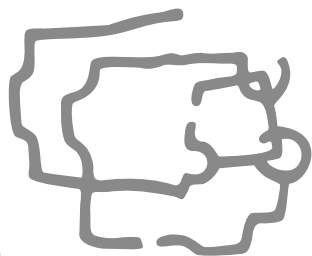


# NORTE

## DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XVIII nº 67 Julio 2022



Autor portada: Cypriaque Kouamen. Artista del centro AmiArte, taller de creación artística interdisciplinar, con artistas solidarios que incluyen en sus proyectos a personas en situación vulnerable (Desde el Arte, un lugar para tod@s). [www.amiararte.org](http://www.amiararte.org)

Título obra: Cultura Africana (II).

Volumen XVII



Nº 63



Nº 64



Nº 65

Volumen XVIII



Nº 66



Nº 67

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



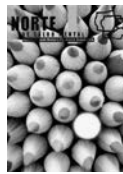
Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



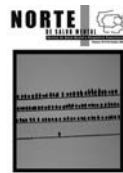
Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

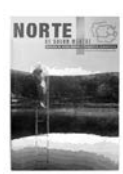
Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

## NORTE de Salud Mental

### Director:

Markez, Iñaki

### Consejo Editorial:

Artigue, Jordi  
Grande, Élda  
Jiménez, Ana María  
Kuhalainen, Javier  
Lalana, José Manuel  
Sierra, Deirdre  
Vecino, Antonio  
Vera Barrios, Eduardo  
Villarreal, Berna  
Villasante, Olga

### Consejo Asesor y de Redacción:

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

- ✓ Acceso disponible en: [ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/](http://ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/) • Correo-e: [revistanorte@ome-aen.org](mailto: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/](http://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 XVIII nº 67, julio 2022

<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](mailto:revistanorte@ome-aen.org)

Autor portada: Cyriaque Kouamen.

Título obra: Cultura Africana (II).

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida.

Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN.

Publicación semestral 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 67. Julio 2022

<b>Editorial</b>	5
• ...haremos camino al andar. <i>Berna Villarreal.</i>	7
<b>Originales y revisiones</b>	9
• Decisiones durante una pandemia: Determinismo o libre albedrío. <i>Héctor Hueso Holgado, Andrés Hueso Cuervo.</i>	11
• Hospital de día de salud mental: construyendo el ambiente terapéutico. <i>Antonio Javier Palacios Rui.</i>	22
• El contexto de la atención psicológica a nivel ambulatorio en la red de salud mental pública catalana. <i>Alfred Tejedo García.</i>	30
• Esketamina y su lugar en la terapéutica: datos para una valoración objetiva y apuntes sobre el coste de oportunidad. <i>Jose García-Valdecasas, Amaia Vispe, Vicente G. Campelo García-Valdecasas, Miguel Hernández.</i>	45
• Factores psicológicos y cáncer de mama. Estudios empíricos y perspectiva de género. <i>María Fernández Rodríguez, Marta Menéndez Granda, Luis Jesús Díaz Gutiérrez.</i>	57
• Eutanasia: una perspectiva psicológica. <i>María del Carmen Torrado.</i>	69
• Experiencia de Musicoterapia en grupo con adultos jóvenes en un Hospital de Día. <i>M. Elisabet Gordo, Esperanza Torres, Patxi del Campo, Beatriz Montoya, Fernando Santander.</i>	80
<b>Pre-ocupaciones</b>	91
• Psicoterapia de grupo. ¿El tamaño importa? <i>Joan Coll.</i>	93
• Coordinar la Salud Mental del Territorio. Trabajo en equipo. <i>José Carlos Azón-Belarre, Patricia Berges, Jessica Romeo, Pilar Aznárez, Benjamín Gayá.</i>	98
• Violencia en la subjetividad adolescente de hoy. <i>Kepa Torrealdea.</i>	102
• Novo trato a infancia: Mirar el pasado para seguir construyendo el presente. <i>Ana María Jiménez Pascual.</i>	109
• Los modelos de la recuperación. <i>Francisco Rodríguez Pulido.</i>	121
• La salud mental en tiempos difíciles. <i>Francisco Rodríguez Pulido.</i>	123
<b>Historia</b>	127
• Hace ya algún tiempo: José Miguel Sacristán Gutiérrez (1887-1957). Un psiquiatra en el olvido. <i>Sonsoles Pacheco, Reda Rahmani, Juan Medrano, Oscar Martínez, Iñaki Markez, Luis Pacheco.</i>	129
<b>Actualizaciones</b>	141
• Adiós, Diván el Terrible.	143
• Xóchitl Frida: “pinto con dolor y mucho amor”. <i>Iñaki Markez.</i>	144
• El autismo infantil y la psiquiatría: una historia de abandonos, búsquedas y desencuentros. <i>Alberto Lasa Zulueta.</i>	146
• Revistas. <i>Revista de la AEN, Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.</i>	147

# Summary

NORTE de salud mental 67. July 2022

<b>Editorial</b>	5
• ...we will make way by walking. <i>Berna Villarreal.</i>	7
<b>Original and reviews articles</b>	9
• Decisions during a pandemic. Determinism or Free Will. <i>Héctor Hueso Holgado, Andrés Hueso Cuervo.</i>	11
• Day hospital of mental health: working therapeutic environment. <i>Antonio Javier Palacios Rui.</i>	22
• The context of outpatient psychological care in the Catalan public mental health network. <i>Alfred Tejedo García.</i>	30
• Esketamine and its place in therapeutics: data for an objective assessment and notes on the opportunity cost. <i>Jose García-Valdecasas, Amaia Vispe, Vicente G. Campelo García-Valdecasas, Miguel Hernández.</i>	45
• Psychological factors and breast cancer. Empirical studies and gender perspective. <i>María Fernández Rodríguez, Marta Menéndez Granda, Luis Jesús Díaz Gutiérrez.</i>	57
• Euthanasia: a psychological perspective. <i>María del Carmen Torrado.</i>	69
• Group music therapy experience with young adults in a day hospital. <i>M. Elisabet Gordo, Esperanza Torres, Patxi del Campo, Beatriz Montoya, Fernando Santander.</i>	80
<b>Concerns Challenges</b>	91
• Group psychotherapy. Does size matter? <i>Joan Coll.</i>	93
• Coordinate the Mental Health of the Territory. Teamwork. <i>José Carlos Azón-Belarre, Patricia Berges, Jessica Romeo, Pilar Aznárez, Benjamín Gayá.</i>	98
• Violence in today's adolescent subjectivity. <i>Kepa Torrealdea.</i>	102
• New deal for children: Looking at the past to build on the present. <i>Ana María Jiménez Pascual.</i>	109
• Recovery models. <i>Francisco Rodríguez Pulido.</i>	121
• Mental Health in Difficult Times. <i>Francisco Rodríguez Pulido.</i>	123
<b>History</b>	127
• Once upon a time: José Miguel Sacristán Gutiérrez (1887-1957). A forgotten psychiatrist. <i>Sonsoles Pacheco, Reda Rahmani, Juan Medrano, Oscar Martínez, Iñaki Markez, Luis Pacheco.</i>	129
<b>Book reviews</b>	141
• Adiós, Diván el Terrible.	143
• Xóchitl Frida: "pinto con dolor y mucho amor". <i>Iñaki Markez.</i>	144
• El autismo infantil y la psiquiatría: una historia de abandonos, búsquedas y desencuentros. <i>Alberto Lasa Zulueta.</i>	146
• Magazines. <i>Revista de la AEN, Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.</i>	147



# EDITORIAL



**...haremos camino al andar.**

**...we will make way by walking.**

Empiezo estas líneas amparándome en el recuerdo del verso de Antonio Machado y me permito la licencia de variarlo para enfatizar la importancia de la andadura colectiva y la búsqueda plural. Lo plural se construye y se cuida, no nace de forma espontánea. Y en nuestro trayecto común como asociación, de casi 100 años, existe una verdadera fuerza para seguir trabajando con el objetivo de lograr progresos en la salud mental comunitaria y pública.

La asociación de profesionales ACPSM-AEN Catalunya nos sumamos a colaborar con la revista *Norte de salud mental* valorando el esfuerzo de sostener una publicación en el campo de la salud mental consonante con los valores de la AEN, máxime tras su reciente congreso celebrado en Barcelona y donde, atendiendo al *feedback* recibido desde quienes allí asistieron, se ha puesto en valor el clima y la vitalidad del encuentro, así como los contenidos presentados. Un lugar que aportará energías para continuar caminando colaborativamente en estos tiempos difíciles. Por esto, animamos al conjunto de socias y socios de la AEN de Catalunya, como en otras asociaciones autonómicas, a conocer la revista y publicar contenidos en la misma. Esta es una buena herramienta para dar visibilidad a las buenas prácticas de los equipos asistenciales y para publicar contenidos y reflexiones teóricas de profesionales de diversas disciplinas.

El título del congreso “Transiciones: salud mental, comunidad y cambio social” permite que nos interroguemos acerca de si podemos describir aires de cambio y de transformación en el ámbito de la Salud Mental. Es un momento delicado porque las cosas pueden empeorar, pero también podrían avanzar. Interesa fijarnos especial-

mente en las políticas sanitarias pues considero que es fundamental complejizar la realidad y los espacios de toma de decisiones en política. Se requiere de un compromiso político de trabajo conjunto desde los diversos departamentos de los gobiernos: sanitario, social, bienestar, justicia, educación. Y muchos constatamos que actúa como motor de cambio la voz de la ciudadanía, de las personas y de los familiares que viven con problemas de salud mental. Como profesionales de la salud mental, no podemos mirar a otro lado y desentendernos. Se requiere estar organizados para elaborar y transmitir, interdisciplinariamente, aspectos claves para avanzar en una salud mental fundamentada en el respeto a las personas y los derechos sociales. Profesionales con una dosis combativa a la vez que observadores y abiertos a los interrogantes que emergen en contacto con la realidad asistencial en los servicios públicos de salud mental. Tendremos que estar atentos a las señales de apertura de las instituciones y estructuras de poder existentes, comprobar si pueden flexibilizarse ante las realidades de la población y posibilitar cambios en el sistema para cuidar las funciones terapéuticas de los equipos en salud mental.

El Ágora, la plaza pública griega como espacio político, “no es innata”, decía Hannah Arendt, “se tiene que crear y cuidar. Es una invención humana, una creación que no responde a ninguna necesidad y que, por eso mismo, puede ser efímera y frágil”. Para forjar este espacio se precisa generar un intercambio confiado. Será a partir de este clima que emergerá el análisis crítico, la creatividad colectiva y la complementación de discursos y saberes. En nuestros tiempos de aceleración y multitarea no es fácil una reflexión con cierta profundidad. Hay que evitar el exceso de

“ruido”, de información, de deseo de protagonismos, etc. Nuestros avances tecnológicos pueden ser una herramienta al servicio de la comunicación y la construcción de pensamiento crítico, pero también pueden ser una herramienta de publicidad y una distracción. En definitiva, debemos poder abrir vacíos de saber y reconocernos como seres en falta.

Necesitamos una política dotada de contenido y valiente en la toma de decisiones que se fundamentan en la ética de lo público. En salud mental no podemos poner los criterios económicos por encima de la vida y del cuidado de la salud, pero tenemos que contar con lo económico para ofrecer cuidados. Un reto de las ciencias es la propia interacción de conocimientos, la complementación de saberes. Edgar Morín dice que *“El conocimiento de lo humano debe ser a la vez mucho más científico, mucho más filosófico y mucho más poético de lo que observación y de reflexión es un laboratorio muy extenso: el planeta Tierra, en su totalidad, su pasado, su devenir, y también su finitud...”* (El Método V). La ciencia natural

no tiene “la” verdad pero fácilmente se tiende a creer que sí y se buscan respuestas únicas que provengan de la medicina. Es imprescindible el diálogo *“transdisciplinar”* entre ciencias y, sobre todo, una actitud profesional reflexiva que no busca verdades absolutas, sino que complejiza con sentido a partir de desarrollar un pensamiento crítico auténtico, que busca “la verdad como horizonte, aquello que nos empuja a pensar, pero nunca como resultado del pensamiento” como nos dijera Kant.

A través de la lectura y la publicación de contenidos en esta revista podremos contribuir a ampliar el progreso en una salud mental con una base honesta respecto al conocimiento que disponemos desde las ciencias sanitarias y sociales y que se fundamenta en el buen trato a las personas que atendemos en los servicios públicos de salud mental.

Berna Villarreal



**ORIGINALES Y REVISIONES**



# Decisiones durante una pandemia: Determinismo o libre albedrío.

## *Decisions during a pandemic. Determinism or Free Will.*

### Héctor Hueso Holgado.

Psiquiatra de la Unidad de Salud Mental de la Vera (Hospital Universitario de Canarias. 38001) y Psicoanalista Asociado de la Asociación Venezolana de Psicoanálisis.

### Andrés Hueso Cuervo.

Biólogo Estructural del Instituto MRC Weatherhall de Medicina Molecular. Departamento de Medicina, Universidad de Oxford. Reino Unido. Consultor de Ciencias de la Salud en FFUND Boutique Consultancy. Amsterdam. Holanda.

**Resumen:** A tenor de muchas de las decisiones y conductas observadas durante la pandemia del COVID-19, se propone que caben ser explicadas de acuerdo al planteamiento compatibilista según el cual pueden coexistir tanto la libertad de elección como el determinismo, aunque considerando a este último no en la acepción clásica de necesidad como la de Laplace, sino según el concepto de “sobredeterminación”. Para ello se utilizó una aproximación multidisciplinaria que incluye teorías psicoanalíticas, neurocientíficas, sociológicas, filosóficas y genéticas.

**Palabras claves:** libre albedrío, determinismo, pandemia, COVID-19, psicoanálisis, filosofía, neurociencias.

**Abstract:** Many of the decisions and behaviors observed during the COVID-19 pandemic are proposed to be explained according to the compatibilist approach, by which both freedom of choice and determinism can coexist. This definition considers the latter not in the classical meaning of necessity like that of Laplace, but according to the concept of “overdetermination”. To analyse this behaviours, a multidisciplinary approach was used, which includes psychoanalytic, neuroscientific, sociological, philosophical and genetic theories.

**Key words:** free will, determinism, pandemic, COVID-19, psychoanalysis, philosophy, neurosciences.

### Introducción y contexto ético-filosófico

Diversas situaciones cotidianas, así como muchas de las observadas durante la pandemia del COVID-19, nos confrontan con la antiquísima disyuntiva entre determinismo y libre albedrío. Algunos filósofos como Platón, los estoicos, Spinoza y Shopenhauer fueron deterministas, esto

es, pensaban que lo que sucede es causado o determinado por algo y no creían en un verdadero libre albedrío. Sin embargo, la posibilidad de decidir nuestras acciones fue defendida, entre otros, por los epicúreos, Descartes, Kant y particularmente por los filósofos existencialistas del siglo



XX, quienes (a raíz de las dos guerras mundiales) se preguntaban por el sentido de la vida y, en general, defendían la responsabilidad del sujeto por asumir su libertad. Entre ellos, Jean-Paul Sartre decía: “[...] *el hombre está condenado a ser libre. Condenado, porque no se ha creado a sí mismo y, sin embargo, por otro lado, libre, porque una vez arrojado al mundo es responsable de todo lo que hace. El existencialista no cree en el poder de la pasión. No pensará nunca que una bella pasión es un torrente devastador que conduce fatalmente al hombre a ciertos actos y que por tanto es una excusa; piensa que el hombre es responsable de su pasión*” (1). Aun así, tanto Heidegger como Merleau-Ponty pensaban que Sartre sobrestimaba nuestro grado de libertad y, por el contrario, subestimaba las circunstancias y las relaciones.

La disyuntiva determinismo – libre albedrío puede aplicarse a algunos interrogantes que nos deja la pandemia, entre otros: ¿No aceptar ser vacunado o acudir a un encuentro multitudinario sin medidas de seguridad suficientes es un ejercicio de libertad, o ésta termina cuando se puede poner en peligro a terceros? ¿Es el negacionismo una opción de libre albedrío? ¿Tenemos que elegir entre libertad y seguridad (tanto en el caso de la pandemia como en el del terrorismo). Y en tal sentido, hasta donde llega la potestad de los gobernantes para tergiversar, dar información incompleta o contradictoria, o incluso ocultar la que no apoya sus medidas, so pretexto de “proteger” a la población o a la economía? ¿Cuanta evidencia clínica es suficiente para facultar a un gobernante a tomar decisiones sanitarias en una pandemia? ¿Es inevitable, como plantea cierto “situacionismo”, la obediencia ciega a las órdenes impartidas por una autoridad (sea un gobernante o la presión mediática) o sólo puede eludirse por medio de subterfugios, como los usados por muchos para evadir el confinamiento?

Las múltiples y complejas respuestas a estas y otras tantas preguntas requieren que cada uno asuma su posición entre aquello que nos determina, la propia elección y sus consecuencias. Pero consideramos que ni la ideología, ni la religión, ni la personalidad, ni la ignorancia, son excusas válidas para comportamientos que, pretendiendo ser un ejercicio de libertad, olvidan que esta implica el respeto de los derechos y las libertades de los demás. Puesto que vivir

en sociedad implica aceptar un “contrato social” (Rousseau), no sólo cuando nos convenga.

Con estas premisas, sostendremos el planteamiento compatibilista según el cual pueden darse juntos el determinismo y el libre albedrío y por tanto la responsabilidad personal y moral. Para los incompatibilistas (ya sean libertaristas o deterministas estrictos) es imposible que ambos coexistan, pero ello se debe a que se suelen referir al determinismo en la acepción mecanicista clásica de necesidad de Laplace (como destino fatalista). Nos referiremos, en cambio, al determinismo entendido según el concepto de “sobre-determinación” psicoanalítico, que se refiere a una conjunción de circunstancias que producen determinado efecto, así como a múltiples significados e interpretaciones de determinado contenido psíquico (2). Un concepto que tiene cierta semejanza con el “pensamiento complejo”, el cual se viene convirtiendo en el nuevo paradigma de nuestro tiempo y que ha conducido a varios epistemólogos y científicos a concluir que, si el futuro no está predeterminado, se pueden tomar acciones éticas (3).

Concluimos esta introducción con unas palabras de Fernando Savater: “*Todos los que quieren dimitir de su responsabilidad creen en lo irresistible, aquello que avasalla sin remedio, sea propaganda, droga, apetito, soborno, amenaza, forma de ser... lo que salte [...] ¿Y si yo te dijera que lo «irresistible» no es más que una superstición, inventada por los que tienen miedo a la libertad?*” (4).

### El libre albedrío y la responsabilidad moral

Sin libre albedrío sería absurdo premiar o castigar; culpar a alguien por no usar mascarilla o incumplir la cuarentena, como tampoco felicitar a cualquiera por cumplirla o aplaudir a los sanitarios y a todos aquellos que han seguido realizando su trabajo.

Sin libre albedrío, la identidad y la misma idea de proceso psicoterapéutico carecerían de sentido, salvo que se pretenda justificar las acciones como inevitablemente causadas por circunstancias externas, ajenas al control volitivo y, peor aún, sin posibilidad de ser modificadas por nuestro libre albedrío.

La polémica entre determinismo y libre albedrío ha sido extensamente revisada por el filósofo de la Universidad de Valencia, Carlos Moya, en un excelente libro en el que defiende el incompatibilismo, convencido como lo está de que existe el libre albedrío, no así el determinismo. Compartimos muchas de sus ideas, pero somos compatibilistas porque utilizamos un concepto distinto de determinismo, como luego veremos.

Para Moya (5), se requieren cuatro condiciones de la acción libre:

1. La voluntariedad o control volitivo (junto con la consciencia).
2. Tener alternativas o control plural, es decir, control no solo sobre la acción que uno lleva a cabo, sino sobre acciones alternativas que también podría, o no, llevar a cabo.
3. La racionalidad o control racional, la capacidad de controlar y llevar a cabo las propias acciones sobre la base de razones apropiadas.
4. Control de autoría, del origen o fuente de las mismas, que sería lo contrario de lo que sucedería a una persona cuyos motivos, valores, preferencias, deseos, etc. sean el resultado, por ejemplo, de un proceso de lavado de cerebro o de manipulación neurológica.

En cuanto a la racionalidad o control racional, Moya excluye a enfermos mentales, discapacitados cognitivos o personas sometidas a intensa inmersión emocional. Este último caso puede haber sido el de algunos durante la pandemia según un estudio realizado con casi 5.000 voluntarios, el cual concluyó que las personas que estaban más expuestas a las consecuencias de los efectos del confinamiento *“tenían mermadas sus capacidades para tomar decisiones, y reaccionaban de maneras no predecibles [...] querían, por ejemplo, que se castigara a aquellos que no llevaban mascarilla o que se saltaban las restricciones, a pesar de que ellos mismos eran más proclives a tomar decisiones que implicaban un mayor riesgo”* (6).

Joaquim Fuster (filósofo, médico y profesor de neurociencia cognitiva de la Universidad de California) considera que la voluntad y la conciencia son insuficientes para comprender la conducta, incluso un impedimento que el método psicoa-

nalítico intenta sortear (7). Además, explica que no sólo la mayoría de las interacciones en la corteza prefrontal son inconscientes, sino que al incrementarse las decisiones inconscientes aumenta la libertad (8).

Moya considera que el control volitivo es necesario para el ejercicio del libre albedrío, pero no para la responsabilidad moral. Se basa en las dos nociones de responsabilidad de Gary Watson: primero, responsabilidad como «atribuibilidad», la cual evalúa la cualidad moral expresada en acciones, pero también en rasgos de carácter, creencias, actitudes, olvidos, disposiciones o actos no intencionales (ya que manifiestan valores y fines de los que se puede considerar responsable a alguien, aun cuando ni estén bajo control voluntario ni sean de libre elección). La segunda es la responsabilidad como «imputabilidad», para la que el control volitivo sí es necesario y que tiene que ver con la consideración del agente como acreedor de culpa o alabanza por sus acciones (9).

En cuanto a la «atribuibilidad», por ejemplo, algunos justificaron su incumplimiento del confinamiento durante la pandemia por su “forma de ser” (personalidad), sus creencias religiosas o sus supuestas “necesidades” (desde visitar a la novia hasta ir a su segunda residencia). Otros defendieron su incumplimiento por razones ideológicas y por desconfiar de las normas, pero basándose en las dudosas evidencias difundidas por las redes; a diferencia de lo que propone el veterano epidemiólogo Andreu Segura (10) quien sugiere que para no sucumbir a los riesgos catastróficos hay que evaluarlos desde una vertiente científica, técnica y política. Por ello creemos que en muchas áreas del saber (incluyendo la pandemia), no cualquier lego en la materia –cual tertuliano omnisapiente– tiene “derecho” a opinar sobre cualquier tema sin apenas conocerlo (incluyendo algún gobernante), porque eso sería dar mucho de sí a la libertad de expresión.

En esta línea, Segura cita los seis criterios de Nancy Kass para valorar las implicaciones éticas de las intervenciones. Primero, que la protección de la salud sea el propósito principal. Y continúa: *“¿Hasta qué punto es ético exagerar las recomendaciones para fomentar un miedo que estimule su cumplimiento? Lo que nos lleva al segundo criterio que es el de la efectividad, que si*

*bien en condiciones de incertidumbre como las actuales no se puede garantizar al menos debe ser razonablemente coherente, un criterio que no cumplen algunas de las drásticas medidas recomendadas que pueden ser incluso contradictorias, como la obligación de llevar mascarillas en espacios abiertos a no ser que se practique algún deporte” (10).*

Dicha imposición iba y venía hasta que a finales de diciembre de 2021 la Conferencia de Presidentes de Comunidades decidió nuevamente la obligatoriedad del uso de mascarillas incluso en espacios abiertos (a pesar de la opinión en contra de expertos). La primera semana de febrero el Congreso, obligados absurdamente a emitir un voto único junto con la revalorización de las pensiones mínimas, convalida la medida. Pero sólo una semana después el Consejo de Ministros deroga la medida.

Juan José Millás ironizaría sobre las mascarillas: *“Las autoridades negaron al principio su eficacia (quizá porque no había bastantes) y las hicieron luego obligatorias incluso para el exterior (quizá porque había demasiadas)” (11).* Como vemos, la libre elección se ve cuanto menos limitada si las propias autoridades (cual padres confusos) no se ponen de acuerdo o las medidas son muy contradictorias (lo que invita a incumplirlas).

No menos difíciles e importantes son los otros criterios éticos de Kass: Tercero, cuantificar las cargas que nos van a comportar las medidas adoptadas, por ejemplo, económicas, que también causaran daños sobre la salud o interferencias en movilidad y en actividades escolares, profesionales, etc. Cuarto, minimizar los efectos colaterales indeseables porque la salud no es siempre lo más importante. Quinto, que las intervenciones deben ser justas y no incrementar las inequidades, pues habitualmente los perjuicios los sufren los más pobres. Sexto, perjuicios y beneficios deben ser prudentemente equilibrados (10).

Todo esto es muy cierto, pero es muy fácil criticar “a toro pasado” y hay que reconocer que ciertas decisiones deben ser tomadas antes de tener suficiente información; que tienen inevitables consecuencias negativas; y que muchas veces son difícilmente equilibrables, como reconocía Segura cuando dijo: *“no es fácil en una situación como*

*la actual, máxime cuando la reclamación popular y de la mayoría de los expertos en aras de cortar por lo sano era ensordecedora y los medios se ensañaban –con bastantes imprecisiones– con aquellos países que tomaban medidas menos radicales, como Suecia por ejemplo” (10).*

## Determinismo y sobredeterminación

La tesis del demonio omnisciente que postuló Laplace en 1814 ya había sido formulada por Leibniz (compatibilista) unos 120 años antes. Según la definición mecanicista del determinismo de Laplace, si hubiera un demonio que tuviera toda la información acerca del mundo –utilizando las ecuaciones y las leyes de la mecánica– sería posible saber qué ocurrió u ocurrirá en cualquier lugar del Universo. Un error habitual es entender el determinismo como una relación entre causa y efecto de este tipo (ya cuestionado por David Hume y Bertrand Russell). Actualmente se sabe que incluso tal demonio no podría prever elementos azarosos o ciertas variaciones imprevisibles, como sucede con las redes neuronales.

En sociología y psicología, la complejidad y la cantidad de variables se hacen inabarcables, ya que un efecto se produce por una conjunción de circunstancias. Más aún, Ferrater Mora en su diccionario de filosofía explica que se enredan conceptos sobre el término determinismo. Por ejemplo, se puede rechazar el determinismo radical y seguir considerando que todo lo que acontece tiene lugar según leyes. Según él, una de las cuatro condiciones para caracterizar a un sistema como determinista es que este debe ser «cerrado»: *“no puede en efecto, admitir acontecimientos externos al sistema, que luego acaben por insertarse en él y alterar posiblemente sus condiciones o su desarrollo” (12).*

Incluso la epigenética (los factores ambientales que afectan la expresión de los genes apoyándose en la plasticidad neuronal), demuestra que el cerebro y el orden de los fenómenos psíquicos no responden a un sistema cerrado.

En 2019 Johnstone y Boyle, en un estudio financiado por la División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología, decían: *“[...] en las cuestiones humanas, la causalidad es por lo general extremadamente probabilística –está*

*basada en valores promedios-; es contingente, es decir, los efectos de cada factor están mediados por, y dependen de, los otros; y es sinérgica, en tanto que las influencias de los factores pueden potenciarse entre sí*". Concluyen por tanto que los factores son complejos, interactivos y sobredeterminados. Además, destacan que se debe "Asignar un papel central a la agencialidad, o la capacidad de elegir libremente, dentro de las inevitables restricciones psicobiosociales" (13).

### **Evolución del determinismo en psicoanálisis**

En 1896, Freud explicó el concepto de multiterminación utilizando el modelo médico de la tuberculosis, al que después llamó "las series complementarias" (que incluían la herencia, las experiencias infantiles y los desencadenantes posteriores). Pero fue en 1900 cuando desarrolló más el concepto de «sobredeterminación» con sus dos acepciones: como múltiples causas y como múltiples significados (2). Sin embargo, en cuanto a la causalidad, el psicoanalista Eduardo Issaharoff ha señalado (y no sin razón) que la paradoja de Freud fue que necesitaba del determinismo para mantenerse en el terreno científico y, por tanto, recurrió al concepto de sobredeterminación cuyo problema fundamental es que, si los elementos de la serie se van extendiendo, se va perdiendo la capacidad de determinar un hecho singular (14). Igualmente, pero desde las neurociencias, lo señaló Fuster, pero, aun así, cree que también disminuyen las limitaciones a la libertad al incrementar los inputs y los outputs (7).

Robert M. Galatzer-Levy, psicoanalista y profesor de psiquiatría y neurociencias de la conducta de la Universidad de Chicago, lleva más de dos décadas escribiendo sobre las posibles aplicaciones de las teorías matemáticas y físicas contemporáneas sobre el psicoanálisis, el estudio de la mente humana y el funcionamiento cerebral. Así, se ha replanteado el determinismo desde otras ópticas, como las ecuaciones diferenciales no lineales, descubiertas en 1975 por el matemático de René Thom (denominada por él como teoría de las catástrofes), que describen un mundo aparentemente no progresivo y desordenado pero que en realidad responde a una organización distinta a la habitual y esperada. Esta teoría y la de las estructuras disipativas de Ilya Prigogine (aquellas que surgen en condiciones alejadas

del equilibrio y en donde pequeños cambios generan grandes transformaciones) son esenciales para entender la noción de no linealidad. Teorías que comparten ámbitos con la teoría del caos; la de los fractales; la complejidad; y la "lógica borrosa", a la que nos hemos referido en un artículo anterior (15).

Galatzer destaca que las teorías de los sistemas dinámicos limitan la posibilidad de hacer predicciones, así como cuestionan las teorías del desarrollo mental puesto que la mayoría de los modelos psicoanalíticos del desarrollo asumen un despliegue ordenado, secuencial y predeterminado de las funciones y estructuras psicológicas. En cambio, dice: "*Los estudios de los sistemas complejos y sus dinámicas no-lineales asociadas predicen un mundo de un tipo muy distinto: un mundo con cambios abruptos, discontinuidades, líneas de desarrollo idiosincrásicas, y desproporciones entre causas y efectos*" (16). También considera que los fractales de Mandelbrot son pertinentes para el psicoanálisis porque su existencia muestra que las estructuras de enorme complejidad pueden ser generadas por reglas simples (17). Por tanto, los modelos no lineales abren un mundo de posibilidades al libre albedrío, así como limitan y complejizan el determinismo.

### **Bases neurobiológicas de la moralidad y el libre albedrío**

Según Patricia Churchland (neurofilósofa de la Universidad de San Diego y asociada al Laboratorio Computacional de Neurociencias), la «moralidad» es una estructura de conducta social en cuatro dimensiones que viene determinada por la interrelación de distintos procesos cerebrales: 1) el cuidado o la atención a los demás (enraizado en el apego a nuestros familiares); 2) el reconocimiento de los estados psicológicos de los demás [la llamada "teoría de la mente"]; 3) la resolución de problemas en un contexto social; y 4) el aprendizaje de prácticas sociales –mediante refuerzos; por imitación; por ensayo y error; por diversos condicionamientos; y por analogía– (18).

En cuanto al desarrollo de la capacidad para cuidar y atender a los demás, y para la sociabilidad (como antesala de la moralidad), Churchland

señala que depende de los neuropéptidos como la oxitocina (OXT) y la vasopresina arginina (VPA), que interactúan con otras hormonas como el estrógeno y la progesterona; con neurotransmisores como la dopamina y la serotonina; y con los opiáceos endógenos. Pero, además, sucedieron dos cambios evolutivos interdependientes en el cerebro: el miedo de perder la descendencia y la mayor capacidad de aprendizaje por dolor y placer (19). Y por si todo lo anterior no fuera suficiente, Churchland añade que el cerebro humano, al tener mayor corteza prefrontal y área límbica, puede planificar; postergar decisiones; no responder rígidamente; y por tanto, libre albedrío (20).

### Bases genéticas de la moralidad y el libre albedrío

Un autor paradigmático del determinismo biológico y genético es Richard Dawkins, biólogo neodarwinista y autor del célebre libro *El gen egoísta*. Sin restar importancia a sus planteamientos sobre determinismo genético y evolucionista, su suposición de que el comportamiento animal esté tan absolutamente controlado por los genes parece extrema. Por lo visto, rechaza el libre albedrío y la culpa cuando dice: “*Pero ¿acaso una concepción verdaderamente científica, mecanicista, del sistema nervioso no convierte en un sinsentido la idea misma de responsabilidad, atenuada o no?*” (21). Actualmente se considera absolutamente cuestionable pensar que una concepción “verdaderamente científica” requiera ser mecanicista.

Dawkins continúa: “*De cualquier crimen, por atroz que sea, hay que culpar, en principio, a condiciones antecedentes que actúan a través de la fisiología, la herencia y el entorno del acusado*” (21). Casi con las mismas palabras lo decía Platón al hablar de lo que llamó enfermedades del alma en *Timeo* (22), y entre cuyas causas incluía no solo a “*los desbalances corporales, sino al peso de los progenitores, la educación, las instituciones y la política*”.

Respondamos a Dawkins y Platón con las dos nociones de responsabilidad antes citadas (como «atribuibilidad» y como «imputabilidad»), aplicándolas al ejemplo de un joven que decidió saltarse el confinamiento inicial de la pandemia

y conduciendo a gran velocidad arrolló a un policía en un control. ¿Era el conductor responsable o no, fuesen cuales fueran sus “determinantes” (todos los citados por ambos)? ¿Es o no responsable aquel que contagia el coronavirus por incumplir indicaciones sanitarias (y cuáles y hasta qué punto)?

Poco más adelante, Dawkins parecía abrir una puerta al libre albedrío al especificar que los genes actúan indirectamente al igual que un programador informático: “*Todo lo que ellos pueden hacer es prepararla con antelación; luego la máquina de supervivencia se encuentra bajo su propia responsabilidad, y los genes sólo pueden permanecer pasivos en su interior*” (21). Sin embargo, al abordar la agresión en el capítulo siguiente, la despacha de manera simplista considerando al individuo como “*máquina egoísta programada para lo que sea, con tal que sea para el bien de sus genes*” (23). Reduccionismo que contrasta con la amplitud con que Erich Fromm había tratado las múltiples causas de la agresión en *Anatomía de la destructividad humana*. Entonces, ¿era el conductor antes mencionado una “máquina egoísta programada para el bien de sus genes”, o intervinieron su personalidad y otras variables?

En contra de la idea, aun defendida por algunos, de que lo que prevalece es el “gen egoísta” actualmente se reconoce al comportamiento prosocial y cooperativo. Así, el primatólogo, psicólogo y etólogo holandés Frans de Waal (18), ha identificado la presencia de compasión, empatía y sentido de justicia, e hipotetiza que la empatía surge en los cuidados maternos y se traslada a otras relaciones.

Pero, es más, cabría decir que esta postura exageradamente determinista, genetista y cientificista, que anula la idea de responsabilidad, no dista mucho de la doctrina de la predestinación de Calvino y de Lutero. Con la única diferencia de que, en el caso de estos últimos, no era el gen sino Dios quien determinaba inexorablemente.

Negar el libre albedrío, y con ello la idea de culpa personal, es pretender desandar miles de años en el desarrollo de la ética, de la conciencia moral, del Derecho y las leyes. Para Ricoeur, la imputación personal de la culpa representó un adelan-

to a la escandalosa responsabilidad colectiva que castigaba al no culpable (24). Como dijo Ricoeur: *“Por eso toda explicación del mal por el cuerpo supone siempre un grado de transposición simbólica de éste; sin ello, el cuerpo sería simplemente la coartada de la culpabilidad, que es lo que ocurre cuando recurrimos a nuestro carácter o a nuestra herencia para disculparnos. La explicación del mal por el cuerpo no constituye una explicación objetiva, sino un mito etiológico”* (25).

