. (2020). Las voces de los niños y de las niñas en situación de confinamiento por el Covid-19. Bilbao: Universidad del País Vasco/ Eukal Herriko Unibertsitatea, Argitalpen Zerbitzua= Servicio Editorial
- Dalton, L., Rapa, E., & Stein, A. (2020). Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *The Lancet*, 4(5), 346-347.
- Echeita, G. (2017). Educación inclusiva. Sonrisas y lágrimas. *Aula abierta*, 46, 17-24.
- Giroux, H. (2015). Pedagogías Disruptivas y el Desafío de la Justicia Social bajo Regímenes Neoliberales. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social (RIEJS)*, 4(2), 13-27.
- Santamaría-Goicuría, I. y Stuardo-Concha, M. (2018). Una Mirada a Prácticas Docentes desde un Marco de Justicia Social. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social (RIEJS)*, 7(1), 177-196.
- Tonucci, F. (2020, 3 de mayo). Entrevista en prensa a Francesco Tonucci. Educación 3.0. Recuperado de www.educaciontrespuntocero.com/entrevistas/francesco-tonucci-el-error-es-seguir-como-antes-de-la-crisis-con-lecciones-y-deberes/
- Urra, J. (2020, 1 de mayo). Entrevista en prensa a Javier Urra. *La voz de Galicia*. Recuperado de www.lavozdeg Galicia.es/noticia/yes2020/05/02/me-sorprende-ambiente-festivo-dado-tragedia/0003_202005SY2P32991.htm#
- Zizek, S. (2020). *Pandemia: La covid-19 estre-mece al mundo*. Barcelona: Edit. Anagrama.

• Recibido: : 18/05/2020.

• Aceptado: 23/06/2020.

Los cuidados y el autocuidado en las profesiones de ayuda y acompañamiento.

Care and self-care in the aid and accompaniment professions.

Lidia Luna.

Psicóloga, cuidadora y narradora.

“Me animó a que hiciera un trabajo del corazón. Cuéntales lo duro que es ayudar y también lo agradable que es. Dales una idea...”

Michael Mahoney, *Psicoterapia constructiva*.

Resumen: El objetivo de este artículo es reflexionar sobre la importancia de instaurar y mantener la práctica del autocuidado en las profesiones de ayuda y acompañamiento durante los desafíos diarios y extraordinarios de la labor profesional; el autocuidado como prevención y preparación ante experiencias difíciles y su relación con los cuidados.

Palabras clave: cuidados, autocuidado, vulnerabilidad, relación de ayuda, identificar, expresar, práctica, recursos.

Abstract: The objective of this article is to reflect on the importance of establishing and maintaining the practice of self-care in the aid and accompaniment professions during the daily and extraordinary challenges of professional work; self-care as a prevention and preparation for difficult experiences and their relationship to care.

Keywords: self-care, vulnerability, support relationship, identify, expression, practice, resources.

1. Introducción

Entiendo el autocuidado como una práctica que es responsabilidad de cada persona, pero cuyos tiempos y energías tenemos que equilibrar siempre con los cuidados: tanto los que proporcionamos a las demás como los que recibimos de nuestras redes de apoyo, de la organización para la que trabajamos y/o de las condiciones materiales con que contamos.

2. Los cuidados y el autocuidado

Todas las personas somos vulnerables por el hecho de tener un cuerpo, y vamos a necesitar cuidados físicos en algún momento de nuestras vidas¹. Sin embargo, la narrativa dominante afirma lo contrario: que cada persona sale adelante por

¹ Yayo Herrero, *La vida en el centro*.

sí misma, que es mejor no depender de nadie, que debemos ser fuertes. Por tanto, a veces solo somos conscientes de nuestra vulnerabilidad e interdependencia cuando llega la enfermedad y, cuando esta es masiva como sucede con la pandemia de COVID-19, es algo que se hace muy evidente.

Somos, además, animales sociales y de afectos²; nos formamos a través del vínculo con nuestras figuras de apego y, de una forma o de otra, dependemos de ese vínculo con otras personas a lo largo de nuestras vidas; nos necesitamos para sobrevivir, para estar bien, para dar un sentido a nuestras vidas: *“Vivimos en y desde nuestras relaciones de pertenencia. Nos influimos unos a otros y creamos intrincadas redes de influencia que merecen nuestra consideración y respeto.”* (Michael Mahoney, *Psicoterapia constructiva*).

Así como necesitamos cuidados físicos, necesitamos cuidados emocionales; que otras personas nos sostengan en los momentos difíciles, que reconozcan y validen nuestras emociones; que podamos ser nosotras mismas, nosotros mismos; recibir amor y apoyo. Que nos permitan, también, sostenerlas y acompañarlas; dar y recibir.

El autocuidado, por tanto, tiene una relación muy estrecha con el cuidado:

- Por un lado, porque tenemos que repartir el tiempo que dedicamos a cada una de estas tareas; cuánto tiempo dedico a cuidar a otras personas y cuánto a cuidarme a mí; cuánta energía me queda para mí después de cuidar a otras personas.
- Cuando hay una tarea de cuidados que demanda nuestra atención y energía de forma continua, quizá sintamos que, de alguna forma, el tiempo de autocuidado se lo estamos restando a esa otra labor; que, al hacerlo, nos sintamos culpables o egoístas. Sin embargo, la práctica del autocuidado es imprescindible para el bienestar de quien cuida, así como para ofrecer un apoyo saludable y poder hacerlo de forma continuada en el tiempo. En la medida en que una persona perciba sus propias necesidades físi-

cas y emocionales, que las acepte, que se dé un espacio para sentirlas y expresarlas, podrá acoger y reconocer las de otras personas: *me cuido porque merezco la vida; me cuido porque la vida merece ser cuidada.*

3. La práctica del autocuidado

El autocuidado es una práctica y, como tal, no responde a una receta; requiere intención y compromiso. Supone entender la salud como una interrelación de factores donde el bienestar psicosocial y emocional o su ausencia tienen un impacto directo sobre la salud física; todos los componentes están en equilibrio e interrelación y son inseparables.

Convertir el autocuidado en un recurso y una rutina es un proceso no lineal en el que encontraremos dificultades; conocerlas nos permitirá minimizarlas. Cada persona deberá identificar las suyas. Algunas de las más frecuentes son:

- Sentir que no hay tiempo.
- Priorizar las tareas productivas.
- Dificultad para identificar y aceptar nuestras necesidades: darnos permiso para sentir.
- Pensar que todo está bajo control externo y, al mismo tiempo, sentir que escapa a nuestro control: indefensión y victimización.

El principal recurso para el autocuidado es la identificación y aceptación de las emociones sin excluir ni evitar las que nos resultan menos agradables: ira, culpa, miedo, tristeza. Las emociones nos permiten identificar lo que necesitamos y, de esta forma, conectar con nuestros recursos para manejar una situación; o darnos cuenta de que no los tenemos y buscarlos en el exterior. También nos ayudan a identificar las causas del malestar y, de esta forma, saber cuál es la mejor acción; por ejemplo, sentir que necesitamos expresar un sentimiento y buscar la forma de hacerlo, pedir ayuda a otras personas, solicitar apoyo a la organización o movilizar una reivindicación. Además de la percepción, regulación y expresión emocional, otras tareas que pueden ayudar son:

- Identificar los recursos de afrontamiento que nos han ayudado en otras situaciones difíciles.

² Beatriz Rodríguez Vega, *Esto de ser humano: contemplando la luz a través de la herida*.

- Definir qué otros recursos necesitamos y la forma de conseguirlos.
- Llevar un diario de autocuidado que nos ayude a prestar atención a lo que sentimos y necesitamos.
- Identificar y aceptar lo que no depende de nosotras; permitirnos el no sentirnos capaces de abarcar todo, reconociendo que a veces los recursos humanos o materiales son insuficientes. Dejar espacio para la participación colectiva y la reivindicación cuando sean oportunas.
- Cubrir las necesidades básicas: darse tiempo para descansar, alimentarse de forma saludable y dormir.
- Incorporar un pequeño ritual de entrada y salida de la tarea profesional: conectar y desconectar.
- Incorporar una rutina de movimiento y/o cuidado corporal.
- Reservar unos momentos para escuchar al cuerpo y las emociones, como la meditación o la atención plena.
- Entender los propios motivos para trabajar en una profesión de ayuda; revisar las expectativas profesionales, altruistas y sociales que están en juego en dicha actividad y en la vida.

- Darse tiempo para integrar, sentir, conectar. Conocer, reconocer y aceptar la propia vulnerabilidad ante el dolor propio y ajeno, la incertidumbre y el cambio.

En cuanto a los factores externos, además de la red de apoyos y afectos de cada persona, las organizaciones deben tener un plan de cuidados para disminuir el impacto de los riesgos psicosociales y mantener el bienestar de los equipos de trabajo. En este sentido, algunos aspectos a tener en cuenta son:

- Establecer canales claros de comunicación interna para expresar necesidades; proporcionar acceso a un servicio externo de apoyo emocional cuando sea necesario.
- Incorporar espacios de cuidado, como la formación externa o la supervisión horizontal.
- Sistematizar experiencias de cuidado y buenas prácticas; abrir espacios de intercambio con otros dispositivos y recursos.
- Facilitar la creación de grupos de apoyo mutuo o espacios en los que compartir, expresar, normalizar.

Agradecimiento

Gracias a Inma Albi, compañera de cuidados; sin sus saberes, este artículo no habría sido posible.

Contacto

Lidia Luna Rodríguez ☎ 633 218 124 ✉ contacto@narrativasyostraslunas.com
narrativasyostraslunas.com

Referencias bibliográficas

- Mahoney M. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Ediciones Paidós; Edición: Translation.
- Herrero Y. y otras (2018). *La vida en el centro. Voces y relatos ecofeministas*. Libros en Acción.

- Rodríguez Vega B. (2019). *Esto de ser humano: contemplando la luz a través de la herida*. Edit. Desclée de Brouwer.

- Recibido: 02/06/2020.
- Aceptado: 02/07/2020.

Relatos del coronavirus.

Coronavirus stories.

N.R.: A raíz de la dificultad para los eventos presenciales, paralela a la necesidad, mayor que nunca, de acompañarnos y escucharnos, desde la AEN han sido lanzados una serie de encuentros virtuales donde reflexionar de manera conjunta sobre la situación que estamos viviendo. Los encuentros se emiten en directo en el canal de youtube (<https://www.youtube.com/channel/UCmeAM0y2-1G5CYC25sRIEQ>). Una vez emitidos quedan alojados en el canal para disfrute y reflexión de personas interesadas. El primero de los encuentros fue sobre *Relatos víricos* y tuvo lugar el 27 de mayo.

¿Por qué “Relatos víricos”? Mientras el mundo está en estado de shock encajando la dureza de las muertes, las pérdidas y, en diversos grados, la vivencia de vulnerabilidad humana, aparecen multitud de respuestas ante esta crisis sanitaria, a la vez que emergen metanarrativas, como símbolos, percepciones e historias que tratan de dar sentido a los acontecimientos. ¿Cuáles son los relatos que proliferan? ¿Qué valores tienen intrínsecos? ¿Qué olvidan u ocultan? Queremos reflexionar y debatir estas cuestiones cómo profesionales sanitarios y sociales, con una perspectiva de salud pública y de prevención en salud mental. En esa ocasión participaron Ramón Área, José Leal y con la moderación y presentación de Berna Villarreal y Marta Carmona. Hemos optado por recoger los contenidos de ambos ponentes.

Ramón Área.

Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico de Conxo, Santiago de Compostela.

Podemos hablar de los relatos víricos, de relatos del coronavirus, de todo desde el...

INICIO: Una fenomenología del comienzo tal vez nos lleva a situarnos en el puro *acontecimiento*, en lo que sucede, en lo que se presenta como acción y nos coloca en la pasividad de la víctima o el testigo. También en una aprehensión a través fundamentalmente de lo visual y que atrapa la mirada. Es el afuera entra por los ojos para constituirse en experiencia y pura descripción.

La forma en que se engarzan ser y mundo toma la forma de *urgencia* y de *obligatoriedad*, nos domina lo exterior, y lo emocional parece responder a una lógica de la causalidad física. Por ejemplo, epidemia vírica que causa muertes, con alta tasa de contagios, con colapso del sistema sanitario, que viaja por el mundo y que desencadena miedo e indefensión en los ciudadanos.

Crisis: Sin embargo, todo acontecimiento se constituye en vivencia. Así, la epidemia es una crisis y el protorrelato inicial incorpora el *sufrimiento* y el *dilema* como primeros elementos de lo psicológico. El padecer y el hacer son elementos que ponen ya en juego la subjetividad y el relato.

Conflictos: El relato nos sitúa delante de la *historicidad* (el antes, el después, el presente) ante la necesidad de engarzar los hechos, de entender lo que está sucediendo, de intentar conocer que nos depara la actual situación o cómo saldremos de ella. Al tiempo, ese hilvanar trae al relato los elementos conflictivos que están en juego, lo consciente y lo inconsciente, lo silenciado y lo hablado, lo dicho por unos y por los otros, las hermenéuticas posibles y las impuestas. Además de sufrimiento y dilema, está presente una *dialéctica* que reposa en lo que está en conflicto, tanto en el seno del individuo como de la sociedad.

1. La aparición de la muerte:

En una epidemia irrumpe la condición de seres finitos, aquello que es consustancial al vivir pero que debe permanecer por fuera de la conciencia individual y colectiva, en ese juego necesario de lo que se sabe y lo que no, de lo que se reconoce como propio y, al tiempo, se sitúa en los demás. Las ventanas de los domicilios clausurados son también las pantallas desde donde constatar que la muerte está en otra ciudad, en otro barrio, en las unidades de cuidados intensivos, en la curva y las estadísticas diarias. Es una aparición en lo ajeno pero que nos recuerda, irremediablemente, que también somos el otro.

2. La plaza pública:

Constantemente se señala la importancia de lo público en una pandemia (para referirse a la sanidad, a los servicios sociales...). Pero hay otra acepción de lo público, el ágora, donde la gente charla, donde está presente la casualidad, el encuentro súbito entre personas, la conversación anecdótica, el mirar del *flaneur* (que, como decía Aute, pasaba por allí) o los momentos en que, sin previo aviso, se presenta alguna realidad diferente a la propia (un músico callejero, un grupo de adolescentes, dos señores mayores delante de una obra, tres perros ladrando, la rama de un árbol caída). El ágora y su imprevisibilidad contribuyó al nacimiento de la democracia. Dicen que el parlamentarismo inglés surgió en el pub. En todo caso, esa manera de encontrarse con el otro, a veces caótica o desagradable, obliga a deliberar, al acuerdo, a entenderse, pone en marcha el odio pero también la empatía o la solidaridad. La pandemia transforma el ágora en un lugar de contagio pero, al mismo tiempo, sabemos que es el único lugar en donde gestar soluciones.

3. El desplome de las metáforas identitarias del capitalismo:

- *Lo vírico ante lo vírico*: Existen tres grandes teorías sobre el origen de los virus. La *teoría de la regresión celular* propone que los virus fueron, en un primer momento, células que parasitaban otras células pero que, a lo largo del tiempo, fueron perdiendo los genes que no eran necesarios para su parasitismo. La *teoría del origen molecular* señala que algunos virus son fragmentos

de adn o arn que se separaron de un organismo celular (a partir de plásmidos o de trasposones). La *teoría de la coevolución* postula que los virus surgieron junto con las primeras células complejas, constituyendo una forma de vida intermedia y dependiente de la vida celular durante millones de años.

El parásito, el viajero y el vecino son algunos de los imaginarios que surgen desde las teorías sobre el origen de los virus. El origen teórico del virus informático debemos buscarlo en una conferencia pronunciada por Von Neuman a finales de la década de los cuarenta, titulada *El autó-mata reproductor*. En ella, se hablaba acerca de una posibilidad futura: un organismo mecánico que causase daño, pudiera replicarse e infectar a otros equipos de la misma manera que un virus biológico. El primer virus informático fue el programa *Creeper*, diseñado en la década de los setenta. Su creador pretendía demostrar la posibilidad de crear un programa con capacidad de replicarse. Un año después apareció el virus *Rabbit*, con capacidad para replicarse pero también de causar daño tras infectar a otro computador: creaba múltiples copias de sí mismo hasta colapsar el rendimiento del sistema. Lo vírico se ha comportado como lo vírico. Es decir, el coronavirus se ha reapropiado de la metáfora que lo había relegado a puro pasado, a antigualla cuya única función era sustentar un nuevo sentido (lo viral) en medio de un nuevo mundo (lo virtual). La fiebre, la muerte o la insuficiencia respiratoria han corroído el orden mundial para colocarnos en la pura perplejidad delante de lo humano como organismo y del planeta como lugar de vida. Es como si dijésemos: pero entonces, ¿seguimos siendo esto?

- *La virtualidad*: Vivíamos en un sistema sociopolítico (un ecosistema ideológico) que precisaba de una creencia compartida en la infinitud para así sostener un funcionamiento basado en el intercambio masivo como motor económico. La virtualidad es ese otro mundo en el que es posible la *inmediatez* (subvertir el orden del tiempo), la *globalización* (subvertir el orden del espacio) y el *individualismo* (subvertir el orden del vínculo y la dependencia). Lo vírico nos ha obligado a lo virtual para comunicarnos, para saber de los nuestros, para pedir una compra al supermercado o consultar lo que está permitido y lo que no en

el mundo real. Y así, lo virtual volvió a ser, sobre todo, *apariciencia*.

- *La productividad en movimiento*: El mundo siempre estuvo definido por una ambivalencia esencial. Es el hogar del ser humano pero, al mismo tiempo, un envoltorio hostil en el que anida el sufrimiento y la muerte. La propia idea de civilización parece asentarse en una utopía de dominación en la que el concepto de progreso no es más que el intento de apropiación absoluta del hábitat. Si en el origen de la especie existió una idea de madre-naturaleza, quizás en el presente ha sido completamente sustituida por la idea de naturaleza-producto. El coronavirus ha viajado como viajan los seres humanos: en minutos y de punta a punta. Ha colonizado turistas, hombres de negocios, excursionistas del Imsero, estudiantes desplazados o hinchas fieles a su equipo de fútbol. Ha encontrado un mundo en el que todo debe estar en movimiento perpetuo (personas, capital, inversiones) para así generar una plusvalía. Es un virus que se replica gracias a un mundo que especula con lugar y tiempo. El aquí y el allí, el ahora y el después... se definían no solo por la distancia o la sucesión, sino en cuanto a localizaciones y temporalidades que permiten un enriquecimiento basado en el desplazamiento de personas y mercancías.

- *Los bajos fondos*: lo infeccioso pertenecía al mundo de la contaminación, de la alcantarilla, de las heces y los orines. Las epidemias sacaban a la luz esa parte de la humanidad que permanecía oculta y bajo tierra. Sin embargo, la epidemia del coronavirus no guarda relación con lo sucio. No es esa la debilidad humana la que desvela. Las ciudades europeas o chinas son ciudades más o menos limpias, no hay problemas con las aguas residuales o la acumulación de basuras. Las megaciudades del planeta son lugares de hacinamiento que favorecen la transmisión del virus, pero también lugares hostiles a todo ser humano que no participe de la productividad infinita. Las urbes, lugares de concentración de habitantes, contienen a su vez hipo-lugares destinados a los que no siguen el ritmo frenético de la vida. Pese a un relato que afirma que la epidemia afecta a todos por igual, los datos insisten en diferencias de clase, en diferencias entre lo rural y lo urbano, en diferencias entre viejos y niños. La flaqueza

biológica desnuda las debilidades sociales relacionadas con la vulnerabilidad socioeconómica, las formas de vida y el cuidado de los mayores.

¿Qué ocultan estos relatos? ¿Cuál es el mensaje? ¿Qué valores hay de fondo? ¿En qué lugar nos coloca a la población?

Decía que el acontecimiento se significa en crisis y que detrás de toda crisis siempre se agazapan los conflictos. Algunos relatos se erigen desde la consideración de la realidad como puro acontecimiento, es decir, la narrativa se presenta desde la obligatoriedad, la urgencia y la unicidad. Cuando la salud mental se organiza y se piensa de esta manera, en el fondo regresamos a paradigmas ya suficientemente conocidos, aunque esta vez sustentados en un contexto covid.

Seguridad: El riesgo de contagio es lo que determina (por completo) los modelos de asistencia a lo mental. Este riesgo resuena a las maneras en que se organizó lo mental alrededor de otros riesgos: la disrupción, la incapacidad, la violencia o el suicidio.

Enfermedades: Volvemos a un planteamiento del orden de la enfermedad. Aunque se establezca un origen común y social del sufrimiento, sin embargo lo morbosos se sitúa en el individuo y el tratamiento, generalmente farmacológico, se dirige a un organismo portador de la secuela, del trauma. Estamos, nuevamente, ante viejos conocidos: la patologización, la medicalización, la psicologización del sufrimiento, el sobrediagnóstico.

Caricatura del encuentro: se propone una equivalencia a la distancia social en el cuidado del sufrimiento. La elección del mundo digital como herramienta reposa no solamente en la cuestión del contagio sino también en cuestiones de índole económica e ideológica. En una situación aguda, ya lo sabemos, la distancia física interpersonal requerida es inversamente proporcional a los medios disponibles. En el desescalamiento del sistema de salud, esta relación se mantiene. Por ello, la llamada teleasistencia, sin más, puede convertirse en una caricatura del encuentro: el síntoma se recoge a través de un test, se envía por un cable, sale en la pantalla, se pulsa la prescripción y... el siguiente.

¿Quién los articula? ¿Desde qué posición del saber?

Considero que este tipo de autorías se manejan en supuestos, es decir, ideas o visiones de mundo que no se explicitan pero que determinan poderosamente el relato. Hay como tres pulsiones que no están necesariamente separadas y que tampoco generan necesariamente un discurso idéntico.

-Lo autoritario: todo lo existente se escinde entre lo permitido y lo prohibido, sin matices posibles, universal, y que toma la apariencia de una ley natural. Viene a decirnos que lo que es necesaria la imposición a través de la ley para que haya sentido común y cumplimiento de las normas por parte de la ciudadanía. De alguna manera parece gozar con las imágenes de los inconscientes o transgresores, estableciendo que la excepción justifica una autoridad dura. Por fuera, queda todo lo relativo a la participación y al acuerdo.

-Lo individualista: la enfermedad deja un mundo de enfermos y sanos, de personas seguras y otras que son fuente de contagio. Se pierde la perspectiva social de toda epidemia y así, el egoísmo puede negar la necesidad de cualquier norma o, por el contrario, mostrarse como un ferviente defensor de todo aquello que preserva su salud y aleja de sí cualquier otro amenazante.

-La experticia: el saber que se levanta desde la confusión de una crisis global es un conocimiento con aspiración de serlo sobre todo, sin cegueras parciales ni nada que no pueda ser remitido al experto de turno. En general, se despoja al sujeto y a la comunidad de cualquier forma de conocimiento.

La relación entre suceso y afectación no es un acto reflejo sino que siempre se dota de significación. Por fuera del acuerdo, la participación, el altruismo y el saber construido desde múltiples miradas, no existe una crisis en sentido estricto. Existe un acontecimiento que niega esencias de la propia condición humana.

¿Cuál es el relato que queremos construir desde la salud mental? ¿Qué echamos en falta?

EL ARTE

Frente a esa definición de la psiquiatría como una especialidad médica he escuchado, en numero-

sas ocasiones que la clínica es un arte. Me gustaría comenzar por explorar esta cuestión, un poco más allá del contenido más aparente de la afirmación, ese que nos dice, que la cosa tiene su miga o que está involucrada la experiencia, el interés, los valores o la intuición. Theodor Adorno en *Teoría estética* analiza lo artístico no solamente como aquello que se define desde lo bello o hermoso. El arte moderno sitúa la experiencia estética en dos ejes que le permiten constituirse como discurso social: la autonomía y la soberanía. La autonomía del arte le otorga a la experiencia estética una capacidad de erigirse como un modo de conocimiento tan legítimo como la ciencia.

Además, el arte, en cuanto soberanía, permite transgredir y romper las formas y los contenidos establecidos para poder crear lo nuevo. En esta tensión entre autonomía y soberanía reposa la capacidad de lo artístico para la denuncia, la transformación, el cambio social. La estética de Adorno define el objeto artístico como una construcción, es decir, como una creación que surge desde lo individual y desde lo subjetivo. Su posibilidad de existir en el mundo compartido se debe a la capacidad (del buen arte) de aparecer ante los sentidos como si fuese resultado de la naturaleza. A este *como si* Adorno lo denomina mimesis. Tal imitación, además, está en una posición singular respecto a la verdad o la mentira. El objeto artístico lleva inscrito un *contenido de verdad* al reconocerse como una imitación surgida en el artista pero que aspira a una existencia que solo puede otorgar el espectador.

Periodistas, políticos y expertos han estado confinados en sus casas. Son profesiones en las que, últimamente, parece que lo tienen más fácil aquellos que prefieren el trazo grueso de la postverdad: en una frase breve caben varias mentiras y un par de ataques demoleedores. La mentira es el territorio de quien no está demasiado preocupado por explicarse y de quién no sufre demasiado por causar daño. Por ello, está cómodo en la brevedad, no le importa saltar a otro tema y tampoco se siente concernido cuando alguien le señala que ayer dijo justo lo contrario.

Sin embargo, desmentir suele ser trabajoso. Lleva su tiempo, hay que encadenar argumentos, esforzarse en mantener una cierta coherencia, aceptar el peso del pasado y de la historia. En

otras palabras, exige argumentar en detalle para ser creíble.

Tal vez, en un mundo así, nos quede como posibilidad el arte que reconforta a los infortunados y molesta a los aburguesados (Bansky). O que es, en sí mismo, un acto de resistencia (Deleuze). Quizás debamos aguardar algo de la creatividad capaz de producir instantes de comprensión, de desnudar a los reyes y de abrir los ojos a otras miradas posibles.

La clínica, en cuanto arte, tiende a llevarle la contraria a las políticas sanitarias. El seguidismo es otra cosa, probablemente una pura burocracia asistencial. El sufrimiento se empeña en seguir su camino pese a que se le encorsete en la DSM o en los fármacos. Además, el sufrir siempre nos dice algo del sujeto, pero también de la condición humana y de la sociedad desde el que brota. La clínica, en cuanto autonomía y soberanía, tiene la obligación de constituirse como un relato alternativo sobre el sufrimiento y los modos de cuidar.

LA CLÍNICA

Gabbard en *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* propone una clasificación jerárquica de la angustia basada en el desarrollo emocional y cognitivo de los seres humanos desde su nacimiento hasta su madurez.

- La angustia superyoica se corresponde con un malestar relacionado con la imposibilidad de cumplir un ideal interno (*no soy lo que debo o como debo ser*).

- La angustia de castración se relaciona con un sentimiento profundo de incapacidad ante el desafío (circunstancia) y delante de aquellas figuras investidas de autoridad (*el que juzga mi valía*).

- La angustia de separación expresa un temor a la pérdida de amor o atención (*originalmente un progenitor*).

- La angustia persecutoria es un temor a que el exterior (el otro) invadan nuestro interior y lo destruyan.

- La angustia de desintegración da cuenta de un miedo primitivo relacionado con la propia identi-

dad física y corporal, un temor a perder los propios límites y a fusionarse con el exterior para así desaparecer o, una preocupación a la fragmentación del sí mismo y a la pérdida de la integridad.

- Las angustias intermedias (el miedo a no dar la talla y que quienes nos rodean reparen en ello) es la propia de aquel que aguanta pese a estar a punto de derrumbarse, de pedir ayuda, de dejarlo todo y buscar ser protegido o salvado. El síntoma (un insomnio, una somatización...) se presenta como una prueba de debilidad que debe superarse, un recuerdo íntimo de la propia insuficiencia que siempre retorna pese a todos los esfuerzos por dejarla definitivamente atrás.

Esta vulnerabilidad de algunos sujetos ha permanecido en una *pax romana* durante las primeras semanas de confinamiento. Es, en cierta manera, el reverso de las patologías somáticas graves que se quedan en casa y renuncian a acudir al hospital (infartos, ictus).

La crisis económica traerá desamparo y dejará a muchas personas por fuera de aquello que les permitía, mal que bien, desarrollar un trabajo y cobrar por ello, para, (como cualquier mecanismo de defensa) así alcanzar una cierta estabilización de la angustia.

La aparición de urgencias más básicas en donde antes solamente rondaba una cierta insatisfacción por el sentido de la vida, no siempre trae el cambio o la revolución. En demasiadas ocasiones deja parados que sienten culpables por no tener trabajo o, como si fuese su reverso, sujetos instalados en una queja real y simbólica que dificulta mucho el hacerse cargo de la propia existencia.

El síntoma (tristeza, ansiedad, cuadros conversivos...) será esa cárcel erguida por la economía pero que algunos sujetos la sienten, en su más profunda intimidad, como merecida.

- Las angustias primitivas ocupan la casa no como lugar de convivencia sino como lugar de refugio. Toda vivienda posee una pluralidad en las maneras de habitarla. La cueva originaria permitía esconderse de los depredadores y brindaba protección frente al frío o el calor extremo. Luego, los seres humanos han incluido entre esas cuatro paredes las conversaciones alrededor de una chimenea, las visitas para tomar una taza de

café, las ventanas desde las que ver la vida pasar, los patios en los que se comparte vecindad, las habitaciones en donde se acuna a un bebé o se hace el amor y las camas en las que es posible estar a salvo con solo taparse y cerrar los ojos.

En las casas han permanecido personas vulnerables a las que el mundo parece dejar a su aire mientras respeten la prohibición de no salir. Ante las angustias relacionadas con el miedo a desaparecer como sujetos, a desintegrarse, a ser destruidos por el Otro... solo hay un señalamiento cuando se sitúan en un paso al acto en el orden del vínculo, o en una transgresión que les lleve a un incumplimiento de la ley.

Cuando todo esto termine puede dejarnos una organización de lo mental en la que solo existan personajes encerrados en su cuarto (sostenidos precariamente por su familia) y sujetos que ponen en riesgo a la sociedad a través de sus conductas (y que serán tratados con los mecanismos jurídico-psiquiátricos específicos en razón de su peligrosidad). Los dispositivos intermedios se pusieron en funcionamiento (precariamente) para evitar internamientos psiquiátricos masivos y prolongados. Pero, además, también eran *intermedios* por el hecho de situarse más allá de la conducta en la manera de entender el sufrimiento psíquico, y por incorporar la necesidad de lo social en cualquier intervención.

La desaparición de lo intermedio en razón del riesgo de contagio y de una crisis económica será ese espejo en donde las angustias más primitivas confirmarán sus temores (el Otro quiere mi destrucción o mi desaparición) y en donde las angustias intermedias corren el riesgo de alienarse.

Confinarse y desconfinarsse (encerrarse y romper) son dos posiciones sociales (e infinitas) a las que se pueden estar abocados los sujetos más vulnerables si no hay un esfuerzo por levantar y reforzar un trato basado en lo intermedio.

LA ASISTENCIA

Mucho de lo hablado, de una u otra manera, ya estaba presente en el oficio.

- Sabemos que no es lo agudo de las emergencias reales y generalizadas, donde emerge pre-

ferentemente la sintomatología mental. Hay una demora temporal entre las circunstancias adversas y psicopatología, que se corresponde con el proceso singular de construcción simbólica de lo acontecido en cada sujeto, con los efectos perjudiciales en la constitución o derribo de un sentido de mundo y de vida, y a la entrada progresiva de las circunstancias deletéreas en el mundo del vínculo y de las relaciones interpersonales.

- Hace falta también tener en cuenta que la vulnerabilidad es un hecho complejo resultante de la acumulación de órdenes y registros distintos, dotados de un ritmo propio, y donde deben incluirse, sin duda alguna, las consecuencias económicas y de empobrecimiento que seguirán a esta crisis sanitaria.

-De la consulta telefónica y, con carácter general, de la llamada teleasistencia, se pueden encontrar referencias a diferentes estudios que, a pesar de los años transcurridos, siguen a proporcionar una evidencia no definitiva acerca de su utilidad: la videoconferencia o la teleasistencia no es lo mismo para todas las patologías o todos los grupos de edad y, tampoco es el incluso que las llamadas o los mensajes electrónicos. Por eso, más allá de una discusión alrededor de artículos también es procedente una reflexión epistemológica acerca de la tecnología en la comunicación humana y de la situación en la que estamos.

- El medio es el mensaje: no todo puede (ni debe) ser hablado en cualquier lugar, de cualquier manera y a través de cualquier instrumento. La pantalla o el teléfono son encuadres que permiten unas posibilidades de comunicación e impiden otras.

- La accesibilidad no es una propiedad ubicada únicamente en el registro de la realidad. La accesibilidad es una cuestión simbólica y política: las llamadas se cortan entretanto que las entrevistas se finalizan, los usuarios pueden ser *premiu*m o en situación de pobreza tecnológica.

- El coronavirus, además de ser una emergencia sanitaria, lleva camino de convertirse en un paradigma, de manera semejante a otras enfermedades que, en momentos históricos, se irguieron como prototipos de todas las enfermedades, por

el éxito en su tratamiento o por la gran morbilidad que supusieron.

El Covid-19 pertenece al grupo de las enfermedades infecto contagiosas y, por tal razón, los elementos centrales en la forma de comprenderla y abordarla, incluyen una causa clara, la importancia de la prevención, los cuidados médicos como forma predominante de tratamiento, la cura se define por la remisión de síntomas, una homogeneidad en los casos (a pesar de haber distintas formas evolutivas de acuerdo a un criterio de gravedad, lo cierto es que todos los casos se parecen mucho), la suspensión en aras de la curación urgente de los aspectos subjetivos del enfermar, la escasa influencia de los patrones relacionales en su presentación (no así de los culturales).

Sabemos que las enfermedades son distintas desde un punto de vista ontológico. Lo infeccioso es un modo del enfermar, como lo es, por ejemplo, lo reumatológico o lo mental. Y también sabemos que las respuestas asistenciales de mayor éxito tratan de dar cuenta de estas maneras diferentes por las que la enfermedad se expresa en el enfermo.

- El sufrimiento mental no se corresponde con un esquema de consulta individual y hospitalización. Los síntomas no remiten por completo con un tratamiento farmacológico. No es esperable la aparición de una vacuna. Depende en gran medida de cuestiones que tienen que ver con las relaciones entre las personas, empeora con la pobreza, precisa de intervenciones por fuera de lo individual (grupales, familiares).

En general, necesita de toda una serie de recursos y dispositivos que conforman una red en la que dar respuestas a todas las necesidades derivadas del sufrimiento y en todos los momentos evolutivos.

- Los centros de salud y los hospitales, en cuanto lugares de aglomeración, son paisajes de contagio. Se hace necesario mejorar la arquitectura asistencial, poner la disposición de usuarios y profesionales elementos de protección. Apostar por una mayor participación ciudadana en las decisiones que afecten a su salud no va a incrementar el riesgo epidémico sino todo lo

contrario. Dotar adecuadamente de personal los servicios y así rematar con las salas de espera atestadas y el volumen de casos que se atienden en una jornada, contribuye a que las epidemias infecciosas vayan mejor. Apostar, decididamente, por la atención domiciliaria, tiene efectos beneficiosos en el sufrimiento y en las posibilidades de mantener el contagio alejado.

- Lo glocal: lo global y lo local se han presentado en discusiones alrededor del territorio (provincia, área sanitaria, comarca, comunidad, autónoma, estado, estructuras supranacionales). Quizás esta consideración pueda contribuir a redefinir el debate entre lo hospitalocéntrico y la atención comunitaria: lo glocal, aquello que da cuenta de los problemas globales a través de su entendimiento y su resolución en lo local. Creo que se hace necesario empezar a hablar de un *ecosistema asistencial* como manera de incorporar lo social en las enfermedades, el sufrimiento y las respuestas públicas de salud. La salud mental debe incluir de manera decidida una dimensión ecológica.

- El problema de lo sucedido en las residencias de la tercera edad no guarda relación alguna con la asistencia a los problemas conductuales de los usuarios. Y lo digo porque es uno de los puntos de algún plan que he podido leer en relación a la asistencia en el contexto covid. Se trata de un problema que remite a una cuestión comunitaria y política: cómo y de qué manera podemos cuidar de nuestros mayores y cómo y de qué manera quieren ellos ser atendidos en sus dificultades.

Vivíamos en una época donde, el poder adquisitivo y la manera de entender la vida, determinaron un gran confinamiento de las personas mayores. De una manera semejante a lo que supuso la reforma psiquiátrica en el cierre y transformación de las instituciones manicomiales, estamos delante de una circunstancia que obliga a plantearse un cambio de arriba a abajo (y de izquierda la derecha) en la atención a los mayores, ofreciendo maneras bien distintas a un régimen residencial, fuera de su entorno y, en algunos casos, en condiciones lamentables. Fuera de esta propuesta y de facilitar otras alternativas, la red de salud mental no es la responsable de una mejora en el modelo, sino de hablar de otros modelos y de cómo podría contribuir a su desarrollo.

¿Qué formas de relatos podemos escuchar sobre la situación actual de la pandemia?

UNO/ EL CONFINAMIENTO

Una población puede aceptar un confinamiento preventivo por diferentes motivos. Quedarse en casa tiene que ver con la dimensión social del ser humano, con la aceptación de una ley, con el bien común, con lo que cada uno de nosotros debemos hacer para así contribuir a la solución de una catástrofe global. Los ciudadanos ponen en cuarentena el individualismo o, si se prefiere, las pulsiones de satisfacción más egoístas. El altruismo o la empatía, como parte de nuestro acabado personal, son algunos de los determinantes que permiten esta salida hacia el bien común.

Quizás sea Sócrates el ejemplo histórico que da cuenta de una aceptación extrema de esta dimensión social del ser humano. En el año 399 a.n.e. fue acusado de impiedad a los dioses y de corromper a la juventud. Fiel a su conciencia, respetó la decisión injusta de Atenas. Bebió la cicuta¹ y renunció a eludir la sentencia, pese a que tuvo oportunidades para hacerlo. Sin embargo, esta ejemplaridad socrática suele ser ejemplo por su excepcionalidad y, por ello, en todos los lectores del Fedón siempre asoma esa otra dimensión ante la amenaza y que el personaje parece fue capaz de trascender.

El confinamiento es también un encerrarse por miedo a la enfermedad, al sufrimiento, a la muerte. El miedo (cuando se relaciona con las angustias más primitivas) posee una espacialidad social particular, diferente a la observable en el altruismo o la solidaridad. Parece obligar a una salida del individualismo pero a través de una reconfiguración profunda de la estructura del yo/mundo. Si tengo que definirla, quizás diría que en la emergencia ante un contagio, desaparece la segunda persona (es decir, el tú, el vosotros). Sustenta, en cierta manera, la expresión “distancia social” que emplean asiduamente las autoridades sanitarias (y que me disgusta casi tanto como “nueva normalidad”).

En la psicología del desarrollo es frecuente la mención a Winnicott y su propuesta de un tercero: la aparición en el niño de un espacio transicional, el mundo del juego, del como si y de la representación, de un lugar donde se permite

el nacimiento de algo intermedio entre el yo autista y los demás como amenaza persecutoria. Paradójicamente, en esta geografía de confinamiento, asistimos a una puesta en duda de lo segundo. Es decir, la identidad que surge desde el miedo traza una escisión entre la seguridad y el peligro. La seguridad se busca en los de casa, en esos otros que también son un yo por ser un nos-otros. El peligro está en ellos, en los chinos, las ratas contagiosas o los que vienen de Madrid.

Hay un matiz alrededor del contagio de personal médico al principio de la epidemia que me parece muy revelador. Se trabajaba con la dificultad de estar delante de algo imprevisto y desconocido, en el desastre de la escasez de material de protección. Hubo, sin embargo, un contagio importante entre profesionales, ya que si bien ante los etiquetados como pacientes se intentaba, a pesar de la precariedad, tomar precauciones, no así entre los sanitarios, cuando se encontraban por los pasillos o se reunían para analizar la situación general o comentar un caso concreto. Hay algo atávico y propio de las dinámicas del miedo que impulsa a funcionar estableciendo un nosotros/seguro y un ellos/peligro, a pesar de ser incierto y estar por fuera de toda lógica racional.

DOS / LA GUERRA

La amenaza es un enemigo y las dificultades y vicisitudes de estos días, las propias de una guerra. La banalidad, que antes era un exabrupto sin pudor alguno por las repercusiones en el sufrimiento de las personas, se convirtió en una banalidad militarizada con capacidad total para gobernar sobre el destino de los sujetos: cualquier cosa es válida con tal de derrotar al virus. En nombre de este bien, los ancianos mueren solos, se convierte en héroes al personal sanitario, se increpa desde los balcones a cualquiera que pasee por la calle, se deciden criterios para entrar en las unidades de cuidados intensivos o se recluta estudiantes de último curso de enfermería y medicina.

Y en nombre de este mal se justifica la ausencia de equipos de protección, los recortes a los sistemas públicos de salud, las incapacidades para gestionar la crisis, la descoordinación entre las distintas administraciones, la tasa de contagio entre los profesionales de la salud, la falta de

ventiladores mecánicos y el número de camas hospitalarias para los cuidados críticos.

Asistimos a una biopolítica en la que el poder sigue siendo poder. Las instituciones no han sido capaces de ocupar su lugar. Las décadas de castración de lo público y de lo común, las ha dejado en un presente para la que se muestran incapaces de pensar, de coordinar, de abstraerse a ese relato de guerra en el que lo virtuoso es obedecer (aunque no existan órdenes o estas sean completamente cambiantes y confusas).

El líder, la institución y los cargos intermedios han aceptado que estamos en guerra. El líder dicta normas mientras su parte perversa sonríe ante la excepcionalidad que lamina los mecanismos de control y los equilibrios de poder. Las instituciones, corroídas por la melancolía, se encuentran en riesgo de desaparición como si fueran las culpables de la descoordinación y el fracaso, con dificultades para sostener un discurso que hable de la necesidad de lo público y de lo universal por encima de los mercados, los intereses corporativos y la geopolítica.

El control ciudadano durante una guerra pasa por señalar la excepcionalidad (ustedes lo que necesitan es un amo fuerte), dictar normas para todos y por muy duras que sean (la ley más absurda es la que señala más certeramente la obligatoriedad del sacrificio) y un departamento de propaganda. El eslogan se postula como sustituto de los ritos comunitarios: el aplauso a las ocho, los mensajes de quédate en casa, el parte que recita estadísticas, las colas ante los supermercados, los militares patrullando las ciudades, las mascarillas y los guantes, etc.

Dicen que la historia la escriben los vencedores y que quienes la desconocen están condenados a repetirla. Creo que fue Bismark el que apuntó que nunca se miente tanto como antes de las elecciones, durante una guerra y después de una cacería. El que cada uno de nosotros intente descifrar lo que acontece no es un acto de desobediencia. Es compartir aquello que decía Aristóteles: todos los seres humanos desean por naturaleza conocer. No es lo mismo decir que de esta crisis salimos todos juntos que afirmar que de esta crisis saldremos en conjunto. Lo primero es borreguismo. Lo segundo humanidad.

TRES/ EL CAMBIO

Toda crisis lleva implícita un choque existencial, una puesta en duda de lo que se tenía por seguro y con lo que se podía contar en los buenos y en los malos momentos. Las experiencias de sufrimiento y muerte hacen tambalear esos anclajes de la existencia y dejan un poso acerca de la necesidad de otra vida posible, de hacer y sentir todo de otra manera, más plena, más sincera, tal vez más feliz.

En consulta se escuchan con frecuencia estas reflexiones. En los duelos, hay momentos en que parece que todo se terminó, que lo irremediable ha hecho acto de aparición en la vida de uno: ¿Cómo puedo seguir adelante? ¿Cómo puedo encontrar un sentido?

Al tiempo, poco después o mucho después (depende de la singularidad del sujeto y de sus circunstancias) aquello que estaba colocado en el pasado (si lo hubiese sabido, hubiese hecho las cosas de otra manera) se desliza hacia el presente y hacia el futuro: ya nada será igual, me molesta cómo la gente se enreda en nimiedades, esto me va a acompañar para siempre, nunca seré el mismo.

En ocasiones, la voluntad de cambio permanece y las personas son diferentes a lo que fueron. Hay una vivencia de estar inmerso en una experiencia transformadora y a algunas personas no se las puede entender sin aquello que una vez les sucedió. En otros casos, la crisis que puso bajo la sombra de la duda los cimientos de la existencia, va diluyéndose poco a poco y la reconstrucción personal parece seguir el mismo camino trazado en la infancia, volviendo a mostrarse la persona tal cual era, con sus conflictos y sus defensas, sin demasiada variación, con idénticas preocupaciones y las mismas maneras de enredarse en la trivialidad.

El cambio y su dirección siempre sorprenden. Es decir, no es algo previsible, que se pueda intuir o adivinar. Quizás sea la misma esencia del cambio: no es algo definible por su contrario sino, más bien, por lo sorprendente, lo inesperado, lo que surge de nuevo (y no solamente el reverso de lo viejo).

Los cambios sociales no tienen una relación de equivalencia con el cambio personal. Creo que

no son esencialmente lo mismo. En lo personal, el cambio pertenece al vínculo, a los modos y maneras de relacionarnos. En lo social, el cambio está relacionado con el poder, con la libertad y con la justicia. Son, por decirlo de otra manera, niveles de realidad diferentes. ¿Cómo me relaciono con el mundo? no es la misma pregunta que ¿cuáles son las leyes que rigen (o deben regir) el mundo?

Por eso, decir que cuando todo esto termine el mundo será diferente, es una afirmación ambigua. Habrá personas para que les suponga un choque existencial y modifiquen la forma en la que interpretan el mundo (y a sí mismos). Pero si hablamos del mundo, me parece más atinado

reflexionar sobre cómo cambiarán las leyes que esperar una modificación del sistema sociopolítico a través de un cambio en el espíritu colectivo. La historia, en general, nos dice que son contadas las ocasiones en que esto se ha producido. Y la historia del capitalismo nos ha enseñado que, al igual que los virus, el sistema posee una alta capacidad de mutación.

Contacto

Ramón Área Carracedo ✉ moncho.area.carracedo@sergas.es
Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico de Conxo, Santiago de Compostela

Relatos, búsqueda de sentido y construcción colectiva de futuro.

Stories, search for meaning and collective construction of future.

José Leal Rubio.

Psicólogo Clínico, Psicoanalista. Barcelona.

“Nos dormimos dulcemente en un mundo y nos hemos despertado brutalmente en otro”.
Theo Angelopoulos, “La mirada de Ulises” (film, 1995).

Introducción: la necesidad de contar

Un día de febrero de 1955 volviendo de una reparación en EEUU un buque de la armada colombiana perdió a 8 de sus tripulantes en el mar del Caribe. Se realizó una infructuosa búsqueda con todos los medios disponibles; fueron declarados muertos y héroes de la patria por haber luchado contra un mar impetuoso, según el relato oficial. Ocho días después uno de los perdidos llega a una playa abandonada tras haber sobrevivido a largos días de penurias y peligros. Pasado un tiempo aparece por la redacción de un periódico para contar su historia a un joven periodista llamado Gabriel García Márquez. El relato que construye el naufrago desvela una situación muy diferente al oficial. “La verdad, nunca publicada hasta entonces, era que la nave dio un bandazo por el viento en la mar gruesa, se soltó la carga mal estibada en cubierta, y los ocho marineros cayeron al mar. Esa revelación implicaba tres faltas enormes: primero, estaba prohibido transportar carga en un destructor; segundo, fue a causa del sobrepeso que la nave no pudo maniobrar para rescatar a los naufragos, y tercero, era carga de contrabando: neveras, televisores,

lavadoras. Estaba claro que el relato, como el destructor, llevaba también mal amarrada una carga política y moral que no habíamos previsto”, cuenta el novelista. El texto publicado unos años después se llamó “El relato de un naufrago”. Describe magníficamente el esfuerzo humano para sobreponerse a la adversidad y refleja muy bien la búsqueda, necesidad y añoranza de otro a quien contarle, hasta el punto, que cuando una vez salvado, lleno de sed, hambre y heridas encuentra a una persona lo que dice es: “Cuando oí su voz me di cuenta de que más que la sed, el hambre y la desesperación, me atormentaba el deseo de contar lo que me había pasado... El más insignificante rastro de la presencia humana tuvo para mí en aquel instante el significado de una revelación”. (1)

Apenas comenzaba la preocupación por la llegada de la infección por coronavirus escribí un extenso trabajo al que llamé “Esta Europa herida y el decaimiento de la épica”. Renuncié a su publicación porque algunos de los planteamientos que hacía me parecieron de un pesimismo que

Algunas cuestiones planteadas en este texto, ahora ampliadas, tuve ocasión de expresarlas la webinar de la AEN “Relatos víricos”, diálogo entre Ramón Área y José Leal, coordinado por Berna Villarreal y dirigido por Marta Carmona el 27 de Mayo de 2020.

podía parecer insalubre en ese tiempo en el que el recurso a la idealización y ensalzamiento de la épica parecía imprescindible para no caer en un estado de postración y depresión colectiva. Con modificaciones fue publicado en dos partes una vez suavizadas por mí mismo algunas de las opiniones (2). Me asombraban especialmente las manifestaciones públicas de carácter heroico, un asombroso y efímero descubrimiento de la vulnerabilidad y una especie de igualación colectiva que negaba la existencia de singularidades individuales y colectivas que debían ser tenidas en cuenta antes de cualquier decisión.