Por ello consideramos que aquellos que creen que no existe el libre albedrío, ni por tanto la culpa personal, de alguna forma y sin darse cuenta, están regresando a la idea del “pecado original” (o el pecado del gen).

Coincidimos con Fromm y con el controversial concepto de «la banalidad del mal» de Hannah Arendt (26) en que, si se elimina la existencia de la voluntad y la libre elección, sólo cabría juzgar a muchos actos delictivos (sino a todos), como casos de insanía mental. En este sentido, Thomas Szasz uno de los padres de la antipsiquiatría y defensor del libre albedrío, advertía de la tendencia a la evasión de responsabilidades mediante el concepto de enfermedad mental: *“Según, este criterio, todo hecho humano –desde el infortunio personal y la infidelidad matrimonial hasta la «mala conducta» política y la convicción moral desviada– es una faceta del problema de la enfermedad mental”* (27).

Aunque el libro de Dawkins tiene ya más de dos décadas, aún muchos defienden determinismos biologicistas de este tipo, sin hacer caso de los descubrimientos recientes. Hallazgos como el de los marcadores somáticos de Antonio Damasio (que dan cuenta del registro simultáneo de la representación y su emoción), la epigénesis (que da cuenta de cómo la experiencia influye en la expresión de los genes) o la plasticidad neuronal (que da cuenta de cómo la experiencia influye en la modificación de la red neuronal de cada sujeto). Al punto de que Ansermet y Magistretti (un psicoanalista y un neurocientífico respectivamente), señalan que la plasticidad permite considerar al individuo como biológicamente determinado para ser libre (28).

Churchland advierte que la cooperación puede que no dependa de «genes de la cooperación»

y cita a varios genetistas que están bastante seguros de que los genes no tienen un efecto específico en la conducta e incluso consideran que la denominada “pleiotropía” (esto es, el fenómeno que se produce cuando un gen desempeña un papel en distintos aspectos del fenotipo), es lo habitual y no la excepción. De hecho, los genetistas han mencionado el multideterminismo y la idea de que los genes interactúan de la manera que corresponde a un sistema dinámico no lineal. En resumen, Churchland señala que de los resultados de la investigación actual puede concluirse que los genes inciden sobre la conducta, pero seguramente porque los sucesos ambientales provocan la expresión de muchos genes. Además, dado el mayor tamaño de la corteza prefrontal humana y que un 80% de su crecimiento se produce después del nacimiento, ello nos hace más susceptibles a las influencias culturales y ambientales, y nos permite conductas más flexibles (29).

### **Estudios neurocientíficos y sociológicos sobre determinismo y libre albedrío**

Entre los experimentos neurodeterministas que ponen en duda la existencia del libre albedrío, están los de Benjamin Libet (que luego amplió Daniel Wegner) sobre el llamado «potencial preparatorio», según el cual (resumiendo) los procesos cerebrales son los que determinan el movimiento de una mano antes de la decisión consciente de hacerlo. Sin embargo, estos estudios han sido cuestionados por diversos autores (30; 31). Entre otras cosas, porque experimentos que se basan en situaciones simples y cuasi reflejas, no pueden extrapolarse a conductas complejas que implican deseos, principios éticos, pensamientos (conscientes e inconscientes) y decisiones consecuentes. Además, porque defienden teorías monistas, para las que un estado mental no es otra cosa que un estado cerebral, pese a que esta perspectiva ha ido quedando obsoleta puesto que, como señala Fuster, “la mente está en la red” y funciona como un código relacional, por lo que no puede ser reducida a sus partes, como no lo puede ser el lenguaje (32).

Fuster explica que, ya que el código cognitivo es de carácter relacional, el reduccionismo actualmente de moda (esto es, la fragmentación de la cognición en componentes neurales cada vez



más pequeños e irrelevantes) no resulta en una metodología útil para explorar ni la causalidad ni el mecanismo en la neurociencia cognitiva. Esto es porque el análisis de los componentes desemboca inevitablemente en la desnaturalización del objeto de estudio. Por tanto, Fuster considera que pretender, por ejemplo, descifrar el neurotransmisor implicado en una función o contenido cognitivo por medio de biología molecular es como intentar descifrar un mensaje escrito analizando la composición química de la tinta (7). Y esto es muy similar a lo que señalaba el psicoanalista André Green, a quien no le parecía posible conocer la realidad psíquica por medio del estudio de funciones aisladas, ya que al reducir los síntomas a categorías que se puedan registrar y manipular, lo que se consigue es una caricatura simplificada de la realidad mental (33). Sería como pretender entender que las alteraciones psicopatológicas producidas durante la pandemia, sean debidas exclusivamente a un factor biológico, o socioeconómico, o psicológico, etc.

Como hemos señalado, ya que para Moya la conciencia es una condición de la libre elección, considera que la mayoría de los experimentos que quieren negar el libre albedrío tienen en común la devaluación del papel de la conciencia. Por ello, cuestiona los experimentos del así llamado «situacionismo», según el cual nuestras decisiones están fuertemente condicionadas por situaciones y circunstancias externas sobre las que tenemos escaso control (34).

Por supuesto, estamos de acuerdo en que la sobredeterminación incluye al contexto social y con que a las personas se las puede sugestionar y manipular para que elijan no tan libremente, como demostraron Nisbett y Wilson (34), y como bien saben los publicistas o los asesores electorales. Por no hablar de cómo los medios o las redes pueden tener influencias positivas o negativas y cómo pueden llevar a la gente del aplauso a la vituperación en cuestión de horas, como se ha podido ver durante la pandemia. Sin embargo, estas influencias no prueban la inexistencia del libre albedrío, sino tan sólo su limitación y los múltiples determinantes de cada quien.

Moya tampoco considera que los resultados de los experimentos situacionistas pueden ge-

neralizarse ni que demuestren que los seres humanos hagan recaer su responsabilidad en otros cuando se hallan en grupo, tal como pretendieron demostrar los experimentos de la prisión de Stanford de Philip Zimbardo y los experimentos de Stanley Milgram sobre obediencia a la autoridad (34).

Resumiendo, en el de Zimbardo, los estudiantes eran divididos en guardianes y presos simulando una prisión y casi de inmediato se observaron en varios de los guardias conductas sádicas, así como de sumisión en los prisioneros.

A pesar de sus terribles resultados, hay quienes cuestionan no sólo el aspecto ético del experimento, sino que debido a las instrucciones que el propio Zimbardo impartió, los participantes basaban su conducta en cómo se esperaba que se comportasen o según los estereotipos que ya tenían sobre prisioneros y guardias, pero incluso así muchos no adoptaron conductas sádicas.

Por otra parte, los experimentos de Milgram pretendían determinar si la obediencia es ciega a las órdenes impartidas por una autoridad científica, aun cuando éstas pudieran entrar en conflicto con los valores propios (lo que podría “explicar” los actos de los nazis en el Holocausto). Consistían, muy sucintamente, en hacer creer a los participantes que estaban dando crecientes shocks eléctricos a una persona cada vez que fallaba una respuesta, llegando en la mayoría de los casos a voltajes supuestamente muy altos, y ninguno de los 40 se retiró antes de los (simulados) 300 voltios.

Eric Fromm consideró que ni Milgram ni Zimbardo lograran demostrar su tesis general de que a la mayoría “*se les puede obligar a hacer casi cualquier cosa por la fuerza de la situación en que se les ponga, independientemente de su moral, sus convicciones personales y su escala de valores*”. Por el contrario, lo que ellos no destacaron fue la presencia en muchos sujetos de fuerzas internas que les hacía intolerable el comportamiento cruel, y que dos tercios de los guardianes no cometieron actos sádicos. (35).

Una nueva versión del de Milgram fue el llamado *El juego de la muerte*, un documental suizo-francés, que estudiaba la autoridad de la televisión

y su influencia sobre la obediencia y los valores éticos (36). El experimento recrea un plató de televisión, en el que a diferencia del de Milgram, la autoridad está representada por el personal de la televisión y el público, y cuyo resultado fue un 81% de obediencia en los sujetos y un comportamiento sumiso del público. Cabría repensar cómo aplicar estas conclusiones a la influencia de los medios durante la pandemia.

Por otra parte, como mostraron estos experimentos, cuando la autoridad es contradictoria o dubitativa la obediencia disminuye. Así, en mayo de 2021 el Panel Independiente para la Preparación y Respuesta ante una Pandemia concluyó que en los países con peores resultados las autoridades actuaron de manera desordenada y negaron la evidencia científica, lo cual se vio agravado “*por la falta de liderazgo para asumir responsabilidad o desarrollar estrategias coherentes destinadas a prevenir la transmisión comunitaria*” (37).

Concordamos con Arendt, Szasz, Moya y Fromm en que los experimentos situacionistas no demuestran que seamos víctimas indefensas de las circunstancias y de los roles sociales. Sin embargo, no se puede soslayar el peso de los problemas económicos, laborales y sociales que forman parte del planteamiento determinista psicoanalítico, el cual atribuye a la historia de las relaciones interpersonales el poder de determinar distintos modos de actuar, desear, pensar, reaccionar, sentir, etc. Evidentemente el libre albedrío no es ni absoluto ni total, y cuando predomina la miseria, la ignorancia y la lucha por intentar satisfacer mínimamente algunas necesidades básicas, el libre albedrío es casi un lujo impracticable. Aun así, a diferencia de los materialistas

históricos, el sociólogo Zygmund Bauman, en su libro póstumo *Retrotopía* no excluyó de su teorización al libre albedrío y dijo: “*Puede que el orden de las cosas no haya sido obra nuestra, pero somos nosotros, cada uno de nosotros, quienes debemos jugar a ser sus guardianes todas las horas del día y todos los días del año*” (38).

## Conclusiones

Lejos de haber respuestas unívocas y universales a los interrogantes que nos deja la pandemia, creemos que, aunque dependen de una combinación de condicionantes que nos trascienden, no excluyen la libre elección. Sostenemos la postura compatibilista y el sobredeterminismo, porque pensamos que el ser humano es un sistema abierto que no responde a leyes estrictas que se repiten estereotipadamente, sino a interacciones entre influencias biológicas, genéticas, psicológicas, sociopolíticas e históricas. Parafraseando a Ortega y Gasset, cada quien debe confrontarse con cuánto hay de “yo” y de “mis circunstancias” y, haciéndolo, puede aproximarse a una mayor libertad de elección, en vez de mantenerse atado al determinismo o a las decisiones ajenas. Esto último es quizás lo mejor que la psicoterapia puede aportar. Y si bien podría argumentarse que es una paradoja del psicoanálisis sostener el determinismo personal, mientras a la vez defiende el libre albedrío y la responsabilidad del sujeto ante sus acciones, consideramos que no son incompatibles y que la introspección amplía el arsenal de informaciones disponibles para la libre elección. Pero claro está; hasta cierto punto, porque ni el determinismo ni el libre albedrío son totales ni absolutos.

### Contacto

Héctor Hueso Holgado ✉ hhuesoh@hotmail.com

Andrés Hueso Cuervo ✉ andres.hueso1992@gmail.com

## Bibliografía

1. Sartre, J-P. El existencialismo es un humanismo. Edit. Sur. Buenos Aires 1978; 27-8.
2. Laplanche, J. y Pontalis, J.B. Diccionario de psicoanálisis. Editorial Labor S.A. 1968; p. 411-3.
3. Colina, C. Complejidad, un paradigma de nuestro tiempo. Periódico El Nacional (Caracas) 2021 Dic 19. Papel Literario; p. 6-7.
4. Savater, F. Ética para Amador. Editorial Ariel. S.A. Barcelona. 35ª edición. 2000; p. 104-5.
5. Moya, C. Breve introducción al concepto de libertad. En: El libre albedrío. Un estudio filosófico. Editorial Cátedra. Colección Teorema 2017; p. 23-33.
6. Ramírez, P. La secuela de la pandemia en la mente: peores decisiones y menos altruismo. Diario digital: lainformacion.com 2021 Mar 22. Accesible en: URL: <https://www.msn.com/es-es/noticias/tecnologia/la-secuela-de-la-pandemia-en-la-mente-peores-decisiones-y-menos-altruismo/ar-BB1eOUPn>
7. Fuster, J. Introducción. En: Cerebro y libertad. Ed. Ariel – Planeta, Barcelona 2014; p. 21-56.
8. Fuster, J. Anatomía de la cognición. En: Cerebro y libertad. Ed. Ariel – Planeta, Barcelona 2014; p. 97-135.
9. Moya, C. Libre albedrío y responsabilidad moral. En: El libre albedrío. Un estudio filosófico. Editorial Cátedra. Colección Teorema 2017; p. 35-58.
10. Segura, A. Ética, Salud Pública y COVID-19: algunas consideraciones (elementales) impopulares. Scielo. Rev. Bioética y Derecho no.51 Barcelona 2021 Epub 29-Mar-2021. Accesible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872021000100013](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872021000100013)
11. Millás, J. De la “a” de aplausos a la “v” de virus. El País 2022 Ene 29. Ensayo. El País Semanal.
12. Ferrater Mora, J. Diccionario de Filosofía. Quinta Edición, Editorial Sudamericana, Buenos Aires Tomo I 1964; p. 431-3.
13. Johnstone, L. Boyle, M. El marco del Poder, Amenaza y Significado: un sistema conceptual no diagnóstico alternativo. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2019; 39 (136): 155-171.
14. Issaharoff, E. La creencia en el determinismo y la causalidad en psicoanálisis. Revista de Psicoanálisis APdeBA. Vol. XIV N° 3. 1992: 523-539.
15. Hueso, H. Cuervo, F. Lógica borrosa, subjetividad posmodernista y psicoanálisis. Norte de salud mental, 2013, vol. XI, n° 47: 31-46.
16. Galatzer-Levy, R.M. Chaotic possibilities: Toward a new model of development. Int. J. Psycho-Anal., 2004. 85:419-441.
17. Galatzer-Levy, R.M. Finding your way through chaos, fractals, and other exotic mathematical objects. J. Am. Psychoanal. Assoc. 2009/10. Vol 57. N° 5, 1227-1249.
18. Churchland, P. Introducción. En: El cerebro Moral. Lo que la neurociencia nos cuenta sobre la moralidad. Editorial Planeta, S.A. 2020, 11-21.
19. Churchland, P. Valores de base cerebral. En: El cerebro Moral. Lo que la neurociencia nos cuenta sobre la moralidad. Editorial Planeta, S.A. 2020, 23-38.
20. Churchland, P. Cooperar y confiar. En: El cerebro Moral. Lo que la neurociencia nos cuenta sobre la moralidad. Editorial Planeta, S.A. 2020, 77-109.
21. Dawkins, R. La máquina de genes. En: El gen egoísta. Las bases biológicas de nuestra conducta. Salvat Editores S.A., Barcelona 1993; p. 55-78.
22. Platón. Timeo. En: obras completas de Platón. Facultad de Humanidades y educación. Universidad Central de Venezuela. Traducción Juan D. García Bacca. 1980; p. 108-10.
23. Dawkins, R. Agresión: la estabilidad y la máquina egoísta. En: El gen egoísta. Las bases biológicas de nuestra conducta. Salvat Editores S.A., Barcelona 1993; p. 78-100.
24. Ricoeur, P. Introducción fenomenológica de la “confesión”. En: Finitud y culpabilidad. Libro Segundo. Trotta Editorial, 2ª edición, 2011; p. 126-43.
25. Ricoeur, P. El antagonismo entre el mito adámico y el mito del destierro. En: Finitud y culpabilidad. Libro Segundo. Trotta Editorial, 2ª edición 2011; p. 385-98.
26. Arendt, H. El acusado. En: Eichmann en Jerusalén. Un estudio acerca de la banalidad del mal. Editorial Lumen, S. A. Barcelona. Cuarta edición 2003; p. 18-26.
27. Szasz, T. La lógica de las clasificaciones y el problema del fingimiento. En: El mito de la enfermedad mental. Amorrortu ed. Buenos Aires. Segunda reimpresión, 1994, 48-49.
28. Ansermet, F y Magistretti, P. El oso polar y la ballena. En: A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente. Katz Editores, Buenos Aires 2012; p. 19-30.
29. Churchland, P. Redes de contacto: genes, cerebros y conducta. En: El cerebro Moral. Lo que la neurociencia nos cuenta sobre la moralidad. Editorial Planeta, S.A. 2020, 111-133.

30. Moya, C. Desafíos empírico-científicos para el libre albedrío. En: El libre albedrío. Un estudio filosófico. Editorial Cátedra. Colección Teorema. 2017; p. 173-211.
31. Etxeberria, X. Neurociencia, libertad, salud mental. Norte de salud mental 2017, vol. XIV, nº 56: 69-79.
32. Fuster, J. Entrevista de Eduard Punset a Joaquim Fuster. Vídeo del programa: “El alma está en la red del cerebro” – emisión 110 (13/11/2011) [consultado 10-07-2018]: Accesible en URL en: <http://www.redesparalaciencia.com/6374/redes/redes-110-el-alma-esta-en-la-red>
33. Green, A. Desconocimiento del inconsciente (Ciencia y psicoanálisis). En: El inconsciente y la ciencia. Amorrortu Editores. 1991, 167-257
34. Moya, C. Desafíos empírico-científicos para el libre albedrío. En: El libre albedrío. Un estudio filosófico. Editorial Cátedra. Colección Teorema. 2017; p. 173-211.
35. Fromm, E. Agresión y narcisismo. En: Anatomía de la destructividad humana. Siglo Veintiuno Editores 1985; p. 205-10.
36. Nick, C. El juego de la muerte. Documental 2010 Mar 17. [consultado 26-04-2020]: Accesible en URL: [https://es.wikipedia.org/wiki/El\\_juego\\_de\\_la\\_muerte\\_\(documental\)](https://es.wikipedia.org/wiki/El_juego_de_la_muerte_(documental))
37. García, M. Malas decisiones y falta de liderazgo: así fue la respuesta al Covid. Redacción Médica 2021 May 19. Secciones Sanidad hoy. Accesible en URL en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/covid-malas-decisiones-falta-liderazgo-respuesta-1014>
38. Bauman, Z. ¿De vuelta a Hobbes? En: Retrotopía. Editorial Paidós, Barcelona 2017; p. 22-53.

- Recibido: 14/02/2022.
- Aceptado: 22/05/2022.

# Hospital de día de salud mental: construyendo el ambiente terapéutico.

## *Day hospital of mental health: working therapeutic environment.*

Antonio Javier Palacios Ruiz.

Psicólogo clínico del Hospital de Día de adultos. Servicio de Salud Mental de Guadalajara.

**Resumen:** En este artículo se analizan los elementos que contribuyen a la creación de un ambiente terapéutico adecuado en un Hospital de Día de Salud Mental. Se considera el ambiente terapéutico como variable crucial para conseguir los objetivos terapéuticos de cada paciente en tanto es el contexto en el que se implementarán los procedimientos y técnicas psicoterapéuticas pertinentes. El ambiente terapéutico debe promover las posibilidades de cambio y recuperación de las personas con sufrimiento psíquico severo.

**Palabras Clave:** Hospital de Día, Equipo Terapéutico, Ambiente terapéutico, grupo, hospitalización parcial,

**Abstract:** This article analyses those items which contribute to create a suitable and therapeutic environment in a Day Hospital of Mental Health. The beneficial environment is considered as the main variable in order to reach the therapeutic targets of every patient because psychological techniques and procedures, which are required for the change, will be introduced in that context. The therapeutic environment should promote the possibilities of change and recovery for people with severe mental suffering.

**Key words:** day hospital, therapeutic team, therapeutic environment, group, partial hospitalization.

### 1. Introducción

En 1933, M.A. Dzagharov implementó por primera vez en el Hospital Psiquiátrico de Moscú, un tratamiento exclusivamente diurno para sus pacientes al detectar la necesidad de proveer de servicios hospitalarios a pacientes para quienes éstos no estaban disponibles (1). Posteriormente tanto Donald Cameron en Montreal como Joshua Bierer en Londres inauguraron a mediados de los años cuarenta del pasado siglo las primeras experiencias de tratamiento de personas con trastorno mental en régimen de hospitalización parcial, sentando las bases teóricas del modelo

de Hospital de Día (HD). Cameron, en una reunión de la *American Psychiatric Association*, en 1947 fue quien acuñó el término de “hospital de día” al presentar una comunicación titulada: “*El hospital de día, una forma experimental de hospitalización para los enfermos psiquiátricos*” en la que explicaba el trabajo realizado desde 1946 en el Instituto de Psiquiatría del Allan Memorial Institute de la Universidad Mac Gill de Montreal (2).

Desde entonces, este tipo de unidades han ido evolucionando y adaptándose a los requerimientos de salud de la población. Con el nombre de HD se denominan diferentes dispositivos con funcio-

namientos diversos atendiendo tanto a las condiciones en que fueron creados como a su estructura y objetivos de tratamiento. Se pueden distinguir tres modelos, los que se definen como “una alternativa a la hospitalización” centrados en la disminución de sintomatología aguda y resolución de crisis; los orientados a “la rehabilitación” para personas con trastornos graves y crónicos cuyo funcionamiento psicosocial está significativamente limitado y que se mantienen estables a nivel sintomatológico, y los que ofrecen un “programa de tratamiento de día” orientado a personas con sintomatología grave o con alteraciones importantes en su funcionamiento para las que el tratamiento ambulatorio no es suficiente, en este último caso los tiempos de estancia son más prolongados que en el resto de modalidades (3, 4, 5). Lo que tienen en común estos modelos es la hospitalización parcial, definida como un programa de tratamiento ambulatorio, activo y de tiempo limitado, que ofrece servicios clínicos estructurados, coordinados e intensivos dentro de un ambiente terapéutico estable, en el que se emplea un esquema integrado, global y complementario de enfoques reconocidos de tratamientos psicológicos y psiquiátricos (6). Los Hospitales de Día son por tanto modalidades de tratamiento muy flexibles que pueden cubrir muchas necesidades en el contexto de la continuidad de cuidados necesaria en la red de Salud Mental (7).

El Grupo de Trabajo de Hospitales de Día de la Asociación Española de Neuropsiquiatría definió por consenso, el HD como un recurso de atención continuada, de tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad. Se caracteriza por el tratamiento por el medio, definido como la utilización del tiempo y el espacio de manera terapéutica, mediante la integración de distintas actividades terapéuticas, trabajo en equipo interdisciplinar, con diferentes recursos, con el objetivo de llevar a los pacientes de la heteronomía a la autonomía (8).

## 2. El ambiente terapéutico en el hospital de día

El término ambiente terapéutico es un concepto complejo, compuesto de varias dimensiones, relacionadas con recursos físicos, humanos y organizativos y que en el contexto de las unidades que prestan una atención continuada a las personas

con trastorno mental puede considerarse como un tratamiento en sí mismo, el medio que permite la consecución de los objetivos terapéuticos (9).

El ambiente terapéutico se ha considerado como el elemento diferenciador de la hospitalización parcial (10). Según Stagnaro (11) el ambiente terapéutico es una forma atenuada de la noción de Comunidad Terapéutica desarrollada y aplicada fundamentalmente por Maxwell Jones en la creación de una Unidad de neurosis industriales en el Belmont Hospital y por Joshua Bierer en la creación en 1945 del Centro de Psicoterapia Social de Londres, en la práctica un Hospital de Día. Estos dispositivos estaban basados en la responsabilización y participación activa en la toma de decisiones por parte de los pacientes, en actividades terapéuticas grupales, en la elaboración de las relaciones interpersonales entre todos los miembros del dispositivo (pacientes y personal), en el rechazo al aislamiento de la comunidad, en el fomento de la rehabilitación y en la creación de una cultura compartida por pacientes y personal en sus relaciones cotidianas adquiridas mediante grupos compartidos en un clima de “democracia guiada” como lo definía Bierer (12). En relación al contexto de los Hospitales de Día, el ambiente terapéutico hace referencia a la construcción de un medio seguro en el que a partir de la experiencia interpersonal, se pueda reconocer y analizar la influencia que los comportamientos funcionales/disfuncionales tienen sobre los demás, buscando qué situaciones o emociones las desencadenan y permitiendo y potenciando el ensayo de nuevas formas de relación que lleven a superar las pautas problema (13).

Uno de los avances en la concepción del tratamiento psicológico del sufrimiento psíquico ha sido desplazar la atención desde las consultas hasta la comunidad donde vive la persona y valorar la influencia de los determinantes sociales en el malestar psíquico. Lo que implica que los objetivos del tratamiento van más allá de la mejoría sintomática puesto que se toma en consideración la capacidad del paciente para llevar una vida satisfactoria en su contexto social y comunitario, orientada según deseos y necesidades propios. Que en el HD se integren de manera continuada e intensiva lo individual y lo grupal junto con el mantenimiento de la vida familiar y social y el uso de recursos comunitarios durante el período de

ingreso favorece sinergias en consonancia con el paradigma de la Recuperación (14,15). Se hace imprescindible favorecer una organización y estructura concreta del dispositivo que establezca en qué espacios (físicos y/o psicológicos) se deben plantear o elaborar determinados temas, configurando así un modelo de funcionamiento que ordena y limita el discurso de los pacientes, favoreciendo su integración y adaptación social (16).

A continuación, se consideran los elementos que contribuyen a la construcción de un ambiente terapéutico que maximice las posibilidades de cambio y recuperación de las personas con sufrimiento psíquico severo.

### **3. Elementos configuradores del ambiente terapéutico en el hospital de día**

#### **3.1. Creación de un grupo psicológico: el del Hospital de Día**

A la puesta en marcha del HD, ningún paciente se conocía, sólo tenían en común la derivación al dispositivo. Todavía no estaba creado el grupo de HD, en este período inicial aún no existen creencias grupales compartidas sobre qué significa ser miembro del HD (qué les une, qué les diferencia, a qué les compromete). Progresivamente el sentimiento de grupo emerge en la medida en que hay un mínimo suficiente de actitudes, creencias y vivencias compartidas. A lo largo del tiempo se irá desarrollando una cultura grupal que se irá transmitiendo a los nuevos miembros y transformando de manera dinámica y sinérgica en función de los acontecimientos que se vivan como grupo, de las altas y nuevas derivaciones al HD y de los cambios que se produzcan en los miembros del equipo terapéutico (ET). En este sentido es importante estimular en los pacientes la participación en la toma de decisiones que favorezcan el compromiso con la creación de un ambiente terapéutico adecuado, para que el grupo sea vivido como propio. Para ello tienen que sentirse escuchados y tenidos en cuenta.

Existen grupos porque satisfacen necesidades y son útiles a sus miembros. Además de tener la conciencia de que “somos un grupo” es necesario el componente instrumental “hacemos algo”, hay que desarrollar actividades coordinadas que vinculen a cada miembro con sus necesidades y

con las del grupo, que exista una finalidad y la posibilidad de llevarla a cabo (17). Es responsabilidad del ET favorecer que los pacientes derivados se sientan parte del grupo y que actúen como tales sin por ello perder su identidad individual. Si no existe identidad de grupo, no hay posibilidades de aplicar procedimientos y técnicas grupales. El HD pone el acento en lo grupal, de manera que excepto las terapias individuales, todas las demás actividades ocurren en grupo.

#### **3.2. Trabajo en equipo**

En el HD hay dos grupos claramente diferenciados: el grupo de pacientes y el grupo de profesionales. El carácter multiprofesional y diverso del ET es idóneo en el escenario grupal del HD para abordar las dificultades interpersonales de los pacientes, pero también puede ser una fuente de problemas (de los que aprender). De la misma manera que es fundamental que los pacientes se constituyan en un grupo psicológico, para la dinámica del dispositivo es imprescindible que el ET también funcione como tal. Si no hay grupo psicológico en el ET, habrá dificultades para llevar a cabo el programa de HD. En ocasiones, los dos grupos suelen funcionar en tándem, el ET experimenta conflictos en su seno originados en el grupo de pacientes y de la misma manera la dinámica del grupo de pacientes se ve alterada por tensiones y conflictos no resueltos entre miembros del ET (18).

Es necesario que el ET tome conciencia de la influencia que ejerce sobre el grupo de los pacientes. Ambos grupos co-crean y comparten un mismo ambiente y constituyen otro grupo común: el del HD. En ese grupo son muchos los sucesos y conductas acaecidas a lo largo de una jornada. Las dinámicas grupales están abiertas a un continuo devenir (incorporación de nuevos pacientes, derivaciones y altas de otros, sucesos interpersonales significativos, situaciones de crisis, faltas de asistencia, cambios en el ET ...) y exigen al ET un continuo análisis y reestructuración de sus respuestas terapéuticas. En esta diversidad de acontecimientos los miembros del ET, con distintas funciones y responsabilidades, se involucran unas veces como actores, otras como observadores y lo hacen también desde su propia diversidad. El ET por tanto, debe compartir información sobre lo ocurrido en las distintas actividades y programas. Se discuten, acuerdan

y actualizan los objetivos de tratamiento de cada paciente y se sigue su evolución. Todo ello para asegurar una continuidad, coherencia e implicación de todos y cada uno de los miembros del equipo que deben comunicarse constantemente, no sólo por motivos ideológicos o conceptuales, sino por la propia naturaleza de la tarea (19,20).

En el análisis de las dinámicas individuales y grupales que acontecen en el HD, cada profesional va a poner en marcha una serie de procesos para buscar las causas de lo ocurrido. Es lo que la Psicología Social denomina proceso atributivo. Cada miembro del equipo puede interpretar la misma conducta de forma diferente lo que en ocasiones puede dar lugar a conflictos, sobre todo cuando las consecuencias de las conductas de los pacientes tienen efectos que son vividos como negativos por algún miembro del ET. En este sentido es útil conocer los fundamentos psicológicos de los procesos de atribución de los que hay abundante literatura (21). Igualmente, la perspectiva que adoptan los teóricos de los diálogos anticipatorios y abiertos es extremadamente sugerente para el trabajo en equipo y por extensión al trabajo con grupos. Las discrepancias y diferencias entre los miembros se convierten en un objetivo a fomentar, no a suprimir, puesto que se entiende que la multiplicidad de perspectivas es lo que corrige las limitaciones en las pautas de pensamiento e interacción individual. No es necesario llegar a una definición global como grupo de los problemas, porque se asumen que ningún miembro, independientemente de su estatus puede asegurar con certeza el futuro de las situaciones en que las están involucrados (22).

Los miembros del equipo, en su quehacer cotidiano, van a presenciar y a involucrarse en reacciones emocionales muy intensas con las personas con sufrimiento psíquico grave que les despertarán a su vez emociones, pensamientos y conductas, las cuales habrán de utilizar de manera terapéutica en las relaciones con ellos. El ET como grupo debe tener capacidad para analizar sus propias reacciones ante los pacientes y tomar en consideración sus procesos de atribución. En definitiva, se trata de prestar atención (utilizando algún esquema válido) a las respuestas experimentadas por el terapeuta o lo que algunos autores llaman “la utilización del yo observador” (23).

### 3.3. Estructuración de los principios, normas de funcionamiento y procedimientos psicoterapéuticos

Las actividades y espacios del HD se organizan y construyen a través de distintos formatos y contenidos y con la propia diversidad de ET y pacientes. Así, hay actividades en las que predomina lo verbal, otras lo manual, lo físico, lo lúdico, lo expresivo y artístico. Ello maximiza las posibilidades de cambio de los pacientes, diversos en sus síntomas y dificultades. Existe una planificación diaria y semanal programada, ordenada y predecible en el Hospital de Día que minimiza la incertidumbre y facilita la organización y autoregulación. Igualmente, las reglas y normas de funcionamiento deben ser explícitas, claras, conocidas y asumidas. Los pacientes deben sentirse protegidos y seguros con ellas. La creación y desarrollo de distintos espacios grupales busca crear las condiciones de posibilidad para que cada persona pueda construir su propia narrativa sobre lo que le ocurre, decida sobre las opciones terapéuticas a su disposición y elabore proyectos de vida con sentido y significado.

En ocasiones la organización se ve alterada por la irrupción de crisis y situaciones de tensión y el ambiente terapéutico conformado puede resultar seriamente amenazado por la dificultad para manejar adecuadamente altos niveles de malestar. Aunque el HD es un dispositivo flexible que contiene y tolera las tensiones derivadas de las diferencias individuales y sintomatológicas de los pacientes (y del propio ET), debe preservarse el ambiente terapéutico, por eso ciertos comportamientos (auto y heteroagresiones, elevado nivel de hostilidad, ausencias reiteradas no justificadas...) deben ser inicialmente limitados, contenidos y posteriormente elaborados.

Desde el mismo momento del ingreso se hace hincapié en la duración limitada del tratamiento, en la finalización del proceso terapéutico, variable según el propio modelo de funcionamiento del dispositivo. En caso contrario, pueden reformarse necesidades de dependencia, el mantenimiento de un rol de enfermo pasivo o un nivel de hospitalismo que resultaría contraproducente. En algunos casos puede suceder que las demandas y necesidades de la persona para ingresar en el HD, articuladas en el contrato de tratamiento,

pueden ir variando, de manera que el HD que inicialmente constituía un medio acabe transformándose en un fin en sí mismo, en una estancia indefinida y sin alternativa. El momento del alta y derivación a otro dispositivo es un momento fundamental que hay que cuidar y trabajar porque puede vivirse como una expulsión, como la pérdida de un lugar propio y seguro, como la confirmación de la imposibilidad del cambio, o como una espera hasta que se encuentre otro dispositivo.

### 3.4. La actitud terapéutica como co-creación de un “ambiente terapéutico”

Un porcentaje elevado de los pacientes ingresados en el HD, presentan cuadros psicopatológicos de larga evolución. Los factores de mantenimiento de sus dificultades han permanecido estables a través del tiempo y de diversas situaciones, han llegado a formar parte de su vida cotidiana y de las personas que les acompañan. En cierto sentido, las pautas disfuncionales han sido asimiladas y toleradas en los ambientes más habituales y frecuentes, de modo que el ambiente (familia, amigos, trabajo...) ha tenido que hacer cambios, alterar su status quo, para poder mantener dentro al miembro con sufrimiento psíquico severo. La sintomatología y las conductas vinculadas por parte de todos los miembros de un sistema pueden convertirse en principios organizadores centrales a partir los cuales se estructura la vida del paciente y de las personas que conforman sus ambientes. Es necesario, por tanto, mantener estable el ambiente terapéutico una vez configurado como tal, en el sentido de no modificarlo sustancialmente para adaptarlo a las conductas problemas del paciente (24). Ello exige un análisis constante de las respuestas del ET a los patrones disfuncionales de las personas en tratamiento para actuar de manera coherente, trascendiendo las discrepancias, para manejar las tensiones derivadas y dar una respuesta adecuada a las necesidades del paciente. Desde los modelos dialógicos las interacciones entre el ET y el paciente, o el paciente y su familia, o el grupo de pacientes se pueden conceptualizar como una creación conjunta producto de unos patrones de acción autónomos entre esos dos sistemas en continua coevolución, denominada “sistema fronterizo”. Sólo si el equipo es capaz de aportar estructura, flexibilidad y un análisis que asuma la complejidad de los problemas que presentan las

personas con sufrimiento psíquico grave se podrá contribuir a que la interacción sea reparadora. En las situaciones difíciles, la conducta del equipo refleja el modelo de interacción de los sistemas con los que se relaciona. El cambio sólo se puede dar cuando el equipo añade flexibilidad y cambia su propia actividad. Si el tipo habitual de interacción de sistema paciente (paciente individual, el paciente y su familia, el grupo de pacientes...) “se apodera” del sistema fronterizo, puede que la recuperación no se produzca (22).