El hundimiento de las certezas de invulnerabilidad de quienes hasta entonces no las habían sentido por estar confi(n)ados en su bienestar personal o colectivo parecía abrir un tiempo marcado por el reconocimiento de una fragilidad compartida y el descubrimiento de los otros como imprescindibles para hacerla más llevadera. Los otros, en gran medida, eran los profesionales sanitarios y, en menor medida, los vecinos con quienes compartir inquietudes y distracciones.

Eso significaba la revalorización de los que nos salvan y poco a poco la de todos aquellos que nos cuidan en lo cotidiano, casi inapreciable en tiempos de bonanza y poderío. Muy prontamente apareció la idea de que de este dolor que nos deparaba el virus saldríamos mejores. Pero es evidente que las crisis no vienen para hacernos mejores, idea que podría estar sustentada en un arcaico pensamiento religioso. Tampoco era cierto que esta crisis fuera el fin de las certezas, idea a la que se apuntaron más de un pensador reconocido. Yo creo que este conjunto de ideas expresa lo nuevo para los miembros de la sociedad bien-pensante, de consumos sin o con pocas restricciones y con pocos hábitos de recorte de sus libertades o, mejor dicho, de las restricciones a la realización de sus deseos. La vulnerabilidad estaba siendo descubierta por quienes no habían tenido ocasión de saberse vulnerables y, en especial, de aquellos que no habían conectado o lo habían hecho débilmente con la experiencia íntima de haberse sentido vulnerados o lo habían olvidado. Ese olvido es lo que realmente aumenta la vulnerabilidad que aparece como experiencia nueva; tremendo problema porque la “experiencia interna es lo importante para cada uno de nosotros, porque todos tenemos heridas

provocadas por la falta de trabajo, la salud, las heridas familiares o la muerte... Y no sabemos cómo poner en palabras lo que vivimos”. (3)

Los demás, los ahora llamados más frágiles, tienen, por lo general, una alta conciencia de que cualquier nueva adversidad incrementa su ya casi constitutivo estado de carencia, la pobreza y sus muchas limitaciones. Cabe pensar que la deseable, esperada y muy posible recuperación de la economía y de la libertad será, de nuevo, más fácil para los bien situados que para todos aquellos que sobreviven en una realidad de carencia, restricciones y desigualdades de todo tipo. El incremento indecente de las desigualdades, que también aumentará con esta crisis, es uno de los más graves riesgos que corren las sociedades mundiales y que pueden llevar a enfrentamientos graves entre países y comunidades.

Es lo más posible porque esta sociedad ya ha aceptado la existencia inevitable de excedentes humanos (4) y ha generado anticuerpos psíquicos, mecanismos de defensa para no sentir frente a los terribles virus de la migración desasistida, la pobreza, la injusticia, el efecto de las muchas guerras, las desigualdades, el expolio y la sobreexplotación de la naturaleza y las personas.

La realidad es que no estamos asistiendo a la peor catástrofe ocurrida en los últimos cien años como muchos insensatamente afirman. El azar, las formas de vida trepidante y otros muy diversos factores reafirman la idea de que, además de ante un problema sanitario nuevo, “Hoy estamos en una crisis de valores total, en Europa concretamente; solo hay que ver el tema de los refugiados. Se ha perdido la moral del corazón y la necesitamos más que nunca”. (3)

Es pronto aún para hallar explicaciones a lo que nos está pasando y a lo que ahora descubrimos que estaba pasando ya y que los efectos de las crisis sanitarias muestran con una obscenidad descarnada.

Por ello “la mirada a la situación actual debe esforzarse por ir más allá de lo que se presenta como apariencia y como urgencia. En primer lugar, hacia un pasado desde el que se desplegó este hundimiento del presente. Tal viaje permite, en ocasiones, la posibilidad de construir un hilo narrativo que proporcione sentido y verdad”. (5)

Posiblemente seamos como el náufrago que necesita contar y contarse lo que ha pasado, lo que está pasando, y construir un relato explicativo de todo ello y de sus impactos sobre sujetos y colectivos. Cuando el relato es honesto y es búsqueda “El narrador es la figura en la que el justo se encuentra consigo... y su huella queda adherida a la narración como las del alfarero a la superficie de su vasija de barro”. (6)

Más que el confinamiento -vivido de diverso modo en función de las condiciones materiales y relacionales en que se ha producido- las alarmas sanitarias nos han hecho entrar en una dimensión desconocida y/o negada y tal vez este sea el momento de reencuentro con tanta subjetividad adormecida.

Y es que “cuando entramos en un lugar desconocido, la emoción sentida es casi siempre la de una indefinible inquietud. Luego comienza el lento trabajo de domesticación de lo desconocido y poco a poco el malestar se esfuma. Una familiaridad nueva sucede al espanto en nosotros mismo por la irrupción de lo “completamente otro”. “El pensamiento no para hasta hacer el paso de lo desconocido a lo conocido, hasta fragmentar su misterio para hacerlo suyo, aclararlo. Nombrarlo.” (7)

Compartirlo es necesario. “La necesidad de compartir no es solo el respirar de la soledad, de encontrar el aire que mueve, fuera de nosotros, el pensamiento, sino que, además, alumbró a cada persona que, con el lenguaje, atisba el mundo común en el que la sociedad se funda”. (8)

Nuestra tarea, la de los profesionales que trabajamos con el sujeto y sus malestares, es escuchar relatos. No hablan de la veracidad de lo contado sino de la verdad del sujeto en lo vivido. El relato, pues, habla del sujeto. El relato colectivo o el de aquellos a cuyo contar damos el valor de emergente habla del cuerpo social -expresión de Basaglia- y de su manera de explicar lo que necesita ser puesto en palabras. No escuchamos verdades sino lecturas de su verdad. Necesitan ser expresadas, sean honestas, obscenas, manipuladoras, heridas, etc. Porque es “así, de la mano de las palabras se abrió el otro gran territorio en el que conversar se hizo convivir.” (8) Y porque “la esencia del lenguaje es amistad y hospitalidad”. (9) “De siempre ha sido conocido y se ha

dicho que la vida tiene que ver con la narración; hablamos de la historia de una vida para caracterizar el intervalo entre nacimiento y muerte”. (10)

En una comunicación personal escrita, F. Menéndez señala algo de extremado valor como es “el tema del relato y la importancia de poner palabras que en el fondo es el lenguaje donde nos constituimos y nos da el ser hablante como ser específico en lo humano y además el instrumento de nuestra práctica. La relación clínica pasa porque se nos habla, se nos narra una historia (clínica), una anamnesis, en definitiva como dice Ricoeur “el relato contribuye a hacer de la vida en el sentido biológico del término una vida humana” (En: “La vida :un relato en busca de narrador”), es decir, la identidad narrativa, que nos da la identidad en nuestra escucha en nuestra práctica a diferencia de la identidad nosológica o la del DNI o la genética, etc.”

La palabra como casa y la palabra con el otro como la única forma de protegernos de tanto desamparo e intemperie como es el ser cuando no tiene otro al que contarle, y recibir su bálsamo y compartir y dar hospitalidad. El relato es una narración estructurada en la que se representan sucesos mediante el lenguaje. El relato sincero siempre es una búsqueda de sentido a un hecho. Por contra, puede ser también una falsa construcción para anticipar o influir en los acontecimientos por venir para guiar su desarrollo en la línea deseada interesadamente. Este es el relato vírico en tanto dañino.

Quizás, en momentos de incertidumbre todo relato encierra una pregunta ante lo extraño. “La pregunta es lo esencial de lo extranjero; lo extranjero es lo esencial de la pregunta”. (7)

El relato responde a la necesidad de dar una explicación a una interrogación. Frente a la adversidad y la aparición de una situación nueva es necesario construir una historia que lo explique. El relato es un modo de poner orden en el caos que se presenta y en la angustia que nos invade. Sin palabras solo queda el acto sin sentido. La palabra intenta hallarlo, construirlo y reconstruirnos. Porque el hecho imprevisto que acontece inexplicablemente tiene una alta capacidad desestructurante. La búsqueda de sentido de los acontecimientos del vivir se hace imprescindible

en la búsqueda de la reorganización del mundo subjetivo. Entre otras cosas porque el relato es un relato para sí pero también para el otro y con el otro. El relato es algo que contar al otro. Quizás para que no se desvanezca el hecho y lo fije como una realidad que ha sucedido. El lenguaje fija la realidad. También la construye al contarla y contarla al otro. Cuando no es así la palabra es vacía, puro acto también.

La construcción de relatos

Sin ánimo alguno de exhaustividad pueden ser señalados diversos tipos de relatos acerca de la situación producida por la alarma sanitaria.

1. Las primeras informaciones de la aparición del coronavirus en China vienen marcadas por un relato claramente xenófobo, culpabilizador y estigmatizante. El discurso xenófobo en sus muy diferentes versiones siempre es de fácil aparición. Extremadamente pobre atribuye a un “otros” distinto al “nosotros” la causa de los males. Eran descritos despectivamente como sucios, descuidados, alimentándose de productos sin control. Los que hasta hace poco eran mercados exóticos para el deleite de visitantes pasó a ser objeto de desprecio. Los medios de comunicación no escatimaron imágenes confirmando lo dicho sobre los mismos. Esa xenofobia, rechazo y culpabilización fue cayendo sobre comunidades más cercanas (el norte de Italia) e incluso TV3 puso durante días como pie de imagen frases tan hirientes como “Desde el origen del virus” para una crónica que se hacía desde Madrid.

El relato xenófobo, en tanto rechazo al extranjero que es el otro, reaparece en estos momentos de la mano de una ultraderecha que rechaza al otro diferente en quien proyecta el temor que nace de su mismo interior a su propia vida impulsiva. El rechazo del otro es uno de los más burdos mecanismos tendentes a la unificación de un colectivo de intereses. La culpabilización del otro logra liberar la angustia frente a lo desconocido y abona la certeza de que el mal está fuera evitando así el reconocimiento de la propia fragilidad y, en consecuencia, la responsabilidad de uno en lo que sucede y en la búsqueda de las soluciones posibles. Muy prontamente el estigma cayó también sobre

aquellos que padecieron la enfermedad que hubieron de ocultar por vergonzante.

2. Fue muy pronta la aparición del relato épico que se sostiene en la idealización y está cargado de tintes machistas/patriarcales. Reconoce el cuidado como un acto heroico: quien nos salva serán los héroes, generosos, altruistas, parte de un ejército que vencerá al mal y nos llevará al reforzamiento de la fantasía de invulnerabilidad y la completud. Pero el cuidado no es del orden de la épica sino de la lírica, de lo cercano, de la cotidianidad y del esmero continuado y alejado de las medallas, de las banderas y de los himnos. Se mueve en la certeza, poco demostrada, de que de esta situación saldremos más fuertes, que nada será igual que antes y que será y seremos mejores. Este es, para mí, el más peligroso. La vulnerabilidad no aceptada lleva al rearme de la fantasía de invulnerabilidad y al ataque de todo aquel que la cuestiona o la lesiona.

La idealización tiene que ver con lo visual, con la mirada, con la imagen, con la fascinación que ejerce dicha imagen y la ilusión de completud. En el plano ideológico sustenta las creencias incuestionables y los sectarismos y fanatismos más ciegos, porque el objeto ideal enceguece en su deslumbramiento. Constituye las envolturas imaginarias que comienzan dando forma al “yo” y que sucesivamente pasan a conformar el universo de las pertenencias. Estas, cuando se basan en la idealización, privilegian una identidad y una homogeneidad por encima del reconocimiento y la aceptación de la diversidad, y todo encuentro con lo diferente, puede ser vivido como amenaza, enfrentamiento hostil o lucha a muerte.

La sublimación, en cambio, es una salida para el sujeto que trasciende los límites del “yo” y aunque no siempre llega a la perfección creativa de los genios, sí logra imprimir al movimiento pulsional una mayor plasticidad, generando una potencialidad transformadora mas allá de la insistencia repetitiva, más allá del irresistible anhelo a encontrar un objeto ideal, lejos de toda idea de eficacia inmediata, y sin embargo, productora de una satisfacción que concilia los deseos y los ideales.

El saber también puede utilizarse como completo, incuestionable y arrogante cuando no

soberbio. El relato épico es el de la omnipotencia y la certeza que no soporta la impotencia y la incertidumbre. Pero la verdad es que no sabemos tanto y que esa es la condición para seguir buscando y aprendiendo.

Ese saber arrogante es enemigo de la búsqueda del conocimiento y de la experimentación. El error forma parte de la búsqueda. La incertidumbre, tan denostada en estos días, es una parte del coste de la libertad en tanto se puede hacer una elección entre varias.

La humanidad se ha ido construyendo entre cruces de caminos y en una permanente toma de decisiones. Cada día tomamos decisiones, acertamos u nos equivocamos. Cuando ocurre lo primero lo compartimos y disfrutamos. Cuando lo segundo lo lamentamos, reparamos y pagamos con nuestra responsabilidad

3. El relato igualitarista/negador. Se muestra en expresiones como “todos somos iguales”; “el virus ataca a todos por igual, no distingue entre clases”; “todos saldremos juntos y a la vez”; “estamos en el mismo barco”, etc. Una de las cuestiones más hirientes que ha hecho visible esta crisis es la existencia de tremendas desigualdades sociales tapadas, entre otras razones, por la desaparición de la “lucha de clases” incluso como concepto. (12) Negar las diferencias es el mejor modo de aceptar las desigualdades y seguirlas reproduciendo. Es asombrosa la homogeneización de las medidas de confinamiento. El relato igualitarista se hace muy prontamente insostenible porque la realidad social que ha puesto en evidencia la crisis es descarnada. Pero no hay garantías de que esa evidencia de tantas vidas al borde de lo humanamente sostenible lleva a transformaciones colectivas.
4. Los atisbos de un relato de contenidos “líricos”: la compasión con los muertos, el dolor de las no despedidas, las personas mayores, los aplausos pasan a ser dirigidos no solo al personal médico y de enfermería, también a las cajeras de los super, repartidores, etc. Se reconoce la importancia de la cercanía, etc. Pareciera que con este relato se siembran los cimientos, al fin, de una ética del cuidado consecuente a nuestra percepción de todos estamos sujetos a una fragilidad estructural

siendo ello lo que nos lleva a un aprendizaje y desarrollo del cuidado de otro y del cuidado de sí mismo. Este discurso ha durado muy poco y quizás pesimistamente considero que su capacidad transformadora ha sido escasa o nula.

5. El relato de la nueva normalidad. Volver a lo de antes, pero de otra manera. Todo relato de la normalidad es sospechoso. Es un relato evidente de las clases aposentadas, como el épico y el igualitarista. Volver a lo de antes aparece como un ideal y quizás sea lo que pasará. Volver a la normalidad, aunque sea nueva, es deseable para aquellos para quienes la normalidad anterior era placentera o, al menos, suficientemente llevadera. Para quienes no, esa vuelta es condenarlos a condiciones de precariedad, injusticia y desamparo.
6. La reaparición intensa del siempre soterrado relato xenófobo/racista. Las muertes por asfixia, como hace el virus, de varios jóvenes negros en USA y en otros lugares han mostrado la violencia contra el diferente instalada en las estructuras de los estados y de sus fuerzas de seguridad. También ha pasado aquí con detenciones de personas “sospechosas” en tiempos de confinamiento, por su color u otros rasgos étnicos. La reactivación de algunos focos de la infección en diversos lugares ha llevado a la fácil culpabilización de migrantes de origen africano en zonas de cosecha en Catalunya, sin cobertura sanitaria, con modos abusivos de contratación y de “vivienda” que los propios medios de comunicación relatan como inhumana y más propia de animales. Los relatos xenófobos están en la línea de lo que Bauman llamaba “las incertidumbres prefabricadas” que junto a la precarización son las bases del abuso y la dominación.

El miedo provocado al otro no reconocido como propio socaba las bases de una comunidad humana igualitaria y constituye un grave peligro para la convivencia e incrementa la inseguridad y el sentimiento de desvalimiento.

La xenofobia puede revestirse de diversos ropajes y siempre es un atentado al otro, a cualquier otro y, en el fondo, el miedo al extranjero que hay en uno y que se hace insoportable. Por eso la extranjería como conciencia de

sí como ser extraño, considerarnos extranjeros es la condición para acoger al otro y darle hospitalidad.

Quedan por construir o dar visibilidad a algunos relatos, imprescindibles en la situación en que nos hallamos. Uno de ellos, el de la reflexión sobre las referencias éticas y los valores sobre los que debería sustentarse cualquier decisión. Este debe incluir una reflexión seria sobre los valores (la libertad, la autonomía, la justicia, etc.) y los bienes (la salud, la economía, etc.) (13) en un mundo globalizado en el que cualquier acción, por lejana que esté, tiene serias repercusiones sobre los demás, los sistemas de producción etc. (14) (15).

Otro relato, el de aquellos que no tienen lugar donde colocarlo porque son muy poco tenidos en cuenta. El de todos aquellos que han vivido la enfermedad y sus secuelas, así como el de aquellos que reciben, una vez más, los efectos de las crisis, sean las económicas, las sociales y siempre las de valores.

Pendiente está también el relato público de los profesionales del ámbito social que con sus esfuerzos limitan los devastadores efectos de la crisis y que se ven confrontados, día tras día, al incremento de las necesidades y a la evidencia de los límites para cubrirlas. Trabajan en unas situaciones donde no está en juego directamente la vida, pero sí la posibilidad de vivirla con la necesaria dignidad. Si los profesionales de la salud han sufrido y lo sé, su esfuerzo ha tenido un reconocimiento, aunque sea temporal. Los grandes olvidados son los profesionales del ámbito de lo social que, desaparecido el virus o limitados sus efectos, será el escenario de las grandes tragedias silenciada. No obstante, unos y otros nos enfrentamos a la evidencia del fracaso de la ilusión terapéutica (16) y a la necesidad de replantear el “contrato social” implícito en los vínculos que se producen en los servicios de cuidado y que está excesivamente cargado de expectativas poco realistas cuando no omnipotentes.

La salud mental y los posibles relatos

En lo que se refiere a las cuestiones referidas al campo de la salud mental el detalle de los relatos es especialmente complicado. En primer lugar,

porque los hay muy dispares: quienes desde el inicio de la pandemia profetizaban un incremento de los problemas de salud mental, felizmente no confirmados y quienes plantean que la disminución de muchas exigencias y de los ritmos de vida frenéticos han facilitado un cierto descanso y relajación tanto en niños como en jóvenes y adultos.

Lo que parece cierto es que lo que se está produciendo ahora es una agudización del desamparo y la intemperie que muchos ya veníamos señalando como manifestaciones en la clínica actual y que ello está muy vinculado a las condiciones de vida que tiene efectos determinantes sobre la salud. (17) (18). Y, también, que las intensas emociones de estos días, que la inquietud ante la adversidad, que el miedo ante tantas incertidumbres son respuestas humanas que no pueden ser diagnosticadas como enfermedad y que la solución a ello no es necesariamente la medicación y el tratamiento psicológico sino la generación de espacios y tiempos para el encuentro, el relato subjetivo, el abrazo y el acompañamiento de los cercanos. Eso es lo que se produce en el espacio comunitario que debe reforzar la empatía y el compromiso con todo aquello que tiene que ver con el cobijo, el desamparo, el techo, la casa, la intemperie. Cuando la conciencia colectiva de la fragilidad que nos constituye está sostenida por una presencia, interna y externa y los apoyos necesarios, la huella que deja tiene un alto potencial transformador. Cuando no es así, se incrementa el desamparo, el vacío, el miedo al derrumbe (19) producto de la experiencia de no tener apoyos y estar solo ante una adversidad que puede ser sentida como devastadora. Por eso, fomentar esta experiencia a través de la construcción y cultivo de un vínculo social, a pesar de las distancias físicas, hace que esos nuevos vínculos tengan un efecto de modificación del sujeto y venga a ser algo así como una experiencia “terapéutica”. Por eso el tratamiento o ayuda emocional cuando es necesario ha de dar soporte al sujeto herido pero, a la vez y con igual importancia, construir redes que aumenten la solidaridad y haga menos necesario el recurso sanitario. Muchas veces lo que hacemos es un trabajo de suplencia y de prótesis del sujeto donde el soporte social, en su sentido amplio, no ha existido o ha decaído.

Que frente a los riesgos de regresión hacia prácticas de nuevo asistencialistas, patologizantes y distanciadoras del sujeto (20) (21) y que pueden llevar a una práctica industrializada del cuidado (22) está el reto de construir realmente una concepción de la salud mental abierta, resultado del esfuerzo de muchos, no monopolizada por las profesiones sanitarias que no son dueñas del rico territorio de la salud mental. Que la salud mental es un empeño colectivo y es producto del ejercicio de valores como la justicia, la igualdad, el mutuo reconocimiento, la participación, etc. Que cuando hablamos de Salud Mental hablamos de una manera de vivir que vela por la autonomía, la solidaridad, la igualdad de oportunidades y las condiciones del vivir. (23) Y que, medidas como el ingreso mínimo vital evitan sufrimientos y pueden ayudar más a mejorar las condiciones del vivir y la evitación del sufrimiento psíquico que el aumento de profesionales, siendo este necesario. (24) Porque “la naturaleza dialéctica del individuo con su medio obliga a la “psicopatología” a asumir una perspectiva ecológica” y desde esa perspectiva es un error dar “el mismo sentido a las nociones de enfermedad, síntomas y etiología en patología mental y en patología orgánica”. (25)

Que el espacio sanitario de la salud mental, y especialmente cuando se trata de la atención a las dificultades que necesitan una formación especializada, ha de ser cercano, comunitario, participativo, ágil, sin coerción ni violencia, dosificando los recursos de modo adecuado y confiando en las posibilidades de cada persona, muchas veces descartadas en los procesos asistenciales.

Superar la inmediatez y construir el futuro

El impacto de las crisis actuales y la necesidad de hacer frente de forma inmediata a las graves necesidades históricas y las nuevas emergentes corren el riesgo de renuncia a los proyectos colectivos que requieren tiempo y sosiego. Superar lo inmediato y por tanto el miedo a las incertidumbres es imprescindible para la construcción de proyectos colectivos que nos lleven hacia formas de vivir más dignas; para ello hay que superar la tendencia de ya largo tiempo de desvalorización de la subjetividad que se viene produciendo por el descabellado desarrollo del individualismo vinculado a un neoliberalismo sin límites.

Los ideales de felicidad a largo plazo, como parte de un proceso que requiere esfuerzos, han sido sustituidos por la emergencia del goce inmediato y de prácticamente la panacea de la libertad como libertad para consumir que es donde está quedando en las sociedades del consumo. Esa inmediatez del goce impide la creación del tiempo necesario para la maduración de los ideales colectivos entre los que tiene un lugar destacado la esperanza de tiempos mejores para todos. Eso solo puede hacerse desde una ética sostenida en el reconocimiento del otro como sujeto que desea, que sufre, que necesita del otro y que es necesario para el otro. “Se ha roto el pacto intersubjetivo que nos liga al semejante. Es en la relación con el otro, en la posibilidad de sentirse parte de un conjunto humano guiado por intereses compartidos y por leyes que rigen la vida de modo no arbitrario, que encontramos seguridad y estabilidad psíquica. La angustia de muerte solo se puede paliar con proyectos que trasciendan el hoy”. (26)

Si la crisis sanitaria actual solo nos lleva a una solución de la inmediatez y una vez resuelta esta sigue siendo lo inmediato, el consumo, la perentoriedad, la vorágame, el rápido enriquecimiento y la compulsión en el desarrollo de la vida, nada habremos aprendido. La siguiente crisis nos pillaré igual. El atrapamiento en la inmediatez es una grave atadura para la construcción de proyectos colectivos ilusionantes con pretensiones de transcendencia, es decir, de generar una cultura del vivir, del buen vivir imprescindible para hacer frente a tantos avatares como suceden y seguirán sucediendo en nuestras vidas. La falta de proyectos colectivos nos lleva a la permanente insatisfacción del presente y al sufrimiento en soledad. Este no suele ser motor de transformaciones colectivas, al contrario. Sin sueños, ideales y utopías o “el ingrediente utópico” imprescindible no es posible construir proyectos con futuro. En ese sentido, las prácticas profesionales deben cooperar en la emergencia de esa parte de todo sujeto que es el proyecto a labrar desde su autonomía y libertad, y unido a otros. Solo así será posible dar pasos para salir del vacío al que nos lleva una forma de vida que abandona al sujeto y lo deja a la intemperie y lo convierte en excedente si no produce. O lo recluye en lugares antros, hospitales, residencias, pobrezas, marginalidades y otras precariedades que son siempre

ataduras. Ello requiere no abandonar el cuidado del presente, pero hacerlo desde la convicción de que la construcción del futuro es algo que trasciende a nuestra propia finitud, percepción especialmente sentida en estos tiempos.