### 3.5. Los otros como fuente de cambio

El significado que le damos a las vivencias personales se construye a través de interacciones con otros, no dependen de cuestiones individuales. Los factores sociales facilitan y limitan las maneras de entender lo que experimentamos. El grupo de HD encarna y hace suya esa idea, la de la multiplicidad de perspectivas y significados, que el ET alienta y favorece. Se trabaja en grupo porque se espera obtener algo distinto a lo individual y porque las personas se recuperan en compañía, no solas ni aisladas. El grupo, al tiempo que se constituye como una fuente de apoyo y acompañamiento, facilita los procesos de inclusión social y potencia el desempeño de roles vividos como útiles y necesarios en un contexto comunitario. El HD permite que la persona no pierda contacto con su medio social habitual, lo que favorece la vinculación del individuo a su medio y permite que pueda jugar roles equivalentes a los de su comunidad. La inclusión de las familias en el dispositivo potencia el mantenimiento y estabilidad de lo aprendido y cambiado por los pacientes al tiempo que redundan en su propio funcionamiento.

El ET debe distinguir entre los síntomas e identidad de los pacientes y desarrollar los aspectos sanos que les permitan seguir vinculados y ser significativos en sus contextos naturales. Se evita la utilización de un lenguaje de déficit y disfunción, tomando como referencia las vivencias expresadas tal y como son experimentadas por las personas (25). Son fundamentales las reuniones comunitarias o asambleas de pacientes y personal para compartir información relevante de las actividades y dinámica del Centro, tratar cuestiones de normas y procedimientos del HD, de funcionamiento general o el manejo de dificultades surgidas a lo largo de la semana (26,27).

Los otros, a través de los distintos encuadres e intervenciones grupales participan en la construcción de experiencias con sentido y significado de lo que va sucediendo en el aquí y ahora del HD. El equipo facilita que el paciente sea quien tome la responsabilidad sobre sus decisiones y sobre su propia vida. Igualmente, se facilita que cada paciente desde su visión de las cosas participe en el tratamiento de sus compañeros. Se trata de potenciar y mantener lo que Yalom (28), en su clasificación de factores terapéuticos grupales denominó factores existenciales. La esperanza es fundamental para la recuperación y la persona la experimenta en la medida en que va asumiendo un mayor control sobre su vida y percibiendo cómo otras personas la obtienen. Por eso es importante trabajar con contratos de tratamiento, en el que los objetivos de cambio estén definidos y consensuados entre el equipo y el paciente, siempre sujetos a revisión. Los pacientes necesitan independencia, autonomía, recuperar la sensación de poder sobre su propia existencia, y eso sucede en ocasiones a expensas de aumentar la propia confusión y agravamiento sintomatológico, que habrán de aprender a tolerar.

### 3.6. Estilo de ejercer la autoridad

La naturaleza activa e intensiva del programa terapéutico del HD posibilita situaciones de conflicto (hostilidad entre miembros que van a seguir viéndose diariamente, formación de coaliciones dentro del propio grupo...) y crisis (intentos de suicidio, abandonos del HD...) durante las cuales pueden generarse tanto en los pacientes como en los terapeutas sentimientos de ansiedad, confusión, inseguridad o pérdida de control sobre lo que sucede en esos momentos. En este tipo de situaciones que ocurren también fuera del contexto del HD, cobra especial importancia la capacidad de respuesta del propio grupo, tanto porque ofrece un modelo concreto de resolución de problemas que están sucediendo en el aquí y ahora del grupo, como por las consecuencias que ese afrontamiento tenga para generar en los individuos expectativas de autoeficacia. En determinadas situaciones grupales puede darse el fenómeno de difusión de la responsabilidad, en el que no se actúa porque se espera que el otro lo haga o porque se espera que la situación se resuelva por sí sola (29). Puede emerger una sensación de incertidumbre e inde-

fensión en el grupo (pacientes y profesionales) por no ejercer la autoridad entendida como guía y protección, que refuerza a su vez la incapacidad para resolver los problemas. El grupo puede entonces sentirse incapaz de tolerar el malestar derivado de los conflictos e inseguro de sus capacidades si no existe esa figura que afronte las dificultades. En la medida que ET y pacientes se involucran y resuelven situaciones complicadas se van adquiriendo expectativas de autoeficacia y sensación de dominio.

Algunas personas pueden tener dificultades con las figuras de autoridad que en el HD representan los miembros del ET. Se generarán situaciones de conflicto sobre cómo y quién ejerce la autoridad en el HD. Los conflictos deben resolverse fomentando su discusión, negociando y facilitando la toma de decisiones. Los pacientes tomarán parte en ese proceso de resolución de conflictos en tanto se sientan parte constituyente del dispositivo, y lo vivan como un espacio seguro que cuidar y preservar. Este estilo no significa inhibición o dejación de las funciones de conducción/ coordinación del ET, que representa y ejerce la autoridad entendida como responsabilidad y como tal debe explicitarse. Lo anterior supone que dentro del propio ET debe existir un organigrama claro y diferenciado, en el que cada miembro conoce y asume su papel en el tratamiento (30).

### 4. Conclusión

La conformación de un ambiente terapéutico, que sirva como contexto en el que se implementarán los procedimientos y técnicas individuales y grupales necesarios para el cambio, es el factor clave del HD. En algún momento durante el ingreso en el HD, las narrativas patológicas del paciente habrán de ser desafiadas y modificadas por otras más viables, que le procuren una mayor capacidad de adaptación. Para ello es necesario un programa de tratamiento que entre otras cosas defina de manera operativa los problemas del paciente, especifique los objetivos, técnicas y procedimientos de tratamiento junto con el establecimiento de las actividades a desarrollar. Durante el proceso terapéutico se producirán avances y retrocesos, situaciones de riesgo, emergencia de miedos que el paciente habrá de afrontar y todo ello sucederá en un contexto grupal, sensible y reactivo. Es necesario encontrar un ambiente lo



suficientemente seguro y contenedor en el que la persona pueda ser reconocido por otros, pueda tener un lugar propio en el grupo, pueda explorar nuevos patrones de conducta, experimentar las consecuencias de tales intentos, recibir retroalimentación y aprender de esa experiencia.

Durante las VII Jornadas Regionales de Hospitales de Día de Castilla-La Mancha, adaptando la metodología de los diálogos anticipatorios propuesta por Seikkula y Arnkil (22), tanto usuarios como equipo de tratamiento elaboran conjuntamente una descripción de lo que consideraron un "Buen Hospital de Día". El HD evocado como deseable era un dispositivo plenamente integrado y ubicado en la Comunidad con múltiples actividades normalizadas realizadas en el espacio público, en el que se prioriza el aprendizaje en grupo, se acompaña a las personas, se pueden ensayar nuevas conductas, en el que las familias están más implicadas y se pueden realizar actividades conjuntas familias-usuarios con el fin de favorecer un mejor entendimiento, se facilita la

asistencia mejorando el acceso a los medios de transporte, se incrementan las actividades deportivas y relacionadas con lo artístico, en el que los conflictos y dificultades derivadas de la experiencia y convivencia grupal son motores de cambio, en el que se incide en las historias vitales de cada persona y no en lo sintomatológico, en el que se co-construyen continuamente los objetivos y actividades necesarias para continuar con el proyecto de vida de cada cual, en el que nada se da por sabido y hecho, en el que el alta no supone una quiebra del proyecto de recuperación. Es un dispositivo coordinado con el resto de la red de Salud Mental, el equipo de tratamiento favorece las iniciativas de sus miembros y la delegación de tareas entre ellos, el espacio físico está cuidado y es suficiente, se lleva a cabo un proyecto de investigación que nos permite aprender sobre nosotros mismos y se integra a las personas que acuden derivadas al dispositivo durante toda su permanencia en el mismo. En síntesis "El Buen Hospital de Día" precisa de un ambiente terapéutico suficientemente bueno.

### Contacto

Antonio Javier Palacios Ruiz ✉ [apalacios@sescam.jccm.es](mailto:apalacios@sescam.jccm.es)  
Instituto de enfermedades neurológicas. Hospital de Día de Adultos.  
Paseo de la Estación nº 2 • 19001 Guadalajara

### Bibliografía

1. Marshall M. Acute Psychiatric Day Hospitals. *British Medical Journal* 2003 Jul 19; 327 (7407): 116-117. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7407.116>.
2. Rickelman B. Some problems of day hospitals in community care of the mentally ill. *Community Ment Health* 1968; 1 4: 425-433. <https://doi.org/10.1007/BF01434380>
3. Scheffler PL, Lefkowitz PM. Standards and Guidelines for Partial Hospitalization Adult Programs (3a edición). Fairfax, VA: Association for Ambulatory Behavioral Healthcare; 2003.
4. Rosie J. Partial Hospitalization: a review of recent literature. *Hospital and Community Psychiatry*. 1978; 38: 1291-1299.
5. Lana, F, Marcos, S, Litvan, L, Mur, E, Jugo, M, Moreno, G, et al. Programas para Trastornos Psicóticos: El Hospital de Día en las Psicosis. ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Por qué?. IX Jornada Nacional de Hospitales de Día. AEN. 2013.
6. Block M, Lefkowitz P. American Association for Partial Hospitalization Standards and Guidelines for partial hospitalization. *International Journal of partial hospitalization*. 1991; 7 (1): 3-11.
7. Hoge M, Paris M, Añez LM, Corominas A. Las múltiples caras de la hospitalización parcial. *Diversitas: Perspectivas en Psicología* 2009; 5 (1): 13-26.
8. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día. Cuaderno técnico de la AEN 12. 2009.

9. Grupo de trabajo sobre la mejora del ambiente terapéutico. Ambiente terapéutico en Salud Mental. Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud 2010. Disponible en [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2021/Ambiente\\_Terapeutico\\_SM\\_SAS\\_2010\\_o.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/Ambiente_Terapeutico_SM_SAS_2010_o.pdf)
10. Olmo F, Ibáñez V. Hospitalización parcial: conceptos y tendencias actuales. *Archivos de Neurobiología* 1998; 61 (1): 9-29.
11. Stagnaro JC. El Hospital de Día. Historia y conceptualización. *Rev. Argentina de Psiquiatría*. 2012; 23 (102): 107-118.
12. Rodríguez I. La comunidad terapéutica. Manual para toxicómanos: una evaluación (1983-1996) [doctorado]. Universidad de Deusto; 2001.
13. Mas J. Hospital de Día de Alcalá de Henares. Un hospital de día orientado a fomentar la mentalización. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2019; 39 (136): 259-280.
14. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 2002; 1 (2): 84-90.
15. Hernández M. Psicopatología y recuperación. *Informaciones psiquiátricas* 2013; 213(3): 285-319.
16. Mauroso P. Nuevos desafíos y actualidad de la práctica privada en los Hospitales de Día y otros dispositivos intermedios. *Rev. Arg. de Psiquiat.* 2012; Vol. XXIII: 137 – 149.
17. Morales FJ, Huici C. Grupos. En F.J. Morales (eds.), *Psicología Social*. Madrid: McGraw-Hill;1994 p 685-700.
18. Goldberg K. The quilt-work theory: a milieu approach. En K. Goldberg (eds.), *Differing approaches to partial Hospitalization*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.1988 p 5-22.
19. Levín S, Nemirovsky M, Pisa H. Coordinación. *Rev. Arg. de Psiquiat.* 2012, Vol. XXIII: 104–106.
20. Luber F. Behavioral treatment in partial hospitalization. En K. Goldberg (eds.), *Differing approaches to partial hospitalization* San Francisco: Jossey-Bass Inc.1988 p 59-76.
21. Morales FJ. Procesos de atribución. En F.J. Morales (eds.), *Psicología Social*. Madrid: McGraw-Hill 1994 239-252.
22. Seikkula J, Arnkil T. Diálogos terapéuticos en la red social. Barcelona: Herder 2016.
23. Fernández Liria A, Rodríguez B. Primer nivel: habilidades básicas. En Fernández Liria A, Rodríguez B. *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer 2002 p 21-134.
24. Steinglass P, Bennet LA, Wolin SJ, Reis D. La familia Alcohólica. Barcelona: Gedisa 1997.
25. Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P, et al. The Power Threat Meaning Framework: Overview. Leicester: *British Psychological Society* 2018.
26. Rice C. Reunión Comunitaria. En Alonso A, Swiller H. (eds.) *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. México: El Manual Moderno 1995 p 111-132.
27. Bernardo E. El grupo comunitario como espacio comunicacional en el Hospital de Día. *Psiquiatría Pública* 1991; 2 (3): 35-39.
28. Yalom I. Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México: Fondo de Cultura Económica 1975.
29. Latané B, Darley JM. The unresponsive bystander: Why doesn't he help?. New York: Appeton-Century-Crofts 1970.
30. Hochmann J. Hacia una psiquiatría comunitaria. Buenos Aires: Amorrortu 1971.

• Recibido: 23/09/2021.

• Aceptado: 02/12/2021.

# El contexto de la atención psicológica a nivel ambulatorio en la red de salud mental pública catalana.

## *The context of outpatient psychological care in the Catalan public mental health network.*

Alfred Tejado García.

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Centre de Salut Mental d'Adults Badalona 2.

**Resumen:** El presente trabajo pretende esclarecer los condicionantes de la atención psicológica en la sanidad pública a partir de la experiencia de años de trabajo en un Centro de Salud Mental de Adultos de la red catalana de salud mental. Inicialmente consideramos los trabajos de referencia de ámbito estatal, autonómico, europeo e internacional, más o menos normativos, que contextualizan la ubicación del trabajo de los profesionales en el sector sanitario. A continuación, explicitamos la manera como se identifica la demanda del usuario de atención sanitaria, concretamente, de atención psicológica, en nuestro medio, que necesariamente parte de la Atención Primaria. Subrayamos los condicionantes que se gestan en torno a esa demanda, desde la entrevista clínica del paciente con el médico de atención primaria, la coordinación con el Centro de Salud Mental que confirma o no la demanda, hasta la realización de la primera visita por parte de la atención especializada en salud mental. Igualmente referimos los determinantes de esa atención psicológica que se manifiestan en la presión asistencial y la falta de recursos humanos. Exponemos la contradicción respecto de poder ofrecer atención psicológica de calidad con los medios profesionales de que disponemos, manifestamente por debajo de los estándares europeos.

**Palabras clave:** salud mental, atención psicológica, centro de salud mental, atención primaria.

**Summary:** The present work aims to clarify the conditioning factors of psychological care in public health based on the experience of years of work in an Adult Mental Health Center of the Catalan mental health network. Initially, we consider the reference works at a state, regional, European and international level, more or less normative, that contextualize the location of the work of professionals in the health sector. Next, we explain how the user demand for health care is identified, specifically, psychological care, in our environment, which comes from Primary Care. We highlight the conditions that are gestated around this demand, from the clinical interview of the patient with the primary care doctor, the coordination with the Mental Health Center that confirms or not the demand, to the realization of the first visit by the specialized mental health care. We also refer to the determinants of this psychological care that are manifested in the pressure of care and the lack of human resources. We expose the contradiction regarding being able to offer quality psychological care with the professional means that we have, manifestly below European standards.

**Key words:** mental health, psychological attention, mental health center, primary care.

## Introducción

Múltiples trabajos refieren que los trastornos mentales están incrementándose en sus tasas a nivel mundial: se afirma que una de cada cuatro personas sufrirá un trastorno mental a lo largo de su vida (1). Son datos que la propia Organización Mundial de la Salud viene recogiendo desde hace años.

El estudio epidemiológico europeo más importante sobre prevalencia de trastornos mentales ESE-MeD-SAMCAT 2002 ya mostraba que un 23,7% de la población mayor de 17 años en Cataluña sufrirá algún trastorno mental a lo largo de la vida, con diferencias relevantes por género: las mujeres tenían una probabilidad más alta que los hombres (27% y 20%, respectivamente) (2) (1).

El Estudio DASMAPP2 sitúa la prevalencia de trastorno mental en atención primaria en Cataluña en un 29,5% anual. Los trastornos mentales más frecuentes son los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad y los problemas por consumo de alcohol. La tasa de mujeres atendidas por un problema de ansiedad en atención primaria es el doble que la de los hombres en todos los grupos de edad (3) (1).

Pero si hablamos de trastornos mentales hemos de tener en cuenta a qué nos estamos refiriendo y, además, debemos tener como referencia, qué entendemos por salud mental habida cuenta de que en las diferentes concepciones de la psicopatología y de la psiquiatría, el trastorno mental se define en relación con la salud mental, aunque la relación lo sea por la vía negativa, es decir, la de ausencia de la misma; sin olvidar que entre esas concepciones existe una polarización básica, las que consideran la clara separación de la salud y de la enfermedad frente aquellas que consideran el contínuum entre la salud y el trastorno (4).

Ya en 1946, la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, que dio pie a la constitución de la OMS (1948), proclamó la definición de la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Definición que no ha sido modificada por la OMS desde 1948<sup>1</sup>.

La comunidad internacional acepta la tesis de que la salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Así, los trastornos mentales –y la salud mental– van a depender de factores individuales tanto como de factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. Es sabido que la exposición a adversidades, especialmente, a edad temprana, aunque no exclusivamente, es un factor de riesgo de trastorno mental (5) (6).

Tanto la salud mental como los trastornos mentales de las personas tienen que ver con el entorno económico, físico y social, así lo asume, en nuestro medio tanto el Pla director de salut mental i addiccions (PDSMIA) de 2006, como la ENAPISC (1). El empeoramiento de los indicadores socio-económicos, por ejemplo, en contextos de crisis, tiene un efecto negativo sobre la salud, de manera especial, de la población más vulnerable y, particularmente, de la salud mental. Sin ir más lejos, es muy elocuente que la población desempleada presenta un riesgo superior de padecer un trastorno mental que la población ocupada (7) (8). En Catalunya, los indicadores de salud mental son, precisamente, los que muestran mayores diferencias entre los distintos niveles socioeconómicos; así, la tasa de hospitalización psiquiátrica, por ejemplo, es superior en personas con un nivel socioeconómico bajo, tanto en hombres como en mujeres en todos los grupos de edad, pudiendo llegar a ser 12.6 veces superior en los hombres entre 15 y 64 años (9). También en Catalunya, la Enquesta de Salut de Catalunya, verifica que los trastornos mentales están entre las primeras enfermedades crónicas, así como que la probabilidad de padecer ansiedad o depresión, se da en las clases sociales más bajas (10).

No es suficiente con atender a los trastornos mentales, se trata de poder fortalecer la salud mental y el bienestar psicológico de los ciudadanos, haciendo así, una tarea de prevención de los trastornos mentales; estas son las prerrogativas de la OMS asumidas por los países de la comunidad europea (11) (12).

En nuestro territorio, la Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC), asume los planteamientos de la "Join

1 Cf. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

action in Mental Health and Wellbeing” y se plantea, en teoría, poner el énfasis en la salud, no sólo en los trastornos y discapacidades de las personas, sino, también, en sus fortalezas, capacidades y expectativas de recuperación. Lo mismo hace el Pla Director de Salut Mental i Addiccions en sus estrategias para el 2017-2020. Una consecuencia de este planteamiento es adecuar la disponibilidad de atención psicológica en los servicios especializados de acuerdo con los protocolos existentes (13).

### ¿Qué atención psicológica?

Ya la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril, en su artículo 20.4, afirmaba que los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general. Igualmente, la ley 15/1990, de 9 de julio, Ley de ordenación sanitaria, define el Servei Català de la Salut que, en su artículo 8 apartado g), aboga por la atención psiquiátrica, la protección, promoción y mejora de la salud mental (como posteriormente asumirá el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020). La misma ley, en su artículo 21, afirma que las regiones sanitarias deben contar con una dotación de recursos sanitarios suficiente y adecuada para atender las necesidades de la población comprendida dentro de su respectivo territorio.

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, incluye, en su anexo 1, la atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares. Indudable, pues, que la atención psicológica es una prestación sanitaria.

En nuestro contexto, existen variadas Guías de Práctica Clínica (GPC) avaladas por el Sistema de Salud español y muchas de ellas, en el ámbito de la salud mental, que contemplan los tratamientos psicológicos, o la atención psicológica, en sentido amplio. Entre ellas: GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, GPC sobre

Trastorno Bipolar, GPC sobre Trastorno Límite de la Personalidad, GPC sobre actuación en salud mental con Mujeres Maltratadas por su Pareja, GPC sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, GPC sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, GPC para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental, GPC de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, GPC sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, GPC de los Trastornos de la Alimentación; junto a las guías específicas para la Atención Primaria: GPC para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, GPC para el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria<sup>2</sup>.

La teoría dice que la atención psicológica, como parte de la atención en salud mental, debe centrarse en la persona del paciente y ha de estar en consonancia con la orientación salutogénica del “nuevo modelo de atención primaria y de salud comunitaria”, es decir, que busca la mejoría de la salud, la cualidad de vida y el bienestar (1).

Se insiste, una y otra vez, en la necesidad de mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios y en proporcionar una atención más próxima a las personas y a sus necesidades de manera que se priorice la atención a los pacientes más complejos (14).

### ¿Cómo acceder a la atención psicológica?

La atención primaria ha sido y sigue siendo la puerta de entrada del paciente a la red sanitaria pública. Progresivamente se ha ido considerando que la atención psicológica a los trastornos mentales menores fuera dispensada en el Centro de Atención Primaria, mientras que la atención especializada a los trastornos mentales mayores se dispensara en el Centro de Salud Mental. Aunque, en la práctica, no siempre ha sido así; no siempre se han dado las condiciones para que haya podido ser así, ni siquiera a fecha de hoy, a pesar de los intentos de desplazamiento de los profesionales de la atención especializada a los centros de atención primaria desde hace años ya.

En consecuencia, el médico de Atención Primaria hace de primer filtro del acceso a la Salud Mental.

---

<sup>2</sup> Todas ellas disponibles en <https://portal.guiasalud.es/>

Y esto es así en la sanidad pública, no lo es en la sanidad privada donde, mayoritariamente, no hay ningún filtro para acceder a la salud mental, salvo la atención sanitaria mediatizada por algunas mutuas de salud; además, concretamente, a la denostada prescripción del psiquiatra para poder recibir atención psicológica en la enseñanza pública<sup>3</sup> (15).

### *La derivación de Atención Primaria a Salud Mental*

¿Qué sucede en las derivaciones a la Salud Mental, en la consulta del médico de familia, en la sanidad pública? Necesariamente, la indicación de intervención especializada se va a dar en el seno de una situación relacional, una entrevista, entre médico y paciente ¿Qué puede suceder en una interacción humana de dos personas? El paciente tiene que convencer al médico de su necesidad de intervención específica de salud mental. En ocasiones, el paciente no participa conscientemente de ese proceso de convencimiento del médico, sino que es una realidad que se le impone a este al observar a su paciente; este proceso puede durar un tiempo que puede comprometer distintas entrevistas. En otras ocasiones, el paciente sí participa de la conveniencia de la intervención específica del profesional de la salud mental; en otras, el paciente es quien demanda la atención en salud mental, directamente.

Lo más conveniente es que la derivación a Salud Mental sea fruto de un proceso de diversas entrevistas, en las que, en el diálogo entre el médico y el paciente, emerja la necesidad de la atención especializada. Con todo, la derivación, para que sea exitosa, debe apuntar tanto a la necesidad de la intervención especializada como a la motivación del paciente respecto de lo que hay que hacer, es decir, a su implicación activa en el proceso de ayuda psicoterapéutica y/o psiquiátrica (16). Esta sería la regla, con la

excepción de aquellos casos que presentan una reacción aguda intensa o grave que permitiría la derivación a Salud Mental en una situación de una entrevista única. Se espera que el paciente que es derivado a atención psicológica tenga cierta capacidad de darse cuenta y de reflexionar sobre los propios sentimientos y de las relaciones personales (33).

### *Vicisitudes de la entrevista médico-paciente*

No hay que olvidar que los profesionales de la Atención Primaria atienden, en primera instancia, situaciones psicopatológicas de los pacientes desde una modalidad de intervención que prioriza, a menudo, la intervención farmacológica. Es decir, en la práctica, los pacientes llegan al Centro de Salud Mental, medicados por sus médicos de Atención Primaria. La prescripción de antidepresivos, en primer lugar, y de benzodiazepinas, en segundo lugar, ha estado discutida largamente gracias a la experiencia de años de trabajo coordinado entre ambos dispositivos, de manera especial cuando es prescrita con mal criterio (16). La ENAPISC plantea, precisamente, la necesidad de evitar la excesiva prescripción de psicofármacos (1).

Es sabido que los pacientes que consultan al médico esperan recibir un “tratamiento” para sus dolencias, de manera que, inconscientemente, tanto médico como paciente, se pueden sentir impelidos a la prescripción de un tratamiento que alivie, de manera rápida y eficaz, las dolencias del paciente. Una cantidad nada desdeñable de pacientes llegan medicados a la derivación a Salud Mental (17) (18) (19), bien es verdad que en menor grado en el caso de los pacientes derivados de manera específica a atención psicológica (19) (20), entre quienes hay un porcentaje que se niega a tomar psicofármacos.

¿Qué puede mover a médico o a paciente a encargar una derivación a la atención especializada de Salud Mental? Analizar esta situación de interacción entre médico y paciente va a comportar considerar qué representación mental –por rudimentaria que sea– tienen ambos, de esa derivación. Es decir, el médico tiene que escuchar las razones, tanto las verbalizadas por el paciente como las que el mismo pueda detectar en este, para poder considerar la posibilidad

<sup>3</sup> El Seguro Escolar, dentro de la prestación de la Seguridad Social, como Asistencia médica neuropsiquiátrica, a fecha de hoy, aún defiende que “Las sesiones de psicoterapia aplicadas por psicólogos estarán incluidas siempre que sean prescritas por un psiquiatra”. <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionesTrabajadores/28622/28635/28653>

de la derivación. Entre estas “razones” se deben incluir las que explícitamente el paciente expresa como deseo de ser atendido por el especialista, aunque éstas deben ser sopesadas y se debe explorar la expectativa que tiene el paciente. Entre estas expectativas hay que ponderar las de uno y otro signo: el paciente puede esperar encontrar a un profesional que le ayude a cambiar su situación, sí, ¿pero de qué manera? ¿Alguien que se haga cargo de su padecer y que empáticamente le aliente a indagar las razones del mismo? ¿Alguien que le libere de la carga de su sufrimiento sin tener que hacer ningún esfuerzo como si de un ritual hipnótico se tratase, depositando toda la responsabilidad en el profesional? ¿Alguien que ofrezca estrategias de combate contra los síntomas acuciantes que el paciente tenga que hacer el esfuerzo de poner en práctica? ¿Alguien que le dé razones para la esperanza del cambio? ¿Alguien en quien descargar toda la carga insoportable (toilet therapist)?

En el lado del médico, éste debería tomar conciencia de lo que le despierta el paciente: ¿deseo de ayudarlo?, ¿sentimientos de impotencia?, ¿sentimientos de compasión?, ¿cansancio de intentar ayudarlo con los recursos del médico?, ¿empatía con el sufrimiento del paciente?, ¿confusión, o diagnóstica o terapéutica o las dos juntas, respecto del padecimiento del paciente? Es sabido que unos médicos de Atención Primaria toleran mejor que otros los trastornos psiquiátricos, así como que unos más que otros tienen mayor formación –o sensibilidad– en salud mental. La formación del médico, la experiencia en Atención Primaria y la calidad de la coordinación con Salud Mental van a condicionar la mayor adecuación de la derivación a Salud Mental.

En la práctica nos encontramos con médicos que derivan más que otros a Salud Mental, cosa que sucede dentro de un mismo equipamiento de salud. Igualmente, constatamos la tendencia de los médicos en formación, residentes de medicina de familia, que realizan derivaciones a Salud Mental de pacientes de quienes no tienen un conocimiento tan amplio como lo tiene el médico titular; lo mismo se puede predicar de los médicos que eventualmente sustituyen al médico titular y que derivan a los pacientes a Salud Mental con poco conocimiento del caso.

En la derivación, por lo tanto, va a tener un peso importante el hecho de considerar qué es lo que siente el médico, de su paciente, y el paciente, de su médico, cuando se plantea la misma. Habría que considerar la consciencia de las impresiones que tienen el uno y el otro para poder apreciar el futuro de la derivación y, en particular, de su éxito en la consulta especializada. No hay que olvidar la alta tasa de abandonos que suceden en las consultas de Salud Mental (21) (22) (23) (24) (25). Es de suma importancia que el médico pueda advertir del funcionamiento de la asistencia en Salud Mental, de sus procedimientos, así como de la espera a la consulta.

La derivación va a despertar en el paciente un abanico de posibilidades que van de la aceptación al rechazo. Además, se darán combinaciones de estas reacciones en ambos protagonistas de la interacción: médico y paciente. Sólo la indicación que comporte la aceptación bilateral tendrá posibilidad de éxito; por aceptación habría que entender reconocimiento genuino de la necesidad de la atención especializada. Con todo, una cosa es la derivación a Salud Mental y otra la realización de la consulta en ese dispositivo.

Sabemos que, para algunos pacientes, la derivación no será la primera ocasión de contacto con Salud Mental, por cuanto ya habrán acudido al dispositivo especializado en alguna ocasión anterior, o en varias ocasiones. Esta realidad puede condicionar también, en distintos sentidos, la siguiente derivación, en función de la experiencia previa.

### *Coordinación*

En nuestro medio, además, esa derivación de Atención Primaria a Salud Mental comporta un espacio de coordinación conjunta de ambos equipamientos, Primaria y Salud Mental, en que se pretende dialogar, en el mejor de los casos, sobre la idoneidad, la oportunidad, o no, de la derivación. A menudo, esta coordinación tiene un formato de encuentro grupal entre los médicos de la Atención Primaria y uno o varios profesionales del equipo de Salud Mental. Como tantas otras realidades grupales entre profesionales, la coordinación está concernida por los dinámismos propios de la interacción grupal y, por lo tanto, sometida a la dinámica colaborativa, de

trabajo, así como a las dinámicas propias de la mentalidad emocional grupal (25). La particularidad de cada espacio de coordinación, con sus participantes de ambos equipos de salud, va a promover una dinámica de uno u otros predominios. Las coordinaciones en general son un ámbito de la realidad institucional que no está exenta de las dificultades inherentes a la compleja articulación de expectativas, sensaciones, emociones y motivaciones de sus protagonistas (26) (27) (28) (29) (30).

La experiencia institucional ilustra de las vicisitudes por las que pasan los espacios de la coordinación. Hay momentos de la historia de la coordinación que sugieren vivencias que son dispares. Evidentemente, a mayor experiencia institucional, de años, mayor es el abanico de posibilidades que se pueden desplegar en la coordinación. Por un lado, están los médicos de Atención Primaria, que son los protagonistas mayoritarios de ese espacio; por otro lado, están los profesionales del equipo de Salud Mental que se desplazan a la Atención Primaria, protagonistas minoritarios, habitualmente. No es una coordinación de profesionales distribuida de manera equitativa. Así, habrá más médicos de primaria que profesionales de especializada. Además, esos encuentros se van a suceder en el territorio de la atención primaria.

Este sólo dato ya sugiere algo del clima emocional que se puede organizar en el seno de la coordinación: ¿Quiénes están en el lugar de los anfitriones? ¿y quienes en el de los huéspedes? Al menos originariamente. ¿Cómo van a ser acogidos unos y otros, y unos por otros? ¿Qué posibilidades de trabajo se van a poder articular? ¿Y qué vivencias emocionales? ¿Qué sensación de utilidad, de colaboración, de obligación, de rutina, cuando no de negativismo? Sabemos del absentismo que se produce en tantos espacios de coordinación, así como en tantos espacios de reunión de profesionales; absentismo que a veces se manifiesta en forma de retrasos reiterados a la convocatoria de la hora de la reunión o en flagrantes y reiteradas ausencias.

La articulación de las personalidades de profesionales de distinto ámbito, de la medicina general, de la psiquiatría, de la psicología clínica, del trabajo social o de enfermería, en función de

los perfiles de profesionales que participen en la coordinación, va a presentar unos escenarios de trabajo coordinado distintos; igualmente, las edades, los géneros, los años de experiencia en los servicios respectivos, la satisfacción con la tarea, van a organizar modalidades de interacción entre los profesionales de la coordinación, que va a tener vicisitudes imprevisibles a lo largo del tiempo. Piénsese que hay equipos de Atención Primaria, en España, desde la Ley General de Sanidad y que la Salud Mental dispone de equipos de atención desde la década de los 80, por lo tanto, estamos hablando de posibilidades de coordinación que, en nuestro medio, pueden rondar los 40 años de historia. Tiempo para que sucedan todo tipo de escenarios y de todo tipo de protagonistas.

¿Qué añadir respecto de la presencia del profesional de la psicología clínica en la coordinación en el ámbito de la atención primaria entre profesionales mayoritariamente médicos? La relación de los médicos con el profesional de la psicología clínica en particular va a despertar – no puede ser de otra manera– los pensamientos, valoraciones y juicios que se tienen tanto de la psicología clínica en general, como con la concreción del profesional psicólogo que participa en la coordinación con sus características personales. Y lo mismo va a suceder por parte del psicólogo respecto de la mayoritaria audiencia de médicos que le acompañan en la coordinación. Ciertamente, la empatía colaborativa, que sin duda puede desplegarse entre los participantes de la coordinación, puede recortar la distancia que conllevan ambos perfiles de formación. Piénsese como la figura del perfil del psicólogo clínico puede ser vivido como alguien que puede aportar una visión complementaria de la intervención específica del quehacer médico, en el mejor de los casos, por su especificidad en la comprensión de la mente, las emociones y el comportamiento. No hay que olvidar los espacios de formación de los médicos que pueden ser conducidos por profesionales de la psicología clínica, como es el caso de los grupos Balint (31) (32). Pero en el otro polo, podemos encontrarnos con la realidad de la actitud defensiva respecto de la peculiaridad de la comprensión y el aporte del psicólogo clínico, por parte de los médicos, que prefieren moverse en la seguridad de su abordaje médico, por teñido que pueda estar de comprensión

empática y de abordaje holista de la realidad personal del paciente y no sólo de su patología, psiquiátrica o no. Obviamente, esta defensividad puede representarla el propio psicólogo cuando adopta una actitud hostil, distante y poco empática con el quehacer médico.

### Diseño de la intervención desde Salud Mental

Aceptada la inclusión del paciente en el circuito de atención a la Salud Mental ¿Cómo se diseña esa intervención? ¿Qué aspectos configuran ese diseño? Creemos que hay, al menos, cinco niveles de condicionamiento: el modelo de intervención asistencial, el modelo de gestión institucional, la interacción del clínico y el paciente, las expectativas del paciente y la ubicación del profesional en la institución.

En primer lugar, un aspecto que va a modelar la intervención será el modelo teórico-técnico que tenga el equipo de profesionales del Centro de Salud Mental; así, como la manera como se concreta ese modelo en el caso particular de cada profesional. Es habitual que nos encontremos con un modelo psicoanalítico, sistémico, cognitivo conductual, biólogo. Puede que no exista un modelo único al que se adapten todos los profesionales del equipo, sino que en el interior del mismo equipo de profesionales se dé una pluralidad de maneras de entender y atender las realidades de los pacientes. El modelo va a promover la realización de una acogida del paciente en un formato de entrevista individual, mayoritariamente, o de entrevista grupal, en el menor de los casos. El documento “La psicoterapia en la red pública de salud mental”, avalado por el Pla de Salut mental i Addiccions, contempla distintos modelos de atención psicoterapéutica: psicoterapia dinámica de base psicoanalítica, psicoterapia no directiva, psicoterapia interpersonal, psicoterapia cognitivo-conductual, psicoterapia conductista, psicoterapia sistémica, psicoterapia transaccional, psicodrama (33).

En segundo lugar, la ubicación del Centro de Salud Mental en el entramado de la red asistencial, atendiendo a las directrices del sistema sanitario de referencia, va a modelar el diseño de las intervenciones de los profesionales. Así, el sistema sanitario va a proponer unos objetivos a

los que el dispositivo tiene que ajustarse para poder sostener su función de atención clínica a sus usuarios.