Si “el diálogo supuso la eliminación del lenguaje dogmático y, por ende, la supresión de las certezas” (8) aceptar la incertidumbre de estos tiempos y construir desde ahí pasa a ser una exigencia mayor que la búsqueda de certezas aseguradoras, frecuentemente engañosas.

Contacto

José Leal Rubio ✉ joseleal@copc.cat
Avda. República Argentina 2, primer A • 08023 Barcelona

La complejidad del momento actual, sus diversos relatos y las muy diversas respuestas individuales y colectivas no dejan de evidenciar que seguimos atrapados en la permanente tensión entre el miedo y el deseo del otro; entre una lógica de la pertenencia que es restrictiva y desigualitaria y otra más amplia, prometedora e igualitaria de la ciudadanía (27) y la comunidad.

Bibliografía

1. García Márquez, G. *Relato de un naufrago*. Barcelona. Vicens Vives, 2012.
2. Leal Rubio, J.
<https://www.catalunyapress.es/texto-diario/mostrar/1863043/huella-herida-cuidado-como-balsamo-proposito-coronavirus> 30.03.2020
<https://www.catalunyapress.es/texto-diario/mostrar/1952221/cuidado-humanidad11.05.2020>
3. Kristeva, J. *Se ha perdido la moral del corazón*. www.lavanguardia.com/cultura/20150923/54436784398/julia-kristeva-se-ha-perdido-la-moral-del-corazon.html
4. Bauman, *Modernidad líquida*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2004.
5. Ares, Ramón. *Urbi et orbi*. 2020 (No publicado).
6. Benjamin, W. *El narrador* Editorial Taurus, Madrid 1991.
7. Derrida, J., Dufourmentelle, A. *La hospitalidad*. Buenos Aires, Ediciones de la Flor, 2019.
8. Lledó, E. *El origen del diálogo y la ética. Una introducción al pensamiento de Platón y Aristóteles*. Madrid, Ed. Gredos, 2011.
9. Levinas, E. *Totalidad e infinito*. Salamanca. Ediciones Sígueme, 2016
10. Ricoeur, P. La vida: un relato en busca de narrador. *ÁGORA - Papeles de Filosofía* - (2006), 25/2: 9-22.
11. Menéndez, F. *A propósito del webinar “Relatos víricos”* AEN Comunicación personal, 2020. Relatos víricos <https://www.youtube.com/watch?v=EbkoTEPPKLw>
12. Leal Rubio, J. La posición de los profesionales ante la vulnerabilidad de los sujetos y de los derechos sociales. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2016, n. 207, páginas 40-52. ISSN 0212-7210.
13. Gabriel, M. <https://elpais.com/cultura/2020-05-01/el-virus-se-quedara-alli-hasta-que-en-contremos-una-manera-sostenible-de-hacer-negocios.html> %20Markus%20Gabriel.%20El%20País,%2002.05.2020
14. Comte-Sponville; A. “*La libertad es más importante que la salud*”. <https://espanolesde-cuba.info/andre-comte-sponville-la-libertad-es-mas-importante-que-la-salud/>

15. Garcés, M. <https://www.lamarea.com/2020/04/03/marina-garces-el-control-social-sera-uno-de-los-grandes-ganadores-de-la-pan-demia/>
16. Montañó Barrientos, B. en nombre del GRUPO DE MEDICINA REFLEXIVA# Tras los aplausos MANIFIESTO SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ERA POST-COVID-14 de junio de 2020 <https://drive.google.com/file/d/1WwQagim3tCf5tcoQgXgediUR4IctucOz/view>
17. Leal Rubio, J. El sujeto a la intemperie. Apuntes para una clínica del desamparo. Conferencia Jornadas ACMLSM_AEN, Valladolid, 2016.
18. Raventós, S. Determinantes sociales de la salud y renta básica univesal. <https://madina.merica-hispanohablante.org/determinantes-socialesmyrbu/2020>
19. Winnicott, DW. Miedo al derrumbe. En: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós; 1963.
20. Markez, I. <https://osalde.org/telemedicina-esquivar-al-paciente-en-la-nueva-anormalidad/2020>
21. Castro, M. <https://covid19saludmentalaapsmaen.blogspot.com/2020/07/teletrabajo-yexploracion.html> 2020
22. Montori, V. La rebelión de los pacientes. Contra una atención médica industrializada. Barcelona. Antoni Bosch Editor. 2020.
23. Gaceta Sanitaria. <https://www.gacetasanitaria.org/en-videos-entrevista-mikel-munarriz-jose-leal-186>
24. AEN. *Manifiesto de la AEN sobre la situación de emergencia Covid-19* <https://aen.es/manifiesto-aen-sobre-situacion-de-emergencia-covid-19/>
25. Foucault, M. *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona, Paidós, 2002
26. Bleichmar, S. *Superar la inmediatez. Un modo de pensar nuestro tiempo*. Editor: Jorge Tesero, Ediciones del CCC, Buenos Aires, 2009.
27. Leal R. J. Los cuidados en el marco de una ciudadanía inclusiva. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018; 38(134): 587-606 doi: 10.4321/S0211-

• Aceptado: 13/07/2020.

Elogio de la conversación con presencia.

Sobre la atención psicológica telefónica en tiempos de cuarentena.

Praise of the conversation with presence.

Telephone psychological care in quarantine times.

“¿No veis en la plenitud de las plantas su admiración por haber florecido? Así ocurre con nosotros cuando brota en nuestros labios la palabra verdadera”.

Joan Maragall, *Elogio de la Palabra.*

Buscar un lugar, compuesto de tiempo y espacio...

Hay llamadas que prefiero comenzar caminando, en movimiento; otras, sentada, con mucho soporte...

Todo lo que no es voz, es encuadre, y el encuadre físico no es compartido. La paciente, tiene el suyo, que yo desconozco... yo tengo el mío, que la paciente desconoce.

Nos une un encuadre estructural, la voz, y la imaginación...

La imaginación se mueve a una velocidad inusitada... busca en las palabras datos para elaborar una imagen... busca en la voz, elementos para que la imagen cobre vida...

Palabras y voz, son como notas musicales y música... una partitura es nada, lo es cuando la lees, lo es más cuando la escuchas o interpretas... Un relato es nada... cuando se convierte en voz, exterior o interior, se convierte en una vivencia compartida...

La conversación que emerge en el encuadre de una atención o acompañamiento psicológico telefónico es un acto de escucha auténtica, pura, íntima, esencial. Es una experiencia sonora, es un diálogo en el que lo sonoro es la fuente de alimentación de la relación... como en una sesión de musicoterapia.

Ahora todo es sonido, todo es voz... voz e imaginación. Yo amo las palabras, me apasiona la palabra como lugar, como hogar de lo real y lo simbólico; lo sonoro, lo poético, lo gráfico, lo

plástico, lo dramático de la palabra... lo dicho y lo no dicho... lo deseado y lo temido... Amo la palabra que se calla y da paso al silencio... Pero para que una palabra se convierta en hogar, hace falta la voz, interior o exterior, qué más da... la subjetividad, la persona, su contexto imaginado.

En estos días de multiplicidad de imágenes, palabras, contextos o relaciones, a menudo vacíos, puesto que no podemos estar presentes en tantos significantes... quiero hacer un elogio de la conversación con presencia en la voz. Por teléfono, sí. Como aquellos tiempos en los que una conversación telefónica era un proceso de tres tiempos verbales:

- Pasado: cuando se deseaba, se pensaba, se planificaba, y se esperaba...
- Presente: cuando las personas, en todo su ser, eran y estaban en la conversación.
- Futuro: cuando colgabas y resonaba, dabas tiempo a que lo hablado y lo callado se fuera colocando dentro o fuera de ti... cuando se recordaba, se rememoraba, se contaba, se escribía... y pasaba a formar parte de ti, de tu relación con otro, de tu historia.

En este caso, de la historia de un proceso terapéutico en confinamiento.

Elvira Martín.

18 de abril del 2020. *Relatos de cuarentena.*



FORMACIÓN CONTINUADA

Aplicación de terapias complementarias en la demencia por parte de enfermería.

Application of complementary therapies in dementia by nursing.

Sandra Martínez-Pizarro.

Enfermera. Hospital de Huércal Overa. España.

Resumen: La demencia es una patología neurológica en la que se pierden de forma progresiva las funciones cognitivas. En estos pacientes puede aparecer depresión, confusión, desorientación, ansiedad, agitación, alucinaciones y comportamiento inapropiado. Ante estas situaciones los enfermeros suelen administrar farmacología de rescate prescrita. Sin embargo, los estudios científicos de los últimos años, sugieren la aplicación de terapias complementarias. Dichas terapias aparecen clasificadas en las intervenciones enfermeras NIC. En este trabajo se expone la evidencia de la aromaterapia, musicoterapia, arteterapia, terapia de baile y terapia de reminiscencia en estos pacientes. Estas terapias se deberían de utilizar como primera opción terapéutica; ya que no presentan los efectos adversos sistémicos de los fármacos convencionales. Resulta fundamental la difusión de estos conocimientos entre los enfermeros, especialmente entre aquellos que trabajan en su día a día con este tipo de patologías. De esta manera, se les podrá brindar a los pacientes los mejores cuidados y tratamientos sanitarios basados en las últimas evidencias científicas disponibles.

Palabras Clave: terapias complementarias, demencia, enfermería.

Abstract: Dementia is a neurological pathology in which cognitive functions are progressively lost. In these patients, depression, confusion, disorientation, anxiety, agitation, hallucinations and inappropriate behavior may appear. In these situations, nurses usually administer prescribed rescue pharmacology. However, scientific studies in recent years suggest the application of complementary therapies. These therapies are classified in the NIC nursing interventions. In this work the evidence of aromatherapy, music therapy, art therapy, dance therapy and reminiscence therapy in these patients is exposed. These therapies should be used as the first therapeutic option; since they do not present the systemic adverse effects of conventional drugs. It is essential to disseminate this knowledge among nurses, especially among those who work on a daily basis with this type of pathology. In this way, patients can be provided with the best health care and treatment based on the latest available scientific evidence.

Key words: complementary therapies, dementia, nursing.

Sin fuentes de financiación, ni conflictos de intereses. El contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes. Este trabajo no ha sido presentado en ningún congreso o jornada.



La demencia es una patología neurológica en la que se pierden de forma progresiva las funciones cognitivas. En estos pacientes puede aparecer dificultad para comunicarse, depresión, confusión, desorientación, ansiedad, agitación, alucinaciones y comportamiento inapropiado. Ante estas situaciones los enfermeros suelen administrar farmacología de rescate prescrita. Sin embargo, los estudios científicos de los últimos años, sugieren la aplicación de terapias complementarias. Dichas terapias aparecen clasificadas en las intervenciones enfermeras NIC (Nursing Interventions Classification)¹.

La NIC 1330 es la aromaterapia y consiste en la aplicación de aceites esenciales mediante masajes, ungüentos, inhalación o compresas para incrementar la relajación y comodidad. En el estudio de Yang YP et al² se examinan los efectos del masaje de aromaterapia para aliviar la agitación y depresión en personas con demencia. Se realizó mediante un ensayo controlado aleatorio, con 59 participantes asignados a grupos de intervención o control. El grupo intervención recibió masaje de aromaterapia una vez por semana durante 8 semanas; y el grupo control recibió simulación. Los resultados indicaron que la aromaterapia puede ser una intervención efectiva y segura para aliviar comportamientos específicos de agitación y depresión en personas dementes.

Con el código 4400 encontramos la NIC musicoterapia, que consiste en el uso de la música para conseguir un cambio de conducta. En el estudio de Gómez Gallego M et al³ se analizan los efectos de la musicoterapia en 42 sujetos con demencia, durante 6 semanas. Los resultados mostraron una mejora significativa en la memoria, orientación, depresión, ansiedad, delirio, alucinaciones, agitación, irritabilidad y trastornos del lenguaje. Los efectos cognitivos se pudieron apreciar tras cuatro sesiones.

Por otro lado, la NIC 4330 es la arteterapia, consiste en la facilitación de la comunicación a través del arte. En el artículo de Chancellor B et al³ se realiza una revisión literaria sobre los efectos del arte en la demencia. Los resultados sugieren que la arteterapia atrae la atención, proporciona placer y mejora los síntomas neuropsiquiátricos, el comportamiento social y la autoestima.

La terapia de baile es la NIC 4367 y consiste en un conjunto de movimientos corporales para facilitar un cambio terapéutico. En el estudio de Ruiz-Muelle A et al⁴ se analiza la influencia de dicha terapia mediante una revisión literaria. Los resultados muestran que la terapia de baile proporciona efectos positivos sobre la función física, cognitiva, la funcionalidad, los resultados psicológicos y la calidad de vida en personas dementes.

Otra terapia complementaria se encuentra en la NIC 4860 y es la terapia de reminiscencia, consiste en el uso del recuerdo de sucesos y sentimientos pasados para mejorar la calidad de vida o la adaptación a las circunstancias actuales. Según el estudio de revisión literaria de Huang HC et al⁵ la terapia de reminiscencia es efectiva para mejorar las funciones cognitivas y los síntomas depresivos en la demencia.

Si se analizan los resultados de los estudios expuestos se puede generar conocimiento útil para los enfermeros, en el campo de la neurología. Hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones, ya sea en el hospital o en geriátricos, los enfermeros tendrán que abordar los síntomas de un paciente con demencia. En estas situaciones es fundamental saber actuar de forma adecuada potenciando el bienestar y calidad de vida del paciente ante todo.

Primeramente, los profesionales de enfermería deben tener en cuenta la existencia de las terapias complementarias disponibles. Estas terapias se deberían de utilizar como primera opción terapéutica; ya que no presentan los efectos adversos sistémicos de los fármacos convencionales.

En segundo lugar, los enfermeros han de saber que, pueden encontrar dichas intervenciones alternativas y sus correspondientes actividades en el libro NIC de enfermería. Se debe tener en cuenta que, antes de seleccionar una intervención u otra es necesario que el enfermero haga una adecuada valoración del paciente para identificar los síntomas predominantes. De esta manera se podrá seleccionar la terapia más individualizada y adaptada al paciente.

En tercer lugar, si todas las técnicas anteriores han fracasado, es entonces cuando los enferme-

ros deberían utilizar los fármacos condicionales prescritos, y no antes.

Resulta fundamental la difusión de estos conocimientos entre los profesionales sanitarios de enfermería, especialmente entre aquellos que

trabajan en su día a día con este tipo de patologías. De esta manera, se les podrá brindar a los pacientes los mejores cuidados y tratamientos sanitarios basados en las últimas evidencias científicas disponibles.

Contacto

Sandra Martínez-Pizarro ✉ mpsandrita@hotmail.com
Avda. Murcia km. 175 • 18800 Baza, Granada • España

Bibliografía

1. Yang YP, Wang CJ, Wang JJ. Effect of Aromatherapy Massage on Agitation and Depressive Mood in Individuals With Dementia. *J Gerontol Nurs.* 2016; 42(9): 38-46.
2. Gómez Gallego M, Gómez García J. Music therapy and Alzheimer's disease: Cognitive, psychological, and behavioural effects. *Neurología.* 2017; 32(5): 300-308.
3. Chancellor B, Duncan A, Chatterjee A. Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias. *J Alzheimers Dis.* 2014; 39(1): 1-11.
4. Ruiz-Muelle A, López-Rodríguez MM. Dance for People with Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Curr Alzheimer Res.* 2019; 16(10): 919-933.
5. Huang HC, Chen YT, Chen PY, Huey-Lan Hu S, Liu F, Kuo YL, Chiu HY. Reminiscence Therapy Improves Cognitive Functions and Reduces Depressive Symptoms in Elderly People With Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Am Med Dir Assoc.* 2015; 16(12): 1087-94.

• Recibido: : 26/01/2020.

• Aceptado: 02/04/2020.

Observaciones sobre la inutilidad de los informes psiquiátricos y psicológicos en procesos de custodia. ¿Maltrato institucional a familias?

Observations on the futility of psychiatric and psychological reports in custody proceedings. Institutional mistreatment of families?

M^a Elena Crespo Arce (1), Fernando Pérez del Río (2), Iñaki Markez Alonso (3), Ralf Pascual Marijuan (4).

(1) Jurista, Magistrada suplente. Tribunal Superior de Justicia de La Rioja.

(2) Psicólogo. Profesor de la Universidad de Burgos.

(3) Psiquiatra. Zubiok, Instituto Vasco de Psicoterapia.

(4) Pedagogo. Profesor de la Universidad de Burgos.

Resumen: Este artículo trata del proceso de retirada de los hijos, mediante la Declaración de Desamparo que está practicando la Administración sobre familias supuestamente afectadas por dificultades en la crianza y tutela de los menores, y, la dificultad de defenderse de tales familias. Concretamente, detallamos algunas observaciones sobre la infructuosidad de los informes psiquiátricos, psicológicos que las familias aportan en su defensa.

Palabras Clave: informes psiquiátricos y psicológicos, procesos de custodia, protección de menores, Código Civil, desamparo.

Abstract: This article discusses the Administration's process of removal of children, through the declaration of helplessness from families allegedly affected by difficulties in the upbringing and guardianship of minors, as well as the challenges surrounding defending such families. Specifically, we detail some observations on the lack of success of psychiatric and psychological reports families provide in their defense.

Key words: psychiatric and psychological reports, custody processes, child protection, Civil Code, abandonment/ helplessness.

Introducción

Los Menores atendidos por el sistema de protección fueron 47.493 en el año 2017 y los acogimientos residenciales fueron de 17.527 menores en ese año, según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018).

El primer problema lo encontramos en la propia *Declaración de Desamparo*. La definición de desamparo la hallamos en el párrafo segundo del artículo 172.1 del Código Civil: “*Se considera como situación de desamparo la que se produce de*

hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando estos queden privados de la necesaria asistencia moral o material". Se materializa en una resolución administrativa emitida por un solo órgano de competencia autonómica, en virtud de la cual se retira a un hijo, de forma "cuasi abrupta", del entorno y crianza de su familia. El representante de la Administración, acompañado o no de Policía, irrumpe, por ejemplo, en el colegio, en un centro médico, en el hospital, en otros lugares públicos o, en el portal de casa, recoge físicamente a los menores y se los lleva consigo.

En segundo lugar, esta retirada, que ha sido inminente, se convierte, sin embargo, en un largo proceso a la hora de devolver al hogar a ese niño. Recuperar al hijo exige, en muchas ocasiones, recurrir judicialmente la decisión. Pero dada la lentitud que sufre la Justicia en nuestro país, este proceso se suele alargar durante años. Este procedimiento es declarado preferente en la Ley de Enjuiciamiento civil, sin embargo, los plazos son con frecuencia muy prolongados y, por consiguiente, es un tiempo en el que el niño ve interrumpida y cercenada gravemente la convivencia con sus padres biológicos.

En tercer lugar, y en el caso de que los padres recurran judicialmente con la intención de recuperar a su hijo, el sistema judicial exigirá a la familia demandante una prueba que demuestre que son "buenos padres" y que están "rehabilitados de nuevo" para educar a sus hijos, pruebas que, resultan de cuasi imposible demostración. En este sentido, como expondremos a continuación, consideramos que, paradójicamente, los padres están "desamparados" en el proceso de recuperación de sus hijos.

Proceso de diagnóstico y retirada

El artículo 18 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor (modificada por la Ley 26/2015, de 28 de julio), remite al artículo 172 del Código Civil. El artículo 172.1 del Código Civil, establece:

"La entidad pública a la que, en el respectivo territorio, esté encomendada la protección de

los menores, cuando constate que un menor se encuentra en situación de desamparo, tiene por ministerio de la Ley la tutela del mismo y deberá adoptar las medidas de protección necesarias para su guarda, poniéndolo en conocimiento del Ministerio Fiscal, y notificando en legal forma a los padres, tutores o guardadores, en un plazo de cuarenta y ocho horas. Siempre que sea posible, en el momento de la notificación se les informará de forma presencial y de modo claro y comprensible de las causas que dieron lugar a la intervención de la Administración y de los posibles efectos de la decisión adoptada.

Se considera como situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando estos queden privados de la necesaria asistencia moral o material. La asunción de la tutela atribuida a la entidad pública lleva consigo la suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria".

Se sobrentiende que el interés del menor es "un bien supremo", de tal modo que cada decisión que se inspire en este principio debe realizarse con objetividad e imparcialidad exquisitas. Sin embargo, dicho de manera sucinta, hemos comprobado que en no pocas resoluciones administrativas que declaran el desamparo de un menor se utilizan argumentos poco claros, muy debatibles, y se repiten fórmulas estereotipadas, eso que coloquialmente llamamos un "corta y pega":

Falta de habilidades parentales en los progenitores, falta de conciencia de estas limitaciones para el cuidado del menor; ausencia de reconocimiento de sus dificultades; negligencia en higiene y alimentación; inestabilidad emocional de los progenitores; precariedad.

En fin, un texto que, en muchas ocasiones, carece de concreción, y dificulta, por tanto, la defensa frente al mismo. Precisa ser modificado.

La pregunta que nos convoca es si las razones expuestas unas líneas arriba son hechos tan graves como para que se puede privar a un hijo de la convivencia con sus padres. Apuntamos al lector que, según el art. 18. 2 de la Ley 1/1996, de



Protección Jurídica del Menor, la situación de pobreza de los progenitores no podrá ser tenida en cuenta para la valoración de la situación de desamparo, sin embargo, la precariedad económica de la familia y las consecuencias que ello conlleva es, en muchas ocasiones, una circunstancia determinante para que la administración decida que un niño está en situación de desamparo.

Una vez declarados en desamparo, los niños van a casas de acogida y las Administraciones otorgan a estas organizaciones cuantiosas sumas de dinero al mes por cada menor. Nos preguntamos por qué no conceden esas mismas ayudas económicas y apoyos humanos a los padres si la cuestión reside en una situación de desempleo o precariedad, como, en muchas ocasiones, subraya en sus propios informes. De forma repetida observamos que se hace todo por el niño, pero sin la familia, como “si fuera un ente separado”.

Los servicios de protección al menor realizan un informe del comportamiento de los padres, una valoración psicosocial, educativa, que lleva a cabo un equipo de la Administración al que la ley reviste con poderes que podríamos calificar de “absolutos”. Por consiguiente, será formalmente dicho equipo, dirigido por un técnico, el que decida sobre la vida futura del niño.

No existe un juicio previo justo para proceder a la retirada del hijo. La resolución administrativa habilita para que el técnico de Servicios Sociales proceda a la retirada y solo posteriormente se inicia el procedimiento judicial si los progenitores interponen recursos frente a la declaración de desamparo.

En primer lugar, observamos que, en cualquier caso, se trata de una decisión que no suele estar respaldada por un análisis global, ya que por ejemplo se suele llevar a cabo sin la coordinación de la familia ni directa, de primer grado, ni extensa (abuelos, etc.).

Entendemos que asistimos a un clamoroso escenario de desigualdad entre los contendientes: la Administración y la familia encausada. El actor principal, en este caso la Administración, atesora prácticamente todo el poder frente a personas generalmente vulnerables, con pocos recursos y sin dialécticas eficaces de respuesta.

Al retirar la custodia a los progenitores, estos pueden optar por una de estas dos alternativas: la primera es que los padres no realicen ninguna actuación al margen de lo impuesto por la administración, y terminen, en muchas ocasiones, perdiendo la custodia, e incluso la patria potestad de sus hijos; la segunda vía se inicia si los progenitores recurren judicialmente la declaración de desamparo. Para intentar recuperar a sus hijos los progenitores judicializan la situación.

Cuando se adopta esta segunda vía (cuando se judicializa el proceso), hay que comenzar diciendo que, a pesar del planteamiento del recurso, no suele haber fluidez, porque no existe actuación inmediata de los órganos judiciales; esto quiere decir que pueden pasar varios meses o incluso años para que un juez pueda conocer esa demanda planteada por los padres biológicos. En este sentido, y según las diferentes experiencias que hemos atesorado todos los firmantes en estos casos, hemos comprobado que los menores encausados y la familia en su conjunto, se sumergen, a partir de la separación, en una atmósfera de impotencia, desesperanza y mucho sufrimiento. Nos preguntamos si esta forma de actuar está protegiendo adecuadamente el derecho al bienestar de los menores. Entendemos que no.

Consideramos que la presunción de veracidad sobre los informes emitidos por la Administración, sin cuestionamiento alguno, puede provocar que la prueba para desvirtuar las afirmaciones de los Servicios Sociales sea cuasi diabólica. Los informes aportados por los Servicios Sociales, en ocasiones, son elaborados, sin suficiente imparcialidad ni objetividad. Ante el “blindaje” de dichos informes, en muchos supuestos, puede resultar “prácticamente imposible” que los progenitores desvirtúen las afirmaciones de la Administración.

Nos preguntamos: ¿qué ocurre si se producen errores, si se traspapela un documento, si el informe contiene inexactitudes, si los informes de la Administración no están correctamente supervisados, si son trabajadores acostumbrados a la falta de humildad puesto que sistemáticamente se les da la razón?, ¿qué ocurriría si estos funcionarios tuvieran falta de formación?

¿Qué ocurriría si hay intereses cruzados?; por ejemplo, que un familiar del equipo que realiza el informe trabaje en una casa de acogida.

Los informes de parte que pueden aportar los progenitores, que es prácticamente la única tabla de salvación para recuperar a los hijos, no suelen considerarse prueba suficiente, en el análisis efectuado por el órgano judicial. Los progenitores o la familia extensa pueden presentar un informe pericial psicológico, psiquiátrico, para afirmar que son padres adecuados e intentar rebatir el informe de la Administración, pero nos consta que habitualmente, a estos informes no se les atribuye suficiente valor probatorio frente a las afirmaciones aportadas por los Servicios Sociales.

Sobra decir que se admite la pericial -psicológica o psiquiátrica- como prueba documental (puesto que es obligatorio), pero al considerar que se trata de un informe de parte, se les dota de menor objetividad, no se consideran suficientemente relevantes. El juzgador, en este tipo de procedimientos, para tomar la decisión final, no suele tenerlos en consideración con el mismo peso que los informes de la Administración. Sea como fuere, en todos los casos considerados como ambiguos que hemos revisado, los informes favorables aportados por los progenitores, no fueron tenidos en cuenta suficientemente o no se consideró por el juzgador que desvirtúa los informes de la Administración.

En este sentido podemos argumentar que funciona una especie de inercia fatal: el protocolo se torna inamovible y lleva a la desestimación de un amplio número de recursos interpuestos. Uno de los casos más llamativos es el de una madre que durante los diez años de litigios llegó a presentar hasta seis informes psiquiátricos psicológicos (tanto del sistema público de salud como del privado) donde se sostenía en todos ellos que no padecía enfermedad mental alguna y que era apta para el cuidado de sus hijos. En la actualidad, esta mujer sigue sin tener la custodia de ninguno de sus tres hijos.

Esto supone un hecho a todas luces sorprendente y es que los padres no tienen prácticamente ninguna posibilidad de demostrar su buena capacidad parental, es decir que son padres

normales, y ante estos hechos se muestran indefensos. A todo esto, añadimos que asistimos a la triangulación de los hijos que sabemos empeora la tesitura de las familias. En este sentido nos preguntamos cómo profesionales de la educación y la salud mental por tantos casos de pacientes a los cuales se les retiraron los hijos cuando estaban en la fase aguda de su trastorno, pero qué al cabo de un tiempo se curaron de dicho trastorno, un brote psicótico puntual, una adicción en remisión, etc.

Discusión

Para finalizar queremos apuntalar algunas ideas y aclarar algunos conceptos para tener una respuesta más cabal en este tema.

La ley prevé la posibilidad de llevar a cabo actuaciones en situación de riesgo y ello supondría el apoyo institucional sin que el menor tenga que ser separado de su entorno familiar. Solo debería adoptarse una determinada medida protectora si no puede resolverse la situación de desprotección con otra de menor intensidad.

Reiterada jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha declarado que en materia de medidas de protección de menores es principio esencial, a respetar por todos los organismos intervinientes, el de proporcionalidad entre la situación de riesgo/desamparo que provoca la intervención y la medida de protección a adoptar. *Esa es la doctrina sostenida entre otras en las sentencias Anderson contra Suecia de 25 de febrero de 1992 y Eriksson contra Suecia de 22 de junio de 1989, al resolver el Tribunal sobre presuntas vulneraciones de dicho Estado del artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos en unos supuestos de menores declarados en desamparo.*

La retirada de la custodia de unos hijos es una actuación que, por su gran importancia y gravedad, solo debería adoptarse tras un riguroso juicio, celebrado en igualdad de condiciones. Queremos recordar al lector que en realidad no es así, insistimos. Creemos, pues, que la retirada del menor solo debería producirse en casos de severo e inmediato riesgo (incendio, anegamiento, peligro inminente de crimen, etc.), en ausencia de alternativas más plausibles.



La cuestión se puede complicar más aún pues, por increíble que parezca, en algunos casos, aunque los Tribunales de Justicia den la razón a los padres, no se puede recuperar al niño. Hay varias sentencias en las que el Tribunal Supremo o el Tribunal de Derechos Humanos han argumentado que el paso de varios años hasta llegar a una resolución judicial ha supuesto la adaptación del niño a la nueva familia adoptante y, a pesar de estar acreditado el error de la Administración al declarar en desamparo y al dar los pasos sucesivos, sin acordar el retorno del menor con sus padres, ha decidido el Tribunal que el bien del menor es quedarse en la familia adoptiva.

Otro problema es que el Código Civil en su artículo 172.2 (modificado por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia), recoge una limitación temporal de dos años para que los progenitores puedan solicitar la revocación de la declaración de desamparo y recuperar la guarda y custodia de sus hijos. Superado ese plazo, los padres no podrán oponerse a las medidas que adopte la Administración respecto a sus hijos. Esto quiere decir que, una vez declarada la situación de desamparo, los padres se encuentran en una carrera “contrarreloj” en la que el tiempo corre en su contra.

Art. 172.2 del Código Civil:

“2. Durante el plazo de dos años desde la notificación de la resolución administrativa por la que se declare la situación de desamparo, los progenitores que continúen ostentando la patria potestad pero la tengan suspendida conforme a lo previsto en el apartado 1, o los tutores que, conforme al mismo apartado, tengan suspendida la tutela, podrán solicitar a la Entidad Pública que cese la suspensión y quede revocada la declaración de situación de desamparo del menor, si, por cambio de las circunstancias que la motivaron, entienden que se encuentran en condiciones de asumir nuevamente la patria potestad o la tutela.

Igualmente, durante el mismo plazo podrán oponerse a las decisiones que se adopten respecto a la protección del menor.

Pasado dicho plazo decaerá el derecho de los progenitores o tutores a solicitar u oponerse a

las decisiones o medidas que se adopten para la protección del menor. No obstante, podrán facilitar información a la Entidad Pública y al Ministerio Fiscal sobre cualquier cambio de las circunstancias que dieron lugar a la declaración de situación de desamparo.

En todo caso, transcurridos los dos años, únicamente el Ministerio Fiscal estará legitimado para oponerse a la resolución de la Entidad Pública.

Durante ese plazo de dos años, la Entidad Pública, ponderando la situación y poniéndola en conocimiento del Ministerio Fiscal, podrá adoptar cualquier medida de protección, incluida la propuesta de adopción, cuando exista un pronóstico fundado de imposibilidad definitiva de retorno a la familia de origen.”

Si han transcurrido dos años desde esa declaración de desamparo (y en consecuencia, desde que se han llevado a los niños de casa), los progenitores han recurrido la resolución y se ha confirmado judicialmente, los niños pueden ser entregados en guarda con fines de adopción y que esta llegue a consumarse sin que la oposición de los padres biológicos sea relevante.

Tal y como se encuentra redactada la legislación actual los menores declarados en desamparo, pueden seguir con frecuencia el siguiente guion:

- 1) El niño es llevado a un Centro de Menores donde permanecerá unos meses. De ahí puede pasar a una familia de acogida temporal, especialmente si se trata de un menor de corta edad.
- 2) A partir de un año, más o menos, las visitas de la familia biológica con su hijo se modificarán para distanciarse. En ocasiones, de una vez a la semana pasarán a ser una vez al mes.
- 3) Se suprimen definitivamente las visitas cuando el menor lleva más o menos veintidós meses alejado de la familia biológica.
- 4) A los 24 meses comunicarán a la familia que el niño pasa a la situación de “guarda con fines de adopción”.

Las visitas entre los padres y los hijos suelen realizarse en un punto de encuentro, una hora a la semana o una hora al mes. Se trata casi siempre de visitas vigiladas por un supervisor donde, en muchas ocasiones, se controla la comunicación entre padres e hijos.

Otra cuestión que debemos subrayar es que, durante el acogimiento, debería ser excepcional la supresión de las visitas; sin embargo, es habitual la costumbre de los Servicios Sociales de que, próximo al plazo de dos años, se distancien las visitas hasta su supresión. De ese modo se cercena el espacio para posibles relaciones afectivas, al no existir contacto alguno del menor con sus padres ni con la familia extensa.

Siguiendo este proceso, en muchas ocasiones, cuando los hijos e hijas han sido entregados a una familia que los tiene en guarda con fines de adopción, la Administración puede proponer al Juzgado de Familia que se formalice la adopción sin que sea imprescindible y determinante el consentimiento de los padres biológicos. O sea, que *consumatum est*.

Tras lo expuesto hay que destacar que, con bastante frecuencia, un niño sometido a este itinerario ha pasado por tres o cuatro ambientes familiares de adaptación de relaciones paternofiliales. El resultado es que suele perder definitivamente familia natural biológica, pierde apellidos, pierde memoria y se pierde el vínculo afectivo.

Conclusiones

- No debería ser posible la retirada de un menor del hogar familiar, sin un juicio previo, donde las partes (los Servicios Sociales y la familia afectada) estuvieran en igualdad de condiciones.
- No puede permitirse que los informes de la Administración, contengan afirmaciones subjetivas y sin una constatación objetiva e imparcial.
- Los informes aportados por los Servicios Sociales no pueden ser dotados de la validez incuestionable.
- Los informes de parte, única prueba que puede aportar la familia afectada, deben ser considerados prueba suficiente y con la misma capacidad para desvirtuar las afirmaciones de la administración.
- Que las familias se pudieran defender desde que se inicia el proceso administrativo contra ellas.
- Es imprescindible que las directrices políticas dadas para llevar a cabo la protección de los niños y niñas de este país sean revisadas urgentemente para cumplir con el interés del menor en las situaciones de desamparo y que no se continúe provocando los dramas que actualmente suceden.

Por todo ello, y para finalizar, hemos de recordar que cuando se maltrata a la familia también se maltrata al menor. Son maltratos institucionales en el ámbito familiar.

Contacto

Fernando Pérez del Río ✉ fpdel@ubu.es ☎ 697 775 535
Facultad de Educación, Universidad de Burgos • Calle de Villadiego, 1 • 09001 Burgos



Bibliografía

- Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia número 21 (2018) Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social. Extraído de la dirección: https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/producos/pdf/Boletin_provisional_Proteccion_21-Borrador.pdf
 - Código Civil español. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (texto consolidado de 29 de julio de 2015).
 - Consejo General del Poder Judicial (2012). Los procesos de familia en los Juzgados de Violencia sobre la Mujer. *Cuadernos Digitales de Formación*, nº 4.
 - Fariña F, Arce R, Novo M. (Ed.) (2005). *Psicología Jurídica del menor y de la familia*. Consellería de Xustiza, Interior e Administración Local, Xunta de Galicia.
 - Fernández-Luna Abellán A. (2017). *Custodia compartida y protección jurídica del menor*. Tesis. Universidad Complutense de Madrid.
 - Fundación Atyme (2017). *Custodia compartida y Mediación*. Madrid.
 - Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
 - Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
 - Martín Hernández J. (2019). “Ideología y maltrato infantil”, ed. Herder.
 - Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). Informes, Estudios e Investigación, 2017. *Boletín* número 20. Madrid.
 - O’Callaghan Muñoz X, Fernández González B. (Coords.). *La Reforma del Derecho de la persona y de la familia: Jurisdicción voluntaria y protección a la infancia y a la adolescencia*. Ed. Universitaria Ramón Areces. Madrid.
 - Santamaría Pérez María Luisa, Tesis Doctoral (2017) “la Delimitación del Interés Superior del niño ante una medida de protección institucional”, Universidad Internacional de Barcelona.
 - Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *Sentencias Anderson contra Suecia de 25 de febrero de 1992 y Eriksson contra Suecia de 22 de junio de 1989*.
 - UNICEF (2006). *Convención sobre los Derechos del Niño*, 20 noviembre de 1989. www.unicef.es
 - Utrera, Gutiérrez J.L. (2012). El sistema legal de protección de menores. *Cuestiones prácticas. Consejo General del Poder Judicial. Cuadernos Digitales de Formación. Cuaderno nº 4*.
 - Utrera Gutiérrez J.L. (2005). “Protección de menores: Acogimiento, adopción y tutela.” En González Poveda P. y González Vicente P. (Coords.) *Tratado de Derecho de Familia: Aspectos sustantivos y procesales*. Edit. Sepin, Madrid.
- Recibido: 25/04/2020.
 - Aceptado: 10/06/2020.



PRE-OCUPACIONES

Una reflexión sobre la población reclusa ante la pandemia por COVID-19.

A reflection on the imprisoned population in the face of the COVID-19 pandemic.

Pilar Ventosa.

Psiquiatra. Córdoba.

Las cárceles son amplificadores de la propagación de enfermedades infecciosas (Lancet, 2016). Ante esta afirmación debemos plantearnos que medidas tendrían que tomarse para evitar la situación de alto riesgo y de difícil control que supondría la propagación del COVID-19 en los centros penitenciarios.

Desde el inicio de la pandemia, se han emitido distintos documentos en los que se solicitan medidas sobre los derechos de los internos en Centros Penitenciarios con el fin de minimizar los efectos de esta sobre la situación de personas privadas de libertad, sobre todo en sujetos de alta vulnerabilidad.

Hasta el momento actual ningún organismo competente ha mostrado el interés que merece la situación de personas privadas de libertad ni la de sus familiares.

La vida en los Centros Penitenciarios transcurre en situaciones de contacto, se comparten celdas, los internos pasan gran parte del día en espacios comunes como talleres, patios...donde la garantía de poder mantener la distancia de seguridad recomendable es complicada.

En una situación de crisis sanitaria como supone la pandemia por COVID-19, las deficiencias del sistema penitenciario a nivel sanitario se hacen aún más notables: servicios insuficientemente equipados, con falta de personal, carga asistencial habitual por patologías comunes asociadas a

demandas por la nueva situación... El número de profesionales es muy inferior al necesario para una correcta atención médica en las cárceles. Con el avance de la crisis sanitaria, Instituciones Penitenciarias fue reforzado sus equipos sanitarios, aún así el número de sanitarios continúa siendo deficitario. Los módulos de enfermería de los CP suelen tener alta ocupación por internos con enfermedades comunes o internos con patología mental que precisan permanecer en estos dispositivos. La posibilidad de colapso y la dificultad para distribuir internos que puedan estar afectados por COVID y/o que precisen aislamiento o ingreso de hace una labor compleja en centros que carecen de recursos adecuados.

España tiene una tasa de encarcelación muy superior a la media europea a pesar de tener una baja tasa de criminalidad. Aproximadamente un 20% de la población reclusa tienen una edad igual o superior a 50 años y de estos un gran porcentaje son mayores de 65 años, situándose en el rango de alta vulnerabilidad ante el COVID-19. Aproximadamente 3000 internos tienen alguna discapacidad (psíquica, intelectual y física). La población reclusa es una población con alto riesgo de enfermedades transmisibles, con incidencia de enfermedad física y mental más elevada que en la población general, con alta prevalencia de toxicomanía, VIH, TBC, Hepatitis C y con grave sobrerrepresentación de enfermedad mental. Junto a esto aparece con la pandemia el grave factor de riesgo de gravedad de

COVID-19. Estos son motivos de peso para entender que son necesarias medidas adecuadas para proteger a esta población que se encuentra en situación de exclusión social.

La situación del interno afectado por patología mental durante la pandemia se ha visto afectada de forma negativa. La atención por profesionales Especialistas en Salud Mental en prisiones procede de servicios externos a IIPP en figuras de consultores externos que en parte dependen de Servicios Sanitarios Públicos y en parte de contratos privados. Solo 6 psiquiatras pertenecen al cuerpo sanitario penitenciario. Como medida de protección, durante la pandemia se han suspendido las colaboraciones de personal externo a IIPP, entre ellas las de los psiquiatras consultores, por lo que la atención al interno con enfermedad mental no se ha podido realizar como habitualmente se llevaba a cabo. Para minimizar las consecuencias, en la mayor parte de los centros se ha mantenido una comunicación telefónica fluida entre el cuerpo médico de las prisiones y los psiquiatras consultores. Los programas específicos para personas con enfermedad mental, como el PAIEM, se han visto igualmente afectados, al tener que limitar las actividades en grupo.

Tras el inicio de la pandemia, por preservar la seguridad de los internos, se tomaron medidas

relacionadas con el aislamiento en lo posible del exterior. Se ha aplicado la suspensión de las comunicaciones con familiares y no se ha garantizado en todas las cárceles y a todas las personas presas los medios telefónicos y telemáticos necesarios para evitar las consecuencias (angustia, desinformación...) que viven el interno, familiares y allegados. Esto ha tenido consecuentes efectos sobre el estado emocional del interno que junto con el miedo y la incertidumbre de la situación, ha visto dificultado el contacto y la comunicación con sus familiares.

Se han puesto en evidencia, al igual que en la población general, carencias que se han hecho aún más notables por la situación de pandemia y el desconocimiento del alcance de esta. De todo esto se pueden sacar muchas conclusiones y se pueden reparar muchos errores. Nos consta que hay interés en remediar y tomar medidas para garantizar los derechos de las personas en especial riesgo de exclusión como son, en el caso que nos ocupa, los internos de centros penitenciarios. Tenemos la esperanza de que en un futuro cercano, las autoridades competentes tomen nota de estas carencias y mejoren las atenciones e intervenciones en centros penitenciarios para garantizar la seguridad y los derechos que merece dicha población.

Contacto

Pilar Ventosa ✉ pilarventosa@gmail.com
USMC Córdoba Sur. Centro de Salud Santa Victoria • C/ Huelva s/n, 5ª planta

Bibliografía

- Consejo de Europa (2020). Estadísticas Penales Anuales - SPACE I 2019.
- Secretaría General de II. PP. (2020). Recomendaciones en centros penitenciarios, en relación al COVID-19. 27 de marzo de 2020.
- Editorial. (2016) HIV and related infections in prisoners. Lancet, En: www.thelancet.com/series/aids-2016

- Recibido: : 15/5/2020.
- Aceptado: 23/6/2020.



La epidemia del COVID-19 y la salud mental comunitaria.

The COVID-19 epidemic and community mental health.

Plataforma de Salud mental de Aragón.

Queremos mostrar desde aquí nuestro reconocimiento a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que están teniendo que realizar su labor en condiciones muy difíciles y afrontando no solo la asistencia sino las dolorosas situaciones emocionales en las que nos sumerge esta pandemia.

Nuestro escrito trata de abordar, con un enfoque crítico, la respuesta a los efectos del coronavirus y más específicamente la respuesta asistencial que se está dando a los usuarios de los recursos de salud mental. Analizamos el modelo de respuesta que se ha dado hasta ahora y se dará previsiblemente a sus necesidades, si no anticipamos las posibles consecuencias.

Los efectos traumáticos que está teniendo la situación creada por la pandemia del coronavirus con sentimientos de irrealidad acompañantes, de detención del tiempo, de cambio radical de nuestras condiciones de vida, no nos pueden hacer olvidar los problemas en “los que estábamos antes”: endeble planificación de la asistencia empeorada con la incorporación de los nuevos profesionales, problemas de espacio en los CSM, preocupación por las prácticas coercitivas en salud mental, listas de espera. Si bien los acontecimientos nos traen de forma alarmante nuevos problemas, los anteriores van a seguir estando ahí cuando se vuelva (si es posible) a la “normalidad”, probablemente corregidos y aumentados.

Queremos subrayar cómo la novedad, lo “traumático” de la situación de pandemia podría impedir visualizar la intensificación y amplificación de

tendencias previas, ya sea en las problemáticas personales, vinculares, sociales y organizativas ya sea en los modos de afrontarlas y tratarlas. En lo relativo a la atención a la salud mental hay una escotomización que se produce principalmente de dos maneras:

- por una suerte de “biologización de los problemas que acaba por tecnificarlos y despolitizarlos” y
- mediante la instalación en el imaginario colectivo de lo que se ha llamado una “retórica delegativa de lo común”¹, que dificulta la reflexión sobre la nueva situación en lo que tiene de novedoso y en lo que tiene de reagudización de tendencias que ya valorábamos como negativas (“regresión a los antiguos modelos asistenciales dominantes”).

El necesario confinamiento ha obligado a tomar medidas urgentes que por sus propias características implican la dificultad de las actividades presenciales, pero la priorización de la atención hospitalaria y el relegamiento a segundo (¿tercer, cuarto?) plano de la atención comunitaria, en CSM y servicios de rehabilitación comunitarios, no serían ninguna novedad debida a la pandemia.

Frente a esta nueva situación que amputa radicalmente el contacto interpersonal directo, o lo reduce a mínimos, y los efectos que ello puede tener en el modo de vivir y de existir, se nos sugiere

1. García López, E. www.cuartopoder.es/ideas/2020/04/12/por-un-pensamiento-no-confinado



como nueva fórmula de abordaje la indiscriminada respuesta que remite al teletrabajo. En el plano asistencial supone la privación de las intervenciones presenciales y colectivas, con el agravante de que en la gran mayoría de los recursos no se disponía, ni se dispone, de medios telemáticos; y con la ausencia de medios y de conocimientos para su utilización por buena parte de los pacientes a los que atendemos. No desdeñamos la utilidad de las nuevas tecnologías, que en la situación de alarma nos permite unos mínimos, pero somos conscientes de sus limitaciones y riesgos en las relaciones interpersonales.

Se hace necesaria, como paso previo a la toma de decisiones en la asistencia, una reflexión sobre la trascendencia de esta situación traumática, que corremos el riesgo de que se haga crónica. Cómo afecta según nuestros conflictos interiores previos, a las distintas estructuras psicopatológicas con las que los humanos nos defendemos del sufrimiento, los diferentes tipos de conflictos vinculares en los diferentes ámbitos, unos más importantes en estos momentos que otros: pareja, familia (recordemos los estudios de “emoción expresada”)²³; cómo afecta a nuestros sueños, a nuestras diferentes producciones psíquicas.

En el plano de los efectos psíquicos más concretos del coronavirus observamos una particular “neurosis de guerra” en la que las personas experimentamos en distinto grado sentimientos y vivencias similares a los que presentan las personas con trastornos psicóticos: sentimientos de amenaza (la vida y la muerte pueden estar a la vuelta de la esquina), paranoia (contaminar o ser contaminado, cualquiera puede ser un peligro), aislamiento afectivo, incluso distanciamiento de la realidad. Sumándose duelos a menudo complicados, por pérdidas inesperadas. Esta situación, que puede agudizar conflictos previos, se complica por la falta de las alternativas de evasión que esta sociedad consumista de forma bastante interesada nos oferta y a las que estamos acostumbrados.

Volviendo a la asistencia en salud mental, lo más fácil, y probablemente el mayor riesgo, sea regresar

al uso exclusivo de los viejos esquemas en términos de incremento de la incidencia de patología mental del modo reduccionista del que hablamos arriba. Al fin y al cabo los profesionales, afectados también por el trauma colectivo, podemos/pueden tender a la repetición automática.

Es necesario pensar, además de atender las posibles descompensaciones personales, que lo que la población está padeciendo y padecerá es un *incremento del sufrimiento*, que sería conveniente ayudar a *canalizar* en lugar de cuantificar y catalogar. De lo contrario solo lograríamos prolongar los sufrimientos a la vez que condenamos a un desbordamiento nuestro sistema de atención, dada la envergadura de la conmoción social.

Canalizar en la medida de lo posible de manera *colectiva*, sin patologizar a la población desde un inicio. Si bien el sufrimiento tiene que ser escuchado y elaborado, la atención individual no es la única vía y no siempre lo más beneficioso es hacer una lectura individualista de dicho sufrimiento. Nuestra propuesta es que hay que *garantizar el abordaje psicosocial comunitario* superando el enfoque médico reduccionista de síntomas- diagnóstico- fármacos. Planteamiento que no ignora las consecuencias sociales de la llegada del COVID-19 con sus particularidades eventuales en cada caso.

Otro problema al que deberíamos estar atentos en esta nueva situación es a una posible vuelta de tuerca en lo relativo a la restricción de derechos de los pacientes psiquiátricos con TMG, diferenciándolos como población del resto de la ciudadanía. Y justificar la diferencia en la atribución de que no son capaces de entender y valorar los peligros; y cuya conducta, en contadas ocasiones imprevisible, puede ser valorada como un riesgo intolerable ahora. Es la vieja hipótesis de la violencia de los enfermos mentales contada de otra forma.