En tercer lugar, más allá del modelo de comprensión del equipo como un todo y el del profesional concreto, se va a jugar la interacción de las dos personas –en entrevista individual– que asisten a la primera entrevista: paciente y profesional. Lo mismo se podría predicar de las entrevistas grupales. Este sistema de interacción estará determinado por el encaje de los sistemas cognitivo, emocional y comportamental de ambos protagonistas, de tal forma que se configure una buena interacción o una mala interacción; tanto desde la comprensión del paciente, como desde la del profesional. Tanto una persona como la otra se van a hacer expectativas respecto de las posibilidades de pervivencia de la interacción. Desde el lado del paciente: ¿este profesional es confiable? ¿me va a poder entender y atender adecuadamente? ¿puedo generar esperanza estando con él? ¿O no? Del lado del profesional: este paciente ¿es susceptible de ser atendido por mi con expectativas de cierto progreso? ¿tengo la impresión de poder entenderlo y atenderlo con empatía? ¿me veo obligado a atenderlo por prescripción laboral? En muchas ocasiones, este proceso no verbal no es registrado por alguna de las dos conciencias, o por ambas, pero eso no quiere decir que no esté sucediendo en el registro –inconsciente– de cada una de las personalidades que se encuentran en la entrevista, por muy disociado que esté. Hoy en día, los conocimientos de la neurociencia afectiva y social, particularmente con el descubrimiento de las neuronas espejo, certifican esta interconexión de cerebro a cerebro.

En cuarto lugar, el contexto vital del paciente va a determinar el alcance de la consulta ¿Qué expectativa tiene el paciente de la consulta? ¿Espera que el profesional le indique un tratamiento que le libere de la carga de sus síntomas? ¿Espera un incremento de la comprensión de lo que le pasa? ¿Espera un cambio en la satisfacción de su vida? ¿O una visita de control obligada porque está en un proceso de baja laboral que le va a requerir de informes clínicos solicitados por terceras instancias? ¿Espera que el profesional le ayude a soportar una carga emocional que él solo no se ve con fuerzas de soportarla?

En quinto lugar, el contexto del profesional, tanto el contexto personal, como el de la situación del Centro de Salud Mental en la red de asistencia, como de la ubicación del profesional en el mismo, van a modular la manera de intervenir profesional. La edad, el género, la experiencia institucional, la motivación, la sintonía con el equipo, el compromiso con la tarea asistencial, el nivel de estrés laboral, el descontento en la institución, la presión asistencial, etc. van a promover un estilo de atención a los pacientes, en un extremo, más acogedor y compasivo o, en el otro, más expulsivo y defensivo, con las matizaciones intermedias que se puedan articular.

### *Lugar de la realización de la primera visita*

La primera visita puede tener lugar en los locales del propio Centro de Atención Primaria, o en los del Centro de Salud Mental. Esta doble posibilidad no va a dejar de tener importancia, como si de una casualidad se tratase. Tanto para el paciente como para el clínico en salud mental, la realización de esa acogida del paciente en una u otra dependencia va a tener una significación diferenciada. Sin olvidar la tendencia de los profesionales de Salud Mental a desplazarse a la Atención Primaria y a que su realización en uno u otro dispositivo esté en relación con la gravedad o no del caso (1).

En la teoría, la realización de la visita especializada en el terreno del Centro de Atención Primaria tiene que suponer una proximidad para el paciente. En la práctica, esa visita en ese centro va a poder significar, como posibilidad, para el profesional, la tendencia a verlo con la intención de no derivarlo al Centro de Salud Mental, aunque, claro está, no para todos los casos sin excepción posible. Además, en la práctica, puede suceder que esa visita realizada en primaria no disponga de los mismos requisitos de comodidad, privacidad, quizás más para el profesional que para el paciente, que la que se dispensa en el terreno del CSM.

En definitiva, el profesional de la salud mental que atiende dentro del protocolo asistencial de la sanidad pública se ve impelido, necesariamente, a una escucha y a una atención que categoriza a los pacientes en función de una aparente clasificación de los que son tributarios de una

modalidad de intervención más corta, por así decir, respecto de los que serían tributarios de una intervención más larga. De acuerdo con todas las instancias que hemos nombrado previamente.

Los profesionales que tenemos años de experiencia de atención a pacientes de distinto perfil sabemos que las categorizaciones iniciales pueden no sostenerse en el tiempo, o que hay pacientes respecto de los cuales, los profesionales nos hacemos una composición de lugar inicial que luego la experiencia real con ellos la hace “descomponer” para llevarnos a otra composición. De ahí la conveniencia de hacer la valoración del paciente más allá de una sola visita, si la presión asistencial nos lo permite.

### *La temporalización de la atención*

Y hay otra determinación de la atención psicológica que es la organización de la agenda del profesional ¿Cuántas veces hemos escuchado en consulta –por parte del paciente– “y no me puede ver antes”? Otras tantas, ¿cuántas veces lo ha sentido el propio profesional? ¿no debería poder volver a ver al paciente antes?

La organización de la asistencia en salud mental va a determinar las posibilidades de la asistencia clínica real, ya que la primera entrevista que el profesional realiza a su paciente derivado por Atención Primaria, no es más que la puerta de entrada a Salud Mental. Pero ¿qué va a suceder después de esa primera acogida? En un porcentaje nada desdeñable muchos pacientes son citados a una entrevista segunda –denominada “sucesiva”– en la que se va a pretender explorar más la situación mental del paciente puesto que, está claro, en una sola entrevista no se puede tener una imagen más que parcializada del paciente. En la segunda entrevista van a manifestarse otros aspectos que no aparecieron en la primera, presumiblemente. Aparece entonces el peso de la organización de la asistencia: el tiempo de espera hasta que sucede la segunda visita; y luego, la tercera y, las siguientes.

La atención clínica en Salud Mental requiere, pues, el interjuego de presencias y ausencias, de esperas. A este ritmo de tiempos se han de someter tanto el profesional como el paciente. Lo mismo que al tiempo en el que se organiza

la atención presencial, que también suele venir pautado por la organización institucional; no suele ser decisión libre del profesional —y mucho menos del paciente— elegir el tiempo que va a ser destinado a la visita. Más bien, existe una predeterminación de los intervalos de los tiempos de las visitas en los cuales hay que ubicar su realización, con mínimas variaciones de uno a otro paciente.

Está claro que, en la sanidad pública española, hay un censo de pacientes que están siendo atendidos de manera recurrente por los distintos profesionales del centro de Salud Mental y que, necesariamente, el tiempo tiene que estar compartimentado para poder dispensarlo a todos y a cada uno de ellos. Únicamente un pequeño porcentaje de estos pacientes que son acogidos por vez primera en el centro puede que sean atendidos de otra manera que la mayoría, y que la temporalidad de sus entrevistas, pueda demarcarse de las ratios estandarizadas por razón, por ejemplo, de ser tributarios de una modalidad de atención protocolizada de acuerdo con unos perfiles psicopatológicos determinados (psicosis incipientes, primeros brotes psicóticos, riesgos de suicidio, etc.), es decir, de acuerdo con situaciones de mayor gravedad o de necesidad de intervención.

La agenda se va a convertir en un desasosiego del profesional ya que la demanda de asistencia en el centro de Salud Mental en un ámbito urbano es tan alta que la conveniente tranquilidad para explorar a los pacientes con tiempos de espera entre visitas cortos va a ser más un deseo del profesional —y sobre todo del paciente— que una realidad. Así, si la primera visita sí puede estar libre de la frustración, en el momento de su realización, por cuanto tanto paciente como profesional “realizan” la consulta, en muchos casos después de largos tiempos de espera para el paciente, el acuerdo de la ejecución de la visita sucesiva en un lapso de tiempo presumiblemente largo es altamente improbable que no sea frustrante tanto para el paciente como para el clínico.

Las listas de espera para la primera visita son otra realidad flagrante que está en consonancia directa con los recursos profesionales del CSM; a mayor número de profesionales, mayor número de posibilidades de agenda, y mayor número de

posibles entrevistas, y viceversa. Es de sobras conocido que los recursos humanos en salud mental están por debajo de la dotación adecuada. Así, hay un gran número de pacientes que se esperan para una primera visita un tiempo indeterminado.

El sufrimiento mental del paciente se ve sometido a un aplazamiento de su atención en unos márgenes que invitan o a la paciencia o a la desesperación y, consecuentemente, el profesional no puede dejar de sentir que no atiende a su paciente en condiciones óptimas. Esta realidad que es tan apabullante en la cotidianidad de la vida de los profesionales de la salud mental pública acaba siendo negada para hacerla más tolerable (34); los profesionales acaban sintiendo que no hay más alternativa que la de aceptar las condiciones de la realidad de la escasez de recursos humanos para atender a la demanda sanitaria. Se produce una escisión necesaria entre lo que se considera que debiera ser los mínimos de una atención digna con lo que las condiciones de la realidad ofrecen. A menudo esta contundencia de la realidad es especialmente verdadera en el caso de los profesionales psicólogos clínicos que están especialmente infradotados en el sistema de salud<sup>4</sup>.

### ***Objetivo de la atención en salud mental.***

¿Qué se puede conseguir con las herramientas de que disponen los profesionales que trabajan en la red pública? ¿Qué ofrecen los psiquiatras? ¿Qué ofrecen los psicólogos clínicos? ¿y los enfermeros? ¿y los trabajadores sociales?

Las herramientas de los profesionales de la salud son, básicamente, conocimientos y pericia clínica. Pero como hemos señalado anteriormente, ambos sólo pueden desplegarse en un contexto de espacio y de tiempo que no están sujetos a la voluntad de los profesionales sino que vienen pautados por el contexto institucional que suele tener dos niveles, como mínimo, el nivel del fun-

<sup>4</sup> El número de plazas de formación sanitaria especializada de Psicólogo Interno Residente, ciertamente, se ha incrementado, significativamente y progresivamente, de las 56 plazas iniciales a nivel del estado español, en 1994, a las 198, de 2020. Pero, con todo, siguen estando muy por debajo de las necesarias.

cionamiento de la institución sanitaria concreta más el nivel que marca el proveedor de la salud, el sistema sanitario, a quien el equipamiento se debe, pues es quien le paga su jornal, en último término.

La realidad es que los pacientes que recién entran en el circuito de Salud mental y son atendidos en los dispositivos en que se dispensa una atención en régimen ambulatorio –el centro de salud mental–, han de compartir los tiempos de las agendas de los profesionales con sus “hermanos” usuarios del dispositivo en cuestión, por lo tanto, el tiempo de que disponen los profesionales se tiene que repartir entre los nuevos pacientes, las primeras visitas de los pacientes que entran en el CSMA, y los viejos pacientes, los que ya llevan un tiempo de atención.

Según el volumen de los pacientes que se atiendan en el centro de salud mental, habrá más disponibilidad tanto para primeras visitas, como para las sucesivas y, en consecuencia, para el diseño e implementación de estrategias de tratamiento; tratamientos que se dispensarán en formato de entrevistas individuales o grupales.

¿Qué se puede ofrecer como tratamiento a estos pacientes que entran en el dispositivo de salud mental? Si partimos de la base que el tratamiento necesariamente se tiene que temporalizar en formato de visitas de agenda, y que la agenda tiene que dar cabida a nuevos y viejos pacientes, salta a la vista que según se trate de uno u otro volumen de viejos pacientes, así como de las nuevas entradas de los nuevos pacientes, se va a poder atender con mayor o menor frecuencia de visitas, a unos y a otros. Puede ocurrir, en el mejor de los casos, que las primeras visitas no se tengan que esperar demasiado tiempo, en lista de espera, para ser atendidas. También que los pacientes que están ya en tratamiento no tengan visitas a una distancia temporal demasiado dilatada la una de las otras. Pero a menudo, no es así, ni lo uno ni lo otro. Por tanto, la realidad asistencial suele mostrarnos unos funcionamientos de la atención alejados de lo que nos resultaría u óptimo o admisible.

O bien, se esperan unos, los pacientes que esperan para la primera visita, o bien se esperan los otros, los pacientes que ya están en tratamiento.

Ciertamente, la gestión de los tiempos, es decir, de las disponibilidades de las agendas, puede permitir algunas combinaciones de esta tensión que sufre toda agenda de todo profesional que atiende en la sanidad pública, al menos en aquellos territorios en que la demanda es manifiesta. Pensamos en las zonas que tienen un elevado volumen poblacional de referencia.

### **La atención clínica con el paciente en el centro de salud mental**

Una vez que el paciente es atendido en el CSM, superados todos los filtros previos a la realización de la primera visita que hemos referido anteriormente, hay que organizar una atención terapéutica con el paciente. No hay que olvidar que éste es un sujeto que sufre y que es su sufrimiento, mental, el que le ha llevado hasta este espacio-tiempo de la primera visita con el especialista ¿Y ahora qué? Tenemos el sufrimiento mental del paciente ante la vista del profesional ¿qué hacemos? Verificado el sufrimiento mental del paciente que le ha llevado, a menudo, a un vía crucis de espera, hasta la ansiada primera visita, ¿qué se puede hacer? Se ha verificado que la sintomatología del paciente requiere la implementación de una ayuda profesional que pretenda liberar al paciente del sufrimiento; no es posible implementar una estrategia terapéutica sin la implícita expectativa de cambio de la realidad –al menos la interna– que hace sufrir al paciente. Toda estrategia de tratamiento de síntomas mentales pretende modificar los síntomas psicopatológicos.

Llegados a este punto cada modelo de intervención clínica defiende una comprensión de la problemática del paciente y aporta unas estrategias que pretenden su resolución. Hay que identificar tanto el síntoma molesto para la vida del paciente, como iluminar la comprensión de la realidad que lo provoca, no menos molesta, así como favorecer las condiciones de posibilidad de cambio de una y otras dimensiones de la vida del paciente. Identificado esto, tenemos que organizar, en la modalidad concreta de comprensión y de intervención de que se trate, de acuerdo con las variadas escuelas profesionales, el calendario de intervenciones en formato de entrevistas llamadas sucesivas; sí, se suceden las unas a las otras, no puede ser de otra manera. He aquí, el

desasosiego de tantos de nosotros: la disponibilidad de la agenda.

¿Qué priorizamos? ¿La atención a los trastornos cronicados? ¿La atención de los casos agudos recién llegados? Podemos contestar que ni lo uno ni lo otro, sino ambas cosas a la vez. Bien, entonces, reservamos espacios de agenda para atender a unos y a otros, tratando de no tensionar ni unos ni otros abordajes, ni a los viejos ni a los nuevos pacientes. Si la agenda del profesional está suficientemente esponjada, habrá huecos para ubicar a unos y a otros, sin problema ¿Es esto lo que nos sucede en nuestras consultas? ¿No pagan justos por pecadores? ¿No se atiende al primero a quien se reserva la cita en la agenda, aun previniendo las reservas para unos y otros casos? ¿Y qué sucede para los imprevistos, para las urgencias, que haberlas, las hay? Esta es la lucha del profesional con su agenda: ¿cómo hacer espacio –en realidad, tiempo– para atender a sus distintos perfiles de pacientes sin someter a unos u otros a una desesperante espera?

Los datos de la realidad nos dicen que, en Catalunya, en el 2018, la media de visitas por persona atendida en los CSMA fue de 6'41 visitas anuales, –6'7 en el 2015– siendo un poco mayor, de 10'1–10'7, en el 2015–, en el caso de las personas con diagnóstico de trastorno mental grave (10) (35). Es decir, ¿cuál es la realidad de los Centros de Salud Mental a la hora de poder ofrecer una atención psicológica que debe traducirse en espacios de agenda?

El perfil de los pacientes cronicados promueve escasas expectativas de cambio, tanto en los pacientes como en los profesionales, pero consume más recursos que los que no lo son, y más aún, los denominados pacientes crónicos complejos. No obstante, la situación mental de los pacientes no permite la resolución de la atención, es decir, el alta. El paciente que ingresa en el circuito de atención en salud mental, en una proporción nada desdeñable, no puede abandonarlo.

La inercia del funcionamiento institucional promueve que en muchos casos los profesionales que, recordémoslo una vez más, están infradotados en el sistema sanitario, no tengan más remedio que entrar en colusión con el funcionamiento

del centro de salud mental que la infradotación, también crónica, de recursos humanos, impone.

Superada esta fase de valoración inicial del caso recién llegado a Salud Mental que, necesariamente, se despliega en el tiempo, a menudo, más dilatado que breve, puede llegar un segundo momento en que se organice la intervención del tratamiento psicológico del paciente. Si se trata de una adscripción a un tratamiento grupal, la reserva temporalizada de las entrevistas grupales estará más acotada en la agenda y la cadencia de esas visitas va a ser más rítmica y menos espaciada en el tiempo, por razones económicas, de esfuerzo, en el sentido que se admite que de una sola vez se atienden a varios pacientes. Si se trata de la adscripción a un abordaje terapéutico individual –si hablamos de atención psicológica– que será, necesariamente, de estirpe psicoterapéutica en cualquiera de sus acepciones, las que sepa y pueda utilizar el clínico, el riesgo de que las reservas temporales se dilaten en el tiempo es elevado, así, la atención individualizada queda muy mermada, por cuanto el paciente, dispone de intervalos de atención muy dilatados, con el consiguiente riesgo de ineficacia y de insatisfacción.

## Discusión

Los que llevamos años de trabajo en la sanidad pública hemos escuchado en muchas ocasiones la necesidad de incrementar la dotación de profesionales desde las primeras aportaciones, en concreto, en Catalunya, del Consell Assessor en Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental de Catalunya (36) que han quedado obsoletas; y, ciertamente, mirando retrospectivamente, se ha ido incrementando la dotación de profesionales y se sigue incrementando a fecha de hoy, pero seguimos estando lejos de los estándares europeos (18 psicólogos por 100000 habitantes)<sup>5</sup>. Así, con los que realmente somos ¿cómo implementar una atención psicológica que esté en consonancia con lo que necesitan las personas que nos demandan y cómo articularla con las prerrogativas de los planes y las estrategias de los proveedores de la salud?

5 <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/salud-mental-sistema-nacional-salud/>

La tendencia es –ya lo hemos citado anteriormente– ofrecer una atención que sitúe a la persona en el centro y que se la atienda, tanto como sea posible, desde atención primaria, reservando la atención especializada para los casos más crónicos, o más graves, o más complejos. Por lo tanto, desde primaria, tratando de atender a los casos leves y moderados. El reto sigue siendo ¿cómo ofrecer espacios –tiempos, en realidad– para atender a la patología de uno y otro signo?; mejor, a las personas que presentan patología de uno u otro signo. Si somos menos profesionales de los que deberíamos ser, y así lo acreditan las ratios, ¿cómo implementar una atención de calidad si hemos de repartir la atención entre unos y otros en módulos de tiempo que, desgraciadamente, no son excesivos sino todo lo contrario?

Las intervenciones de los profesionales especialistas en salud mental, particularmente los psicólogos especialistas en psicología clínica, que deben trabajar en estrecho y frecuente contacto con los profesionales de atención primaria, deben asistir a las personas con patología mental leve o moderada, en la modalidad de visitas breves (30-45 minutos), estructuradas y limitadas en el número de sesiones (de 6 a 12), de frecuencia semanal; y, además, a los nuevos casos, la primera visita se les ha de ofrecer en un plazo de quince días (1). La asistencia grupal debe garantizarse, como mínimo, de 20 horas anuales (1). Esta oferta de servicios, si debe realizarse desde la atención primaria, es decir, en los locales de los Centros de Atención Primaria, se debe disponer de los espacios y recursos asistenciales que las garanticen, despachos y salas de grupo (1).

Se nos antoja difícilmente realizable una oferta de atención psicológica de acuerdo con las directrices de la ENAPISC siendo los profesionales que somos. Piénsese que, según las cifras que hemos referido más arriba, en 2018, la media anual es de unas seis vistas anuales, es decir, que la mayoría de los pacientes es atendida una vez cada dos meses ¿cómo ofrecer 6 o 12 sesiones de frecuencia semanal a los pacientes de patología menor sin que se afecte todo el edificio de las atenciones que se dispensan a los pacientes crónicos, complejos o no? Si se instaurase una atención semanal de los pacientes del perfil que se tratase, leves o no, ¿no sería a costa de incrementar los tiempos de espera de otros pa-

cientes que estarían esperando, también, para una atención breve, que no lo sería tanto si estamos hablando de un promedio de visitas por encima de la media anual del paciente estándar?

Por otro lado, se acepta la utilidad de los abordajes de estirpe psicológico para tratar los trastornos mentales, de distinto signo, cosa que acreditan las diferentes guías clínicas para distintos trastornos que hemos referido anteriormente. Igualmente, el mismo documento “La psicoterapia en la red pública de salud mental”, rescata el valor de la psicoterapia para un extenso elenco de trastornos mentales, así como su indicación en situaciones agudas, de crisis e, incluso, como prevención de cronificación en situaciones graves, siempre que el paciente muestre capacidad para darse cuenta y reflexionar acerca de los propios sentimientos y de las relaciones personales (33). Es evidente que la atención psicológica, tanto si deviene psicoterapéutica en sentido estricto como si no, promueve la salud mental. Y la promoción de la salud mental debe ser un objetivo del trabajo de los profesionales que trabajan en la atención especializada, tanto si se promueve en las personas que ya padecen un trastorno de salud mental grave, o crónico, o complejo, como en aquellas en que no ha eclosionado un trastorno mental, que están en una situación de crisis, con patología aguda, o que si lo tienen, lo padecen en menor intensidad, es decir, que tienen un trastorno mental leve o moderado, del tipo que sea.

## Conclusiones

En nuestro medio, los objetivos del Pla Director de Salut Mental i Addiccions del Servei Català de la Salut apuntan a una intervención cada vez más próxima a la Atención Primaria, más colaborativa, que pretenda la intervención especializada en el territorio de la Atención Primaria. Al mismo tiempo, se pretende que los trastornos mentales más graves o complejos sean atendidos en el territorio de Salud Mental, aunque no se desvinculen de la Primaria, que se pretendería que ocupara un lugar central en la red de atenciones a la persona del paciente o usuario. Pero si no se trata de equipos de profesionales específicos para realizar o una u otra función, resulta que los profesionales de Salud Mental tienen que realizar una y otra función, en uno y otro terreno,

en primaria y en especializada, con unos y otros perfiles de pacientes.

El número de derivaciones a Salud Mental, de entradas de nuevos pacientes, ¿aumenta o disminuye año tras año? ¿Y el número de altas? Si los pacientes nuevos no disminuyen y si los pacientes ya atendidos en Salud Mental tampoco disminuyen el resultado es una presión asistencial en los profesionales y, de manera especial, en los profesionales que atienden psicológicamente a sus pacientes; ya que la intervención psicológica requiere de tiempo para desplegarse, un tiempo que es significativamente mayor que el tiempo que requiere la prescripción farmacológica o su seguimiento.

La indicación es que cada vez hay que atender menos tiempo a más pacientes; ciertamente, un formato de atención es el grupal. Pero la atención grupal no es equiparable a la atención individual, por el grado de intimidad y de particularización de la comprensión que esta permite, sin desdeñar los innegables beneficios de la potencia de la intervención grupal. Son escenarios distintos; son indicaciones de tratamiento distintas y que no son válidas para todos los pacientes. ¿Cuántas veces hemos escuchado las quejas de los pacientes que sienten que no les beneficia escuchar lo que les pasa a los otros pacientes del grupo? ¿Cuántas otras hemos contemplado, en sesiones grupales, como callan tantos pacientes?

No todos los pacientes se adaptan a los mismos abordajes terapéuticos. Como tampoco todos los pacientes se acoplan por igual a cualquier tipo

de profesional, aun siendo de la misma profesión. Los protocolos de atención diseñados para organizar la atención a diferentes tipos de pacientes son beneficiosos, sin duda, pero pueden tener el riesgo de serlo más a nivel organizativo institucional que a nivel de la atención resolutoria de la problemática de cada paciente. A veces sí funcionará y otras no; de ahí que convenga la selección afinada de los criterios de inclusión de unos y otros pacientes en unos y otros abordajes. Pero ¿qué agenda tenemos en Salud Mental, tanto en CSMA como en ABS, para lo uno y para lo otro? ¿Qué atención psicológica podemos dispensar a nuestros pacientes con los medios de que disponemos?

O se reciben menos derivaciones de la atención primaria, menos primeras visitas, y menos derivaciones internas de los profesionales psiquiatras que solicitan la intervención psicológica, o se dan más altas de pacientes crónicos atendidos en el Centro de Salud Mental, la cronicidad de algunos de los cuales consiste en que llevan siendo atendidos mucho tiempo aunque no padezcan un trastorno crónico; muchos de estos pacientes se resisten a dejar de ser atendidos en CSM. O si no, no es posible organizar una atención psicológica con las suficientes garantías de satisfacción, sobre todo para el paciente, aunque también para el profesional. La tarea en la atención especializada sigue siendo ingente para los escasos recursos humanos; lo que es válido para la globalidad de los profesionales que en ella trabajan también lo es para los que lo hacen específicamente dispensando una atención psicológica.

### Contacto

Alfred Tejado García ✉ [tejedo@copc.cat](mailto:tejedo@copc.cat)  
Centre de Salut Mental d'Adults Badalona 2  
Av. Doctor Bassols, 112-130 • 08914 Badalona

## Referencias Bibliogràfiques

- (1) Departament de Salut. Grup Nuclear de la Comissió Tècnica de Salut Mental i Addiccions. *El procés assistencial en salut mental i addiccions a la xarxa d'atenció primària. Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària*. (ENAPISC). [en línia]. Barcelona. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. 2018. [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3965/proces\\_assistencial\\_salut\\_mental\\_addiccions\\_xarxa\\_atencio\\_primaria\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3965/proces_assistencial_salut_mental_addiccions_xarxa_atencio_primaria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- (2) Departament de Salut. Pla director de salut mental i addiccions, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Estudi de costos i càrrega de la depressió a Catalunya (CostDep-2006). [en línia]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. 2010. [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/recursos/altres\\_recursos\\_interes/estudis/13\\_salut\\_mental/documents/estudicostos2011.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/recursos/altres_recursos_interes/estudis/13_salut_mental/documents/estudicostos2011.pdf)
- (3) Serrano A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnostic and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(2): 201-10. Doi: 10.1007/s00127-009-0056-y
- (4) Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de psiquiatria*. Barcelona: Salvat; 1982: tomo 1, 925-6.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre salud Mental 2013-2020. [en línia] 2013. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf;jsessionid=6EE5F6F870E1A5701A6EE5370778EA04?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=6EE5F6F870E1A5701A6EE5370778EA04?sequence=1)
- (6) World Health Organization, Calouste Gulbenkian Foundation. *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization; 2014. [en línia] [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1)
- (7) Departament de Salut. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. [en línia]. Barcelona. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; Generalitat de Catalunya. 2014. [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratius/observatori\\_efectes\\_crisi\\_salut\\_document.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratius/observatori_efectes_crisi_salut_document.pdf)
- (8) Departament de Salut. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Anàlisi territorial. Barcelona. [en línia]. Barcelona. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; Generalitat de Catalunya. 2015. [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/oss\\_crisi\\_salut/Fitxers\\_crisi/Salut\\_crisi\\_informe\\_2015.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/oss_crisi_salut/Fitxers_crisi/Salut_crisi_informe_2015.pdf)
- (9) Departament de Salut. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya. Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població. [en línia]. Barcelona. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; Generalitat de Catalunya. 2017. [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/oss\\_crisi\\_salut/Fitxers\\_crisi/Salut\\_crisi\\_informe\\_2016.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/oss_crisi_salut/Fitxers_crisi/Salut_crisi_informe_2016.pdf)
- (10) Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya. Comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya: informe dels principals resultats 2015. [en línia]. Barcelona. Generalitat de Catalunya; 2016. [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/esca\\_2015.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca_2015.pdf)
- (11) World Health Organization. The European mental health action plan 2013-2020. Copenhagen. Regional Office for Europe; [en línia]. 2015. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Accion-Plan-2013-2020.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Accion-Plan-2013-2020.pdf)
- (12) Joint action in Mental Health and Wellbeing (Europe). [en línia]. <https://mentalhealthandwellbeing.eu/the-joint-action/>
- (13) Departament de Salut. Estratègies 2017-2020. [en línia]. Barcelona. Pla director de salut mental i addiccions. Generalitat de Catalunya. 2017. [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3986/pla\\_director\\_salut\\_mental\\_addiccions\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3986/pla_director_salut_mental_addiccions_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- (14) Departament de Salut. Retrospectiva de trenta anys de la planificació sanitària a Catalunya. El motor de transformació del sistema de salut. [en línia]. Barcelona. Generalitat de Catalunya. 2020. [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4650/retrospectiva\\_trenta\\_anys\\_planificacio\\_sanitaria\\_catalunya\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4650/retrospectiva_trenta_anys_planificacio_sanitaria_catalunya_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- (15) Tejedo A. Día de la Psicología en España. La atención psicológica en la enseñanza pública universitaria en España. *Psi Ara*. 2018; Secció. "Psi Notes". Col·legi Oficial de la Psicologia de Catalunya.
- (16) Bros I, Fernández de Sanmamed MJ, Iglesias C, Moreno A, Rodríguez M, Vinyoles E. *Metge de Capçalera i Salut mental*. Barcelona: EDiDe; 1995: 88-89.
- (17) Ortiz A, González R, Rodríguez F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico

- diagnosticable. *Aten Primaria*. 2006;38, (10):563-569. Doi: 10.1157/13095928
- (18) De la Gándara JJ, Castro S, Martín A, Moreira A. Análisis de la concordancia de las derivaciones de atención primaria a salud mental. *Semerger*. 2012; 38(6): 354-359. Doi: 10.1016/j.semerg.2011.12.005
- (19) Tejado A. Análisis comparativo de las derivaciones desde atención primaria de salud a salud mental: atención psicológica y atención psiquiátrica. *Informaciones Psiquiátricas*. 2018;232:23-50.
- (20) Tejado A. Condicionantes del diagnóstico en la demanda de ayuda psicológica en una Unidad de Atención Psicológica en un campus universitario. *Revista de psicoterapia*. 2019;30(113):213-237. Doi: 10.33898/rdp.v30i113.279
- (21) Vellisca MY, Latorre JI, Orejudo S, Gascón S, Nolasco A, Villanueva VJ. Patrón asociado a la inasistencia a la primera consulta de un centro de salud mental. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2014;2:141-6. Doi: 10.5944/rppc.vol.19.num.2. 2014.13064
- (22) Luque A, Conde M, Otero J. Estudio de las variables asociadas a las ausencias en las primeras consultas psiquiátricas. *Actas Esp Psiquiatr*. 2001; 29(3):153-8
- (23) García-Moratalla B, Ortiz A. Ausencias en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlado. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2002;83:27-36.
- (24) Muñoz Marrón, E. *Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indiferencia aprendida*. [Tesis]. [en línea]. Madrid: Universidad Complutense; 2004. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/5188/1/T27495.pdf>
- (25) Bion WR. *Experiencias en grupos*. Barcelona, Buenos Aires, México: Col. Grupos e Instituciones-Terapia Familiar, 4. Paidós; 1990: 58, 84.
- (26) Freire B. Interrupción prematura del tratamiento en psiquiatría. Una revisión bibliográfica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 1986;6(16).
- (27) Ordóñez MP. ¿Están motivados los médicos de Atención Primaria de nuestra zona hacia la coordinación y formación en Salud Mental? *Anales de Psiquiatría*. 2008;24(5):203-210.
- (28) Iglesias C, González I, Ardura JR, Naves C, Franco A, Alonso MA et al. Calidad de la interconsulta entre salud mental y atención primaria: comparación de dos tipos de documento de derivación (OMI-AP y tradicional). *Rev Calid Asist*, 2004;19(5):319-22. Doi: 10.1016/S1134-282X(04)77716-7
- (29) Beltrán M, Salleras N, Camps C, Solanas P, Igual E, García-Oria M. Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados. *Aten Primaria*. 2001;28(1), 39-45. Doi:10.1016%2FS0212-6567(01)78893-2
- (30) Latorre JM, López-Torres J, Montañés J, Parra M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36(2):85-92. Doi:10.1157/13076608
- (31) Ribé JM. ¿Qué fue de los tradicionales grupos Balint? En defensa de la perspectiva Balint y una metodología adaptada en los espacios de coordinación con Atención Primaria. *Norte de Salud Mental*. 2012;10(44):13-27.
- (32) Tizón JL. ¿Cómo mejorar la perspectiva integrativa de los médicos clínicos?: una revisión acerca de los grupos Balint y los grupos de reflexión (I). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2019;39(136): 19-43.
- (33) Departament de Salut. *La psicoterapia en la red pública de salud mental*. [en línea]. Pla director de salut mental i addiccions. Direcció General de Planificació i Avaluació. Generalitat de Catalunya. 2008. [http://www.feap.es/images/feap/documentos/Generalitat\\_enero\\_2011\\_FEAP.pdf](http://www.feap.es/images/feap/documentos/Generalitat_enero_2011_FEAP.pdf) Es traducción del original: *La psicoteràpia a la xarxa pública de salut mental i addiccions*. [en línea]. [http://aen.es/wp-content/uploads/2010/01/psicoterapia\\_a\\_la\\_xarxa.pdf](http://aen.es/wp-content/uploads/2010/01/psicoterapia_a_la_xarxa.pdf)
- (34) Obolzher, A, y Roberts, V. Z. (eds.) (2018), *L'inconscient a la feina. L'estrès individual i de l'organització en els serveis d'atenció a les persones*, Barcelona: Viena, Monografies de Psicoanàlisi, Psicoteràpia i Salut Mental, 19; 1982: 303-304.
- (35) Departament de Salut. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit de Salut Mental i Addiccions. Dades de 2017. [en línea]. Barcelona. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; Generalitat de Catalunya. 2018. [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentral\\_resultats/informes/fixers\\_estatics/Central\\_resultats\\_salut\\_mental\\_dades\\_2017.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentral_resultats/informes/fixers_estatics/Central_resultats_salut_mental_dades_2017.pdf)
- (36) Consell Assessor en Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental. *Recomenacions dels Grups de Treball*. Barcelona. Servei Català de la Salut. 1994; 22-23.

- Recibido: 16/07/2021.
- Aceptado: 14/05/2022.

# Esketamina y su lugar en la terapéutica: datos para una valoración objetiva y apuntes sobre el coste de oportunidad.

## *Esketamine and its place in therapeutics: data for an objective assessment and notes on the opportunity cost.*

**Jose García-Valdecasas Campelo.**

Psiquiatra. Hospital Universitario de Canarias. Servicio Canario de Salud.

**Amaia Vispe Astola.**

Enfermera especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Servicio Canario de Salud.

**Vicente G. Campelo García-Valdecasas.**

Enfermero especialista en Familiar y Comunitaria. CAP Arriondas. Área VI, Asturias.

**Miguel Hernández González.**

Psiquiatra. Hospital Universitario de Canarias. Servicio Canario de Salud.

**Resumen:** Recientemente se ha aprobado el principio activo esketamina para la depresión resistente al tratamiento. No se ha acordado su financiación por parte del Ministerio de Sanidad, lo que está ocasionando un debate tanto en ámbitos profesionales como en la opinión pública. Analizamos en el presente trabajo los estudios disponibles tanto precomercialización como posteriores a ella, en términos de eficacia y seguridad. Así mismo, calculamos su probable coste, deteniéndonos en una reflexión sobre el coste de oportunidad que implicaría. Por último, planteamos unas reflexiones sobre la necesidad de mantener este debate de forma independiente frente a la influencia de la industria farmacéutica.

**Palabras clave:** esketamina, depresión resistente al tratamiento, coste de oportunidad, industria farmacéutica.

**Abstract:** The active ingredient esketamine has recently been approved for the treatment-resistant depression. Its financing by the Ministry of Health has not been agreed, which is causing a debate both in professional circles and in public opinion. In this paper, we analyze the available studies, both pre-marketing and post-marketing, in terms of efficacy and safety. Likewise, we calculate its probable cost, pausing in a reflection on the opportunity cost that it would imply. Finally, we propose some reflections on the need to maintain this debate independently from the influence of the pharmaceutical industry.