Esto no es contradictorio con la discriminación positiva en lo relativo a las normativas de confinamiento.

Si bien en el pasado reciente hemos puesto de manifiesto las deficiencias a la hora de la planificación asistencial, consideramos de obligado compromiso hacer un esfuerzo mayor de reflexión y planificación unificada de la asistencia en estos

2. Leff, J. y Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Nueva York: Guilford Press.

3. Lemos, S. y Muñiz, J. (1989). *Expresión emocional familiar en la esquizofrenia*. Investigaciones Psicológicas, 6, 269-294.

nuevos tiempos que nos va a resultar necesario recorrer, plagados aún de incertidumbre. No somos partidarios de confinar el pensamiento.

Esta reflexión tiene en cuenta algunos PELIGROS que la nueva situación puede incrementar:

- Habrá que estar atentos al peligro de vulneración del respeto a los derechos humanos de las personas con enfermedad mental, como resultado de la priorización de la salud biológica, que de un modo u otro nos cosifica.
- Habrá que estar atentos a que pueda resultar dañado el modelo comunitario, dando lugar a un nuevo incremento del predominio de lo hospitalario.
- Habrá que estar atentos al peligro de una sustitución ilusoria de la asistencia individual y colectiva presencial por modelos asistenciales basados en la telemática (la telemática como metáfora de un modelo biologicista trasladado a la comunicación, medicalizado, y desubjetivador de la asistencia).
- Se hablaba en el modelo comunitario de abolir la distancia con el enfermo, no de tenerlo a distancia. No es posible sustituir así la relación, instrumento principal de la terapia y también de la asistencia, la valencia socio terapéutica y rehabilitadora de frecuentar un Centro de Salud mental o un Centro de día.
- Habrá que estar atentos a que no se refuerce la “jerarquía de los expertos”, que la pequeña amplitud democrática lograda en torno a la salud mental como problema colectivo (profesionales, usuarios, familiares y ciudadanos) no se vuelva a cerrar.
- Habrá que estar atentos a que no se cuele el abandono bajo el pretexto del riesgo de contagio.
- Habrá que estar atentos a la sobremedicación, otra posible forma de abandono con etiqueta terapéutica, so pretexto de su rápida acción y la presión asistencial.
- Habrá que estar atentos al riesgo de “incapacitar”, legalmente o de hecho, a las personas con trastorno mental, tomando decisiones sobre su vida como si fueran incapaces.

- Habrá que estar atentos al fomento del individualismo en la comprensión de las problemáticas y de la asistencia: riesgo de psicologización y psiquiatrización de los problemas colectivos.

- Habrá que estar atentos a que no se cuele, en fin, el doble rasero con el que se trata tan a menudo el grave problema de las adicciones.

Como Plataforma nos planteamos en esta nueva situación los siguientes OBJETIVOS y PROPUESTAS:

- Reivindicar la salud mental comunitaria como un servicio esencial, en la fase de desconfi-namiento. (16/4/2020 “Más allá del Quédate En Casa y otras épicas”. www.cuartopoder.es/ideas Javier Segura).
- Coordinar una red público-social (iniciativas ciudadanas surgidas al calor de la epidemia) de acompañamiento telefónico y presencial a personas en situación de soledad, aislamiento o desamparo. Apoyarse en esas redes sociales comunitarias y trabajar con ellas en la atención a los ciudadanos más necesitados (enfermos mentales graves entre otros), incorporando teórica y prácticamente en nuestros esquemas de intervención el valor del cuidado comunitario.
- Reforzar la cobertura (tanto telefónica, como presencial) para la prevención de problemas de salud mental y la atención a las personas con diagnóstico de enfermedad mental.
- Evaluar cómo se está realizando en esta fase de confinamiento la atención a personas con adicciones.

Reabrir los servicios de comedor o buscar soluciones alternativas que aseguren la provisión de alimentos a la población enferma mental grave atendida con anterioridad en esos servicios y a las personas nuevas que lo necesiten.

- Reforzar la hasta ahora escasa atención domiciliaria en los dispositivos comunitarios asistenciales.
- Continuar denunciando aquellas situaciones asistenciales que consideramos atacan una asistencia en salud mental pública, universal y de calidad, reivindicando la singularidad de cada paciente, de cada familia, de cada



colectivo y la importancia de lo relacional-afectivo de los tratamientos, defendiendo los intereses de toda la población enfermada y de la ciudadanía por encima de la disputa de recursos y dispositivos concretos (en tiempos de crisis, ante la escasez, podemos ver aparecer una contienda entre intereses particulares).

- Realizar un seguimiento de la atención a los nuevos pacientes dada la situación de estancamiento que se está produciendo en la atención en los CSM. ¿Cómo articular la atención para que no se produzca una demora ya excesiva y atender las necesidades en unos plazos razonables? Necesitamos realizar una prevención selectiva priorizando los servicios, identificar quién los necesita más, discriminando los perfiles psicopatológicos y las situaciones de mayor riesgo.
- Detectar las problemáticas sociales de los pacientes más vulnerables (víctimas sociales) que se van a agravar como consecuencia del incremento de desigualdad por la crisis (desigual afectación por estrato social, etnia, género, discapacidad).
- Favorecer que la disminución de las restricciones del confinamiento alcance del mismo modo a las personas con enfermedad mental grave que están siendo atendidos en las unidades rehabilitadoras o residenciales y que se han visto en este periodo de confinamiento especialmente aumentadas.

- Buscar la mayor sinergia de los servicios de salud mental con la red de AP, comunitaria, en el afrontamiento de un problema común, como es la pandemia y sus consecuencias posteriores.

Continuar la defensa de los derechos humanos, más difícil todavía en esta situación donde fácilmente vemos extenderse la visión de los enfermos mentales, siempre en riesgo de exclusión, como ocasionales portadores irracionales del virus (bombas biológicas), lo que supone un sobrestigma añadido.

Reivindicar que la atención a la salud, a la salud mental y a un modo de vida “digno” no se consiga por la “caridad” o beneficencia de algunos, sino desde el reconocimiento efectivo de los poderes públicos como un derecho humano fundamental.

Zaragoza, 1 de Mayo de 2020



HISTORIA

Hace ya algún tiempo: Otto Gross. Sexo, drogas y Psicoanálisis.

Some time ago: Otto Gross. Sex, drugs and Psychoanalysis.

Reda Rahmani (1), Juan Medrano (2), Oscar Martínez (3), Iñaki Markez (4), Luis Pacheco (5).

(1) Psiquiatra. Osakidetza. Red de Salud Mental de Bizkaia.

(2) Psiquiatra. Osakidetza. Red de Salud Mental de Bizkaia. BioCruces Bizkaia.

(3) Psiquiatra. Osakidetza. Red de Salud Mental de Bizkaia. BioCruces Bizkaia.

(4) Psiquiatra. Zubiok. Instituto Vasco de Psicoterapia. Bilbao.

(5) Psiquiatra. Osakidetza. Red de Salud Mental de Bizkaia. BioCruces Bizkaia.

Resumen: Otto Gross fue un psiquiatra austríaco nacido en 1877 y uno de los primeros seguidores del Psicoanálisis, aunque sus críticas a la escuela freudiana le supusieron ser excluido de ella a pesar de haber aportado varias teorías a la misma. Llegó a detentar la cátedra de Psicopatología en la Universidad de Graz, pero padeció severos problemas de adicciones a sustancias durante la mayor parte de su vida, los cuales motivaron diversos ingresos psiquiátricos, varios de ellos promovidos por su propio padre, jurista de gran prestigio. Política y socialmente se le consideró afín al anarquismo. Fue partidario del amor libre, tuvo numerosas amantes e hijos de varias de ellas; siendo el más insigne representante de “Monte Verità”, una de las primeras comunidades “hippies” de la historia. Murió de neumonía, a punto de cumplir los 43 años, después de haber sido encontrado en la calle desnutrido y con síntomas de congelación.

Palabras Clave: Otto Gross, Carl G. Jung, Monte Verità, Psicoanálisis, Adicciones a drogas, Anarquismo.

Abstract: Otto Gross was an Austrian psychiatrist born in 1877, considered one of the first supporters of Psychoanalysis, as well as his first critical excluded from the Freudian school despite having contributed several theories to it. He held the chair of Psychopathology at the University of Graz, but suffered from severe substance abuse problems for most of his life, which led to various psychiatric admissions, most of them promoted by his own father, a highly respected lawyer. Politically and socially allied to anarchism, defender of free love, he had many lovers and children from several of them; being the most distinguished representative of Monte Verità, one of the first Hippie communities in history. He died of pneumonia, at age 43, after being found malnourished and stranded on the street with frostbite symptoms.

Key words: Otto Gross, Carl G. Jung, Monte Verità, Psychoanalysis, Drug addictions, Anarchism.



Nota introductoria:

Resulta complejo relatar con exactitud la vida de Otto Gross, pues las diferentes fuentes que hemos consultado discrepan en bastantes ocasiones respecto a fechas y lugares. No obstante, y a pesar de los errores que hayamos podido cometer por estas diferencias - por los que pedimos disculpas -, nuestra intención es mostrar globalmente la figura de este peculiar y controvertido colega, ya que sigue siendo un desconocido para la mayoría de los psiquiatras y psicoanalistas actuales. Creemos que para delimitar el episodio de su más famoso ingreso psiquiátrico resulta de gran ayuda la correspondencia entre Freud y Jung, y por ello la detallamos profusamente en el texto.

Otto Hans Adolf Gross nació el 17 de marzo de 1877 en la provincia austríaca de Estiria¹⁻⁴, concretamente en la ciudad de Gniebing¹⁻², aunque algún autor⁵ sitúa su nacimiento en la ciudad ucraniana de Chernovtsi, presumible pero erróneamente, porque la familia era originaria de Ucrania⁶ y su padre trabajó allí⁵⁻⁶. Otro autor sostiene que nuestro protagonista nació en la ciudad de Fellbach³, a casi 300 km de la antes mencionada Gniebing. Fue el único hijo de Adelaida (Adele) Rayman (1854-1942), nacida en Retz, cerca de Viena, y de Hans Gross (1847-1915), nacido en Graz (Austria), jurista, profesor de criminología, y una de las principales autoridades mundiales en este campo¹, llegando a ser considerado por muchos como el fundador de la criminología moderna.

Autor del “Manual del juez”, obra traducida en varios idiomas, este intratable, autoritario y ambicioso personaje tuvo intercambios frecuentes con Sir Arthur Conan Doyle, el padre de Sherlock Holmes, y con el Dr. John. B. Watson³, siendo el creador de la dactiloscopia¹⁻²; el primero en introducir la psicología criminal en los interrogatorios policiales; el primero en preconizar el uso de perros policiales en la investigación criminal; así como el primero en concebir el proyecto de una policía internacional, precursora de la actual Interpol³⁻⁹. Descendiente de una familia aristocrática del departamento de Lorena (Francia), Hans Gross luchó sin éxito durante toda su vida para que le fueran reconocidos sus títulos nobiliarios

por el emperador Francisco José I de Austria, y eso a pesar de que Francia accedió a ello restituyéndole su identidad completa, Gross von Ranspach³. En una larga carta a su majestad, Hans Gross aporta todo tipo de pruebas filiales, suplicando su deseo al emperador: “*hace 11 años que le ruego respetuosamente a su majestad que me reconozca con clemencia mi antigua nobleza Lorena...*”³.

Hijo único, Otto Gross fue educado de manera hiperprotectora - a decir de algún biógrafo, a la manera de un “príncipe”⁷-, por tutores y escuelas privadas. Se desconoce casi todo de su primera infancia, y nada se sabe de su madre; cobrando su padre en su vida un protagonismo cuasi persecutorio^{3,4,8-9}. En palabras de Gross padre, nuestro protagonista “*antes siquiera de saber leer, conocía hueso por hueso la anatomía de los animales prehistóricos...pero en cuanto a la vida práctica quedaba quince años más atrasado que un niño de 6 años...*”⁹⁻¹⁰. Es este persuasivo padre quien, muy atraído por la Medicina y “*soñando con encontrar en su hijo un compañero de investigación y trabajos universitarios*”¹¹, empujará a su hijo a emprender estos estudios.

Otto se licenció en esta carrera en 1899, en la Universidad de Graz¹⁻² y su tesis doctoral, publicada en 1901, se tituló “*Compendium der Pharmako-Therapie für Polikliniker und junge Ärzte*” (Compendio de Fármaco-terapia para policlínicos y jóvenes médicos)⁷.

En 1900, a este vegetariano, abstemio y gran amigo de los animales, le atrae la idea de estudiar la flora de la Patagonia⁴. Durante unos seis meses embarca como médico naval en la línea marítima que une Hamburgo con Sudamérica, comenzando por aquella época a tener problemas con el opio, la morfina y la cocaína^{1-2,4,7}, quizás por la facilidad de obtener estos productos del botiquín del barco. Entre 1901-1902 trabajó como psiquiatra en Graz¹, bajo las órdenes de G. Antón¹², y en Múnich bajo las de E. Kraëpelin^{2,13}, y publicó sus primeros trabajos académicos, algunos en revistas dirigidas por su propio padre¹⁴.

En 1902 recibió su primer tratamiento para sus adicciones en la Clínica Burghölzli, cerca de Zúrich - donde trabajaban E. Bleuler y CG Jung -, solicitando incluso ser retenido contra su volun-

tad si fuera necesario⁷. No está claro si en este primer ingreso fue tratado por Jung¹², pero algunos autores señalan que fue entonces cuando comenzó a interesarse por los trabajos de Freud. De hecho, probablemente fuera el primer profesional en introducir las teorías psicoanalíticas en el ámbito universitario, mientras trabajaba en Graz¹⁴⁻¹⁵. No obstante, parece que su primer contacto con el padre del Psicoanálisis fue en 1904^{17,12}. Su entonces defensa de los postulados psicoanalíticos se manifestó defendiendo una ponencia en el “*Congreso Internacional de Psiquiatría, Neurología, Psicología y Asistencia a Dementes*”, celebrado en Ámsterdam en septiembre de 1907^{14,16}; congreso que contó con representación española a cargo de S. Ramón y Cajal, no pudiendo asistir finalmente L. Simarro como también estaba previsto¹². Posteriormente, la defensa del psicoanálisis por parte de Gross llegó a tal grado que, tras el segundo ingreso en el Burghölzli -del que nos ocuparemos más tarde-, se enfrentó directamente con Kraëpelin, pensando incluso en denunciarle por el boicot a la práctica del Psicoanálisis en su clínica¹⁷. También fue el introductor de E. Jones a dicha escuela, hacia 1908¹⁴.

En los primeros años de su relación, antes de repudiarle desde el movimiento psicoanalítico oficial, Freud profesaba una ambivalente admiración por Gross, como puede deducirse de varias de las cartas que envía a Jung:

“...El libro de Gross me ha interesado, sobre todo, porque procede de la clínica del Sumo Pontífice o al menos ha sido permitido por él. Gross es una persona sumamente inteligente; para mi gusto, en su libro hay demasiada teoría y muy poca observación...” (Carta 34F, de Freud a Jung, el 1/7/1907)¹⁶.

o bien esta otra:

“... Seguramente es usted el único que puede aportar también algo por su cuenta; quizás también Otto Gross, el cual por desgracia no está lo bastante sano...” (Carta 74F, de Freud a Jung, 25-27/2/1908)¹⁶.

Las disonancias de Gross en el ámbito académico hay que contextualizarlas en paralelo a su vida afectiva; parcela íntima esta que Gross pa-

dre quiso sin éxito reconducir e influir ya que, según él, Otto fue: *“...varias veces víctima de chicas jóvenes que le extorsionaban promesas de matrimonio. Estaban lejos de merecerle, y de todos modos no las quería y se desesperaba hasta el momento en que lográbamos, gracias a nuestra ayuda, liberarle”*¹⁰.

En 1903, a pesar de la oposición familiar, Gross se casó con Frida (Frieda) Schloffer (1876-1950), hija de un abogado de Graz y educada en Friburgo-en-Brigau por la familia de Alois Riehl, filósofo cercano al entonces ya influyente sociólogo de Heidelberg, Max Weber^{14,7}. Con esta primera esposa, aquejada de migrañas, insomnio y diversas artromialgias³, es padre al año siguiente de su primer hijo, Peter († 1946); y ese mismo año nace su segundo hijo, también llamado Peter († 1915), pero esta vez de su relación con Else Jaffé (1874-1973), amiga íntima de Frieda¹ y pariente del legendario “Barón rojo”, Manfred von Richthofen^{4,18}; nacida Else von Richthofen, madre de dos hijos y casada entonces con Edgar Jaffé, otro profesor de Heidelberg cercano a Weber. Parece que este último estaba al corriente de la relación de su mujer con Otto y de que el hijo que esperaba su mujer era de este último, así como se reseña que fue la propia Else la que repitió el nombre de Peter para este segundo hijo de Otto⁸. Según Zanda², Checchia⁷ y Noschis⁴, todo esto fue en 1907 y no en 1904. A favor de 1907 está el hecho de que en la correspondencia de Frieda se menciona que, en 1906-1907, esta acuerda con Otto un pacto de “*unión libre*”⁴. Igualmente, en ese mismo año, Gross tuvo una aventura amorosa con la hermana de Else, llamada también Frieda (1879-1956), quien luego se casó con el escritor D.H. Lawrence¹, autor, entre otros textos, de “*El amante de Lady Chatterley*”². Quién sabe si entonces nuestro protagonista, padre de dos hijos a la vez y multiplicando las aventuras amorosas, estaba sumido en una guerra contra el orden burgués patriarcal establecido, militando por un orden matriarcal en una vuelta al culto a Astarté, la gran diosa babilónica del amor; o es que estaba basculando ya en los claroscuros de una patología psiquiátrica seria tal como lo deja entrever su propia mujer, Frieda: *“...Se acostaba a horas totalmente irregulares. Una noche no dormía, la siguiente dormía 16 horas seguidas... no podía nunca quedarse quieto sentado y tenía*



*que levantarse y deambular constantemente. Lo peor era su manera de hacer teoría constantemente y perpetuamente interrogarse sobre el porqué y el cómo*¹⁰. Tal “*unión libre*” la practicó igualmente Frieda: en 1908, tuvo una relación con Emil Lask, filósofo de Heidelberg amigo de los Weber; y en 1909 con el pintor Ernst Frick, del que llegó a tener tres hijas³.

En esa época de contracultura que exaltaba la supremacía de la mitología, las culturas primitivas y el erotismo³, Otto y Frieda vivían entre Múnich y Ascona (Suiza)¹, residiendo temporalmente en una comuna anarquista de esta última ciudad -denominada “Monte Verità”-, fundada en 1900-1902^{4,19} por Henri Oedenkoven, Ida Hofmann, Lotte Chattemer, Karl y Gustav Gräser; retomando en realidad la idea del teósofo suizo Alfredo Pioda, quien ya en 1889 abrió en el Monte Verità un “*convento laico*” que llamó “*Fraternitas*”⁴. Estos jóvenes anticapitalistas y utópicos, deseosos de vivir de la manera más simple posible en contacto con la naturaleza, harán que Monte Verità sea considerado una de las primeras comunidades “hippies” de la historia¹², pasando a ser más adelante propiedad del mercader de arte oriental, Edward von der Heydt⁴.

En Múnich, Otto y Frieda vivían en el barrio de Schwabing, lugar emblemático de final del XIX donde se reunían ilustres del arte moderno como Paul Klee, Matisse o Kandinsky; y donde la atmósfera específica de libertad de pensamiento y riqueza cultural que poblaba cafeterías, cabarets y círculos literarios, fue muy bien descrita por autores como Leonhard Frank o Stefan Zweig³. En esta línea, más alternativa aún, Ascona fue conocida como la “*capital mundial de los psicópatas*”⁷, y Monte Verità como actualización práctica de un orden cósmico desajustado por la brutalidad del capitalismo burgués industrial. Por Monte Verità pasaron famosos personajes como el anarquista M. Bakunin, el escritor y premio Nobel H. Hesse^{7,13}, el sociólogo Max Weber, el filósofo Martin Buber, el historiador de las religiones Mircea Eliade, el propio Carl Gustav Jung, los escritores Franz Kafka, Thomas Mann, André Gide y D. H. Lawrence, el gurú Jiddu Krishnamurti, el político Gustav Landauer; así como un sinnúmero de importantes artistas del mundo de la pintura, de la danza..., ideólogos reformadores y ecologistas que llegarán a influenciar notablemente la

Europa de la primera mitad del XX⁴. Monte Verità fue probablemente un teatro de “*terapias orgiásticas*” promulgadas por el propio Gross - amigo entonces del bohemio dionisiaco Ludwig Klages y lector y admirador del sociólogo y gran teórico del matriarcado Jakob Bachofen -, así como una vía para expandir la conciencia de uno mismo y volver a esa unidad hombre-mujer recogida en los tiempos babilónicos, antes de que el mundo griego y el monoteísmo instalaran el patriarcado como orden social; un patriarcado que será, para Gross y sus compañeros de Monte Verità, la fuente definitiva de toda patología individual y social⁴. En aquella época Gross contactó también con numerosos escritores y artistas como Karl Otten y Franz Werfel, así como anarquistas y radicales políticos, tales como Erich Mühsam, quien años más tarde fue asesinado por la Gestapo en un campo de concentración¹.

En 1906 su nombre se relacionó con el suicidio de la antes mencionada Lotte Chattemer, depresiva anarquista de la comuna analizada por él, siendo imputado por ayuda en el mismo. El propio Gross justificó su actuación en una carta abierta que escribió en 1914⁷ al periodista Maximilian Harden: “*...es a su petición que a principios del año 1906 le he dado a la señorita Lotte Chattemer, en Ascona, el veneno con el que se suicidó. Lo he hecho para hacerle lo más dulce posible una muerte a la cual de todas maneras estaba resuelta. Hice todo cuanto estaba en mi poder para hacerle renunciar a su deseo de morir...*”³. Los rumores en torno a este suceso se multiplicaron, y parece ser que la policía, allá por 1909, pensó que Gross había asesinado a Chattemer por envenenamiento para que no revelara los detalles de un complot anarquista que estaba preparando junto con Eric Mühsam, Ernst Frick y Johannes Nohl⁴.

Años después hubo un segundo suicidio en el que Gross también se vio involucrado por la policía; el caso de Sophie Benz, pintora y anarquista, con quien vivió unos años y que se suicidó en 1911, probablemente en un estado psicótico, aunque otro autor apunta a una sobredosis de cocaína⁴. Sin embargo y al contrario que en el caso de Lotte, en esta ocasión Gross declaró en la misma carta al periodista Maximilian Harden que no tuvo ninguna participación en el mismo^{4,7,17}.

En 1906 le ofrecieron dirigir la cátedra de Psicopatología en la Universidad de Graz, de la que dimitió en 1908². Esta cuestión resulta algo confusa, porque algunos autores señalan que en 1907 estaba trabajando con Kraëpelin^{4,7}, mientras que otros⁶ señalan que trabajó con él en 1906. En su novela, ampliamente documentada, la escritora Marie-Laure de Cazotte confirma esta colaboración con Kraëpelin y la sitúa entre septiembre de 1906 y julio de 1907⁸. Por su parte, Zanda² señala que Gross trabajó con Kraëpelin en el período 1901-1902 pero también que, después de regresar a Múnich en 1906, volvió a asistir al Instituto Kraëpelin con una beca² (debe advertirse que, en el trabajo de Zanda, Múnich es denominado como “Mónaco”, ya que los italianos llaman también así a la capital de Baviera²). Nos resulta difícil creer que simultanease ambas actividades, pues Graz y Múnich distan unos 400 km entre ambas, pero quizás la respuesta nos venga del trabajo de Michel Onfray⁹. Según este último, en 1905 Gross solicita a la Facultad de Medicina de Graz ser habilitado como profesor universitario, pero su solicitud es rechazada por su corta edad y su falta de experiencia. Gross padre interviene a espaldas de su hijo, y gracias a su influencia y contactos obtiene dicha nominación para Otto en 1906. Pero Otto deja en esta época Graz por Múnich, sobre todo porque su padre, hasta ahora profesor en Praga, acaba de obtener una cátedra en Graz y se disponía a volver⁹. Posiblemente Otto Gross estuvo los primeros meses de 1906 impartiendo clases en Graz, quedando confirmado que el verano 1906 lo pasó en Ascona para volver a Múnich a partir de septiembre y hasta julio 1907 para trabajar con Kraëpelin⁸⁻⁹.