**Keywords:** esketamine, treatment-resistant depression, opportunity cost, pharmaceutical industry.



En 2019 se aprobó, tanto por parte de la FDA americana como de la EMA europea, el fármaco Spravato, cuyo principio activo es la esketamina. Se trata de un nuevo fármaco antidepresivo, derivado de la ketamina (1), de aplicación intranasal con indicación en depresión resistente. Por otra parte, en nuestro país, en la reunión de diciembre de 2021, la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (2) decidió:

*“[...] la no inclusión de este medicamento en la prestación farmacéutica del SNS teniendo en cuenta las incertidumbres respecto a su valor terapéutico y criterios de racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica e impacto presupuestario en el SNS.”*

Tras esta decisión, que parece no ser definitiva (3), se ha abierto un intenso debate y, nos atreveríamos a decir, una también intensa campaña en medios de comunicación de masas, con noticias (4) sobre la gran prevalencia de depresión resistente al tratamiento en nuestro entorno, artículos (5) sobre las terribles cifras de suicidios que tenemos e, incluso, algún que otro texto (6) criticando al gobierno por no financiar este fármaco por ser demasiado caro.

Para la opinión pública, nos tememos, va a ser fácil enlazar los puntos que los medios muestran (de una manera que recuerda campañas previas (7) de concienciación ante algún trastorno simultáneamente a la aparición del nuevo fármaco que iba a solucionarlo), y se llegará a la conclusión de que, por ahorrar unos cuantos euros, al gobierno no le importa que la gente no se cure de depresiones terribles y no le preocupa evitar miles de suicidios. Sin embargo, como nosotros somos profesionales de la salud mental, vamos a intentar profundizar un poco más en el tema más allá de lo que nos plantea la prensa (o la publicidad del laboratorio fabricante, que de todo hay) y este es el objeto de este escrito.

El primer sitio donde buscar información sobre este fármaco es su ficha técnica, que tenemos disponible (8). La indicación terapéutica de la esketamina (cuyo nombre comercial es Spravato) sería la siguiente:

*“Spravato, en combinación con un ISRS o IRSN, está indicado en adultos con trastorno*

*depresivo mayor resistente al tratamiento, que no han respondido al menos a dos tratamientos diferentes con antidepresivos en el episodio depresivo moderado o grave actual.*

*Spravato, administrado de forma conjunta con terapia antidepresiva oral, está indicado en adultos con un episodio de trastorno depresivo mayor de moderado a grave, como tratamiento agudo a corto plazo, para la rápida reducción de los síntomas depresivos, los cuales de acuerdo al criterio clínico constituyen una emergencia psiquiátrica.”*

El fármaco está aprobado por las agencias reguladoras americana, europea y británica. Lo que falta en España es el acuerdo para su financiación con el Ministerio que, como vimos, no lo ve oportuno en base a incertidumbres sobre su valor terapéutico y su elevado precio. Pese a esto, la actual legislación permite su empleo solicitándolo como medicación compasiva y nos consta que, al menos en nuestro entorno, ya se ha aplicado en alguna ocasión.

Estudiaremos primero la cuestión del valor terapéutico de la esketamina, así como su perfil de efectos adversos, tiempo habrá luego de hablar del precio. No hemos hecho aquí una revisión sistemática de la bibliografía, pero sí vamos a resumir los estudios que se recogen en la guía (9) aprobada por la FDA, en alguna revisión sistemática (10) disponible en castellano o, con gran detalle, en un documento (11) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). También hemos incluido algún trabajo posterior a las citadas revisiones que creemos de interés. Los estudios son los siguientes:

- El estudio NCT02418585 (12) o TRANSFORM 2 fue un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo (un grupo estaba con esketamina más un antidepresivo y el otro grupo con placebo más un antidepresivo), de 4 semanas de duración, que obtuvo una mejoría de 4 puntos en la escala MADRS de depresión (lo cual fue estadísticamente significativo, pero tratándose de una escala que va de 0 a 60, no nos parece muy impresionante a nivel clínico). Se comparó también la proporción de pacientes que conseguían una disminución de más del 50% en la escala el día 2 y lo mantenían

hasta el 28, pero no hubo aquí diferencia entre los dos grupos. En el grupo con esketamina y antidepresivo hubo un 69,3% de pacientes respondedores por un 52% en el grupo de placebo más antidepresivo (comentaremos que esta diferencia no nos parece espectacular). En cuanto a pacientes en remisión, fueron el 52,5% para el brazo de esketamina por un 31% para el brazo placebo (con una diferencia entre ellos tampoco demasiado impresionante). Se podría además señalar que el doble ciego es difícil de mantener en un fármaco que tiende a producir síntomas disociativos, ante los cuales quedaría roto el enmascaramiento tanto para paciente como para investigador, lo cual puede inducir un efecto placebo aumentado por la expectativa propia de saberse en el grupo experimental. En cuanto a efectos adversos y teniendo en cuenta que el estudio tuvo una duración de solo 4 semanas, no hubo evidencia clara de signos de abstinencia observados tras 1 o 2 semanas después del cese de tratamiento con esketamina ni hubo informes de abuso de sustancias o *craving* durante el seguimiento. No se observaron cambios clínicamente significativos en el ECG durante el estudio, ni síntomas o efectos adversos relacionados con psicosis. Los efectos adversos más frecuentes (más del 15% de pacientes) fueron náuseas, disociación, vértigo y mareos. Además, y por señalarlo todo, varios de los autores trabajan directamente para Janssen, la empresa que fabrica el producto. Lo cual no decimos que reste credibilidad, pero estarán de acuerdo con nosotros que tampoco la suma.

- El estudio NCT02493868 (13) o SUSTAIN 1 fue un ensayo clínico aleatorizado y doble ciego. Se valoró tiempo hasta recaída en pacientes que previamente habían alcanzado remisión o respuesta con esketamina, a los que tras 16 semanas se aleatorizaba a suspensión y paso a placebo (al parecer de forma brusca con lo que podemos suponer que podría haber habido fenómenos de abstinencia por retirada) o mantenimiento. De los pacientes con esketamina recayó el 26,7% y de los pacientes con placebo recayó el 45,3%. De los pacientes que habían alcanzado respuesta estable, recayó el 25,8% en el grupo de esketamina y el 57,6% del grupo placebo. Si además tenemos en cuenta que

parte de las recaídas en el grupo placebo podrían deberse a fenómenos de retirada brusca y no propiamente a recaídas del cuadro depresivo previo, los resultados podrían incluso ser peores. En su evaluación, la SEFH comenta que en uno de los centros participantes el porcentaje de recaídas en el grupo placebo fue del 100% y que, sin este anómalo resultado, el conjunto del estudio no alcanzaría la significación estadística. En cuanto a los efectos adversos, los cinco más frecuentemente reportados entre los pacientes en el brazo de la esketamina fueron disgeusia, vértigo, disociación, somnolencia y mareo, todos ellos de carácter transitorio y la mayoría fueron leves o moderados. Se observó un aumento transitorio en la presión arterial tras la administración de la esketamina, apareciendo un pico en los niveles a los cuarenta minutos de la administración, que generalmente se resolvió a la hora y media. Los síntomas disociativos empezaron al poco tiempo de la administración de la esketamina, observándose el pico a los cuarenta minutos, y resolviéndose a la hora y media generalmente. Por último, en cuanto a la autoría, también varios de los autores son empleados de Janssen y diremos, solo como curiosidad, que la declaración de conflictos de interés es más larga que el *abstract* del artículo.

- El estudio NCT02417064 (14) o TRANSFORM 1 fue un ensayo clínico a corto plazo con esketamina más un antidepresivo versus placebo más un antidepresivo. La variable primaria de eficacia fue el cambio en la puntuación de la MADRS en el día 28 con la dosis de 84 mg. No se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa. Nos parece llamativo que, pese a ello, los autores (varios también empleados de la empresa fabricante) concluyen que este estudio proporciona evidencias que apoyan la eficacia de esketamina como un nuevo antidepresivo de acción rápida para pacientes con depresión resistente al tratamiento. Qué cosas. Efectos secundarios en el grupo de la esketamina con frecuencia superior al 10% fueron: náuseas, disociación, mareos, vértigos, hipoestésias y parestesias.
- El estudio NCT02422186 (15) o TRANSFORM 3 fue un ensayo clínico a corto plazo llevado a cabo en pacientes  $\geq 65$  años con esketamina



más un antidepresivo comparado con placebo más un antidepresivo. No se obtuvo significación estadística para la variable principal del estudio. Se observó en más del 10% de pacientes los efectos adversos de disociación, náuseas y mareos.

- El estudio NCT02497287 (16) o SUSTAIN 2 fue un ensayo abierto a largo plazo (52 semanas) sin brazo de placebo comparador (con lo que, en nuestra opinión, difícilmente se podrá decir nada acerca de la eficacia de la intervención). El objetivo principal fue evaluar la seguridad y tolerabilidad a largo plazo de la esketamina más un antidepresivo oral. Tras el estudio, se observó un perfil de efectos adversos consistente con el resto de los estudios, siendo los más frecuentes (todos ellos por encima del 10% de pacientes): mareos, disociación, náuseas, cefalea y somnolencia. El objetivo secundario fue evaluar a largo plazo la eficacia de este tratamiento. Según la puntuación total de la MADRS, en el punto final el 76,5% consiguió la repuesta y el 58,2% de los pacientes obtuvo la remisión. Sin embargo y como hemos señalado, carecemos de grupo placebo para comparar.
- El estudio NCT01998958 (17) o SYNAPSE 1 fue un estudio en fase 2, doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo. Las conclusiones de los autores fueron que el efecto antidepresivo fue rápido en comenzar y relacionado con la dosis. En cuanto a efectos secundarios, en el grupo de esketamina versus el de placebo se observaron los siguientes hallazgos: mareos (36% vs 3%), disociación (20% vs 3%) e hipoprestesia oral (13% vs 0%).
- El estudio NCT02133001 (18) o SUI2001 fue un ensayo clínico doble ciego y aleatorizado que comparó esketamina versus placebo a 4 semanas en pacientes en inminente riesgo de suicidio (a diferencia de todos los estudios previos, que excluían a pacientes con ideación o antecedentes suicidas recientes). Se observó una mejoría significativamente mayor en la puntuación MADRS en el grupo de esketamina en comparación con el grupo de placebo a las 4 horas y a las 24 horas, pero no en el día 25. También se observó una mejoría significativamente mayor en el grupo de esketamina en la puntuación de pensamientos suicidas de la

MADRS a las 4 horas, pero no a las 24 horas o en el día 25. Las reducciones entre grupos en el juicio global clínico de las puntuaciones de riesgo de suicidio no fueron estadísticamente diferentes en ningún momento. Los eventos adversos más comunes entre los participantes del grupo de esketamina fueron náuseas, mareos, vómitos, disociación, sabor desagradable y dolor de cabeza.

- Analizamos conjuntamente, siguiendo la ficha de la FDA, los estudios NCT03039192 (19) o ASPIRE I y NCT03097133 (20) o ASPIRE II. Se trata de dos ensayos clínicos idénticos, a corto plazo (4 semanas), aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo, en adultos con trastorno depresivo de moderado a grave que tenían pensamientos e intenciones suicidas activas. Todos los pacientes recibieron un tratamiento estándar de atención integral, incluida una hospitalización psiquiátrica inicial y un antidepresivo oral recién iniciado u optimizado. Después de completar el período de tratamiento de 4 semanas, el seguimiento continuó hasta el día 90. La medida de eficacia principal fue el cambio desde el inicio en la puntuación total MADRS a las 24 horas después de la primera dosis (día 2). En ambos estudios, esketamina demostró una superioridad estadística en la medida de eficacia primaria. La medida de eficacia secundaria fue el cambio en la puntuación de la Impresión clínica global de la gravedad del suicidio – Revisada (CGI-SS-r) 24 horas después de la primera dosis (día 2), que se utiliza para evaluar la gravedad actual de los pensamientos y comportamientos suicidas de un paciente. En ambos estudios, esketamina no demostró superioridad en comparación con el placebo.
- El estudio NCT02918318 (21) es un ensayo clínico aleatorizado en pacientes afectados de depresión resistente, en dos grupos, uno con esketamina más antidepresivo y otro con placebo más antidepresivo, en población japonesa adulta. Tanto en los pacientes aleatorizados a esketamina como a placebo, las puntuaciones totales de la MADRS disminuyeron desde el inicio hasta el día 28, lo que indica una mejoría en los síntomas depresivos; sin embargo, la diferencia entre los grupos de esketamina y placebo no fue estadísticamente significativa.

Los eventos adversos del tratamiento más comunes en el grupo de esketamina (incidencias que oscilaron entre 12,3% y 41,0%) fueron aumento de la presión arterial, disociación, mareos, somnolencia, náuseas, hipoestesia, vértigo y dolor de cabeza; la incidencia de cada uno de estos eventos fue más de dos veces mayor que la incidencia correspondiente en el grupo de placebo. La conclusión fue que no se estableció la eficacia de esketamina más antidepresivo oral en pacientes japoneses con depresión resistente al tratamiento.

- En la revista *Psychotherapy and Psychosomatics* se publicó un artículo (22) en 2021 titulado "Preocupaciones de seguridad posteriores a la comercialización con esketamina: un análisis de desproporcionalidad de informes espontáneos enviados al sistema de informes de eventos adversos de la FDA". El trabajo utiliza la base de datos del sistema de notificación de eventos adversos (FAERS) de la FDA (marzo de 2019 a marzo de 2020), y analiza los eventos adversos relacionados con la esketamina para detectar y caracterizar las señales de seguridad relevantes. Como resultado, se observa que la base de datos FAERS contenía 962 casos de efectos adversos relacionados con esketamina, con señales detectadas para varios de ellos, como disociación, sedación, sensación de embriaguez, ideación suicida y suicidio consumado. Las señales de ideación suicida y autolesiva, pero no de intento de suicidio ni de suicidio consumado, permanecieron cuando se comparó esketamina con venlafaxina. Las mujeres, por un lado, y los pacientes que recibieron polifarmacia antidepresiva, medicación concomitante con estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos, benzodiazepinas o medicamentos somáticos, por otro, tenían más probabilidades de sufrir efectos adversos graves que no graves. Las conclusiones fueron que la esketamina puede tener un claro potencial de efectos adversos graves, lo que merece una aclaración urgente mediante estudios prospectivos adicionales.
- En la revista *British Journal of Psychiatry* publicaron Horowitz y Moncrieff en 2021 un trabajo (23) titulado "Esketamina: datos inciertos de seguridad y eficacia en la depresión", que revisa todo el tema. Señalan un punto importan-

te de algunos de los estudios previos, que el periodo de tiempo de 4 semanas implica que los datos son bastante poco informativos, ya que la depresión resistente al tratamiento generalmente se trata durante meses o años. Por otra parte, comentan que la convención de la FDA de solicitar dos estudios a corto plazo para aprobar la eficacia de un fármaco ya ha sido criticada porque permite a las empresas realizar tantos estudios como sean necesarios para generar dos estudios positivos. Sin embargo, incluso ese listón bajo se dejó caer en esta ocasión: en 2014, en conversaciones con Janssen, la FDA aceptó que un estudio de retirada podría usarse como uno de dos estudios positivos, "junto con un estudio de dosis fija a corto plazo con resultados estadísticamente muy persuasivos". Sin embargo, después de más reuniones con Janssen, esto más tarde se cambió a cualquier estudio a corto plazo en marzo de 2018. Muchos otros comentaristas y organismos nacionales de servicios de salud, incluido el NICE, han sacado conclusiones diferentes a las de la FDA y cuestionaron los datos sobre la seguridad y eficacia de la esketamina. En lo referente al suicidio, en el estudio de seguridad SUSTAIN 2, uno de cada siete pacientes desarrolló ideas suicidas "emergentes del tratamiento" y seis intentaron suicidarse en un grupo seleccionado por no ser activamente suicida. Así mismo, un número desproporcionado de suicidios han sido atribuidos a la esketamina en el primer año de su uso en EE.UU. Respecto a los efectos adversos, ponen el acento en que incluso con dosis semanales o quincenales, el 17% de los pacientes en el estudio de seguridad SUSTAIN 2 a largo plazo demostraron síntomas que recuerdan a la "vejiga de ketamina", una complicación conocida y potencialmente grave del uso de ketamina. En cuanto a la retirada del fármaco y posible recaída, se sabe que la ketamina causa tolerancia, dependencia y abstinencia, y las dosis de esketamina empleadas en los estudios fueron similares a las dosis recreativas de ketamina. Se ha informado de que no han aparecido síntomas de abstinencia tras la retirada de esketamina, pero algunos de los efectos adversos descritos podrían en realidad ser fenómenos de abstinencia, tales como parestesias, diarrea o diaforesis. Aunque es difícil ser definitivo sobre la naturaleza de las experiencias que



ocurren después de la interrupción del fármaco, la posibilidad de que los efectos de la abstinencia se hayan confundido con una recaída requiere consideración, ya que los efectos de la abstinencia se superponen con la mayoría de los elementos de la escala de depresión MADRS. El NICE concluyó que "cualquier efecto de abstinencia sería difícil de distinguir de un cambio en los síntomas depresivos". Otro punto importante que tocan los autores es que la ketamina, como algunos otros anestésicos, provoca un "subidón" placentero en algunos usuarios y reduce las puntuaciones de depresión en cuestión de horas, y no está claro cómo se pueden distinguir la euforia inducida por las drogas y los efectos antidepressivos. Se ha argumentado que es la persistencia del efecto lo que lo marca como "antidepressivo" pero, como se describió anteriormente, los ensayos de esketamina no confirman que ocurra un efecto clínicamente relevante. La conclusión de los autores es que la esketamina tiene un efecto clínicamente incierto y existen señales de seguridad preocupantes.

Siguiendo la evaluación de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, los ensayos clínicos sobre esketamina adolecen de ciertos problemas. En primer lugar, el tiempo de observación (habitualmente 4 semanas) es demasiado corto. Si el antidepressivo acompañante se ha iniciado al principio del estudio, no habrá tenido tiempo de alcanzar toda su efectividad. Para la SEFH, son imprescindibles comparaciones a más largo plazo para verificar si realmente existe alguna aportación de esketamina sobre un tratamiento de base optimizado y ver si la posible ventaja que podría producirse en el primer mes se mantiene estable en el tiempo. Otros problemas son que la comparación fue en todos los ensayos y a efectos prácticos con placebo y no frente a comparador activo y, por otra parte, que los tamaños muestrales son pequeños. Se señala también en este informe que (contrariamente a lo que suele publicarse) la rápida respuesta al tratamiento no está firmemente demostrada. En el TRANSFORM 1, únicamente un 10% de los pacientes obtuvieron respuesta rápida; en el TRANSFORM 2 fue del 8% y similar a la del grupo placebo; en el TRANSFORM 3 no se proporcionaron los datos, pero el cambio desde el estado basal parece si-

mililar hasta el día 22. Recalcan también que hay dificultad para mantener el cegamiento al aparecer fenómenos disociativos con la esketamina.

En lo referente a los efectos adversos, en los estudios realizados hasta la comercialización, las reacciones observadas con más frecuencia en pacientes con depresión resistente al tratamiento tratados con esketamina fueron los trastornos psiquiátricos y los relacionados con el sistema nervioso central: mareos (29%), náuseas (27%), disociación (26%), cefalea (20%), somnolencia (18%), vértigo (18%), disgeusia (17%), hipoestesia (11%) y vómitos (10%).

Para la EMA, en su documento "Risk management plan" (24), la esketamina se considera que tiene riesgo potencial de abuso y, debido a la posibilidad de sedación, síntomas disociativos e hipertensión, los pacientes deben ser monitorizados por un profesional sanitario en cada sesión de tratamiento, que deberá realizar una evaluación para determinar cuándo se considera que el paciente está clínicamente estable y puede abandonar el entorno de la monitorización (evidentemente, esto aumenta considerablemente los costes de administrar esta medicación). Los riesgos destacados en el informe son: estado disociativo transitorio y alteraciones de la percepción, distorsión de la conciencia, incremento de la presión arterial y riesgo de abuso. Con el uso a largo plazo se identifican como riesgos potenciales los trastornos cognitivos, el deterioro de la memoria y la cistitis intersticial. Se desconocen los riesgos asociados a su uso durante el embarazo.

Habiendo visto varios estudios sobre eficacia y seguridad de la esketamina, así como comentarios amplios a los mismos, antes de tomar una posición sobre recomendar o no la prescripción de este psicofármaco, es imprescindible tener una idea del coste del mismo, para poder valorar adecuadamente su papel en un entorno sanitario, el cual, como no podría ser de otro modo, tiene recursos limitados y en el que hay que tener presente que cada euro gastado en una intervención ya no puede ser gastado en otra diferente, por lo que es muy importante una adecuada valoración de qué intervenciones son más útiles y cuáles lo son menos.

Un problema muy importante para calcular bien el coste de este tratamiento es que la esketamina no tiene precio en España todavía al no estar aprobada su financiación, por lo que hay que pedir la bajo uso compasivo. Evidentemente, cabe la posibilidad de que al comercializarse aquí sea mucho más barata (aunque también es posible que sea mucho más cara), pero de momento nos quedaremos con el precio en Estados Unidos. Allí, según datos del portal *drugs.com* (25), cuestan 723,25 dólares 2 sprays de 28 mg cada uno, o 1.080,12 dólares 3 sprays de 28 mg cada uno. Por lo tanto, la dosis de 28 mg costaría, de media, 360,8 dólares.

A partir de aquí, calculamos la dosis máxima en ficha técnica. Está claro que habrá pacientes que usen dosis más bajas (igual que habrá pacientes a los que se les prescriban dosis por encima de ficha técnica, como sucede con frecuencia). La dosis máxima en la ficha técnica de la EMA o en la documentación técnica de la FDA sería: de la semana 1 a la 4, dos veces por semana, siendo la primera dosis de 56 mg y las posteriores de 56 u 84 mg; de la semana 5 a la 8, una vez por semana, con dosis de 56 u 84 mg; y a partir de la semana 9 en adelante, una vez por semana o una vez cada dos semanas, con dosis de 56 u 84 mg. Según la ficha técnica, se recomienda mantener en la fase de mantenimiento la dosis que reciba el paciente al final de la fase de inducción. Hemos calculado el tratamiento durante 52 semanas para obtener el coste anual completo por paciente. El resultado de calcular el coste de las dosis máximas de esketamina en un paciente durante un año da una cifra de 60.253,6 dólares, lo cual convertido a euros (al cambio de 17 de febrero de 2022) da 52.975 euros.

Sin embargo, hay que señalar que el informe que hemos citado previamente de la SEFH sitúa el precio por dosis de 28 mg de esketamina en 240 euros, aunque comentan que esta cifra es información facilitada por el laboratorio Janssen-Cilag y que aún no se ha establecido ni publicado el precio financiado en España. Si tomamos estos 240 euros como dato correcto, el coste por paciente y año a dosis máximas se quedaría en unos tampoco demasiado asequibles 40.080 euros anuales. Un dato importante a tener en cuenta es que la esketamina no es un fármaco de administración domiciliaria, sino que debe ser

proporcionado por personal especializado en un entorno sanitario, con el lógico incremento de costes que tal hecho supone, por lo que su precio real sería incluso superior a las cantidades previamente calculadas.

Tras toda esta información sobre estudios con datos de eficacia y seguridad, así como el coste aproximado, ¿qué podemos decir acerca de una evaluación global del fármaco? Veamos primero algunas de las evaluaciones que han sido realizadas por distintas organizaciones.

La CADTH (26) canadiense recomienda la negativa a la financiación basándose principalmente en la falta de beneficio clínico estadísticamente consistente, las limitaciones de los ensayos clínicos, la ausencia de resultados relevantes para los pacientes, las dificultades para la generalización de los resultados a la población normal de uso y la incertidumbre acerca de beneficios y riesgos a largo plazo.

La NICE (27) no recomienda el tratamiento con esketamina, comentando que la evidencia de los ensayos clínicos sugiere que es más efectiva que el placebo, pero no está claro cuánto lo es debido a la forma en que se llevaron a cabo dichos ensayos. El comité concluye que las estimaciones de costo-efectividad de la esketamina son mucho más altas de lo que NICE normalmente considera un uso costo-efectivo de los recursos del NHS (sistema nacional de salud británico).

El ICER (28) considera que la evidencia es adecuada para demostrar los beneficios clínicos de la esketamina frente al placebo, pero manifiesta preocupaciones sobre los criterios utilizados para definir la depresión resistente al tratamiento y la falta de datos a más largo plazo sobre la seguridad y la eficacia de la esketamina. Afirma que el precio de esketamina requeriría un descuento del 25-52% para alcanzar un precio de referencia basado en el valor justo, y el posible impacto presupuestario a corto plazo asociado con el tratamiento de la población de pacientes elegibles les lleva a emitir una alerta de acceso y asequibilidad. Recomiendan que los fabricantes y los investigadores realicen estudios que comparen directamente la esketamina y otras opciones de tratamiento utilizando protocolos de investigación estandarizados y resultados que reflejen lo



que más les importa a los pacientes; esto permitiría una evaluación a largo plazo en el mundo real de la eficacia comparativa.

Por su parte, la SEFH (29), en cuya documentada evaluación (11) nos hemos apoyado, incluye la esketamina en la guía farmacoterapéutica con recomendaciones específicas. Comenta que es difícil con los datos disponibles actualmente fijar el posicionamiento de esketamina en el tratamiento de la depresión resistente. Aunque ha mostrado eficacia asociada a antidepresivos frente a placebo más antidepresivos en pacientes menores de 65 años, se carece de datos para estimar si existirá beneficio clínico posicionándola tras la falta de respuesta a antidepresivos y a antidepresivos “potenciados”, por ejemplo, con antipsicóticos (olanzapina o quetiapina). La necesidad de administración en un entorno controlado, su desfavorable razón coste-eficacia incremental y elevado coste por AVAC (año de vida ajustado por calidad), y las incertidumbres acerca de su eficacia hacen difícil delimitar su posicionamiento. Afirma la SEFH que, dado que la progresión del tratamiento de la depresión resistente suele finalizar en la terapia electroconvulsiva (TEC) y que este tratamiento arrastra cierta carga negativa desde el punto de vista social, cabría plantearse en todo caso posicionar la esketamina nasal como paso previo a la TEC o cuando se precisa de un rápido inicio de acción en ausencia de riesgo de suicidio.

Como vimos al principio, la decisión del Ministerio de Sanidad ha sido no financiar por el momento la esketamina. En nuestra opinión, esta decisión es plenamente acertada, teniendo en cuenta todos los factores. Como profesionales sanitarios, somos hasta cierto punto gestores de los medios que la sanidad pública pone en nuestras manos (y financiamos entre todos) para aliviar a las personas que atendemos de sus padecimientos. La información disponible sugiere que la esketamina puede tener un efecto positivo en depresiones resistentes por encima del placebo, pero, como se ha señalado ampliamente, persisten muchas dudas por problemas de los estudios (periodos de tiempo cortos, ausencia de comparadores, dificultades de enmascaramiento, etc.). Además, el tamaño del efecto parece mucho menos espectacular de lo que la publicidad del laboratorio quiere hacer ver: estamos hablando, en

los estudios más favorables al fármaco, de unos 4 puntos en la escala MADRS, que varía entre 0 y 60. Se ha demostrado (en algunos ensayos clínicos, en otros no) la significación estadística, pero no queda claro a cuánto de significación clínica correspondería. Teniendo en cuenta los datos de algunos ensayos (concretamente el TRANSFORM 2), tenemos un NNT (número que es necesario tratar) de 6. Hay que administrar esketamina a 6 pacientes para que uno se beneficie. No decimos que esté mal, pero tampoco son cifras que parezcan justificar tanta fanfarria y alboroto como hay, y nos tememos que aún estamos muy lejos de la cura milagrosa de la depresión resistente que quieren vendernos.

De todas maneras, habrá quien piense, ¿y en casos de depresión resistente, tan graves, ¿cómo no probar cualquier opción, sobre todo si tiene ciertos datos esperanzadores? Pues hay un motivo individual y otro social. El individual sería el riesgo de efectos adversos que no nos parece que esté totalmente aclarado. Más allá de efectos bien contrastados pero transitorios como disociación, náuseas o mareos, que a su vez exigen una monitorización estrecha por personal sanitario tras cada administración, hay otros más graves como la cistitis o el potencial de abuso y dependencia (no olvidemos que la ketamina, precursora de la esketamina, presenta estos riesgos). Muchos de los ensayos clínicos disponibles son seguimientos a corto plazo y puede que estos riesgos no hayan sido observados en toda su magnitud. No obstante, serían riesgos individuales que un paciente puede asumir para intentar mejorar de un cuadro clínico tan serio como una depresión resistente. El problema social nos preocupa casi más: ¿cuánto nos costaría como sociedad, una vez financiado el fármaco con dinero público? Y, sobre todo, ¿cuál sería el coste de oportunidad, es decir, todo el dinero que usaríamos en pagar la esketamina?, ¿en qué tendríamos que dejar de gastarlo para disponer de él?

El coste de oportunidad se define como el coste de la alternativa a la que renunciamos cuando tomamos una determinada decisión, incluyendo los beneficios que podríamos haber obtenido de haber escogido la opción alternativa. Es decir, teniendo en cuenta los cálculos realizados antes, el tratamiento con esketamina a dosis máximas

para un paciente en un año supondría, según el precio en EEUU, más de 50.000 euros o, según el precio calculado por la SEFH, unos 40.000 euros. Supongamos que hay pacientes que no usan la dosis máxima (aunque en psiquiatría cada vez es más habitual que los fármacos –sobre todo los más novedosos– se usen muy cerca de sus dosis máximas o incluso más allá de ellas con frecuencia), el coste a la dosis más baja según la SEFH sería de casi 10.000 euros al año. A este coste directo habría que sumar el correspondiente al personal y medios necesarios para administrar la esketamina, que requiere un entorno sanitario y una vigilancia posterior por personal especializado de unas dos horas aproximadamente. Todo eso tenemos que pagarlo también. Hagamos una media de dosis y precios y encontraremos que entre dosis mínimas (10.000 euros anuales) y máximas (40.000 euros anuales tirando por lo bajo), cada paciente nos cuesta anualmente unos 25.000 euros (10.000 + 40.000 / 2).

Para poner estas cifras un poco en perspectiva, el sueldo bruto (la base más todos los complementos menos guardias, todo ello antes de impuestos) de un facultativo especialista en el Servicio Canario de Salud (30) asciende aproximadamente a unos 50.000 euros anuales. Recurriendo a este ejemplo del coste de un facultativo especialista en psiquiatría o psicología (una enfermera especialista tiene incluso un coste menor), podemos comprobar que por cada dos pacientes en tratamiento con esketamina gastaríamos dinero suficiente para contratar un facultativo durante todo ese año. Sería muy interesante saber cuál es el margen de beneficios de Janssen en toda esta operación, pero ese dato no está disponible y nos quedaremos con las ganas de conocerlo.

El problema de este coste es claro. Imaginen una unidad de esketamina (como ya se está planteando en algunos sitios). Evidentemente, no se monta una unidad clínica así para dar tratamiento a dos pacientes al año. Ignoramos cuál sería el número de personas tratadas al año: ¿100?, ¿50? Hagamos una estimación conservadora e imaginemos unos 20 paciente al año. Si a dosis medias, el tratamiento de cada uno cuesta unos 25.000 euros, habríamos empleado en estas 20 personas unos 500.000 euros. Si el presupuesto del servicio público de salud del que se trate no aumenta en dicho año, habría que ahorrar de

otros sitios ese medio millón, por ejemplo, prescindiendo de diez facultativos. Por suerte, no creo que ningún directivo o gestor se plantee semejante reducción (y menos con la escasez crónica de personal que arrastramos en el sistema nacional de salud), lo que significa que aumentaría el presupuesto sanitario, lo cual no es mala noticia (siempre que eso saliera de, por ejemplo, impuestos a grandes fortunas o grandes empresas y no de recortar en educación, también por poner otro ejemplo). Ahora, nos preguntamos nosotros, si se consigue ese aumento del presupuesto sanitario, esos 500.000 euros en nuestro cálculo de antes. ¿Qué sería más útil para las personas que atendemos? ¿Esketamina para 20 personas? Recuerden que, según las cifras de los ensayos clínicos, el NNT para respuesta es de 6, es decir, tratando a 20 alcanzarán respuesta 3 ó 4 personas. ¿No sería tal vez más útil contratar a 10 profesionales o más si se trata de enfermeras? ¿Se imaginan la contratación de 10 profesionales cada año? (eso en lugar de pagar la esketamina a 20 pacientes; si fueran 40, serían 20 profesionales y así sucesivamente...). ¿Se imaginan lo que eso influiría en la calidad de la atención en las consultas de salud mental, que serían mucho más frecuentes, con posibilidad de atención domiciliaria, con posibilidad de hospitalización a domicilio...? ¿Se imaginan los recursos humanos o materiales para rehabilitación y recuperación, para seguimientos estrechos, para investigación y docencia? Qué quieren que les digamos. No se trata de que la esketamina sea cara o barata, sino de que –aparte de las dudas comentadas sobre eficacia y seguridad– a ese coste o a un coste similar, sería tanto y tan bueno lo que dejaríamos de poder hacer para pagarla que no creemos que mereciera la pena de ninguna manera.

Pero preparémonos para una intensa campaña de Janssen en busca de la financiación para su fármaco. No solo los medios habituales de influencia en los profesionales prescriptores a través de los viajes formativos a congresos por toda la geografía nacional y parte del extranjero (fue verdaderamente llamativo cómo volvieron estas actividades entre ola y ola del Covid), así como cursos pagados, libros caros y comidas o cenas sin duda científicas del aperitivo a los postes. Además del habitual intento (quién sabe si exitoso o no) de soborno a los profesionales, ya estamos asistiendo a una intensa campaña



mediática en prensa generalista en la que, de momento, el periódico *La Razón* está siendo una muestra clara (31). Nos traen un titular realmente desgarrador: "Sanidad deja sin spray a los enfermos con depresión. El Ministerio alega razones de coste-efectividad para no financiar un medicamento eficaz. ¿Cuánto cuesta una vida?" Este es el nivel: ni un dato sobre las dudas en eficacia o seguridad, ni una referencia al coste de oportunidad que mencionábamos antes, se hace una comparación rápida sobre los fármacos contra la hepatitis (que han demostrado mucha mayor eficacia y que además no son tratamientos crónicos), se simplifica el preocupante y complejo tema de los suicidios, y listos. La campaña va a aparecer –ya lo está haciendo– tanto en medios profesionales como generales y, como es costumbre, con pocos datos y mucha manipulación. No obstante, como profesionales sanitarios debemos valorar el fármaco objetivamente, con arreglo a los datos de eficacia y seguridad, y evaluar su coste en relación con lo que dejaríamos de gastar en otras cosas, que igual son más necesarias o más útiles. Y, a ser posible, manteniéndonos alejados de la propaganda comercial de los anunciantes de Janssen, por mucho que nos la quieran presentar como si fuera información científica. Como profesionales sanitarios y en la era de la información, tenemos que ser capaces (nosotros lo estamos intentando en el presente trabajo) de reunir los datos por nosotros mismos y mantenernos independientes de informaciones sesgadas.

Hay una cuestión que no querríamos dejar de comentar antes de acabar. Como señalaban en su artículo Horowitz y Moncrieff: "La ketamina, como algunos otros anestésicos, provoca un "subidón" placentero en algunos usuarios y reduce las puntuaciones de depresión en cuestión de horas, y no está claro cómo se pueden distinguir la euforia inducida por las drogas y los efectos antidepresivos". Es decir, estamos administrando una sustancia psicoactiva que provoca euforia en pacientes con depresión. Sabiendo

que la diferencia entre drogas ilegales y fármacos legales no tiene sentido a nivel de efectos en el sistema nervioso central, estamos en un camino que, de la misma manera, podría justificar el empleo de alcohol para tratar la timidez (algo que ocurre de forma habitual, pero no bajo recomendación médica, claro) o el uso de cannabis para el insomnio... Nos preguntamos si la mejora en esos puntos en depresión justifica el riesgo de adicción a la sustancia y cuál sería la diferencia con las personas que se vuelven adictas a sustancias psicoactivas ilegales buscando también de inicio determinados efectos euforizantes o relajantes. No se trata de rechazar un fármaco porque pueda considerarse sustancia de abuso (eso mismo ocurre, sin ir más lejos, con las benzodiacepinas) pero tampoco mirar para otro lado ante el hecho de que la ketamina (y su derivado la esketamina) es una sustancia adictiva que actúa provocando determinados efectos en el sistema nervioso central y con la que hay que tener cuidado. Ya está en camino el alucinógeno psilocibina en busca de convertirse en otro nuevo antidepresivo.

En fin, que está claro que la polémica está servida y creemos haber dejado bastantes datos con los que abordarla, se esté o no de acuerdo con nuestras conclusiones particulares. Lo que sí querríamos es que este debate, y cuál deba ser la posición de los profesionales de la psiquiatría ante este fármaco y su prescripción, dependiera de la revisión de los datos científicos, de la obtención de más información si no hay suficiente, de la valoración de todos los aspectos importantes, que no son pocos. Pero deberíamos dejar fuera las presiones e influencia del laboratorio, ya sea a través de la visita médica, los sobornos más o menos disfrazados de ayudas a la formación, las campañas en prensa, etc., etc. No tenemos muchas esperanzas en este sentido, pero nos gustaría imaginarnos una psiquiatría que, tanto en este tema como en otros, no estuviese bajo los dictados de la industria farmacéutica.

#### Contacto

Jose García-Valdecasas Campelo ✉ jose\_valdecasas@hotmail.com

## Bibliografía

1. Wikipedia. "Ketamina". Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Ketamina> Consultado el 21-II-22.
2. Secretaría de Estado de Sanidad. Ministerio de Sanidad. "Acuerdos de la reunión de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos. Sesión 219 de 16 de diciembre de 2021". Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/ACUERDOS\\_DE\\_LA\\_CIPM\\_219\\_web.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/ACUERDOS_DE_LA_CIPM_219_web.pdf) Consultado el 22-II-22.
3. Sociedad Española de Psiquiatría Legal. "Surge el debate sobre la esketamina". Disponible en: <https://www.psiquiatrialegal.org/surge-el-debate-sobre-la-esketamina> Consultado el 21-II-22.
4. De Andrés, Marta. "Sin alternativas para tratar la depresión mayor resistente al tratamiento". *La Razón*, 14-II-22.
5. Quesada Torres, Elena. "El suicidio, la "pandemia silenciosa" que se cobra más vidas de jóvenes que el Covid-19". *El Mundo*, 7-I-22.
6. De Andrés, Marta. "Sanidad tumba el primer espray contra la depresión severa". *La Razón*, 14-II-22.
7. Lane, Christopher. *La timidez*. Editorial Zimerman, 2011.
8. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. "Ficha técnica Spravato 28 mg solución para pulverización nasal". Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1191410001/FT\\_1191410001.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1191410001/FT_1191410001.html) Consultado el 21-II-22.
9. Guía del medicamento aprobada por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos. "Spravato (esketamina) aerosol nasal". Disponible en: <https://www.janssenlabels.com/package-insert/product-monograph/prescribing-information/SPRAVATO-pi-es.pdf> Consultado el 21-II-22.
10. González-Pinto, Ana. "Esketamina intranasal: un nuevo abordaje para el tratamiento de la depresión resistente al tratamiento". *Psiquiatría Biológica*, 2020; 27(1): 9-15.
11. Espejo Gutiérrez de Tena E, López-Briz E. "Esketamina en trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento. Septiembre, 2020. Informe compartido del grupo Génesis-SEFH". Disponible en: [https://gruposdetrabajo.sefh.es/genesis/genesis/Documents/GENESIS\\_SEFH/ESKETAMINA\\_TDM\\_def\\_GENESIS\\_SEFH\\_01\\_04\\_2021.docx](https://gruposdetrabajo.sefh.es/genesis/genesis/Documents/GENESIS_SEFH/ESKETAMINA_TDM_def_GENESIS_SEFH_01_04_2021.docx) Consultado el 21-II-22.
12. Popova V, Daly EJ, Trivedi M, Cooper K, Lane R, Lim P, et al. "Efficacy and Safety of Flexibly Dosed Esketamine Nasal Spray Combined With a Newly Initiated Oral Antidepressant in Treatment-Resistant Depression: A Randomized Double-Blind Active-Controlled Study". *Am J Psychiatry*. 2019 Jun 1; 176(6): 428-438.
13. Daly EJ, Trivedi MH, Janik A, Li H, Zhang Y, Li X, et al. "Efficacy of Esketamine Nasal Spray Plus Oral Antidepressant Treatment for Relapse Prevention in Patients With Treatment-Resistant Depression: A Randomized Clinical Trial". *JAMA Psychiatry*. 2019 Sep 1; 76(9): 893-903.
14. Fedgchin M, Trivedi M, Daly EJ, Melkote R, Lane R, Lim P, et al. "Efficacy and Safety of Fixed-Dose Esketamine Nasal Spray Combined With a New Oral Antidepressant in Treatment-Resistant Depression: Results of a Randomized, Double-Blind, Active-Controlled Study (TRANSFORM-1)". *Int J Neuropsychopharmacol*. 2019 Oct 1; 22(10): 616-630.
15. Ochs-Ross R, Daly EJ, Zhang Y, Lane R, Lim P, Morrison RL, et al. "Efficacy and Safety of Esketamine Nasal Spray Plus an Oral Antidepressant in Elderly Patients With Treatment-Resistant Depression-TRANSFORM-3". *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020 Feb; 28(2): 121-141.
16. Wajs E, Aluisio L, Holder R, Daly EJ, Lane R, Lim P, et al. "Esketamine Nasal Spray Plus Oral Antidepressant in Patients With Treatment-Resistant Depression: Assessment of Long-Term Safety in a Phase 3, Open-Label Study (SUSTAIN-2)". *J Clin Psychiatry*. 2020 Apr 28; 81(3): 19m12891.
17. Daly EJ, Singh JB, Fedgchin M, Cooper K, Lim P, Shelton RC, et al. "Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine Adjunctive to Oral Antidepressant Therapy in Treatment-Resistant Depression: A Randomized Clinical Trial". *JAMA Psychiatry*. 2018 Feb 1; 75(2): 139-148.
18. Canuso CM, Singh JB, Fedgchin M, Alphs L, Lane R, Lim P, et al. "Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine for the Rapid Reduction of Symptoms of Depression and Suicidality in Patients at Imminent Risk for Suicide: Results of a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study". *Am J Psychiatry*. 2018 Jul 1; 175(7): 620-630.
19. Fu DJ, Ionescu DF, Li X, Lane R, Lim P, Sanacora G, et al. "Esketamine Nasal Spray for Rapid Reduction of Major Depressive Disorder Symptoms in Patients Who Have Active Suicidal Ideation With Intent: Double-Blind, Randomized Study (ASPIRE I)". *J Clin Psychiatry*. 2020 May 12; 81(3): 19m13191.
20. Ionescu DF, Fu DJ, Qiu X, Lane R, Lim P, Kasper S, et al. "Esketamine Nasal Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients With Major Depressive Disorder Who Have Active Suicide Ideation With Intent: Results of a Phase 3, Double-Blind,



- Randomized Study (ASPIRE II)”. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2021 Jan 20; 24(1): 22-31.
21. Takahashi N, Yamada A, Shiraishi A, Shimizu H, Goto R and Tominaga Y. “Efficacy and safety of fixed doses of intranasal Esketamine as an add-on therapy to Oral antidepressants in Japanese patients with treatment-resistant depression: a phase 2b randomized clinical study”. *BMC Psychiatry* 2021; 21, 526.
  22. Gastaldon C, Raschi E, Kane JM, Barbui C and Schortland G. “Post-Marketing Safety Concerns with Esketamine: A Disproportionality Analysis of Spontaneous Reports Submitted to the FDA Adverse Event Reporting System”. *Psychother Psychosom.* 2021; 90(1): 41-48.
  23. Horowitz M and Moncrieff J. “Esketamine: Uncertain safety and efficacy data in depression”. *The British Journal of Psychiatry.* 2021; 219(5): 621-622.
  24. European Medicines Agency. “Summary of Risk Management Plan for SPRAVATO (esketamine nasal spray)”. Disponible en: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/spravato-epar-risk-management-plan-summary\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/spravato-epar-risk-management-plan-summary_en.pdf) Consultado el 21-II-22.
  25. Drugs.com. “Spravato prices”. Disponible en: <https://www.drugs.com/price-guide/spravato> Consultado el 22-II-22.
  26. Canadian Journal of Health Technologies. “Reimbursement Reviews: esketamine hydrochloride”. Disponible en: <https://www.cadth.ca/esketamine-hydrochloride> Consultado el 21-II-22.
  27. National Institute for Health and Care Excellence. “Nasal spray medicine for treatment-resistant depression not recommended by NICE”. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/news/article/nasal-spray-medicine-for-treatment-resistant-depression-not-recommended-by-nice-2> Consultado el 21-II-22.
  28. Institute for Clinical and Economic Review. “Esketamine for the Treatment of Treatment-Resistant Depression: Effectiveness and Value. Final Evidence Report”. Disponible en: [https://icer.org/wp-content/uploads/2020/10/ICER\\_TRD\\_Final\\_Evidence\\_Report\\_062019.pdf](https://icer.org/wp-content/uploads/2020/10/ICER_TRD_Final_Evidence_Report_062019.pdf) Consultado el 21-II-22.
  29. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Disponible en: <https://www.sefh.es/> Consultado el 21-II-22.
  30. Retribuciones del personal estatutario del Servicio Canario de Salud. Disponible en: [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/6d5a6473-9362-11ea-979a-3b49391d2a8b/Retribuciones\\_Estatutarios.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/6d5a6473-9362-11ea-979a-3b49391d2a8b/Retribuciones_Estatutarios.pdf) Consultado el 21-II-22.
  31. Alonso, Sergio. “Sanidad deja sin spray a los enfermos con depresión”. *La Razón*, 20-II-22.

• Recibido: 18/03/2022.

• Aceptado: 01/06/2022.

# Factores psicológicos y cáncer de mama. Estudios empíricos y perspectiva de género.

## *Psychological factors and breast cancer. Empirical studies and gender perspective.*

**María Fernández Rodríguez.**

Psicóloga Clínica y Doctora en Psicología.

**Marta Menéndez Granda.**

Psicóloga. Máster Psicología General Sanitaria.

**Luis Jesús Díaz Gutiérrez.**

Psicólogo Interno Residente. Centro de Salud Mental I “La Magdalena”.

**Resumen:** Introducción. La alta incidencia del cáncer de mama en las mujeres convierte a esta enfermedad en un grave problema de salud pública a nivel mundial. Entre los factores de riesgo estudiados se encuentran el estrés psicológico y la personalidad.

**Objetivo:** El objetivo del presente artículo es visualizar la evidencia empírica que asocia el estrés psicológico y la personalidad con el riesgo de desarrollar cáncer de mama en mujeres.

**Método:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de los artículos que estudian el papel del estrés y la personalidad en el desarrollo del cáncer de mama en los últimos 11 años.

**Resultados y conclusiones:** Estamos en una sociedad binaria, donde las estrategias de afrontamiento están condicionadas por los estereotipos de género. Esta construcción social del género incrementa la vulnerabilidad de las mujeres en determinadas cuestiones de salud, por lo que se pone de manifiesto la necesidad de introducir la perspectiva de género en la investigación. Actualmente no hay consenso sobre la asociación entre estrés psicológico/ personalidad y el riesgo de padecer cáncer de mama. Para desarrollar estrategias preventivas es necesario incrementar la investigación científica de los factores de riesgo psicológicos.

**Palabras clave:** estrés psicológico, personalidad, cáncer de mama, perspectiva de género

**Abstract:** Introduction. The high incidence of breast cancer in women makes this disease a serious worldwide public health problem. Psychological stress and personality are some of the risk factors studied in breast cancer.

**Objective:** The aim of this article is to examine the psychological stress and personality traits with breast cancer risk and its empirical evidence.



**Method:** A review was carried out, including literature studies of latest 11 years investigating the relation between stress and personality with breast cancer.

**Results:** We live in a binary society, where coping strategies are conditioned by gender stereotypes. This social construction of gender increases the vulnerability of women in certain health issues, which highlights the importance to introduce the gender perspective in research. Currently, there is no agreement on the association between psychological stress/personality and the risk of suffering breast cancer. To develop preventive strategies, it is necessary to increase the scientific research of psychological risk factors.

**Keywords:** psychological stress, personality, breast cancer, gender perspective.

## Introducción

A lo largo de los años ha habido un incremento del estudio del cáncer desde el punto de vista psicosocial. Se ha empezado a reconocer que las variables psicológicas, resultado de la historia de vida de cada persona, junto con el contexto social en el que ésta interacciona tienen influencia en el proceso de enfermar y en la prevención de trastornos y enfermedades (1), interactuando con los factores biológicos y sociales (2,3). Autores como Arbizu (4) o Camps et al. (5) señalan que la relación entre factores psicológicos y cáncer no se plantea como causal, sino como facilitadora de la aparición de la enfermedad, su curso, desarrollo y pronóstico.

Fundamentalmente hay dos mecanismos potenciales propuestos para explicar cómo los factores psicológicos pueden incrementar el riesgo de cáncer. El primero es alterando el sistema inmune y endocrino, y el segundo de forma indirecta mediante comportamientos o cambios en el estilo de vida poco saludables (realizar poco ejercicio físico, dieta poco saludable, el consumo de tabaco, consumo de alcohol, abuso de sustancias o/y una pobre adherencia a los tratamientos médicos) (6,7).

El cáncer de mama (Ca mama) ha llegado a ser el tipo de cáncer más frecuente en mujeres y es la segunda causa de muerte por Ca en mujeres en EEUU (8). Se estima que 232670 mujeres fueron diagnosticadas de Ca y 40000 han muerto en 2014 (9). En España en el 2015 presenta una incidencia de 27747 mujeres. Además, investigaciones han mostrado que un 85% de mujeres han sido diagnosticadas de Ca mama esporádicamente sin antecedentes familiares (10).

Concretamente en Asturias el análisis de mortalidad para el año 2001, señalaba al Ca mama como la primera causa de muerte tumoral en las mujeres, con una tasa de mortalidad ajustada de 21,3% (11). En el año 2010 en Asturias, el Ca mama continúa siendo la primera causa de muerte tumoral en las mujeres entre 40 y 59 años, sin embargo, la mortalidad ajustada desciende al 18,3% (12). Esto supone una amenaza para la salud de las mujeres.

Hay muchos factores de riesgo para el Ca mama. Los factores más reconocidos suelen ser hormonales, genéticos, edad, dieta y etnia (13). Los factores psicológicos (14), el consumo de tabaco (15) y el ejercicio físico (16) como factores psicosociales no comienzan a ser reconocidos hasta los años 80.

Respecto a los factores psicológicos, todavía no se conoce con exactitud su influencia en el Ca mama. En los últimos 30 años hay estudios de cohorte y revisiones sistemáticas que han examinado varios factores psicológicos, incluyendo eventos vitales (17), rasgos de personalidad (6,18), estrés percibido (19), depresión (20) y estrategias de afrontamiento (21). La mayoría de estos estudios se han centrado principalmente en el papel del estrés y la personalidad como factores de riesgo (3).

## Método

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de los artículos que estudian el papel del estrés y la personalidad en la aparición del Ca mama en los últimos 11 años con diferentes combinaciones de

las palabras clave (estrés psicológico, eventos de vida, personalidad, riesgo cáncer de mama) en las bases de datos Pubmed y Redalyc. Únicamente se han seleccionado aquellos estudios que analizan el tema antes de que se produzca el diagnóstico de Ca mama, excluyendo por tanto aquellos que se centran en el estrés y la personalidad una vez que el Ca se ha detectado.

### Estrés psicológico y Cáncer de mama

*“El estrés se ha definido teóricamente como la respuesta de nuestro cuerpo a la presencia de demandas externas o, más subjetivamente, como la respuesta basada en la valoración que realiza una persona de las demandas del entorno en función de sus estrategias de afrontamiento” (22).*

Los estudios se han centrado principalmente en el estrés psicológico y el riesgo de desarrollar Ca mama después de eventos de vida negativos como la pérdida de un ser querido o un divorcio (23, 24, 17, 25). También hay investigaciones que han estudiado el estrés percibido, que nos permitiría conocer mejor las estrategias de afrontamiento de la persona en situaciones estresantes (26, 7, 27).

Mediante autoinforme se realizó una investigación en Ámsterdam en 2012 con una muestra de 858 mujeres diagnosticadas de Ca mama y 1085 controles. Hallaron que aquellas mujeres que habían tenido de 4 a 6 eventos vitales negativos causantes de estrés tenían 5,33 veces más riesgo de desarrollar Ca mama que aquellas que habían tenido menos eventos estresantes. Los estresores más asociados con el riesgo de Ca mama fueron la muerte de un familiar cercano, una enfermedad personal, problemas con la ley o prisión, y la jubilación. Estos resultados sugieren que el estrés acumulativo asociado a eventos negativos jugaría un papel importante en la etiología del Ca mama (24).

En un reciente estudio con 664 mujeres diagnosticadas de Ca mama y 203 controles, se registraron 14 eventos de vida negativos entre los que se encontraban un aborto y el padecimiento de una enfermedad previa. Hallaron una asociación significativa entre eventos de vida negativos y riesgo de desarrollar Ca mama. Además, el padecimiento de una enfermedad previa ha sido el

evento que más ha aumentado el riesgo de desarrollar Ca mama (23).

Por último, encontramos otro estudio, publicado en 2018, con una muestra de 250 mujeres diagnosticadas de Ca mama y 250 controles. Se evaluaron eventos de vida, estrategias de afrontamiento y estilo de vida, hallándose que el apoyo social inadecuado, la pérdida de un padre en la infancia y estresores importantes durante los últimos 5 años incrementan el riesgo de desarrollar Ca mama (25).

Con respecto al estrés percibido, en el Centro Médico de Taiwán desde el 2009 hasta 2011 se llevó a cabo un estudio con 157 mujeres con Ca mama y 314 controles. Obtuvieron que el estrés percibido, realizar poco ejercicio y hábitos alimentarios no saludables estaba asociado con Ca mama. El estrés presentaba una asociación aún más fuerte con el riesgo de Ca mama cuando se daba junto a consumo de alcohol, tabaco, poco ejercicio o consumo de comida no saludable. Concluyeron que el estrés percibido junto con un estilo de vida inadecuado estaba asociado con la aparición de Ca de mama (27). Hay otras investigaciones recientes de caso/control (28) y metaanálisis (29) que avalan la importancia del estrés en la aparición del Ca mama.

Se han llevado a cabo algunas investigaciones que han tenido en cuenta la autopercepción que las pacientes tienen sobre los factores implicados en su enfermedad. El estudio realizado en Australia señala que aproximadamente un 50% de las mujeres diagnosticadas de Ca mama atribuían su enfermedad a factores emocionales, especialmente el estrés, seguido de factores relacionados con el estilo de vida, y en tercer lugar los factores psicológicos (30). Otros 22 estudios publicados entre 1982 y 2012 muestran que las supervivientes de un Ca mama identificaban al estrés como una de las causas de su enfermedad, y al menos en 5 estudios como la causa principal (31).

Algunas de las investigaciones que asocian el estrés psicológico con la aparición del Ca mama han sido ampliamente cuestionadas pocos años después de su publicación. El metaanálisis realizado en 2008 con 165 artículos encontró que el estrés estaba asociado con mayor incidencia de



Ca en población inicialmente sana. Además, hallaron que los rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento inadecuados o una pobre calidad de vida estaban relacionadas con mayor riesgo de padecer Ca mama (19). En 2010 este estudio ha sido censurado debido a las deficiencias encontradas en la literatura revisada y al método utilizado en el metaanálisis (32). En la misma línea, la investigación realizada por Women's Health Initiative con una muestra de 84334 mujeres a seguimiento durante 7 años encontró que eventos de vida estresantes pueden estar relacionados con riesgo de padecer Ca mama (17). En 2011 sus resultados fueron criticados al poner de manifiesto que no confirmaban al estrés como un factor de riesgo del Ca mama. También plantean que la revisión bibliográfica empleaba datos desacreditados (33).

Frente a estas investigaciones, otros estudios no encuentran esta asociación entre estrés psicológico o percibido y Ca mama. La Sociedad Americana contra el Cáncer (American Cancer Society) y el Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute) plantean la escasa evidencia empírica de que el estrés pueda causar Ca (34).

Un estudio prospectivo realizado en Escocia en 2007 con 1006 mujeres a seguimiento durante 30 años encontró cierta asociación entre eventos de vida estresantes y riesgo de padecer Ca mama. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela debido a la ausencia de un mecanismo que asocie el estrés con el cáncer de mama (26).

En Cambridge se realizó una investigación (35) con 11467 mujeres sin historia previa de Ca mama. El objetivo era investigar la asociación entre una historia de vida de estrés y riesgo de desarrollar Ca mama. Se tuvieron en cuenta circunstancias difíciles en su infancia, eventos de vida negativos y dificultades en su adultez y en consecuencia su impacto emocional, el estrés asociado y el estrés percibido en un periodo de 10 años. No encontraron evidencias de que la exposición al estrés o las diferencias individuales al experimentar estas situaciones estuvieran relacionadas con mayor riesgo de desarrollar Ca mama.

El estudio prospectivo llevado a cabo en el Reino Unido en 2016 encontró que el riesgo de desarrollar Ca mama en aquellas mujeres que dicen tener estrés continuo o frecuente es comparable al riesgo de padecer Ca mama en aquellas que no padecen estrés nunca u ocasionalmente. Por tanto, tampoco se encontró asociación entre eventos de vida negativos y el riesgo de Ca mama (7).

En Japón se realizó un estudio de cohorte con una muestra de 29098 mujeres. En el seguimiento de 21 años, 209 fueron diagnosticadas de Ca mama. Tras realizar una regresión, no se encontraron evidencias de asociación entre nivel de estrés percibido y riesgo de desarrollar Ca mama (3).

La asociación entre estrés psicológico y aparición del Ca de mama es un tema controvertido que se pone de manifiesto en una serie de investigaciones que no se posicionan de forma absoluta en ninguno de los polos opuestos.

Tabla 1. Estudios que muestran la controversia relación estrés-Ca mama

Autores y año de publicación	Diseño de estudio	Tipo estrés	Resultados
Santos <sup>(36)</sup> 2009	Metaanálisis	Eventos de vida estresantes	No se encuentra asociación entre eventos de vida negativos y riesgo de Ca mama. Sin embargo, no es posible descartar el estrés como un factor de riesgo de este.
Schraub <sup>(37)</sup> 2009	Revisión sistemática	Eventos de vida Personalidad Depresión	No se puede concluir que los eventos de vida, las características de personalidad o la depresión jueguen un papel importante en el desarrollo del Ca mama.
López <sup>(38)</sup> 2010	Revisión sistemática	Eventos estresantes Personalidad	No hay suficiente evidencia empírica para afirmar sin ninguna duda que los factores psicológicos puedan contribuir al desarrollo del Ca mama.
Eskelinen <sup>(39)</sup> 2010	115 mujeres diagnosticadas Ca mama	Evento de vida estresante: pérdida de un progenitor o carencias en adolescencia	Asociación débil entre los eventos de vida estudiados y riesgo de desarrollar Ca mama.
Fallah <sup>(40)</sup> 2016	Caso/control 516/335	Eventos de vida estresantes	De forma general, no se encontró asociación significativa entre eventos de vida estresantes y riesgo de Ca mama. Sólo los problemas interpersonales graves con la pareja mostraron asociación significativa con riesgo de Ca mama.
Arnaboldi <sup>(41)</sup> 2017	Revisión sistemática	Estrés	Aunque se ha encontrado correlación significativa entre eventos de vida negativos y la incidencia del Ca mama, es difícil demostrar la inequívoca implicación del estrés en el Ca mama.
Rastegarimehr <sup>(42)</sup> 2017	Caso/Control 150/150	Eventos de vida	No se encontró relación significativa entre eventos de vida negativos acontecidos en los últimos 5 años y riesgo de desarrollar Ca mama.
Chiriac <sup>(43)</sup> 2018	Revisión sistemática	Estrés	Análisis cualitativos revelaron una posible asociación entre eventos de vida negativos y Ca mama. Los resultados son difíciles de interpretar y el rol del estrés en el Ca es difícil de excluir.
Peled <sup>(44)</sup> 2008	Caso/Control 255-367	Eventos de vida adversos	Diferencia significativa entre grupo control y grupo con diagnóstico en cuanto al número de eventos de vida negativos. Se ha encontrado asociación positiva entre eventos de vida y Ca mama.

## Personalidad y Ca de Mama

Al hablar de personalidad nos referimos a un conjunto dinámico de características de una persona <sup>(45)</sup> que constituyen la base del comportamiento humano y condicionan las relaciones en los diferentes contextos. En la época de Hipócrates

ya se insistía en que la personalidad jugaba un papel en la iniciación y el desarrollo de las neoplasias malignas <sup>(46)</sup>.

Hay autores que señalan que la personalidad puede hacer que una persona presente más predisposición a desarrollar Ca <sup>(47)</sup>. William Osler



(48), considerado el padre de la medicina inglesa, dijo “Es más importante saber qué tipo de persona tiene la enfermedad que qué clase de enfermedad tiene la persona”.

Hay distintas teorías psicológicas sobre una personalidad determinada que predispone al Ca. Esto sugiere que la personalidad juega un papel importante en el desarrollo del Ca (49). Estas teorías comparten la concepción de que el sujeto con personalidad predisponente al Ca presenta cierta supresión o ausencia de emociones, pero los constructos de personalidad son muchos y varían de una clasificación a otra (47).

Los constructos de personalidad más estudiados, en el riesgo de padecer Ca mama, son la personalidad tipo c, los tipos de reacción al estrés 1 y 5 y las dimensiones de personalidad de Eysenck.

En 1980, Morris y Greer sugirieron la existencia de una personalidad tipo C. Años después, Eysenck define esta personalidad como la que predispone al Ca (50, 51). Andreu (50) hablaba de esta clasificación de Eysenck describiendo los tres tipos de personalidad: a, b y c. El *tipo a* sería una persona competitiva y hostil, egocéntrica y tensa. El *tipo b* como capaz de expresar sus emociones adecuadamente, satisfaciendo las necesidades propias y de los demás. Por último, el *tipo c*, se caracterizaría por reprimir sus emociones, propio de una persona abnegada y pasiva, muy cooperativa y con bajo nivel de asertividad.

Los individuos con personalidad *tipo c* actúan frente al estrés con un control excesivo de las emociones, no expresando sus emociones negativas y, en consecuencia, no presentando conductas adecuadas asociadas a ese tipo de emociones (52). “Son personas cooperativas, pasivas, evitadoras de conflicto (con necesidad de armonía), supresoras de emociones negativas,

*rígidas, que emplean como estrategia de afrontamiento la represión, y predispuestas a experimentar desesperanza y depresión”* (53). La inadecuada manifestación de las emociones negativas de una persona tipo c no se produce porque no sea capaz de expresar sus emociones (53) sino porque presenta dificultades para tomar conciencia de la emoción (52), ya que hay un predominio de lo racional sobre lo emocional (54). Temoshok, en 1987 (49), refiere que el estilo de afrontamiento de la persona *tipo c* parece ser adaptativo a corto plazo en las relaciones sociales, pero resulta muy desadaptativo a nivel personal, y supone altos costes a largo plazo.

En una investigación realizada en Madrid en 2008 se evaluó la personalidad tipo c mediante dos de sus características más significativas (falta de expresión de las emociones negativas y necesidad de armonía) en una muestra de 480 mujeres, de las cuales 70 fueron diagnosticadas de Ca mama, 271 presentaban patología benigna y 139 eran controles. Los resultados mostraron que aquellas mujeres con diagnóstico de Ca mama tenían puntuaciones más altas que los otros dos grupos en los dos aspectos de la personalidad evaluados. Aunque sugieren que estos resultados deben ser tomados con precaución (55).

Un estudio prospectivo llevado a cabo en Finlandia con una muestra de 115 mujeres no halló una asociación específica entre una personalidad predisponente al Ca de mama y el riesgo de padecerlo. Aunque puntualizan que mujeres con Ca mama tienen más riesgo de presentar características de esta personalidad predisponente tipo c (56).

Además de los estudios dónde se tiene en cuenta la personalidad tipo c hay investigaciones realizadas desde otros modelos teóricos que no encuentran evidencia empírica que relacione la personalidad con el riesgo de desarrollar Ca mama.

Tabla 2. Estudios realizados desde otros modelos de personalidad

Autores y año de publicación	Diseño de estudio	Tipo estrés	Resultados
Hopson <sup>(57)</sup> 2007	Caso/Control	Extroversión Introversión	Se evaluó la extraversión en 44 mujeres, de las cuales 34 fueron diagnosticadas de Ca mama, encontrando un aumento significativo del riesgo de desarrollar Ca mama en las mujeres introvertidas.
Bleiker <sup>(58)</sup> 2008	Estudio de cohorte	Personalidad (10 rasgos): ansiedad, enfado, depresión, racionalidad, antiemocionalidad, comprensión, optimismo, apoyo social, control emocional, expresión emocional interna y externa.	No se encontró asociación significativa entre los rasgos de personalidad y riesgo de desarrollar Ca mama. Además, tampoco se ha encontrado asociación entre la combinación de determinados rasgos de personalidad (personalidad predispuesta al Ca) y el riesgo de desarrollar esta enfermedad.
Nakaya <sup>(59)</sup> 2013	Revisión sistemática	Personalidad	Los efectos de las características de personalidad en el riesgo de desarrollar Ca mama con extremadamente pequeños.
Lemogne <sup>(60)</sup> 2013	Prospectivo 1139 mujeres 16 años seguimiento	Personalidad tipo 1 y tipo 5	Encontró que la personalidad tipo 1 estaba asociada con menos riesgo de padecer Ca mama, mientras la personalidad tipo 5 no estaba asociada con mayor riesgo de Ca de mama.
Jokela <sup>(6)</sup> 2014	Estudio de cohorte	Modelo de 5 factores	Ninguno de los factores de la personalidad evaluados ha mostrado asociación con riesgo de desarrollar Ca mama.
Minami <sup>(61)</sup> 2015	Prospectivo de cohorte 15107	Extraversión Neuroticismo Psicoticismo	Hallaron que aquellas mujeres con puntuaciones altas en extraversión tienden a presentar menos riesgo de padecer Ca mama, aunque esta asociación es débil y concluyen que los resultados indican que la personalidad no tiene un impacto significativo en el desarrollo del Ca mama.
Sawada <sup>(3)</sup> 2016	Estudio de cohorte	Personalidad. Se evaluaron dos rasgos: firmeza e "ikigai" (realización personal)	Características de personalidad no son un factor de riesgo importante a la hora de desarrollar Ca mama.

### Cáncer de mama y perspectiva de género

*“Nos convertimos en expertas en portarnos bien, sobre todo como mujeres: somos buenisimas ocultando nuestros sentimientos y poniendo al mal tiempo buena cara ante los demás” p. 29 (62).*

El Ca mama puede ser entendido como un fenómeno colectivo y desde una perspectiva de género. Ser hombre o mujer de la especie humana

nos condiciona en nuestra vida, no solo desde un punto de vista genético o biológico sino también y sobre todo en aspectos psicológicos, sociales, culturales y comportamentales. La sociedad espera de nosotros diferentes comportamientos en función de nuestro género, lo que conocemos como diferencias o desigualdades de género, que limitan la capacidad de las mujeres para proteger su salud. La construcción social de género incrementa la vulnerabilidad y, por tanto, condiciona



a la biología en determinadas cuestiones de salud, como ocurre en el Ca mama dónde hay una diferencia, ya que se da predominantemente en mujeres (63).

El autocuidado, la regulación emocional y relaciones personales son algunos de los aspectos que evidencian la importancia del género en el Ca mama. En el ámbito psicosocial se habla del autocuidado como un factor de protección tanto a nivel de prevención, como de adaptación y afrontamiento del Ca mama cuándo ya ha sido diagnosticado (64). El condicionante de género impide a la mujer emplear estrategias de afrontamiento adecuadas ante determinadas situaciones de su vida. El autocuidado es un factor de protección, pero el rol de la mujer en la sociedad implica anteponer el cuidado de otros al suyo y esto puede convertirse en un factor de riesgo (62). Para regularnos emocionalmente empleamos una serie de estrategias de afrontamiento con el objetivo de modular la expresión de nuestras emociones. La elección de las estrategias tiene efectos en nuestro bienestar psicológico y, por tanto, en nuestra salud (65, 66).

La inteligencia emocional está relacionada con la regulación emocional y sería la capacidad de una persona para percibir, identificar sus estados emocionales, aceptándolos y expresándolos de forma adecuada (65). Tener una buena inteligencia emocional se asocia con una menor afectación psicológica ante eventos vitales negativos o estresantes (65,67) Ceballos-Fontes y García en el 2016 muestran la relación entre el diagnóstico de Ca mama, roles de género y personalidad tipo c, ya que indican que la necesidad de armonía, un factor característico de la personalidad tipo c, influye de forma negativa en el autocuidado, la autoexploración mamaria y en no acudir en el momento adecuado al médico. Es decir, la personalidad tipo c (“no pasa nada”) estaría relacionada e influenciada por los roles de género (rol de cuidadora de la mujer, etc.) influyendo en la calidad de vida de las mujeres y en su diagnóstico de Ca de mama(68).

## Conclusiones

Partiendo del principio básico de que la aparición del Ca mama no puede ser planteada como una causalidad lineal, sino multicausal, la literatura pone de manifiesto cierta evidencia de que

el estrés psicológico (eventos vitales estresantes) y el estrés percibido juegan un papel importante en la aparición del Ca mama. Frente a estos estudios que avalan esta asociación hay otras investigaciones que no han encontrado relación entre estrés psicológico o percibido y riesgo de padecer Ca mama.

Las investigaciones donde se encontró asociación entre estrés psicológico y Ca mama parten de muestras de mujeres sanas y también de mujeres ya diagnosticadas de Ca mama. Por tanto, esta asociación podría estar mediatizada por el diagnóstico previo de Ca mama, predisponiendo a una connotación negativa de los estresores vitales y sus estrategias de afrontamiento.

Parece haber incongruencia entre la comunidad científica y las mujeres que padecen Ca mama en cuanto a la relación factores psicológicos, concretamente estrés y Ca mama. Mientras el Instituto Nacional del Cáncer y la Asociación Americana contra el Cáncer indican que la evidencia científica de esta relación es débil, muchas mujeres identifican al estrés como una de sus causas principales, seguido de otros factores de tipo psicosocial. La subjetividad de esta percepción se justifica porque la mujer lo que recuerda es el malestar emocional asociado al evento estresante y que ha quedado plasmado en las huellas de memoria. De este modo asocia el sufrimiento con la aparición del Ca mama, realizando una atribución arbitraria. Por lo tanto, incrementar la investigación que relaciona factores psicológicos y Ca mama estaría plenamente justificado como respuesta a la percepción de estas mujeres que son realmente las protagonistas.