El 27 de abril de 1908 se celebró, en el hotel Bristol de Salzburgo, el que se consideró el Primer Congreso de Psicología Freudiana¹⁶, después conocido más rimbombantemente como “Primer Congreso Psicoanalítico Internacional”²⁰. Se reunieron cuarenta hombres y dos mujeres²⁰, una de ellas la mujer de Gross, como acompañante^{7,17}. Freud disertó sobre el caso del hombre de las ratas durante casi cinco horas y posteriormente hubo otras presentaciones, una de ellas a cargo de Gross. Se desconoce el nombre exacto de la ponencia, pero se sabe que el texto no se incluyó en las actas, aunque sí se reseñó como “*Perspectivas que abre el psicoanálisis a los problemas*

generales de la cultura”^{7,20}. Parece que Gross analizó las consecuencias sociales que podrían derivarse del psicoanálisis, desarrollando una serie de críticas sobre la moral imperante de la época, la sexualidad, las relaciones familiares y de pareja, etc.; proponiendo una función del psicoanálisis más allá de la clínica y la psicopatología, a la manera de un movimiento reformador y revolucionario^{17,20-21}. La charla no debió gustar a Freud y, según los biógrafos, su lacónica respuesta fue algo parecido a: “*Nosotros somos médicos y pretendemos seguir siéndolo...*”^{7,17,20-21}. Muy pocos días antes del congreso, Freud había escrito a Jung pidiéndole ayuda para tratar a Gross, quizás presionado por el padre de este¹⁵ y pensando analizarlo posteriormente, una vez desintoxicado (ver más abajo la carta de Freud a Jung, el 19/5/1908)¹⁶⁻¹⁷. Gross no era del agrado de Jung¹⁷⁻¹⁸ pero este se debió ver obligado a admitirlo en la clínica, dadas sus expectativas de ser uno de los líderes del movimiento freudiano¹⁷.

En la correspondencia entre ambos puede verse como se va gestando el ingreso. Unos días antes del congreso de Salzburgo, Freud le escribe a Jung:

“...*Tenemos que ocuparnos también de Otto Gross; necesita ahora urgentemente su ayuda como médico; es una lástima que algo así le suceda a un hombre tan altamente dotado y convencido. Se ha dado a la cocaína y se halla al parecer iniciando una paranoia cocaínica crónica...*” (Carta 84F, de Freud a Jung, el 19/4/1908)¹⁶.

Llama la atención esta alusión de Freud al impacto del consumo de cocaína en Gross, ya que, como es sabido, Freud fue en su día un consumidor habitual de dicha sustancia y gran defensor del uso terapéutico de la misma⁷. O quizás fuera ese conocimiento personal que tenía del tema lo que moviera a hacer el comentario. Y esta fue la respuesta de Jung:

“...*Tan solo una cosa me afecta mucho y es el asunto Gross. Su padre me ha escrito urgiéndome para que me lo traiga a Zúrich...Gross no solo toma cocaína, sino también opio en considerables cantidades...*” (Carta 85), de Jung a Freud, el 24/4/1908)¹⁰.

En mayo de 1908 Gross ingresa por segunda vez en el Burghölzli (Zanda dice que el segundo



tratamiento fue en 1904 y señala este de 1908 como el tercero. Quizás fuera así, pero no hemos encontrado otras referencias que apoyen esto)². En dicha estancia le acompañó su mujer, Frieda, la cual también recibió tratamiento por Jung, como veremos después^{16,22}. Parece que el padre de Gross había presionado primero a Bleuler, luego a Freud y finalmente a Jung para forzar el ingreso². La fecha exacta del mismo es dudosa, ya que la historiadora del psicoanálisis, Elisabeth Roudinesco, habla del día 17 de mayo²², pero resulta imposible que sea así porque Jung escribió una carta a Freud el 14 de mayo señalando que “...tengo aquí a Gross, que me hace gastar un tiempo increíble...Parece tratarse esencialmente de una neurosis obsesiva...” (Carta 93)¹⁶. En este sentido, previamente, en una carta del 6/5/1908 (Carta 90F)¹⁶, Freud le envía “el certificado de Otto Gross”, es de suponer que para justificar el ingreso¹⁶; así que lo más probable es que el mismo fuera entre el 8 y el 13 de mayo. Zanda, en esta ocasión, señala el día 11 como fecha exacta².

También resulta interesante la misiva de Freud a Jung días después, respecto a quién llevaría el tratamiento:

“...En un principio creí que usted se encargaría de él tan solo para la cura de deshabitación y que yo realizaría seguidamente, en otoño, el tratamiento analítico. Se trata, naturalmente, de un despreciable egoísmo en el hecho de que yo reconozca que ello es así más ventajoso para mí... ya no trabajo con la plena reserva de energía que poseía hace años... Desde que traté al filósofo Swoboda me horrorizan tan difíciles situaciones. Considero correcto su diagnóstico sobre Gross...” (Carta 94F, de Freud a Jung, el 19/5/1908)¹⁶.

A medida que se desarrolla el tratamiento, el desagrado inicial de Jung va transformándose en fascinación, probablemente mutua; y las sesiones del análisis llegan a durar hasta 12 horas seguidas, convirtiéndose Gross en el “gemelo” de Jung durante el tratamiento, analizándose ambos entre sí¹⁷. En mayo de 1908, Jung establece el diagnóstico de neurosis obsesiva y le dice textualmente a su maestro:

“...He dejado todo de lado y he dedicado todo el tiempo disponible, día y noche, a Gross ...

Se trata de una típica neurosis obsesiva con multitud de problemas interesantes. Allí donde no podía yo seguir adelante, era él el que me analizaba. De este modo he sacado yo también provecho para mi propia salud... Su estado psíquico ha mejorado considerablemente... Es un hombre de rara honestidad, con el cual se puede convivir de inmediato excelentemente, en cuanto se renuncia a los propios complejos...Hoy tengo mi primer día de descanso, puesto que concluí ayer el análisis... El análisis ha proporcionado toda clase de excelentes resultados científicos, que intentaré formular próximamente...” (Carta 95), de Jung a Freud, el 25/5/1908)¹⁶.

Durante el tratamiento de Jung, Freud sigue manteniendo cierta estimación por Gross:

“...Gross es una persona tan valiosa y una inteligencia tan sólida que el trabajo de usted tiene el valor de una aportación para la generalidad. Sería excelente que como residuo de este análisis quedase entre ustedes una relación de amistad y de colaboración...” (Carta 96F, de Freud a Jung, el 29/5/1908)¹⁶.

Algún autor¹⁵ señala que la influencia de Gross durante este análisis “mutuo” fue decisiva para que Jung desarrollase su estrecha y peculiar relación con, quizás, su más famosa paciente, más tarde médico-psicoanalista, Sabina Spielrein, por cuanto parece que fue Gross quien sembró la inquietud que socavó la represión sexual de Jung en su relación con Sabina¹⁵, si bien otros trabajos que estudian la relación de Sabina y Jung²³⁻²⁴ no hacen ninguna referencia a esta cuestión. Lo que sí queda claro es que la diferencia es abismal entre un Otto Gross que reivindica otro orden social en el que la sexualidad dionisíaca nietzscheana no sucumbe a ninguna represión, y los Freud y Jung que intentan disimular con pequeños arreglos sus conocidas infidelidades, a la sombra de un orden burgués tan reivindicado como temido. Michel Onfray entiende la exclusión de Gross del movimiento psicoanalítico en parte por la envidia y el resentimiento que su sexualidad despertó en Freud y Jung⁹.

Volviendo al análisis Jung-Gross, tras la fuga de este el 17 de junio escalando la tapia del Burghölzli², un frustrado Jung, al principio orgulloso por

haber concluido el análisis de Gross en dos semanas, cambia el diagnóstico de su paciente y escribe a Freud:

"...Hasta ahora, el asunto de Gross me ha tenido consumido...le he sacrificado días y noches... no existe evolución alguna... Desgraciadamente, a partir de mis palabras habrá podido colegir ya el diagnóstico en el cual yo no quería creer y que ahora veo, sin embargo, ante mí con aterrador claridad: demencia precoz... Una anamnesis lo más cuidadosa posible de su mujer y un psicoanálisis parcial de la misma me ha proporcionado, además, demasiadas confirmaciones del diagnóstico. La salida de la escena corresponde al diagnóstico: anteayer, en un momento en que no estaba vigilado, Gross escaló el muro del jardín, fugándose..." (Carta 98), de Jung a Freud, el 19/6/1908)¹⁶.

Pero, a pesar del fracaso terapéutico, parece que Gross dejó una profunda huella en Jung, porque la carta anterior continua de la siguiente manera:

"...Pese a todo es mi amigo, pues en el fondo es un hombre bueno y distinguido, con un espíritu extraordinario... No sé con qué sentimientos acogerá usted estas noticias. Para mí, esta experiencia constituye una de las más graves de mi vida, ya que en Gross reviví demasiados aspectos de mi propio ser, de modo que se me aparecía con frecuencia como si fuese un hermano gemelo mío, menos la demencia precoz... Más a pesar del dolor, no renunciaría a esta experiencia por nada del mundo, pues me ha proporcionado, en último término, una visión única de la más profunda esencia de la demencia precoz en una persona también única..." (Carta 98), de Jung a Freud, el 19/6/1908)¹⁶.

Freud intenta consolar a su discípulo, probablemente con un cierto poso de culpabilidad:

"...Siento que tengo que darle las gracias de un modo extraordinariamente intenso...Y ello por el tratamiento de Otto Gross, que me tendría que haber correspondido a mí y contra el cual se alzó mi egoísmo - o quizá más bien mi legítima defensa -..." (Carta 99F, de Freud a Jung, el 21/6/1908)¹⁶.

Y pocos días después, el maestro deja intuir cual será el destino de Gross dentro del Psicoanálisis:

"...Acerca de Gross tengo también noticias por parte de Jones, que seguramente está ahora con usted. Desgraciadamente no se puede decir nada acerca de él; está hecho una ruina y tan solo perjudicará gravemente a nuestra causa..." (Carta 101F, de Freud a Jung, el 30/6/1908)¹⁶.

Finalmente, con el paso del tiempo, la decepción de Jung es obvia (tanto con Gross como con Sabina) y se cierra el capítulo de Gross, aunque este ya estaba excluido del movimiento psicoanalítico, rechazado por todos salvo por Ferenczi²⁰:

"...La Spielrein es la misma persona de la cual le he escrito a usted... Se trata, como en Gross, de un caso de lucha contra el padre, que yo "gratissime" (i) y armado de grandes cantidades de paciencia, pretendí curar, malgastando para ello incluso mi amistad... En todo este asunto han venido danzando algo demasiado en mi cabeza las ideas de Gross. Por otra parte Gross no me ha enviado su libro. Intentaré comprarlo... Gross y Spielrein constituyen amargas experiencias. A ninguno de mis pacientes les he concedido tal grado de amistad y de ninguno de ellos he cosechado un dolor semejante..." (Carta 144), de Jung a Freud, el 4/6/1909)¹⁶.

En julio de 1908, nació su hija Camilla († 2000) fruto de su relación con la escritora suiza Regina Ullmann (1884-1961)¹. En 1911 volvió a ser hospitalizado por consumo de drogas y depresión en el hospital psiquiátrico Steinhof de Viena, influido probablemente por el suicidio de Sophie Benz^{7,25}, siendo financiada la estancia por su propio padre^{2,7}. Tras el alta, en unas tres semanas^{7,25}, quiso fundar una escuela para anarquistas en Ascona^{1,7} transmitiéndole al médico y anarquista suizo Fritz Brupbacher sus planes de publicar un *"Diario sobre los problemas psicológicos del anarquismo"*. Luego se fue a vivir a Zúrich y más tarde a Viena. En la primavera de 1912 se quedó en Florencia y en 1913 se mudó a Berlín, donde se relacionó con los artistas Raoul Hausman y Hannah Höch, que, entre otros, dieron origen en dicha ciudad al Dadaísmo a partir de febrero de 1916^{1,3}, habiéndose establecido que los adeptos de este movimiento se inspiraron ampliamente del pensamiento de Otto Gross³.

En noviembre de 1913, tras la intervención de su padre y debido a estas simpatías por el movimiento anarquista, le sentenciaron a arresto domiciliario. Gross padre ya había escrito un testamento, al parecer en 1908²⁵, pidiendo que Otto fuera ingresado inmediatamente después de su muerte^{7,25}; pero tras descubrir que su hijo planeaba publicar un artículo en el que asociaba el papel de su padre con el sadismo, llamó a la policía de Berlín para que le arrestara, utilizando como justificación diversos certificados médicos, incluido aquel en que Carl Jung le había diagnosticado de demencia precoz⁷.

Posteriormente fue deportado de Alemania y hospitalizado en la clínica psiquiátrica privada de Tulln (Baja Austria), de la cual, a principios de 1914, fue trasladado al hospital psiquiátrico de Troppau, en Silesia, por temor a que pudiera escapar con la ayuda de sus amigos^{2,25}. Sin embargo, tan pronto como Otto fue arrestado en Berlín, sus amigos comenzaron una campaña internacional a su favor, especialmente apoyados por algunos médicos, anarquistas y artistas del movimiento expresionista en las principales ciudades europeas (Berlín, Múnich, Viena, París, etc.), a través de numerosas revistas y periódicos que publicaron informes favorables a Otto; incluso recibiendo apoyo de personajes críticos con él. Todo ello motivó que nuestro protagonista fuera dado de alta⁷ resultando curioso que, en esos momentos, Gross se había convertido en uno de los psiquiatras que trabajaban en el hospital donde estaba ingresado¹.

En julio de 1914 fue declarado curado, pero tutelado legalmente por su padre²⁵ y trasladado a un sanatorio en Bad Ischl (Austria) donde fue analizado por Wilhelm Stekel, antiguo colaborador de Freud, pero enfrentado desde 1912 al movimiento freudiano^{2,25-26}. El análisis tuvo que interrumpirse por el estallido de la primera guerra mundial, pero Stekel descartó categóricamente que Gross tuviera una esquizofrenia²⁵ y parece que se inclinó por el padecimiento de una “homosexualidad latente”²⁶, en el contexto de una neurosis agravada por sus adicciones⁷.

El padre de Gross falleció un año después, en 1915, y en esa época Gross trabajaba como médico militar en Eslavonia (Croacia). A partir de entonces, nuestro autor siguió bajo tutela com-

pleta gracias a las estrategias elaboradas por su progenitor antes de su muerte¹ y que lograron que aquella fuera transferida a un médico, el Dr. Hermann Pfeiffer hasta septiembre de 1917; fecha en que Otto logró que se restringiera y que la misma ya no se basara en una supuesta psicosis, sino en su adicción a las drogas⁷.

Al comienzo de 1915 Gross se vio envuelto en otro problema con la justicia austríaca ya que albergó en su casa de Viena a su amigo Franz Jung (un escritor, sin vínculo con el psiquiatra), perseguido por la policía como desertor de guerra. Gross no solo lo alojó, sino que además escribió un certificado médico que indicaba que Jung estaba recibiendo tratamiento psicoanalítico con él y que no era apto para el servicio militar. En febrero la policía arrestó a F. Jung, lo ingresó en una institución psiquiátrica en Berlín y acusó a Otto Gross de ayudar a un desertor; aunque finalmente Gross no fuese arrestado al ser considerado un enfermo mental⁷.

La adicción a las drogas seguía siendo un verdadero problema para él y en 1916 fue hospitalizado en un Hospital de Timisoara (Rumania), donde trabajaba como médico voluntario. Allí estuvo durante seis meses y en mayo de 1917 fue derivado al hospital de Steinhof, cerca de Viena, donde ya había estado ingresado años antes, tras el suicidio de S. Benz⁷. Tan pronto como obtuvo una declaración de incapacidad para el servicio militar (era la 1ª guerra mundial), dejó el hospital y se fue a vivir con su madre a Múnich y luego a Viena. Durante este tiempo viajó extensamente, principalmente a Praga, Budapest y Berlín, continuando el consumo de opio y cocaína de manera habitual⁷. En uno de esos viajes, en julio de 1917, acompañado por Marianne y Antón Kuh³, se encontró con el escritor Franz Kafka en el tren de Budapest a Praga⁷. Algunos sostienen que no se conocían, aunque ya habían oído hablar uno del otro, quizás por la proximidad de ambos a los círculos anarquistas; y proyectaron juntos la creación de una revista, que no llegó a materializarse⁷. Otros³, sin embargo, sostienen que Gross y Kafka se conocieron el 23 de julio de 1917 en casa del escritor Max Brod, estando presentes el escritor Franz Werfel y el músico Adolf Schreiber. En su libro “*Cartas a Milena*”, Kafka relata sus intercambios con Gross:

“Apenas conocí a Otto Gross; pero noté en él la presencia de alguien muy importante, del

que por lo menos emergía una mano de entre la muchedumbre ridícula”.

Gross había comenzado una relación con Marianne Kuh (1894-1948), una de las hermanas del escritor austríaco Anton Kuh, y en 1916 fueron padres de una hija, Sophie¹⁷, conocida más adelante como Sophie Templer-Kuh, que en 1982 descubrió casualmente su pasado y quien era su padre³. En 1917, Otto Gross tuvo otra hospitalización psiquiátrica, probablemente en el hospital Mendrisio (Suiza)². Planeaba casarse con Marianne -aunque también tenía una relación no solo con su hermana, Nina, sino muy posiblemente con la tercera hermana de la familia, Margarethe^{1,2}, pero falleció de neumonía el 13 de febrero de 1920¹ en la clínica del Dr. Gustav Scholinus, en Pankow, un distrito de Berlín, pocos días después de haber sido encontrado en la calle desnutrido y con síntomas de congelación por varias personas, entre ellas el psiquiatra Hans Gruhle, a quien Gross conocía bien²⁷. Parece que él demandaba a sus amigos que le facilitasen más drogas o recetas para las mismas y al no poder conseguir las, se marchó⁷. Unos meses antes había publicado su último libro *“Tres ensayos sobre el conflicto interior”*²⁰.

Muy pocas personas escribieron un obituario tras su fallecimiento. Wilhelm Stekel, su antiguo analista, escribió un breve elogio publicado en Nueva York; E. Jones comentó su muerte en el 8º Congreso Psicoanalítico Internacional en Salzburgo, cuatro años después; y S. Ferenczi publicó ese mismo año una reseña del último libro de Gross²⁰. Algunos autores⁵ señalan - no sabemos si como opinión personal, o basada en datos objetivos, aunque más bien nos parece lo primero -, que Gross no pudo cumplir su fantasía de *“...superar el trauma causado por su padre mediante un acto revolucionario que perpetraría a los 45 años y en el que mataría a un fiscal o a un presidente de alguno de los jurados que habían condenado a sus amigos, y en el que él mismo moriría...”*²⁵. La ruptura con Freud, manifiesta tras la fuga del Burghölzli²⁰, le supuso la postergación por casi todos sus colegas psicoanalistas⁶, siendo el primer psicoanalista de prestigio expulsado del movimiento freudiano². Con el tiempo, esta circunstancia fue relativamente común para aquellos que disentían del camino marcado por el “Sumo Pontífice” del Psicoanálisis (utilizamos aquí la

misma expresión con la que Freud denominaba a Kraëpelin)^{12,16}. Como es sabido, con los años Jung también fue denostado, de igual manera que algunos otros grandes representantes del mismo, como por ejemplo A. Adler, W. Reich, O. Rank, K. Horney, S. Rado y E. Fromm^{2,15,17}.

Sin embargo, para algunos autores^{6,21} las hipótesis de Gross se anticiparon a postulados de otros autores psicoanalistas como W. Reich, y también a movimientos como la antipsiquiatría y el feminismo. De hecho, las ideas de Reich y Gross en torno al papel de la sexualidad en la vida psíquica son en muchos sentidos similares; ideas que chocaron con los postulados de Freud y sus colaboradores más próximos¹⁵. Sin embargo, y a pesar de esta similitud, parece que en la obra de Reich no hay ninguna referencia a Gross, y no puede asegurarse que aquel llegara a conocer los trabajos de Gross²⁸.

Otros autores²⁹ también postulan que, a partir de las investigaciones sobre el “hospitalismo” de Ibrahim (1916), el planteamiento de Gross sería el primer referente en el ámbito psicoanalítico del paradigma relacional e intersubjetivo, a la par que un claro antecedente e inspiración indirecta de los trabajos que impulsaron la “Teoría del apego”, iniciada por Bowlby a finales de los años cincuenta del pasado siglo²⁹. Parece que también realizó aportaciones singulares en el campo de la esquizofrenia. En este sentido y según Montejó Alonso¹² la propuesta de Gross de “demencia sejuntiva” (hacia 1904), se aparta de la conocida formulación de Kraëpelin (“demencia precoz”), eliminando el término “precoz”, pero manteniendo la nominación de “demencia”. Gross aclara que mantiene este término entendiendo la demencia solamente como un proceso, no como resultado final; y propone asociarlo al término “sejunción” (tomado de Wernicke), que incorporaría tanto el aspecto etiológico como el hecho de remarcar el síntoma principal. A diferencia de Kraëpelin que remarca el curso de la enfermedad, Gross valora el síntoma³⁰. Este término se tradujo al inglés como “splitting” y más tarde Bleuler lo transformó en “spaltung”, teniendo una crucial influencia en el posterior concepto de “Esquizofrenia”, el cual, como es sabido, acabó desbancando al de “demencia precoz”¹².

También se señala¹² que, en un artículo publicado en 1902 y titulado *“La función secundaria*



cerebral”, Gross aunó las ideas de Wernicke, Kraëpelin, Freud y Janet, presentando una novedosa psicología que influyó notablemente en el desarrollo de los “Tipos psicológicos” de Jung, veinte años más tarde (ver nota 6 de la carta 33), de Jung a Freud, el 28/6/1907)¹⁶.

Es de reseñar que en 1911 Gross envió una carta a Freud, acusando a Bleuler de robarle el término de “demencia sejtiva” y a Jung de sustraerle las ideas teóricas que le había transmitido durante el análisis, si bien Freud obvió entrar en la polémica⁷. Parece que, décadas después, Manfred Bleuler, hijo de Eugen y también famoso psiquiatra, no reconoció el plagio, pero si consideró injusta la omisión del nombre de Gross dentro de la historia de la Psiquiatría¹⁸. El más original de los representantes de la izquierda psicoanalítica¹⁸, precursor de la interpretación psicoanalítica de las psicosis y, a su vez, el “primer psicótico en análisis”³⁰, es todavía un desconocido para muchos de los psiquiatras y psicoanalistas actuales¹. A pesar de ello, su legado ha perdurado con el paso del tiempo, existiendo una Asociación Internacional de Estudios de Otto Gross³¹⁻³², que ha celebrado hasta 2019 diez congresos internacionales “Otto Gross”³¹. G. M^a Heuer, psicoanalista jungiano y uno de sus principales biógrafos - el otro probablemente sea Dehmlow²⁷, aunque ambos han trabajado juntos sobre Gross -, publicó en 2016 el libro “*Freud’s ‘Outstanding’ Colleague/Jung’s ‘Twin Brother’: The suppressed psychoanalytic and political significance of Otto Gross*” (que podría traducirse como “*El colega ‘excepcional’ de Freud / el ‘hermano gemelo’ de Jung: la supresión del significado psicoanalítico y político de Otto Gross*”), el cual se considera el más completo estudio sobre Gross hasta la fecha³³⁻³⁴. Heuer también realizó la más extensa re-

copilación de bibliografía secundaria que hemos encontrado sobre Gross³⁵. Resulta complicado censar totalmente la misma, ya que varios de sus libros han sido publicados de manera póstuma, incluyendo los que suponen la correspondencia mantenida con diversas personas, así como otros que son compilaciones de diversos artículos. Heuer, en una de las páginas del “*International Otto-Gross-Study Group*”³² reseña que Gross escribió unos 33 artículos y unos 6 libros hasta 1920, año de su fallecimiento, pero, insistimos, solo hemos considerado lo referido hasta 1920 y no las publicaciones póstumas, ni las compendadas ni la correspondencia. En nuestro país destacan la publicación por la editorial Alikornio (2003) de la obra de Gross “*Más allá del diván. Apuntes sobre la psicopatología de la civilización burguesa*”²⁸ y la biografía novelada de J. Morella (2016) en el texto “*Como caminos en la niebla. Los impetuosos días de Otto Gross*”³⁶.

Otto Gross, considerado el primer representante de lo que se convino en llamar freudomarxismo, fue enterrado en el cementerio judío de Berlín⁹. Sus últimos meses son de auténtica dependencia hacia los demás, con escasa red social, sin recursos económicos e inmerso en sus adicciones. Abandona la casa de su madre para ser acogido en casa de uno de sus amigos, el antes mencionado Franz Jung. A la mujer de este último, Cläre Jung, le resume trágicamente su situación: “*Ich kämpfe nur noch um mein Leben (Solo lucho por mi existencia)*”³. Franz Jung, le despedirá con estas palabras tras su trágica muerte: “*...Así explotó, se apagó y desapareció la estrella de un gran adversario del orden social... el tiempo no era maduro aún, los canallas aún numerosos. El individuo está aún impotente ante su destino...*”³.