Actualmente tampoco hay consenso sobre la relación existente entre la personalidad y Ca mama. Mientras que en la literatura se plantea la asociación entre el riesgo de padecer Ca mama y la personalidad, la investigación no es concluyente por la escasez de evidencia empírica y la falta de acuerdo en los constructos empleados en las investigaciones (52).

El comportamiento de la persona tipo c no solo puede inducir a conductas de riesgo, como el consumo de alcohol y tabaco, sino que su característica de evasión emocional la puede llevar a no expresar sus emociones negativas, y en vez

de disminuirlas, las acentúa, lo que dificulta el afrontamiento de los acontecimientos negativos. Esto hace que la persona pueda ignorar cambios y síntomas que se presenten, pudiendo retrasar el diagnóstico precoz y el inicio del tratamiento del Ca por posponer la búsqueda de ayuda médica (69). Hay investigadores que han señalado que el patrón tipo c se relaciona más con un estilo de afrontamiento hacia el Ca que con un tipo de personalidad premórbida (70).

No hay evidencias para afirmar que el Ca sea causado únicamente por una personalidad predisponente, sino que, junto a los efectos de otros factores (biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales) puede favorecer la aparición de la enfermedad. Tener en cuenta las características de la personalidad de las mujeres que padecen Ca mama nos permite conocer sus estrategias de afrontamiento y su forma de desenvolverse en las relaciones interpersonales. Desde este punto de partida se podrían crear acciones dirigidas a trabajar con estas mujeres estrategias de afrontamiento más adecuadas ante las circunstancias de la vida y los acontecimientos vitales negativos.

Los programas específicos para mujeres con Ca mama, además de tener en cuenta la perspectiva de género, deben centrarse en la inteligencia emocional como un factor esencial en la salud de las mujeres (71), ya que es un predictor de un afrontamiento adecuado y una buena adaptación a eventos vitales estresantes o negativos, como el diagnóstico de Ca mama (72).

Las estrategias de afrontamiento inadecuadas (supresión de las emociones, no comunicar...) podrían ser en muchos casos las elegidas por las mujeres antes de desarrollar Ca mama ante diferentes eventos en su vida. De ahí la importancia

de proporcionar a las mujeres enfermas de Ca mama nuevas estrategias de afrontamiento no tan mediadas por estereotipos de género para incluirlas en su repertorio de conductas.

El Ca mama y su impacto en nuestra sociedad debe ser entendido desde la perspectiva de género, ya sea a la hora de analizar la incidencia, la supervivencia o los factores de riesgo (73). La Estrategia en Ca del Sistema Nacional de Salud ha incorporado el enfoque de género en sus objetivos como un reto desde 2005. Esto se pone de manifiesto en el cribado poblacional, en los controles realizados en mujeres, etc. (74). La perspectiva de género está ausente en las investigaciones, y por ello debemos seguir avanzando en esta línea hacia los aspectos psicosociales, ya que muchos de ellos se dan únicamente en mujeres y apenas se han estudiado.

Debido a la alta incidencia del Ca mama en mujeres, esta enfermedad se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más graves. Es necesario realizar estudios, desde una perspectiva de género, que permitan obtener una mayor evidencia empírica acerca de la importancia de los factores de riesgo implicados en la aparición del Ca mama. Desde el punto de vista de la prevención, el objetivo es que las mujeres adquieran la capacidad y los recursos necesarios para utilizar estrategias o mecanismos de afrontamiento adecuados que les permitan adaptarse a eventos vitales estresantes.

### Contacto

María Fernández Rodríguez ✉ maria.fernandezr@sespa.es  
 Centro de Salud Mental I "La Magdalena"  
 Valdés Salas, 4 • 33400 Avilés • Asturias



## Referencias bibliográficas

1. Rivero Burón R, Piqueras Rodríguez JA, Ramos Linares V, García López LJ, Martínez González AE, Oblitas Guadalupe LA. Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica* 2008;15(1):171-97.
2. Klinger JC, Herrera JA, Díaz ML, Jhann AA, Avila GI, Tobar CI. La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. *Colombia Médica* 2005; 36(2).
3. Sawada T, Nishiyama T, Kikuchi N, Wang C, Lin Y, Mori M, et al. The influence of personality and perceived stress on the development of breast cancer: 20-year follow-up of 29,098 Japanese women. *Scientific Reports* 2016; 6: 325-59. doi:10.1038/srep32559
4. Arbizu JP. Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *An Sist Sanit Navar* 2000; 24(1).
5. Camps C, Sánchez P, Sirera R. Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología* 2006; 3(1): 35-48.
6. Jokela M, Batty GD, Hints T, Elovainio M, Hakulinen C, Kivimäki M. Is personality associated with cancer incidence and mortality? An individual-participant meta-analysis of 2156 incident cancer cases among 42 843 men and women. *Brit J Cancer* 2014;110(7):1820-24. doi: 10.1038/bjc.2014.58.
7. Schoemaker MJ, Jones ME, Wright LB, Griffin J, McFadden E, Ashworth A, et al. Psychological stress, adverse life events and breast cancer incidence: a cohort investigation in 106,000 women in the United Kingdom. *Breast Cancer Res: BCR* 2016;18(1). doi: 10.1186/s13058-016-0733-1.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Breast Cancer 2014.
9. National Cancer Institute. Breast Cancer 2014.
10. Las cifras del cáncer en España. Sociedad Española de Oncología Médica 2017.
11. Programas Claves de Atención Interdisciplinar (PCAI): Cáncer de Mama 2004.
12. Programas Claves de Atención Interdisciplinar (PCAI) Actualización: Cáncer de Mama 2013.
13. Hankinson SE, Colditz GA, Willett WC. Towards an integrated model for breast cancer etiology: the lifelong interplay of genes, lifestyle, and hormones. *Breast Cancer Res: BCR* 2004;6(5):213-18. doi: 10.1186/bcr921
14. Sun HL, Dong XX, Cong YJ, Gan Y, Deng J, Cao SY, et al. Depression and the risk of breast cancer: a meta-analysis of cohort studies. *Asian Pac J Cancer P* 2015;16(8):3233-39.
15. Catsburg C, Miller AB, Rohan TE. Active cigarette smoking and risk of breast cancer. *Int J Cancer* 2015;136(9):2204-2209. doi: 10.1002/ijc.29266
16. Friedenreich CM, MacLaughlin S, Neilson HK, Stanczyk FZ, Yasui Y, Duha A, et al. Study design and methods for the Breast Cancer and Exercise Trial in Alberta (BETA). *BMC Cancer* 2014;14. doi: 10.1186/1471-2407-14-919
17. Michael YL, Carlson NE, Chlebowski RT, Aickin M, Weihs KL, Ockene JK, et al. Influence of stressors on breast cancer incidence in the Women's Health Initiative. *Health Psychol* 2009;28(2):137-46. doi: 10.1037/a0012982
18. Nakaya N, Bidstrup PE, Saito-Nakaya K, Frederiksen K, Koskenvuo M, Pukkala E, et al. Personality traits and cancer risk and survival based on Finnish and Swedish registry data. *Am J Epidemiol* 2010;172(4):377-85. doi: 10.1093/aje/kwq046
19. Chida Y, Hamer M, Wardle J, Steptoe A. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nat Clin Pract Oncol* 2008; 5(8):466-75. doi:10.1038/ncponc1134
20. Pospel P, Adams E, Valentine JC. Depression as a risk factor for breast cancer: investigating methodological limitations in the literature. *Cancer Cause Control* 2012;23(8):1223-29. doi:10.1007/s10552-012-0014-y
21. Svensson T, Inoue M, Sawada N, Charvat H, Iwasaki M, Sasazuki S, et al. Coping strategies and cancer incidence and mortality: The Japan Public Health Center-based prospective study. *Cancer Epidemiol* 2016;40:126-33. doi:10.1016/j.canep.2015.12.003
22. Lazarus R. Patterns of adjustment. New York: McGraw-Hill; 1976.
23. Fischer A, Ziogas A, Anton-Culver H. Negative Valence Life Events Promote Breast Cancer Development. *Clin Breast Cancer* 2017. doi:10.1016/j.clbc.2017.10.017
24. Kruk J. Self-reported psychological stress and the risk of breast cancer: a case-control study. *Stress* 2012;15(2):162-71. doi:10.3109/10253890.2011.606340
25. Yildirim NK, Ozkan M, Ilgun AS, Sarsenov D, Alco G, Aktepe F, et al. Possible role of stress, coping strategies, and life style in the development of breast cancer. *Int J Psychiat Med* 2018. doi:10.1177/0091217417749789
26. Metcalfe C, Davey Smith G, Macleod J, Hart C. The role of self-reported stress in the development of breast cancer and prostate cancer: a prospective co-

- hort study of employed males and females with 30 years of follow-up. *Eur J Cancer* 2007;43(6):1060-65. doi:10.1016/j.ejca.2007.01.027
27. Wang L, Liao WC, Tsai CJ, Wang LR., Mao IF, Chen CC., et al. The effects of perceived stress and life style leading to breast cancer. *Women & Health* 2013;53(1):20-40. doi:10.1080/03630242.2012.732680
  28. Ozkan M, Yildirim N, Disci R, Ilgun AS, Sarsenov D, Alco G et al. Roles of biopsychosocial factors in the development of breast cancer. *Eur J Breast Health* 2017;13(4):206-12. doi: 10.5152/ejbh.2017.3519
  29. Lin Y, Wang C, Zhong Y, Huang X, Peng L, Shan G, et al. Striking life events associated with primary breast cancersusceptibility in women: a meta-analysis study. *J Exp Clin Cancer Res* 2013;32(1):53. doi: 10.1186/1756-9966-32-53
  30. Thomson AK, Heyworth JS, Girschik J, Slevin T, Saunders C, Fritschi, L. Beliefs and perceptions about the causes of breast cancer: a case-control study. *BMC Research Notes* 2014;7. doi:10.1186/1756-0500-7-558
  31. Dumalaon Canaria JA, Hutchinson AD, Prichard I, Wilson C. What causes breast cancer? A systematic review of causal attributions among breast cancer survivors and how these compare to expert-endorsed risk factors. *Cancer Causes Control* 2014;25(7):771-85. doi:10.1007/s10552-014-0377-3
  32. Coyne J, Ranchor A, Palmer S. Meta-analysis of stress-related factors in cancer. *Nature Reviews Clinical Oncology* 2010; 7.doi:10.1038/nncponc1134-c1
  33. Coyne JC, Johansen C. Confirmatory bias and the persistent influence of discredited data in interpreting the stress-cancer link: commentary on Michael et al. (2009).. *Health Psychol* 2011;30(4):410.
  34. Ferrucci LM, Cartmel B, Turkman YE, Murphy ME, Smith T, Stein K D, McCorkle R.Causal attribution among cancer survivors of the ten most common cancers. *J Psycho Oncol*;29(2):121-40. doi:10.1080/07347332.2010.548445
  35. Surtees PG, Wainwright N, Luben RN, Khaw KT, Bingham SA.No evidence that social stress is associated with breast cancer incidence. *Breast Cancer Res Treat* 2010;120(1):169-74. doi:10.1007/s10549-009-0454-6
  36. Santos MC, Horta BL, Amaral JJ, Fernandes PF, Galvao CM, Fernandes AF. Association between stress and breast cancer in women\_ a meta-analysis. *Cad Saude Publica* 2009;25(3):453-55.
  37. Schraub S, Sancho-Garnier H, Velten M. Should psychological events be considered cancer risk factors? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2009;57(2):113-23. doi: 10.1016/j.respe.2008.12.012
  38. Lopez M, Cauchi C, Sergi D, Amodio A, Paoletti G, Vici P, Di Lauro L. Psyche and Cancer. *Clin Ter* 2010;161(1):69-75.
  39. Eskelinen M, Ollonen P. Life stress and losses and deficit in adulthood as breast cancer risk factor: a prospective case-control study in Kuopio, Finland. *In Vivo* 2010;24(6):899-904
  40. Fallah R, Akbari ME, Azargashb E, Khayamzadeh E. Incidence and Survival in Breast Cancer Patients and stressful life events 2016;17(3):245-52.
  41. Arnaboldi P, Riva S, Crico C, Pravettoni G. A systematic literatura review exploring the prevalence of post-traumatic stress disorder and the role played by stress and traumatic stress in breast cancer diagnosis and trajectory. *Breast Cancer* 2017;9:473-85. doi: 10.2147/BCTT.S111101
  42. Rastegarimehr B, Zahedi A, Yavari P, Lofti MH, Taheri M. The association between adverse events in the last 5 years and the rate of breast cancer. *Iran J Public Health* 2018;47(2):280-85.
  43. Chiriac VF, Baban A, Dumitrascu DL. Psychological stress and breast cancer incidence: a systematic review. *Clujul Med* 2018;91(1):18-26. doi: 10.15386/cjmed-924
  44. Peled R, Carmil D, Siboni O, Shoham I. Breast cancer, psychological distress and life events among Young women. *BMC Cancer* 2008;8. doi: 10.1186/1471-2407-8-245
  45. Bermúdez J, Pérez A. *Psicología de la Personalidad*. Madrid: UNED; 2011
  46. Pérez Reyes J.Cáncer y Personalidad, una Aproximación a la Verdad. *Hallazgos* 2017;2(1).
  47. Lillberg K, Verkasalo PK, Kaprio J, Helenius H, Koskenvuo M. Personality characteristics and the risk of breast cancer: A prospective cohort study. *Int J Cancer* 2002;100(3):361-66. doi:10.1002/ijc.10484
  48. Osler W. *Aeguanimitas*. New York: McGraw – Hill; 1986
  49. Temoshok L. Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys* 1990;6(3):545-67.
  50. Andreu Y. Algunas consideraciones conceptuales y metodológicas en la investigación sobre el patrón de la conducta tipo c. *Análisis psicológica*. 1998; 4(16):569-79.



51. Vinaccia S. El patrón de conducta *tipo c* en pacientes con enfermedades crónicas. *Rev C Psi* 2003;32(1):161-68.
52. Cardona EJ, Jaramillo AC, Facio VE. Relación entre la personalidad tipo C y el cáncer: Estado del arte. *Revista virtual de Ciencias Sociales y Humanas* 2013;7(10):66-92.
53. Contrada R, Leventhal H, O'Leary A. Personality and Health. En L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of life stress, cognition and health*, Nueva York Wiley;1990.
54. Wood D. *El Poder de la Personalidad*. New York: EBSCO Publishing; 2008
55. Sebastián J, León M, Hospital A. Variables psicosociales y cáncer de mama: Un estudio cuasipropectivo de la personalidad tipo C. *Revista latinoamericana de psicología* 2009; 41(3): 461-479.
56. Eskelinen M, Ollonen P. Assessment of "cancer-prone personality" characteristics in healthy study subjects and in patients with breast disease and breast cancer using the commitment questionnaire: a prospective case-control study in Finland. *Anticancer Res* 2011;31(11):4013-17.
57. Hopson J. "Breast Cancer and Personality Type". *School of Physician Assistant Studies* 2007; 18.
58. Bleiker EM, Hendriks JH, Otten JD, Verbeek AL, Van der Ploeg HM. Personality factors and breast cancer risk: a 13 year follow up. *J Natl Cancer Inst* 2008;100(3):213-8. doi: 10.1093/jnci/djm280
59. Nakaya N. Effect of psychosocial factors on cancer risk and survival. *J Epidemiol* 2014;24(1):1-6.
60. Lemogne C, Consoli SM, Geoffroy-Perez B, Coeuret-Pellicier M, Nabi H, Melchior M, et al. Personality and the risk of cancer: a 16-year follow-up study of the GAZEL cohort. *Psycho Med* 2013; 75(3): 262-71. doi:10.1097/PSY.0b013e31828b5366
61. Minami Y, Hosokawa T, Nakaya N, Sugawara Y, Nishino Y, Kakugawa Y, et al. Personality and breast cancer risk and survival: the Miyagi cohort study. *Breast Cancer Res Treat* 2015;150(3):675-84. doi:10.1007/s10549-015-3364-9
62. Wilkinson S. Mujeres feministas en lucha contra el cáncer de mama: lo personal y lo político. *An Psicol* 2008;39(1):23-9.
63. Kiss A, Meryn S. "Effect of sex and gender on psychosocial aspects of prostate and breast cancer". *Brit Med J* 2001;323(7320):1055-58.
64. Hermel J, Pizzinato A, Calderón M. Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Rev Psicología* 2015;33(2):439-67.
65. Zayas, A. Factores psicoemocionales y ajuste psicológico asociados al cáncer de mama [Tesis doctoral en internet]. Universidad de Sevilla, Sevilla;2015
66. Porro M, Andrés M, Rodríguez-Espínola S. Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2012;30(2):341-55.
67. Mikolajczak M, Petrides KV, Coumans N, Luminet O. The moderating effect of trait emotional intelligence on mood deterioration following laboratory-induced stress. *Int J Clin H Psychol* 2009; 9:455-77.
68. Ceballos-Fontes M, García MJ. Roles de género tradicionales y personalidad tipo c en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. *Rev UAEM* 2016;23(3):229-38.
69. De Vita V, Lawrece T, Rosenberg S. *Principles and practice of oncology* 10th edition. Washington: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
70. Torres Mariño A. Relación entre el patrón de conducta tipo C y el cáncer de mama. *Univers Psychol* 2006;5(3):563-74.
71. Martins A, Ramalho N, Morin A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Pers indiv differ* 2010;49(6):554-64.
72. Cerezo M, Ortiz-Tallo M, Cardenal V, De la Torre-Luque A. Positive Psychology group intervention for breast cancer patients: a randomised trial. *Psychol Rep* 2014; 115(1):44-64.
73. Abreth T, Borràs, J, Conroy R. *European guide for quality cancer control programmes*. Ljubljana: European partnership action against cancer; 2014.
74. Borràs JM. La perspectiva del género en el cáncer: una visión relevante y necesaria. *Arbor*. 2015; 191(773).

• Recibido: 21/12/2021.

• Aceptado: 28/05/2022.

# Eutanasia: una perspectiva psicológica.

## *Euthanasia: a psychological perspective.*

**María del Carmen Torrado.**

Licenciada en Psicología Clínica. Psicóloga Sanitaria. Irún.

**Resumen:** La recién aprobada ley de eutanasia en nuestro país pone de relevancia la complejidad de las múltiples variables y circunstancias de su aplicación.

En este trabajo se intentará explicar en qué condiciones mentales y psicológicas vive una persona hasta llegar a solicitar la aplicación de esta ley. Se explorará, así mismo, las similitudes de la eutanasia con el concepto de suicidio. Se planteará, también, la dificultad y posible contradicción de la aplicación de la eutanasia para las personas con trastornos mentales.

**Palabras clave:** Eutanasia, bioética, enfermedad terminal, trastorno mental, suicidio, cuidados paliativos, dependencia, vulnerabilidad.

**Abstract:** The recently passed law on euthanasia in our country makes the complexity of the multitude of variables and circumstances relevant.

This assignment will endeavor to explain the mental and psychological conditions which a person lives through before reaching the point of requesting the the application of this law. In doing so, the similarities between euthanasia and the concept of suicide will be explored. The question of the difficulty and possible contradiction of the use of euthanasia for people with mental problems will also be addressed.

**Key Words:** Euthanasia, bioethics, terminal disease, mental disorder, suicide, palliative care, dependence, vulnerability.

## I. Introducción

El 24 de marzo de 2021 se aprobó la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia en España. A partir de ese momento, se abre una nueva forma de afrontar el final de la vida para todos los ciudadanos. No existen precedentes en nuestra historia reciente ni en nuestra cultura de tal posibilidad, por lo que dicha ley no puede ser menos que controvertida.

El objetivo de este trabajo de investigación es poner un poco de luz sobre qué lleva a una persona a demandar su muerte. Se intentarán analizar los elementos personales, psicológicos, sociales, etc. por los que hemos decidido como comunidad transitar un nuevo camino, una nueva expectativa de finalizar la vida. Se intentará dilucidar si esta ley permitirá que nuestra decisión sobre la muerte sea libre o quizás nos condicionará para elegir morir en situaciones de presión.

Por otra parte, se analizará el aspecto psicológico y emocional en que se encuentra una persona que solicita morir. Así mismo, se observará la diferencia entre enfermedad fisiológica y mental en las personas que hagan dicha solicitud.

## II. Eutanasia, suicidio asistido y cuidados paliativos

### II.1. Definición

Eutanasia, etimológicamente, procede del griego antiguo: “eu”, significa bueno y “thanatos”, significa muerte. La buena muerte o la muerte apacible que tendrá siempre un componente diferencial y personal. Todos somos iguales en la muerte pero no todos lo somos ante las condiciones en que se produce ni en el afrontamiento que hacemos ante la misma.

Se considera *eutanasia* aquella muerte que se produce de forma deliberada y directa para evitar una vida o un final de la vida con un sufrimiento insoportable.

*Es la acción de procurar la muerte por motivos de piedad, a quien, sufriendo una enfermedad terminal, la solicita para poner fin a sus sufrimientos.*<sup>1</sup> (Marcos del Cano, A.M. 2021: 73).

Cuando el enfermo terminal ingiere o se aplica a sí mismo sustancias letales prescritas, para producir su muerte, hablaríamos de *suicidio asistido*.

La administración de fármacos para aliviar el sufrimiento de un moribundo, permitiendo a éste alcanzar su muerte de forma natural sería *sedación terminal o paliativa*.

No prolongar la vida artificialmente, en muerte clínica del paciente, tampoco correspondería al término eutanasia.<sup>2</sup> (Marcos del Cano, A.M. 2021:76).

Centrándonos de nuevo en la eutanasia, para A.M. Marcos del Cano, han de tenerse en cuenta distintos elementos que hacen del acto eutanásico un intrincado emocional, jurídico, ético, social y personal.

En primer lugar, el sujeto activo sería cualquier persona que esté dispuesta a llevar a cabo la

acción de dar muerte con intenciones de acabar con el sufrimiento del enfermo, desde una actitud compasiva o benefactora. Esta persona puede ser el médico, puesto que se encuentra, normalmente, en una situación clínica, en proximidad y contacto médico con el enfermo. Aquí surge la duda de si ha de ser un médico quien ejecute la acción o ha de ser otro tipo de profesional. Asociaciones de médicos se han manifestado al respecto temiendo que se rompa la relación de confianza médico-paciente.

Por otra parte, la eutanasia entra en directa contradicción con el juramento hipocrático que indica “no matar” expresamente. Por supuesto, se puede hacer valer el derecho de objeción de conciencia, pero no deja de ponerse en duda la función esencial del médico y de la Medicina.

En segundo lugar, el sujeto pasivo es aquel perteneciente al grupo de personas que pueden solicitar la eutanasia. Ha de ser un enfermo terminal y ha de ser consciente y capaz.<sup>3</sup> (Marcos del Cano, A.M. 2021:75). El enfermo terminal es aquella persona con una esperanza de vida en torno a seis meses. Estos enfermos han de dar consentimiento para la eutanasia. No será fácil delimitar qué grado de conciencia o qué estado de ánimo determinará esta decisión.

En último lugar, el *requerimiento* es un elemento crucial. A diferencia del consentimiento, que corresponde al acuerdo entre dos, el requerimiento surge a partir de la persona que lo realiza, exclusivamente.

Ante la posibilidad de perder capacidad cognitiva por deterioro, debido a enfermedad u otros eventos nocivos, surge la figura de *voluntades anticipadas*. Se presupone que una persona que decida, en salud o con una salud aun no muy deteriorada, acabar con su vida, si padece en el futuro una enfermedad terminal o irreparable con gran sufrimiento, no cambiará de opinión cuando sea incapaz de expresar dicho cambio, lo cual es impredecible.

### II.2. Algunos riesgos a tener en cuenta.

Esta situación pone en riesgo el principio básico de autonomía. Precisamente, es el mismo principio que regiría la posibilidad de controlar nuestra propia muerte. Lo mismo ocurre con el

consentimiento informado, como bien explica Andrés Ollero:

*Paradójicamente, la progresiva afirmación en el ámbito sanitario del principio de autonomía, centrado en el consentimiento informado, puede acabar invirtiendo esa relación, con consecuencias nada irrelevantes. El reconocimiento afectivo de esa dignidad puede acabar dependiendo de la capacidad de expresar la propia autonomía. Lo digno sería respetar esa autodeterminación, por lo que -“a contrario”- la incapacidad de expresarla dejaría en manos de terceros la apreciación heterónoma de si la calidad de esa vida la hace digna de ser conservada.*<sup>4</sup> (Ollero A., en Marcos del Cano, A.M., coordinadora, 2012:242).

Por otro lado, el principio de dignidad se separa cada vez más del concepto de sufrimiento, equiparando el sufrimiento, siempre subjetivo, con la indignidad de la vida:

*Más que la muerte misma, el problema radical que la ausencia de una dimensión trascendente puede acabar favoreciendo la imposibilidad de encontrar sentido a la convivencia con el dolor, que pasa a considerarse generador de indignidad.*<sup>5</sup> (OLLERO, A. en Marcos del Cano, A.M., coordinadora, 2012:235).

Aunque ya aprobada la ley de eutanasia en España, la complejidad de la regulación jurídica de la misma no deja de ser enorme y controvertida.

Otro elemento de riesgo es el llamado efecto de pendiente resbaladiza. En países como Bélgica u Holanda, donde la ley se redactó originariamente para personas con enfermedad terminal, se ha acabado aplicando a personas no capaces de decidir y que no han solicitado la eutanasia, como recién nacidos o personas con trastorno mental o demencia.

Caben dudas esenciales tales como si el “derecho a morir” puede ser precisamente eso: un derecho, dado que la muerte anula de facto todos los derechos del ser humano. Paradójicamente, el derecho a la vida es el derecho de principal defensa y deber del Estado<sup>6</sup>. (Marcos del Cano, A.M. 2021:78-79). De esta manera, personas en situación de vulnerabilidad como ancianos solos o personas con pocos recursos económicos,

familiares o sociales, quizás sientan una mayor presión para solicitar la eutanasia.

*Cuando el paciente tenga “derecho a morir”, la carga que representa para todos nosotros tendrá algo de deliberado.*<sup>7</sup>(Marcos del Cano, A.M. 2021:93).

### III. Ley de eutanasia en España: reacciones y controversia

#### III.1. Comités de Bioética

*Toda persona mayor de edad y en plena capacidad de obrar y decidir puede solicitar y recibir dicha ayuda, siempre que lo haga de forma autónoma, consciente e informada, y que se encuentre en los supuestos de padecimiento grave, crónico e incapacitante o de enfermedad grave e incurable causantes de sufrimiento físico o psíquico intolerables. Se articula también la posibilidad de solicitar esta ayuda mediante el documento de instrucciones previas o equivalente, legalmente reconocido, que existe ya en nuestro ordenamiento jurídico.*<sup>8</sup> (Ley Orgánica 3/2021, preámbulo II).

Diversas instituciones se han posicionado a favor o en contra de esta ley. El Comité de Bioética de España redactó un Informe sobre el final de la vida y la atención al proceso de morir, en el marco de debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación, en octubre de 2020, manifestándose claramente en contra, al no encontrar justificación en los argumentos que la sostienen; ni en el ámbito legal, ético, sanitario o social. Abogaban más por regular la ayuda particular al suicidio con una penalización a la baja y, sobre todo, apelaban a la posibilidad de ofrecer unos adecuados y universales cuidados paliativos.

Hace especial hincapié en el utilitarismo de promover la eutanasia en una sociedad envejecida con un coste económico sin precedentes, dada la carga de población no activa esperable para las próximas décadas, entre las personas nacidas en lo que se denomina la generación del “baby boom” y siguientes, hasta los años 80. Quizás sea ésta la población que se sobreviene en una mayor situación de vulnerabilidad, desprotección, soledad, presión social y sentimiento de carga o estorbo, en la vejez. Aunque se podría

aplicar a otros grupos, refiriéndose a los ancianos dice:

*Si algo ha mostrado la pandemia es la falta de justicia y solidaridad hacia nuestros mayores. Por ello, si la causa de muchas peticiones de eutanasia es sustancialmente social, por este motivo, hay que plantearse si en un país se están promoviendo estrategias y políticas públicas frente a la soledad y lo que supone el sentirse muchos mayores una carga social, económica y cultural.*<sup>9</sup> (Comité de Bioética de España, 2020:68).

Se considera en las conclusiones de este informe que la eutanasia o auxilio al suicidio no son elementos de progreso, sino una respuesta pragmática a un hecho humano que se desprovee de su esencia solidaria. El C.B.E. propone una *mirada compasiva* y una *protección integral* de todas las personas en situación de enfermedad terminal o altamente sufriente.

En el lado opuesto, otros organismos como la Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi redactó en diciembre de 2020 un Informe de posicionamiento ético y valorativo acerca de la posible despenalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, en apoyo a dicha ley.

*Estimamos moralmente aceptable la despenalización y regulación legislativa de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en determinadas circunstancias y condiciones, y siempre que se garantice la seguridad clínica y jurídica de pacientes y profesionales.*<sup>10</sup> (Comités de Ética de Euskadi, 2020: 26).

Basa su justificación en principios bioéticos de beneficencia (preservar la vida hasta que el sufrimiento sea intolerable), no maleficencia (producir una buena muerte), justicia (evitar discriminación siendo equitativos y eficaces) y autonomía (atendiendo a los deseos y necesidades de la persona asistida)<sup>11</sup>. (Comités de Ética de Euskadi, 2020:12). Este comité tiene en cuenta que “no querer vivir” puede significar “no querer vivir así”, por lo que aprecia compatibilidad ente cuidados paliativos y eutanasia. De esta forma, ve una clara necesidad de aprobar una ley de cuidados paliativos. La eutanasia sería para las personas que, aun recibiendo cuidados paliativos o

pudiendo hacer uso de ellos, soliciten expresa y libremente la eutanasia. Según este argumentario, son los principios de libertad y autonomía los que guían esta conclusión.

*Se trata de conjugar el ejercicio de dos necesidades distintas de las personas en su morir: el acceso a los cuidados paliativos, que tienen marco legal, y un “nuevo derecho” que responde a otra necesidad que es la de recibir ayuda para morir. Una necesidad que no siempre es generada por las necesidades o déficits, sino por las obligaciones que la persona siente, consigo misma y con el resto, de acabar con su propia vida, pues es la propia vida la que le genera sufrimiento por carecer de sentido y significado*<sup>12</sup>. (Comités de Ética de Euskadi, 2020:16).

Quizás en ese “carecer la vida de significado” o las presiones, externas o internas, que una persona muy enferma o incapacitada siente, es lo que habrá que abordar más concienzudamente. Como argumentación contra el efecto de “pendiente resbaladiza” apunta:

*Mencionar el riesgo de la pendiente resbaladiza como argumento en contra de la despenalización equivaldría a calificar estos nuevos supuestos como algo inmoral, menospreciando los argumentos esgrimidos para establecerlos y valorando la ampliación de los casos a considerar como una estrategia preconcebida desde la aprobación de la ley*<sup>13</sup>. (Comités de Ética de Euskadi, 2020:17).

No obstante, no parece fácil establecer unos límites claros en lindes tan sutiles. Delimitar los mecanismos de control no será tarea sencilla y puede generar en los pacientes inseguridad y dudas, quizás razonables.

### **III.2. Psiquiatría: un punto de vista imprescindible**

Por último, también la Sociedad Española de Psiquiatría se ha posicionado en su informe *Eutanasia y salud Mental*, febrero 2021. En este informe, como no podría ser de otra manera, se establece una comparación entre el suicidio y la eutanasia. Se afirma que el suicidio asociado a la enfermedad o trastorno mental es una de las principales causas de muerte en personas jóvenes<sup>14</sup>. (Sociedad Española de Psiquiatría, 2021:2).

En los países que permiten la eutanasia para enfermos mentales o con demencia, las solicitudes son escasas. No obstante, el dilema ético es, si cabe, mayor que en el resto de enfermedades.

*...sólo desde la libertad se podrán tomar decisiones que auténticamente correspondan con el pensamiento y modo de vida de la persona. Los trastornos que influyan en la misma ocasionarán, en mayor o menor medida, una decisión tomada desde la patología, en la que esta carece de un elemento fundamental: la libertad<sup>15</sup>. (Sociedad Española de Psiquiatría, 2021:4).*

Queda muy en entredicho la libertad de decisión de una persona que es susceptible de tener mermada su capacidad cognitiva, como en las demencias, o que tiene pensamientos distorsionados sobre la realidad, que le pueden llevar a conclusiones negativistas, catastrofistas o extravagantes, como en la depresión mayor, trastornos de personalidad, psicosis, etc. Por otra parte, va directamente en contra del quehacer cotidiano de la Psiquiatría y de la Psicología. A las consultas de estos profesionales llegan con relativa frecuencia personas con ideación suicida o de muerte, de “no querer vivir así”. Entre los elementos de buena praxis están encontrar medicación adecuada y herramientas psicológicas para dar sentido a esas vidas y subsanar, mejorar o paliar los trastornos mentales que llevan a tal sufrimiento.

*En sociedades en las que la prevención del suicidio se considera una responsabilidad global, y la disminución de las cifras anuales un objetivo común, no puede soslayarse la incongruencia de plantear la ayuda a morir en personas que sufren trastornos que tienen sus propios síntomas, formando parte de la patología, la ideación suicida y el deseo de morir<sup>16</sup>. (Sociedad Española de Psiquiatría, 2021:10).*

Dichos trastornos no son, en sí, mortales, aunque pueden ser crónicos e incapacitantes. Va a depender de la situación personal y social del paciente y, sobre todo, del tratamiento que reciba, el hecho de que pueda y quiera vivir, precisamente, con dignidad conviviendo con la enfermedad mental.

*...no existen estándares universales que definan la incurabilidad en la mayoría de los casos*

*de trastorno mental, o al menos que conozca la Sociedad Española de Psiquiatría. Además, el padecimiento de los trastornos mentales se ve frecuentemente agravado por factores socioeconómicos como la falta de vivienda adecuada, desempleo, pobreza y aislamiento social. Cuando estos elementos están presentes, y lo están en numerosas ocasiones, es evidente que el carácter de irremediable es cuestionable<sup>17</sup>. (Sociedad Española de Psiquiatría, 2021:9).*

Así mismo, la Sociedad Española de Psiquiatría propone un riguroso control de los casos y la participación, sine qua non, de profesionales de la Psiquiatría en todos los casos y, especialmente, en los casos psiquiátricos.

#### IV. El final de la vida: aspectos psicológicos

##### IV.1. El proceso morir

Nada más trascendente y universal que la muerte. El temor al final de la vida, de nuestros proyectos, de nuestras sensaciones y de nuestros apegos es inherente a la esencia misma del ser humano. Pertenece a la única especie viva y conocida que se proyecta en el futuro y en el final de la vida. Aunque inconscientemente, nos sentimos inmortales, aunque nos resulta imposible reconocernos en la muerte, ésta guía nuestra vida. El temor a la muerte intensifica nuestros días a la vez que genera un tabú: el de la no existencia. Esto sea, quizás, el motivo por el que nos cuesta tanto abordar el hecho de morir.

L. Rojas Marcos, psiquiatra, también diserta sobre este temor:

*Este temor tiene dos significados; uno es el miedo que sentimos ante el propio trance de morir, el sufrimiento que implica el cese inexorable de todas nuestras funciones corporales y mentales. Es el miedo a vivir una mala muerte; una muerte violenta, dolorosa, indigna, deshumanizada y en soledad. El segundo significado tiene que ver con el hecho aterrador de que la muerte es absoluta, irreversible, final; y con la idea inconcebible de no existir, de no ser, de no sentir ni pensar, y de desconectarnos para siempre de nuestros seres queridos, de nuestros proyectos y de nuestra conciencia<sup>18</sup>. (Rojas Marcos, L. 2010:94).*



Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra, dedicó gran parte de su vida al estudio de la muerte y de la vivencia de los moribundos, haciendo cientos de entrevistas a personas desahuciadas y abriendo una investigación sin precedentes. En su libro “Sobre la muerte y los moribundos”, 1974, establece cinco fases en el proceso consciente de morir.