Contacto

Luis Pacheco Yáñez ✉ LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.eus ☎ 946 006 920
Red de Salud Mental de Bizkaia • c/María Díaz de Haro 58 • 48010 Bilbao

Bibliografía

1. Heuer G. *Jung’s twin brother. Otto Gross and Carl Gustav Jung*. Journal of Analytical Psychology. 2001; 46: 655-688. Disponible

en: www.blackwellpublishing.com/content/BPL/Images/New_Journal_Samples/JOAP0021-8774~46~4/272.PDF

2. Zanda G. *Freud, Jung e Otto Gross: all'origine del difficile rapporto tra psicoanalisi e droga*. En: Luci e ombre. Protagonisti (noti e meno noti) della storia della psicoanalisi. Pisa: Ed. ETS. 2018. Págs. 23-56. Publicado in *Psicoanalisi e metodo*, 8, 285-326, 2008. Disponible en: <http://static1.squarespace.com/static/549eb683e4b06f75a6edcf5a/t/54ba74dce4boad6fb5e616f8/1421505756801/Gross.pdf>
3. Hanania A. A. *Otto Gross et Wilhelm Reich. Essai contre la castration de la pensée*. Paris: L'Harmattan. 2008.
4. Noschis K. *Monte Verità, Ascona et le génie du lieu*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes. 2011.
5. Rosenberger H. *Introducción*. En: Gross O. Más allá del diván. Apuntes sobre la psicopatología de la civilización burguesa. Irrecuperables. Fuera de colección 1. 2018. Disponible en: www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Mas%20alla%20del%20divan2.pdf
6. Kalász C. *Los orígenes de la antipsiquiatría*. Revista de Libros. Segunda época. 2004; 87: 1-3. Disponible en: www.revistadelibros.com/articulo_imprimible.php?art=232&t=articulos
7. Checchia M. *Prefacio. Otto Gross, um psicanalista anarquista. ¿2017?* Disponible en: www.academia.edu/36212769/Otto_Gross_-_um_psicanalista_anarquista.pdf
8. De Cazotte M. L. *Mon nom est Otto Gross*. Paris: Albin Michel. 2018.
9. Onfray M. *Les freudiens hérétiques: Contre-histoire de la philosophie, tome 8*. Paris: Grasset. 2013.
10. Hurwitz E. *Otto Gross. Paradies-Sucher zwischen Freud und Jung*. Zürich: Suhrkamp. 1979.
11. Le Rider J. Prefacio de la obra de Otto Gross: *Révolution sur le divan*. Malakoff: Editions Solin. 1988.
12. Montejo Alonso FJ. *La "demencia sejuntiva" en el nacimiento de la esquizofrenia. Otto Gross entre Kraepelin, Freud y Bleuler*. XVI Congreso Virtual de Psiquiatría.com. 1-28 de febrero de 2015. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/la-dementia-sejuntiva-en-el-nacimiento-de-la-esquizofrenia-otto-gross-entre-kraepelin-freud-y-bleuler/>
13. Pinto Venegas JP. *Otto Gross*. Psicoanálisis y política. Política del psicoanálisis y el psicoanalista militante s/f. Disponible en: <https://psicopatologia2.org/wp-content/uploads/2019/11/Pinto,%20J.%20P.%20-%20Otto%20Gross.pdf>
14. Schacht J. *Otto Gross and Original Sin in Psychoanalysis*. Child-Rearing: Practices, Attitudes and Cultural Differences. Nova Science Publishers. Series: Family Issues in the 21st Century. 2017. Disponible en: https://www.academia.edu/34631668/Otto_Gross_Original_Sin_and_Psychoanalysis
15. Mendez M. *Otto Gross, sombra de Carl G. Jung*. Rev GPU. 2015; 11,3: 247-250. Disponible en: www.researchgate.net/publication/279804477_Otto_Gross_Sombra_de_Carl_G_Jung
16. Freud S-Jung CG. *Correspondencia*. Madrid: Taurus Ediciones S.A. 1978.
17. Montejo Alonso FJ. *El Psicoanálisis 1919-1933: Consolidación, expansión e institucionalización*. Tesis doctoral (E. Chamorro, director). Facultad de Filosofía. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. 2009. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/9764>
18. Barros M. *Otto Gross*. Website marcelobarros.com.ar. s/f. Disponible en: www.marcelobarros.com.ar/template.php?file=Clinica/OttoGross.html
19. Beccacece H. *Contracultura en Monte Verità*. La Nación. Website Lanacion.com 10-7-2002. Disponible en: www.gusto-graeser.info/ContraculturaEnMonteVerita_LaNacionArgentina_20020710.pdf
20. Montejo FJ. *La marca de Caín. La maldición de "lo social" en el Psicoanálisis*. Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia. 2017; 11, 1: 70-92. Disponible en: www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V11N1_2017/04_Montejo_2017_La-marca-de-Cain_CeIR_V11N1.pdf
21. Pinto Venegas JP. *Otto Gross o los factores colectivos del padecimiento individual*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIII Jornadas de Investigación. XII Encuentro de In-



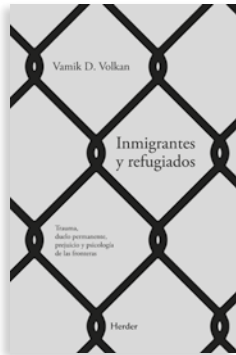
- investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. 2016. Disponible en: www.aacademica.org/000-044/815.pdf
22. Roudinesco E. *Freud en su tiempo y en el nuestro*. Barcelona: Debate. 2015.
 23. Alnaes K. *La verdadera historia de Sabina Spielrein*. 2ª ed. Madrid: Siruela. 2004.
 24. Vallejo R, Sánchez-Barranco A. *Sabina Spielrein, la primera mujer que enriqueció la teoría psicoanalítica*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2003; XXII,85: 107-122. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So211-57352003000100007
 25. Lothane Z. *Romancing Psychiatry: Paul Schreber, Otto Gross, Oskar Panizza- Personal, Social, and Forensic aspects*. En: Felber W, Heuer GM, Götz von Olenhusen A, Nitzschke BH. (2010). *Expressionismus und Psychoanalyse. 7. internationaler Otto-Gross-Kongress, Dresden*. Marburg: LiteraturWissenschaft.de: 461-493. Disponible en: http://dasunbehagen.org/wp-content/uploads/romancing.final_.pdf
 26. Zanda G. *"Il porco trova tartufi": Wilhelm Stekel e la Società Psicoanalitica di Vienna negli anni 1902-1912*. En: Luci e ombre. Protagonisti (noti e meno noti) della storia della psicoanalisi. Pisa: Ed. ETS. 2018. Págs. 81-122. Publicado in Psicoanalisi e método. 2012; 11: 229-283. Disponible en: <https://static1.squarespace.com/static/549eb683e4b06f75a6edcf5a/t/54c2db81e4b01ba65f578f98/1422056321022/Stekel.pdf>
 27. Dehmlow R. *Otto Gross*. Website von Raimund Dehmlow. 2020. Disponible en: www.dehmlow.de/index.php/de/otto-gross
 28. Suarez F. *Crítica bibliográfica: O. Gross: Más allá del diván*. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. Asociación para el estudio de temas grupales, psicosociales e institucionales. Nº 10. 2005. Disponible en: www.area3.org.es/sp/item/59/Cr%C3%ADtica%20bibliogr%C3%A1fica:%20-O.%20Gross:%20M%C3%A1s%20all%C3%A1%20del%20div%C3%A1n-%20por%20F.%20Su%C3%A1rez
 29. Montejo FJ, Haya IMª. *El instinto de contacto (Otto Gross, 1920)*. I Congreso Virtual Internacional de Psicología. 15-17 de marzo. 2017. Disponible en: <https://psiquiatria.com/trabajos/6COMU1PSICO2017.pdf>
 30. Tendlarz S, Palomera V. *Otto Gross et le négativisme psychotique*. Actes de l'École de la Cause freudienne, L'expérience psychanalytique des psychoses. Paris: ECF. 1987. Disponible en: www.silviaelentendlarz.com/index.php?file=Articulos/Experiencia-analitica/Otto-Gross-et-le-negativisme-psychotique.html
 31. International Association for Otto Gross Studies. 2017-2018. Disponible en: <https://otto-gross.org>
 32. Internationale Arbeitsgemeinschaft zu Otto Gross. International Otto-Gross-Study group. 2016. Disponible en: www.ottogrossgesellschaft.com
 33. Heuer GMª. *Freud's 'Outstanding' Colleague/Jung's 'Twin Brother': The suppressed psychoanalytic and political significance of Otto Gross*. New York: Routledge. 2016. Comentario disponible en: www.researchgate.net/publication/305331483_Freud%27s_%27Outstanding%27_ColleagueJung%27s_%27Twin_Brother%27The_Suppressed_Psychoanalytic_and_Political_Significance_of_Otto_Gross
 34. Nitzschke B. *Who was Otto Gross?* Website therapyroute.com. Disponible en: www.the-rapyroute.com/article/who-was-otto-gross-by-b-nitzschke
 35. Heuer GM: *Otto Gross. Bibliographie der sekundärliteratur*. London. February 2018. (1998-2011 in co-operation with Raimund Dehmlow, Hannover). Disponible en: https://ottogross.org/wp-content/uploads/2017/05/Otto_Gross-Se-kundaerliteraturgesamt-bibliographie.pdf
 36. Morella J. *Como caminos en la niebla. Los impetuosos días de Otto Gross*. Barcelona: Stella Maris. 2016.

• Recibido: 08/04/2020.

• Aceptado: 10/06/2020.



ACTUALIZACIONES



Inmigrantes y refugiados. Trauma, duelo permanente, prejuicio y psicología de las fronteras.

Autor: Vamik D. Volkan

Edita: Herder Editorial • 2019

ISBN: 978-84-2544-072-4 • 208 págs.

Vamik D. Volkan (1932, Chipre), formado en la Facultad de Medicina de Ankara, es profesor emérito de Psiquiatría en la Universidad de Virginia, investigador sénior en el Erikson Institute of Education and Research del Austen Riggs Center de Massachusetts, asesor de la OMS, doctor honoris causa de varias universidades y nominado varias veces al Premio Nobel de la Paz, hoy es presidente emérito de International Dialogue Initiative. Con una labor durante 40 años reuniendo a grupos en conflicto para el diálogo, examina en *Inmigrantes y refugiados* los asuntos políticos y sociales relacionados con la inmigración, tanto desde el punto de vista de los inmigrantes y los refugiados como de los países receptores a través de las herramientas de la psicología y el psicoanálisis para examinar los asuntos políticos y sociales. Propone acciones y reflexiones imprescindibles para afrontar esta compleja y crítica situación que describe de forma muy expresiva el subtítulo: *Trauma, duelo permanente, prejuicio y psicología fronteriza*.

El ensayo se basa en la experiencia del autor, como emigrante que fue, a partir de sus vivencias y sus encuentros con refugiados, líderes políticos y grupos traumatizados y en la observación de cómo la llamada crisis de los refugiados ha propiciado enormes divisiones en la Unión Europea y ha generado temor y repulsa hacia todo aquello ajeno a los valores locales. Esa realidad se apoya en prejuicios intergrupales, muchos sufrimientos, en la xenofobia, procesos de integración, en el supremacismo... y son la base de la llamada «crisis de los refugiados», un fenómeno que ha propiciado -y lo sigue haciendo- grandes

divisiones en la Unión Europea y que genera temor y repulsa hacia todo lo ajeno a los valores locales. Buena parte de nuestra sociedad desea tener una identidad nacional étnicamente pura o ser de un país compuesto solamente de personas procedentes de lugares selectos. Resulta de vital importancia comprender los prejuicios benignos, hostiles o maliciosos generados con respecto a los otros. Plantea temas muy interesantes como la necesidad de entender y soportar el duelo migratorio y los procesos de duelo. Explica que todo desplazamiento implica pérdidas: de familiares, de cementerios, de la comida propia, de la identidad previa, del territorio, su lengua... heridas que permanecerán abiertas y cuyos duelos (migratorios) tardarán su tiempo según el grado en que se acepte esas pérdidas lo que determina también el grado de adaptación.

En este libro se proporcionan las herramientas de acción y reflexión necesarias para afrontar esta compleja y crítica situación, y todo ello con un lenguaje sencillo obliga al lector a pensar en situaciones en las que se sentirá el refugiado cuando trata de demostrar que es merecedor de la acogida de la tierra que lo recibe.

En el prólogo, Jorge L. Tizón señala que el libro intenta “que comprendamos y empaticemos con los conflictos y sufrimientos de las poblaciones sometidas a este tipo de procesos; tanto de los migrantes como de los ‘receptores’ o ‘anfitriones’”. Es un ensayo con dos partes: una para cada uno de estos grupos de población: migrantes recién llegados y anfitriones receptores vertebran el abordaje de algunos aspectos



como el prejuicio, “el otro”, y la psicología de las fronteras y el temor a los recién llegados; mientras que en la parte dedicada al inmigrante se repasa y valora algunas teorías psicoanalíticas sobre inmigrantes y refugiados adultos; también sobre los niños que llegan tras un largo recorrido, con sus fantasías inconscientes, o sobre los adolescentes.

Tizón concluye con una interesante reflexión sobre el desarrollo que hace Volkan de sus concep-

tos psicoanalíticos y psicosociales con actitudes políticas integradoras, desde una posición a la que no estamos acostumbrados. Puede chocar con nuestras posiciones y seguridades. Pero ¿y si esa mirada nos ayudara a comprender el drama de las migraciones? ¿Y si nos ayuda desde una perspectiva tan diferente, a repensar ese drama que afecta a toda la humanidad?



Peajes Emocionales: Un viaje a tu interior. Vol. 3. Relaciones emocionalizadas, intrusivas, actuadoras y “operatorias”.

Autor: Luis Fernando López Martínez

Edita: KDP • 2019 • 188 págs.

ISBN: 978-10-9350-695-2

La vida no es siempre un estado de bienestar, felicidad, alegría o placer permanente. A lo largo de la existencia humana, cada persona transita por diferentes peajes a través de sus emociones, pensamientos y acciones. Un viaje a nuestro interior que inicia su aventura en las elecciones personales y el aprendizaje adquirido, de cuya atención y consciencia a los diferentes pagos realizados en estaciones de peaje, dependerá en gran medida el sentido de nuestra existencia y el significado de aquello que sentimos, pensamos y hacemos.

En este libro, el psicólogo Luis Fernando López Martínez, muestra diferentes peajes como eta-

pas de tránsitos en aprendizajes y experiencias vitales, que te enseñarán a gestionar emociones, desarrollar habilidades, explorar recursos y sobre todo a cuidarte en un viaje en el que aprenderás a tomar una postura consciente y saludable de las dificultades, altibajos, situaciones conflictivas y dolorosas más comunes. El estilo cercano, empático y práctico de la obra, plagado de numerosos ejemplos reales, permite al lector entender cómo funciona la mente y las emociones, favoreciendo la identificación de los temidos peajes y permitiendo un abono amable mientras continúa tu viaje.



Ilustraciones de la locura.

Autor: John Haslam

Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría • 2020

ISBN: 978-84-9528-794-6

Reciente edición en castellano de *Ilustraciones de la locura*, de John Haslam, un importante libro de reciente incorporación al catálogo editorial de la AEN, en su colección de Historia.

Escrito en 1810, ocupa un lugar especial en la historia psiquiátrica, al ser el primer relato de un solo caso psiquiátrico escrito por un psiquiatra británico. John Haslam, boticario del mítico Hospital Bethlem de Londres, y un importante psiquiatra de principios del siglo XIX, detalla el caso de James Tilly Matthews, que había sido paciente en el hospital durante unos diez años. Matthews afirmó que estaba cuerdo, al igual que sus amigos y ciertos médicos. Haslam, en nombre de las autoridades de Bethlem, afirmó que estaba loco, e intentó demostrar esto presentando un informe detallado del propio sistema delirante de Matthew, en la medida de lo posible en las propias palabras de Matthew.

Su elaboración se debió a esa confrontación que mantuvieron un médico particularmente obstinado y un paciente singularmente creativo en un momento crucial de la historia europea. El proceder de John Haslam, “boticario” del hospital de Bethlem, y la trayectoria de James Tilly Matthews, cuyas experiencias se consideran comúnmente como la primera encarnación documentada de ese desgarramiento interior que todavía hoy conocemos como esquizofrenia, cobran así un significado muy preciso: el de una amarga y, en gran medida, estéril disputa entre las instituciones tradicionales de la razón y las nuevas formas de locura que acompañan la irrupción del mundo moderno.

Así, por un lado, Haslam no es (todavía) un psiquiatra, y la suya es una lógica binaria según la cual la locura es una condición esencialmente diáfana que se denuncia a sí misma con solo tomar la palabra; su identificación, por tanto, es una cuestión de sentido común (y buena fe) que no requiere ni la mirada entrenada ni las sutilezas esotéricas que, poco después, reivindicarán los primeros alienistas para avalar su experticia. Pero, por el otro, Matthews es (ya) un sujeto arrebatado por la pasión política y fascinado con los productos más conspicuos de la cultura científica de su tiempo (la química neumática, el magnetismo, la electricidad, etc.), de manera que, al mismo tiempo que aspira a participar a lo grande en los acontecimientos desencadenados por la Revolución Francesa, se siente manipulado en su cuerpo y su mente por un espectacular prototipo (el siniestro “Telar de Aire”) de lo que, más de un siglo después, el psicoanalista austriaco Victor Tausk denominará “máquinas de influencia”.

La presente edición incorpora el importante estudio introductorio que le dedicó el gran Roy Porter (1946-2002), que tuvo acceso al apasionante material de archivo sobre el caso conservado en la Biblioteca Británica y el propio Hospital de Bethlem.



Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas.

Respetando la alteridad en el momento presente.

Autoría: Jaakko Seikkula, Tom Erik Arnkil

Herder Editorial • 2019

ISBN: 978-84-2544-358-9 • 312 págs.

Seikkula y Arnkil profundizan en el diálogo abierto, un modelo terapéutico que se basa en la creación de espacios dialógicos como alternativa eficaz para el tratamiento de las psicosis. El propósito de este libro es fomentar el dialogismo en las prácticas relacionales. Tom Erik Arnkil y Jaakko Seikkula, gracias a su larga actividad profesional en este tipo de terapia, describen los diversos enfoques dialógicos y relatan sus experiencias al aplicarlos, enfatizando la importancia de los aspectos prácticos. Son técnicas que vienen llevándose a cabo en casos de psicosis en Finlandia desde hace ya muchos años y con resultados que serían solo un sueño para cualquier Servicio de Psiquiatría de nuestro entorno. La terapia, el acompañamiento a nivel familiar y el apoyo social son la parte fundamental de este enfoque, muy por delante de los psicofármacos, que se usan solo en algunos casos y normalmente por poco tiempo.

Las intervenciones dialógicas son examinadas de manera amplia y profunda con el propósito de conseguir culturas de prácticas sostenibles. Más allá de las psicoterapias o el trabajo social, la educación u otros servicios para las familias, esta obra quiere llegar a los lectores que no practican estas profesiones o no comparten estos campos concretos de interés. Para ello, los autores han profundizado en el núcleo del dialogismo y han enfocado su discurso en un contexto más amplio de prácticas relacionales. Con artículos y estudios que recogen iniciativas acerca del Tratamiento Adaptado a las Necesidades. Diálogo abierto, con métodos y técnicas, sin ser un manual de instrucciones, que se acerca al diálogo como una forma de pensar y actuar que se enri-

quece con todo tipo de métodos que promueven la escucha y el pensar juntos.

Si las redes sociales son vínculos que permiten el acceso a la ayuda y al apoyo, a la información y a nuevas relaciones personales, los profesionales del ámbito del trabajo psicosocial ya se están trabajando en red. En este sentido, es imposible no trabajar en red. La cuestión no es hacerlo o no, sino cómo hacerlo. Un gran complemento de su anterior libro sobre “diálogos terapéuticos en la red social”, una introducción a las intervenciones dialógicas en el que se describe y analiza dos de ellas: los diálogos abiertos y los diálogos anticipatorios, aplicables en el marco de la terapia y el trabajo psicosocial.

Jaakko Seikkula es psicólogo clínico y formador de terapeutas familiares. Profesor de Psicología en las Universidades de Jyväskylä, y en la de Tromsø, en Noruega, ha estudiado durante más de dos décadas el enfoque de los diálogos abiertos, para el desarrollo de prácticas terapéuticas en redes sociales.

Tom Erik Arnkil es profesor investigador en Stakes (Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para el Bienestar y la Salud) y profesor de Política Social en la Universidad de Helsinki. Con estudios centrados en situaciones “multiproblemáticas” en el ámbito familiar y escolar, para mejorar la cooperación entre trabajadores sociales, terapeutas, maestros y redes personales.

Los pendientes de Lucía.

Era su primer día en el Centro Sociosanitario.

Al final del grupo había que dibujar una cara, con una emoción. Ella quería dibujar la tristeza, pero ni siquiera podía. Su compañera le cogió el folio. La dibujó triste. Tanto como ella estaba. Pero le dijo: “te voy a dibujar unos pendientes. Puedes estar triste y estar guapa”. Ella sonrió al verse.

Cuando la ví entrar por la puerta, junto a sus compañeras, no sabía si era chica o chico... si tenía 18, 23 o 35 años... si estaba dentro de ese cuerpo, o dentro de qué mundo... Ví alguien con la piel muy morena, con el pelo muy negro. Su compañera, Eugenia, me dijo su nombre, Lucía, y su edad, 19 años. Ella con voz inerte, repitió su nombre, Lucía.

Su mirada se quedaba fija en cualquier sujeto u objeto que se le pasara por delante. Cuando yo la veía mirar, no conseguía escuchar más que vacío.

Y solo repetía en bucle, que estaba muy deprimida. Pero no podía decir porqué.

Entonces vio una guitarra y fue a por ella. Quería tocar la guitarra.

La música fue moldeando su cuerpo, su gesto y su voz.

La música y el grupo iban convirtiendo, poco a poco, lo uniforme y lo plano, en un relieve con tímidas prominencias y hendiduras.

Cuando escuchó al grupo cantar su nombre en la bienvenida, nos miró y nos vio.

Cuando escuchó a sus compañeras improvisar, dentro de un reguetón, qué era lo que les hacía sentir tranquilas, las miró y las vio.

Entonces añadió algo más a la frase circular inicial, y contó algo más sobre su depresión;

deprimida “porque nadie de mi familia me quiere ni quiere saber nada de mí”.

Y Eugenia contó al grupo que la conocía, y habló de las tardes de playa en un centro de menores que compartieron... y se reconocieron.

La música despertó al cuerpo; dentro del cuerpo despertó el cerebro. El cerebro despertó el lenguaje y la emoción, y el lenguaje y la emoción despertaron al grupo.

El grupo cantó, bailó, escuchó, y recogió. El grupo cuidó. Y Lucía expresó dos deseos: fumar, y volver al miércoles que viene.

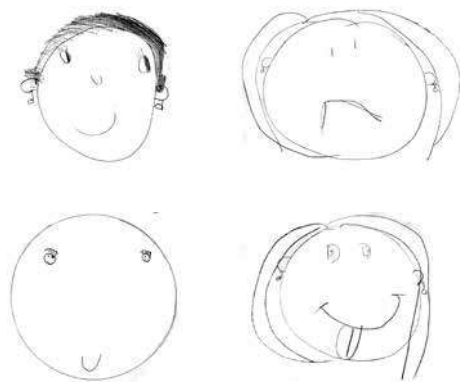
Al día siguiente, cuando hablamos sobre la sesión, la psicóloga y yo, me dijo que ella esperaba a Álvaro, y la que llegó fue Lucía.

En el grupo recibieron a Lucía. Y además, le regalaron unos pendientes y una canción.

Elvira Martín.

Musicoterapeuta en el Centro Sociosanitario de Plasencia.

27 de junio del 2020. *Relatos de cuarentena.*



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*: revistanorte@ome-aen.org

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 informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

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

- Tesis doctoral

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

Otros trabajos publicados

- Artículo de periódico

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

- Material audiovisual

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

- Diccionario y obra de consulta semejantes:

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Trabajos inéditos

- En prensa

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

Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico:

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

URL: www.cdc.govncicd/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 Castellano Manchega
de Neuropsiquiatría
y Salud Mental

Asociación Extremeña
de Neuropsiquiatría
(AExN)