### Primera fase: de negación y aislamiento

En el momento de conocimiento de la propia muerte, más o menos inminente, los pacientes, generalmente, se niegan a aceptar el desenlace. Esta negación parece más férrea en pacientes informados precipitadamente o que no tenían ningún conocimiento sobre su enfermedad. Es un mecanismo de defensa para mantener la supervivencia y poder seguir adelante con los cotidianos, sosteniendo un encaje emocional de la información.

*La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada o impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales. Esto no significa, sin embargo, que el mismo paciente, más adelante, no esté dispuesto, e incluso contento y aliviado al sentarse y charlar con alguien de su muerte inminente<sup>19</sup>. (Kübler-Ross 1974a:62).*

Es una defensa provisional que dará paso a la siguiente fase. Normalmente, no se suele llevar al extremo y el moribundo podrá hablar con algunas personas elegidas acerca de su muerte. Este acompañamiento es crucial para aceptar su final. El sistema sociosanitario ha de tener en cuenta estos elementos de humanización del proceso de morir.

### Segunda fase: la ira

Se trata de una proyección del paciente hacia el entorno, una manera de metabolizar su frustración y su perplejidad ante la ruptura de su proyecto vital, las vivencias cotidianas, el futuro, sus seres queridos, etc. Este sentimiento de ira se puede desplazar hacia el sistema sanitario o parte de él, hacia la familia; hacia el mundo, en general. Con mucha frecuencia el miedo se transforma en ira; miedo a la soledad, al dolor, a la improductividad, etc. Nuevamente, es crucial

sentirse querido y aceptado por el entorno médico, familiar, social, etc., para poder encontrar sentido a la vida y, quizás, a la muerte.

*Un paciente al que se respete y se comprenda, al que se preste atención y se dedique un poco de tiempo, pronto bajará la voz y reducirá sus airadas peticiones. Se sentirá un ser humano valioso, del que se preocupan y al que permiten funcionar al nivel más alto posible, mientras pueda<sup>20</sup>. (Kübler-Ross 1974a:78).*

### Tercera fase: el pacto

Es necesario para afrontar el fin y sentir un cierto control sobre el proceso. El paciente pide a Dios, a la vida o a la muerte que le permita un tiempo, más o menos breve, para alcanzar un fin o disfrutar de alguna situación o un hecho muy deseable.

*En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “a la buena conducta” además fija un plazo de “vencimiento” impuesto por uno mismo (por ejemplo, otra actuación, la boda del hijo) y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento<sup>21</sup>. (Kübler-Ross 1974a:115).*

Es como una recompensa o un pacto de no pedir más. Este puede estar motivado por circunstancias psicológicas como la culpa por no haber concluido algo, por no haber tenido en cuenta el paso del tiempo o por no haber vivido de una determinada manera.

### Cuarta fase: depresión

Kübler-Ross diferencia entre *depresión reactiva* y *preparatoria*. La primera tiene que ver con las secuelas que produce la enfermedad y muerte; desde pérdidas físicas a la imposibilidad de cuidar a personas que eran atendidas por el paciente y para las que ya no estará disponible. Este tipo de depresión se puede suavizar ofreciendo recursos al paciente para sustituir o paliar dichas pérdidas. El segundo tipo tiene que ver con la pérdida vital en sí misma. El entorno familiar y social habrá de manejar esta situación con más o menos conocimientos sobre esta fase, con más o menos sensibilidad y con más o menos recursos prácticos, técnicos y económicos.

*Es esta discrepancia entre los deseos y disposición del paciente y lo que esperan de él los que le rodean lo que causa mayor dolor y turbación a nuestros pacientes*<sup>22</sup>. (Kübler-Ross 1974a:121).

### Quinta fase: la aceptación

En este tránsito, el paciente suele llegar a aceptar “lo que le toca” sin depresión y sin enfado.

*No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegara el momento del “descanso final antes del largo viaje” ...*<sup>23</sup> (Kübler-Ross 1974a:150).

En estos momentos, suele ser la familia quien necesita más ayuda; es cuando llega, o ha de llegar, el silencio, la compañía contenida, la tranquilidad para el moribundo, por parte de su entorno. La autora también hace referencia a la **esperanza** como motor de la vida hasta el final y, sobre todo, de “dar sentido” al proceso. Es en esta parte donde cerrar la vida adecuadamente, es el último aprendizaje humano. También L. Rojas Marcos hace referencia a este hecho.

*Las pasiones, no los instintos, son el combustible de la esperanza, el ingenio y el valor, y transforma a los seres humanos en luchadores incansables y, a menudo, invencibles. Las personas resisten crueles infortunios movidas por la pasión de vivir*<sup>24</sup>. (Rojas Marcos, L. 2010:93).

Kübler-Ross también hace referencia a los que denomina el **síndrome pseudo terminal** que será importante tener en cuenta a la hora de aplicar la nueva ley de eutanasia. Consiste en la recuperación de un paciente, a pesar de haber sido desahuciado, por “milagro” médico o de cualquier otra naturaleza. Al igual que en la pena de muerte se ha de tener en cuenta el posible “error judicial” (motivo suficiente; aunque, por supuesto, no único; para no aprobarla en la mayoría de los países), habrá que tener en cuenta, para la eutanasia, el posible “error diagnóstico” o curación imprevisible.

*...no deberíamos “dar por perdido” a ningún paciente, tanto si va a morir como si no. El que esté fuera del alcance de la ayuda médica es el que necesita quizás más cuidados que el que*

*puede esperar una curación. Si damos por perdido un paciente así, él puede darse por perdido a sí mismo...*<sup>25</sup> (Kübler-Ross 1974a:184).

De esta forma, la autora entiende que, una persona que reciba la atención adecuada, difícilmente solicitará la eutanasia o el suicidio asistido y se opone, de plano, a la eutanasia como derecho.

*Si recibe un tratamiento analgésico adecuado, y buena ayuda física, emocional y espiritual, un paciente pedirá la eutanasia sólo en casos extremadamente raros; tal vez uno entre mil. No es nuestra función matar, sino ayudar a las personas a vivir hasta que mueran. Me opongo por completo a cualquier forma de eutanasia y no tomaría parte en ella*<sup>26</sup>. (Kübler-Ross 1974b:59).

### IV.2. El proceso de envejecer en nuestro tiempo

Hoy día, en nuestra sociedad y en nuestra forma de vivir, merece atención especial la vejez como fase vital, en claro conflicto entre nuestra cultura ancestral de cuidado familiar, nuestro estilo productivo y el individualismo creciente. Nuestro sistema de vida relacional lleva, cada vez más, a externalizar todo tipo de cuidados; del hogar, de las mascotas, pero, sobre todo, de la infancia y de la vejez.

En el hogar, tras la incorporación de las mujeres al ámbito laboral y público, las tareas, tradicionalmente femeninas, de cuidado y acompañamiento no han sido sustituidas. El ámbito privado se vacía de afectos y de atención a los vulnerables. Por otra parte, la ciencia médica y el sistema productivo (al menos en el primer mundo) han contribuido enormemente a una mayor longevidad y, por tanto, a un mayor tiempo de cuidados geriátricos. Esto ha dado lugar a un mayor número de residencias para ancianos, cuya dudosa calidad, en ocasiones, ha puesto de manifiesto, desgraciadamente, la pandemia que estamos sufriendo. Se ha profesionalizado la atención de los mayores y dependientes tanto en el hogar como fuera de él. Esta dependencia, a veces completa, se puede prolongar durante años, con el consiguiente gasto de recursos económicos y asistenciales.

Algunas voces interpretan esta situación como “ensañamiento terapéutico”, en la que la calidad



de vida es escasa. Si esta calidad correlaciona con el sentido que una persona puede dar a su vida, pareciera que lo que haya que mejorar es el sistema que nos impide llegar a esa situación de “dar sentido”.

*La vejez no es sinónimo de estar “contento por morir”. Muchos de estos pacientes ancianos que dan la bienvenida a la muerte pueden no encontrarse en fase de aceptación, sino más bien en estado de resignación, cuando la vida deja de tener sentido*<sup>27</sup>. (Kübler-Ross 1974b:135).

Tal vez haya que reflexionar sobre cómo hacer a los ancianos partícipes de su vida y de la del grupo al que pertenecen, valorando sus conocimientos y experiencia, permitiéndoles aportar y validando su existencia. Las partidas económicas, además de para cuidados esenciales, quizás deban ser empleadas para programar y organizar como vivir mejor hasta el final. Esto puede redundar en un mejor morir, menos angustioso y no forzado.

## V. El suicidio en la enfermedad mental y la demencia

### V.1. Estados psicológicos en situaciones de vulnerabilidad

No cabe duda de que se pueden producir y se producen trastornos del estado del ánimo, más o menos graves y crónicos, en las fases terminales de la vida o en los procesos de enfermedades crónicas o degenerativas.

En nuestra falazmente llamada “sociedad de bienestar”, se puede dar la creencia ingenua de que la vida ha de ser feliz siempre; tendencia que se expresa con frecuencia en redes sociales de alta exhibición.

*Estos estados psíquicos son precisamente característicos de un mundo que es pobre en negatividad y que, en su lugar, está dominado por el exceso de positividad. No se trata de reacciones inmunológicas que requieran una negatividad de lo otro inmunológico. Antes bien, son fruto de una “sobr abundancia” de positividad. El exceso del aumento de rendimiento provoca el infarto del alma*<sup>28</sup>. (Byung-Chul Han, 2012:72).

Se puede decir que un **sufrimiento existencial refractario** es equivalente a un sufrimiento psicológico insoportable y permanente<sup>29</sup>. (Comité de Bioética de España, 2020:10). Sin embargo, no se puede afirmar que ningún trastorno del estado del ánimo o mental haya de ser, a priori, permanente.

La existencia de presiones sociales o la creencia de que la ley de eutanasia es también una “norma moral”, podría llevar a creer que no hay posibilidad de adaptarse a cierto grado de enfermedad y que ese tipo de vida no merece ser vivida o estorba<sup>30</sup>. (Comité de Bioética de España, 2020:42).

El cuidado y el acompañamiento son elementos vinculares básicos entre los seres humanos, que permiten la adaptación y la aceptación de los eventos adversos, máxime en lo que, a la enfermedad, vulnerabilidad o a la dependencia, se refiere.

*Lo que un paciente pide realmente es alguien con quien tener una relación afectiva: su esposa o su pareja, sus padres o sus hijos, sus amigos u otros allegados, alguien capaz de quererle, acompañarle y cuidarle. Una persona enferma puede tener todos los derechos asegurados, pero no puede exigir por vía legal, que alguien le dé esperanza*<sup>31</sup>. (Comité de Bioética de España, 2020:56).

Pertenece a la única especie conocida que protege a los miembros más débiles.

*La ética propiamente humana tendría un sentido antievolutivo*<sup>32</sup>. (Comité de Bioética de España, 2020:40).

Antes de provocar el final de estas vidas, habría que persistir en mejorar las condiciones de bienestar físico, relacional y psicológico en que éstas se desarrollan.

### V.2. Suicidio vs. Eutanasia: un dilema en salud mental

Es inevitable establecer una similitud o algún tipo de paralelismo entre la idea de suicidio y la de eutanasia. Mediado o no por la enfermedad mental, el suicida también intenta paliar, en la mayoría de las ocasiones, una situación

de sufrimiento insoportable; situación no necesariamente fatal ni irreversible. Enrique Echeburúa, psicólogo y profesor en la Universidad del País Vasco, establece tres componentes de la conducta suicida: un nivel emocional de gran sufrimiento, dificultades para el afrontamiento psicológico de dicho sufrimiento y un nivel cognitivo de desesperanza ante el futuro y cuya sola salida ha de ser la muerte<sup>33</sup>. (Echeburúa, 2015:118).

El suicidio constituye un grave problema de salud pública que, per se, ya entra en contradicción con el apoyo a una ley que permite facilitar la muerte a los enfermos mentales cuya sintomatología tiene que ver, en muchas ocasiones, con la ideación suicida. Esta ideación puede permanecer estable en el tiempo o, con el tratamiento adecuado, desaparecer o reducirse su intensidad y peligrosidad.

*Hay más personas que fallecen por su propia voluntad que la suma total de todos los muertos provocados por homicidios y guerras<sup>34</sup>.* (Echeburúa, 2015:118).

El mismo autor también establece diferentes tipos de suicidio. El **suicidio por balance** se produce en personas que, a pesar de sus esfuerzos en el tiempo, llega a una situación social, familiar o económica donde la vida le resulta un sinsentido y no se siente capaz de afrontar más dificultades. Este tipo de suicidio se da más en personas mayores, que no ven posibilidad de ampliar o enriquecer su proyecto vital. Muchas veces va unido a problemas de soledad. Los factores de riesgo, en este tipo de suicidio, tienen que ver con la personalidad (impulsividad y rigidez cognitiva), estados afectivos (desesperanza), distorsiones cognitivas (sentimientos exagerados de culpa o responsabilidad, recuerdos excesivamente negativos autobiográficos, etc.), situaciones familiares o sociales adversas (soledad, sentirse en un callejón sin salida, humillación, etc.) y tener antecedentes suicidas en la familia<sup>35</sup>. (Echeburúa, 2015:120-121).

Los suicidios llevados a cabo por personas con trastorno mental padecen, sobre todo:

- Depresión y trastorno bipolar, siendo las personas mayores que padecen estos trastornos, las que corren mayor riesgo y las personas enfermas.

*A veces, la depresión se asocia al dolor de una enfermedad física o miedo a tenerla en un futuro próximo, como puede ocurrir en el caso del cáncer maligno. Sin embargo, las enfermedades crónicas por sí mismas no llevan al suicidio, sino que son un factor de riesgo sólo cuando se acompañan de desesperanza<sup>36</sup>.* (Echeburúa, 2015:120-121).

- Los trastornos adictivos (alcoholismo, drogadicción, ludopatía, etc.) pueden derivar en un intento de suicidio debido a la alta impulsividad de estos pacientes.
- Los trastornos psicóticos (esquizofrenia, paranoia, etc.) están muy asociados al suicidio debido a sintomatología alucinatoria y delirante, así como a una alta impulsividad.
- En el trastorno límite de personalidad la impulsividad y la inestabilidad emocional son las principales características, por lo que la ideación suicida es muy frecuente.
- En la anorexia también se pueden producir intentos de suicidio en estadios avanzados, al no poder alcanzar ideales de perfección física<sup>37</sup>. (Echeburúa, 2015:121).

En cuanto a los factores de protección, aparte de las características de personalidad como una adecuada autoestima, flexibilidad cognitiva, control sobre los impulsos, buenas habilidades sociales y valores como la espiritualidad, el altruismo, etc. En el ámbito de lo social, preserva del suicidio estar integrado en la cultura, tener apoyo familiar, tener hijos pequeños, tener amparo social y el acceso a tratamiento psiquiátrico y psicológico<sup>38</sup>. (Echeburúa, 2015:123).

Las personas que puedan pensar en suicidarse de forma factible, pueden ser susceptibles de solicitar la eutanasia. Sin embargo, la gran mayoría de ellas, con los recursos adecuados, le podrán dar sentido a su vida.

Por otro lado, Émile Durkheim, relevante sociólogo en el estudio de la dimensión sociológica del suicidio, hablaba de *sociedades suicidógenas* y del *suicidio anómico* que se produce en un determinado momento y caldo de cultivo social.

*La anomía, como estado social, es: una falta de dirección que suele aparecer en las épocas*



*de revolución social. En el individuo se corresponde con un desconcierto o inseguridad a los que hoy se suele definir como alienación o pérdida de identidad. La anomía es un estado de la sociedad donde los valores tradicionales han dejado de tener autoridad, mientras que los nuevos ideales, objetivos y normas todavía carecen de fuerza. Anomía es un estado social en que cada individuo o cada grupo buscan por sí solos su camino, sin un orden que los conecte con los demás*<sup>39</sup>. (Durkheim, 1897).

Volviendo a el estado de enfermedad, la mental o del estado del ánimo no es equiparable a la enfermedad fisiológica. Esta última, no anula normalmente la capacidad de decidir. La enfermedad mental puede anular o limitar la libertad del paciente de forma temporal o indefinidamente. Como ya se ha señalado, la distorsión cognitiva, la ausencia de principio de realidad, la enajenación, etc. pueden perturbar la conciencia y afectar gravemente en las decisiones. Este tipo de paciente es especialmente vulnerable a tomar decisiones en contra de sus propios intereses<sup>40</sup>. (Sociedad Española de Psiquiatría, 2021:5).

*Las personas que sufren trastornos mentales graves y duraderos, ante la respuesta social a su enfermedad en muchos de los casos, no sólo contraproducente, sino incentivadora de mantenimiento y difícil tratamiento y de esa constante y continua muestra de rechazo, responden con un abandono de los aspectos psicológicos, sociales, laborales y de ocio-culturales; situación que les encamina hacia el aislamiento y como consecuencia a la marginación social*<sup>41</sup>. (Fernández Santiago, *Salud Mental Comunitaria*, 2012).

En cuanto al duelo que los familiares pueden padecer tras la eutanasia de un paciente, no hay todavía estudios suficientes, pero, podría ser muy similar al duelo de las personas que han perdido a un ser querido por suicidio. Esto es; sentimientos de culpa, incompreensión, miedo, enfado, baja autoestima, estigma asociado al tipo de muerte, etc.

*Las investigaciones preliminares han indicado que participar en una muerte asistida puede suponer unas consecuencias positivas para la persona superviviente. Sin embargo, si la*

*persona no forma parte de la planificación o la puesta en práctica de una muerte asistida, puede tener reacciones similares a las del superviviente típico de una muerte por suicidio*<sup>42</sup>. (William Worden, J., 2004:155).

## VI. Conclusión

En definitiva, nos toca elegir quiénes queremos ser y en qué calidad, como sociedad, como especie, como Humanidad y recorrer caminos legales, sociopolíticos y sanitarios para alcanzarlo. Como siempre, será conveniente pararse a pensar, a reflexionar, a no tomar decisiones demasiado atropelladas e impulsivas que nos lleven a involucionar. La adaptación humana no siempre es progreso y evolución; a veces, también implica echar pie atrás y regresar a las cavernas.

En la parte psicológica, no ha lugar a la eutanasia por trastorno mental, sino apoyo y tratamiento para mejorar o, al menos, convivir con el trastorno, una vida deseable de ser vivida, con sentido. El trastorno mental no es letal en sí mismo y puede ser tratado médica y psicológicamente. Una persona “usuaria” de la ley de eutanasia, si padece trastorno mental o demencia, puede convertirse en una víctima de dicha ley.

La posibilidad de que fracasemos como sociedad, dependerá de la inversión sociosanitaria, económica y pedagógica que hagamos en este ámbito. Por solidaridad con las personas con trastorno mental y por conciencia social, para no vernos abocados a convivir con el duelo por las personas que no encontraron sentido o porque la propia distorsión de ese “sentido” les llevó a tomar decisiones inapropiadas para ellas, es necesario invertir. Es cierto que esa inversión en medio de una pandemia, con crisis migratorias por doquier, con el cambio climático al acecho, etc., parece ingenua o utópica. En terapia se suele decir que “estamos en el punto en el que estamos y no en el que nos gustaría estar”. No obstante, conviene mirar hacia la esperanza y no aceptar la eutanasia como una metáfora de nuestra actitud y de nuestro estado de ánimo social.

**Contacto**

María C. Torrado ✉ maria-c.torrado@telefonica.net • www.mariatorradopsicologa.com

**Bibliografía**

<sup>28</sup> BYUNG-CHUL HAN. *La sociedad del cansancio*. Herder editorial, 2012.

<sup>39</sup> DURKHEIM, E. *El Suicidio. Un estudio de sociología*, 1897. Epulibre. ePub o. Titivillus. 15.01.16.

<sup>19,20,21,22,23,25</sup> KÜBLER-ROSS, E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Penguin Random House Grupo editorial, 1974. (2021, última impresión).

<sup>26,27</sup> KÜBLER-ROSS, E. *Preguntas y respuestas sobre la muerte y los moribundos*. 1974. Ediciones Obelisco, 2016.

<sup>41</sup> MARCOS DEL CANO, A. M.<sup>a</sup> y TOPA CANTISANO, G. *Salud mental comunitaria*. UNED, 2012.

<sup>4,5</sup> MARCOS DEL CANO, A. M.<sup>a</sup>(Coord.). *Bioética y derechos humanos*. Ciencias sociales y jurídicas UNED, 2011.

<sup>1,2,3,6,7</sup> MARCOS DEL CANO, A. M.<sup>a</sup> y DE LA TORRE DÍAZ, F.J. *Así, no ; no así. La ley de eutanasia en España*. Dykinson, 2021.

PASTOR MORALES, J.M. y DEL RÍO SÁNCHEZ, C. *Ética profesional en salud mental*. Pirámide, 2018.

<sup>18,24</sup> ROJAS MARCOS, L. *Superar la adversidad. El poder de la resiliencia*. Espasa, 2010.

<sup>42</sup> WILLIAM WORDEN, J. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós 2004.

**Artículos**

<sup>33,34,35,36,37,38</sup> ECHEBURÚA, E. *Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica*. Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, 2015.

DSM 5. *Trastorno del comportamiento suicida*. www.suicidioadolescente.com.ar

FELIPE PALACIO, A. *La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días*. Departamento de Psicoanálisis. Universidad de Antioquía.2010.

SOSA TROYA, M. y MOUZO, J. *El suicidio, la amenaza silenciosa tras la pandemia: “Es algo que te rompe por dentro”*. El País, 26 julio 2021.

**Informes y leyes**

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL GOBIERNO VASCO, OSAKIDETZA, *Plan de cuidados paliativos de Euskadi 2016-2020*. 1 de abril de 2016.

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL GOBIERNO VASCO, OSAKIDETZA, *Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi*. 1 de abril de 2019.

<sup>8</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*.

CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA. *Código deontológico de la Psicología*.

<sup>10,11,12,13</sup> COMISIÓN SOCIOSANITARIA DE COMITÉS DE ÉTICA DE EUSKADI. *Informe de posicionamiento ético y valorativo acerca de la posible despenalización y regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido*. 9 de diciembre de 2020.

<sup>9,29,30,31,32</sup> COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA. *Informe del comité de bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*. 4 de marzo de 2020.

<sup>14,15,16,17,40</sup> SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA. “Eutanasia y Salud Mental. Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia.” 3 de febrero de 2021.

• Recibido: 15/10/2021.

• Aceptado: 11/12/2021.

# Experiencia de Musicoterapia en grupo con adultos jóvenes en un Hospital de Día.

## *Group music therapy experience with young adults in a day hospital.*

**M. Elisabet Gordoá.** Músico y Musicoterapeuta por el Instituto de Música Arte y Proceso (IMAP).

**Esperanza Torres.** Psicóloga, Doctora en musicoterapia (Universidad de Aalborg, Dinamarca).  
Directora del Máster de musicoterapia en IMAP.

**Patxi del Campo.** Musicoterapeuta. Director del Instituto IMAP.

**Beatriz Montoya.** Psicóloga clínica. Hospital de Día. Red de Salud Mental de Álava.

**Fernando Santander.** Psiquiatra. Hospital de Día. Red de Salud Mental de Álava.

**Resumen:** Este artículo desarrolla una experiencia de musicoterapia en grupo reducido realizada con adultos jóvenes con trastorno mental grave en el Hospital de Día de la Red de Salud Mental de Álava. El tratamiento consistió en un proceso de 20 sesiones de musicoterapia activa con el fin de facilitar y promover la comunicación, la expresión emocional y la conciencia de autocuidado entre los participantes y observar la posible reducción de síntomas negativos de la enfermedad como el aislamiento, la anhedonia y la apatía. Los resultados muestran cómo el uso de técnicas musicoterapéuticas como improvisación y creación de canciones (“songwriting”) incrementan la participación y cohesión del grupo, reducen la apatía y el aislamiento, estimulan la expresión emocional y favorecen un mayor autoconocimiento y confianza en sí mismos. Los beneficios observados con esta experiencia sí bien no pueden generalizarse a todos los pacientes de salud mental, invita a continuar realizando este tipo de intervenciones complementarias, no invasivas, y favorecedoras de interacción en los centros asistenciales.

**Palabras clave:** *Musicoterapia, salud mental, grupo, improvisación, interacción, expresión emocional, reducción de síntomas.*

**Abstract:** This article develops a small group music therapy experience carried out with young adults with severe mental disorder in the Day Hospital of the Mental Health Network of Alava. The treatment consisted of a process of 20 sessions of active music therapy in order to facilitate and promote communication, emotional expression and self-care awareness among participants and to observe the possible reduction of negative symptoms of the disease such as isolation, anhedonia and apathy. The results show how the use of music therapy techniques such as improvisation and songwriting increase group participation and cohesion, reduce apathy and isolation, stimulate emotional expression and promote greater self-knowledge and self-confidence. Although the benefits observed with this experience cannot be generalized to all mental health patients, it invites to continue carrying out this type of complementary, non-invasive, and interaction-fostering interventions in health care centers.

**Key words:** *Music therapy, mental health, group, improvisation, interaction, emotional expression, symptom reduction.*

## Introducción

Después de varios años de colaboración entre el Hospital de Día de la Red de Salud Mental de Álava, y el Instituto *Música, Arte y Proceso* (IMAP) queremos compartir nuestra reflexión sobre la finalidad y los beneficios que obtienen los participantes en esta actividad sistemática grupal, con una intervención de musicoterapia activa.

IMAP lleva desarrollando iniciativas de intervención con musicoterapia en el ámbito de Salud Mental desde hace décadas, con un enfoque centrado en la persona, dando prioridad a los aspectos potencialmente expresivos y creativos de ésta. En la musicoterapia se trabaja interdisciplinariamente, con estrategias artísticas, principalmente musicales, como medio facilitador de acción creativa y transformadora. Estos procesos se desarrollan, con un seguimiento y asesoramiento de profesionales de la salud mental.

## Musicoterapia en salud mental

La musicoterapia como intervención terapéutica es un proceso dirigido a fomentar la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos, con el fin de suplir necesidades de tipo físico, emocional, mental, social y cognitivo. La musicoterapia busca desarrollar potenciales y/o restaurar funciones de los individuos de forma que puedan conseguir una integración tanto intra como interpersonal y, como consecuencia, una mejor calidad de vida (1)

Según la OMS (2), los trastornos mentales afectan el funcionamiento del individuo, dando como resultado un enorme sufrimiento y disminución de la calidad de vida, y también aislamiento, estigmatización y discriminación. En comparación con el resto de la población, hay una alta prevalencia de sentimientos de soledad en las personas con trastorno mental grave y una reducción de su red social (3).

Las posibilidades que ofrece un tratamiento de musicoterapia en el campo de la salud mental se han publicado en diversos estudios. Entre ellos, los recogidos en el metaanálisis de Gold et al. (4) que muestran efectos significativos sobre el estado general, en los síntomas generales, los

síntomas negativos, la depresión, la ansiedad, el funcionamiento y el compromiso con la tarea. A parecidas conclusiones llegaron Mössler et al. (5) y Geretsegger et al. (6) después de analizar 8 estudios, con un total de 483 participantes estudiando el efecto a corto y medio plazo de la musicoterapia. Concretamente, en estudios con pacientes con esquizofrenia, la musicoterapia grupal contribuyó a disminuir síntomas negativos y a mejorar el contacto interpersonal (7), romper el aislamiento, mejorar la calidad del sueño, aumentar la energía y mejorar la motivación para el tratamiento (8), y a facilitar cambios al aprendizaje experiencial autónomo, y el fomento de la creatividad (9).

De acuerdo con Pedersen (10) estos estudios nos invitan a considerar la musicoterapia como un tratamiento que puede contribuir a cambios en el estado general de salud de los pacientes psiquiátricos tanto en la remisión de síntomas como en la mejoría de aspectos como el empoderamiento, la identidad positiva, el desarrollo de relaciones positivas y la expansión de sus redes sociales (11), y se ofrecen nuevas herramientas de comunicación que permiten adoptar una nueva forma de relacionarse con otros, y sentirse más fortalecido (12, 13).

La experiencia con la música y su capacidad de soporte, acompañamiento y transformación emocional, social, física y espiritual es intrínseca al ser humano y más especialmente a la población joven, quienes están conectados con la música en casi todos los procesos relativos a la vida cotidiana de manera omnipresente, aportando emotividad, contención emocional, distracción de las situaciones angustiantes, y proporcionando identidad, entre otras (14). Papinczak et al. (15) destacan que la música es la actividad de ocio preferida por los jóvenes de entre 15-25 años y vinculan ésta con el bienestar ya que a través de la música se construyen relaciones, cambia la percepción de uno mismo y de la realidad, se conecta con las emociones, y se modifican éstas.

McCaffrey et al. (16) afirman que establecer una relación a través de la música brinda oportunidades a las personas para que encuentren formas de manejar su angustia, reflexionen sobre las relaciones con los demás y comuniquen



experiencias que no siempre se expresan fácilmente con palabras. Sostienen que la musicoterapia incide en cinco procesos centrales de recuperación: 1) relacionarse con su pares y grupos de apoyo y ser parte de la comunidad; 2) esperanza y optimismo sobre el futuro; 3) identidad, como una redefinición del sentido positivo de identidad y la superación del estigma que supone la enfermedad mental; 4) sentido de la vida; y, por último, 5) empoderamiento, lo que supone responsabilidad personal, control sobre la vida, y centrarse en las fortalezas.

Otros estudios destacan mejoras en el bienestar en aspectos como: pasar un buen rato (placer, alegría, libertad, relajación, motivación y esperanza); estar juntos (pertenencia, participación social); expresión y regulación de emociones (sentimientos); e identidad (promover la identidad de la persona con sus valores y recursos (17).

Martín Martín (18) destaca que “a través de la música pueden crear, componer, es decir, construir algo en el presente que pueden escuchar y vivir junto a otro, que pertenece a una realidad compartida. Vivir, por tanto, la subjetividad y la intersubjetividad. La música posibilita construir una identidad individual, grupal y colectiva” (p119).

### **Intervención con musicoterapia en un hospital de día**

Durante varios años el Instituto IMAP, junto con los profesionales del Hospital de Día de Psiquiatría (HdD) de Vitoria-Gasteiz, han realizado, como recurso terapéutico complementario, intervenciones con musicoterapia con los usuarios del centro, pacientes con trastorno mental grave, intentando que este proceso contribuyera a la reducción de síntomas negativos, y mejorara la percepción subjetiva de la enfermedad.

El HdD es una estructura asistencial intermedia diseñada para atender a pacientes jóvenes (con edades entre 18 y 35 años) con trastorno mental grave (TMG), que interfiere su funcionalidad vital y que requieren un tratamiento intensivo por su elevada inestabilidad psicopatológica y un abordaje preventivo de complicaciones y/o de cronicidad. Se persigue proporcionar una atención integral, y se trabaja sobre tres objetivos principales: remisión clínica sintomática, recuperación

al máximo nivel funcional posible y prevención de recaídas. Entre los programas de intervención se incluye la musicoterapia.

Concretamente, en este artículo nos centraremos en la intervención con musicoterapia realizada entre los meses de octubre a marzo de 2020-21, con un total de 20 sesiones, desarrollándose con una periodicidad semanal.

### **Participantes**

El grupo estuvo constituido por 12 personas, con edades comprendidas entre 19 y 35 años. Los factores que se tuvieron en cuenta para su inclusión fueron los siguientes:

1. Estar diagnosticados de alguna de las patologías incluidas en el concepto de TMG (1) diagnóstico de: psicosis, trastorno de personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad grave, trastornos generalizados del desarrollo; (2) tiempo de evolución superior a 6 meses; (3) afectación de la funcionalidad global.
2. Presentar un cuadro clínico relativamente estable.
3. Ser capaz de expresarse verbalmente tanto en una entrevista individual como en una sesión de grupo.
4. Tener capacidades cognitivas y de obrar suficientes para poder recibir información sobre el estudio y otorgar su consentimiento.
5. Al comienzo de la intervención todos los pacientes se encontraban relativamente estables desde el punto de vista psicopatológico, pero mostraban anhedonia, aislamiento social, baja motivación para participar en actividades y dificultades para hablar de sus sentimientos, expresar sus deseos y sostener sus decisiones.

### **Objetivos**

Los objetivos que se propusieron en esta intervención con musicoterapia fueron:

- a. Promover y aumentar la escucha a uno mismo y la escucha al otro a través de la escucha musical dada, de la escucha de preferencias musicales propias y ajenas y de la audición reflexiva de las producciones musicales del grupo.

- b. Incrementar la motivación y el compromiso en la participación de actividades del grupo.
- c. Mejorar la comunicación y las relaciones dentro y fuera del grupo.
- d. Aumentar, mejorar y dar valor a la expresión emocional con ayuda de la música.
- e. Contribuir a ampliar la toma de conciencia del estilo personal de relacionarse, expresarse y de la capacidad de auto-responsabilidad por el cuidado, la salud y el bienestar de uno mismo.
- f. Incentivar habilidades expresivas emocionales reduciendo el aislamiento, la apatía, la anhedonia y otros síntomas negativos.

### Intervención con Musicoterapia

Las sesiones se llevaron a cabo por una estudiante de último año de máster de musicoterapia en prácticas, bajo la supervisión de los tutores, con el seguimiento de los facultativos (psicóloga y psiquiatra) del HdD, a través del visionado de las sesiones grabadas en vídeo (con el consentimiento explícito de los participantes y del propio centro asistencial).

La base fundamental de la intervención con musicoterapia es utilizar la música y sus características como lenguaje de expresión y comunicación, de modo que facilite la expresión de diferentes sentimientos y emociones, la comunicación intra e interpersonal, la escucha activa y la interacción con otros.

En las sesiones de grupo se emplearon tanto técnicas activas, centradas fundamentalmente en la improvisación musical (19), como técnicas receptoras. Como destaca Pedersen (10, 20) la intervención con musicoterapia requiere adaptarse a las necesidades de cada individuo y por ello se ponen en juego estas diferentes intervenciones no siempre de manera lineal.

Cuando se trata de experiencias musicales activas, la terapia se dio a través de los esfuerzos de cada participante por tocar, recrear o crear música, y tal y como señala Bruscia (21) estableciendo un puente entre la comunicación verbal y no verbal, facilitando la interacción grupal y el desarrollo de habilidades interpersonales, así como de expresión individual, espontaneidad,

creatividad y juego, con distintos niveles de estructura y directividad.

En las experiencias musicales receptoras, se trata de escuchar y compartir piezas musicales significativas, en los distintos ámbitos: emocional, social, cultural y/o espiritual, estimulando el proceso individual y la interacción interpersonal de modo que facilite un cambio.

También se ha utilizado técnicas de creación de canciones ("songwriting") con los objetivos que destaca Rolvsjord (22): facilitar la expresión y comunicación de sentimientos, fortalecer la identidad y proporcionar disfrute; así como fomentar la interacción social, la cohesión grupal y los sentimientos de apoyo grupal.

Desde esta perspectiva, siguiendo a Gold et al. (23) se enfatizan los recursos, fortalezas y potencialidades del paciente, más que las limitaciones y los síntomas, reforzando también la colaboración entre iguales y el empoderamiento.

### Instrumentos de evaluación

Para observar y valorar los cambios de los y las participantes durante este tratamiento se han utilizado técnicas de registro de observación como son el diario de sesiones y la transcripción de los vídeos grabados. Junto a esto, se tuvieron en cuenta aspectos como la asistencia a las sesiones, el grado de participación e involucración en las actividades propuestas (musicales y no musicales) y variables de participación dentro de éstas, tales como liderazgo, permanencia, integración rítmica grupal, autonomía musical, utilizando los modelos de valoración IAPs (perfiles de valoración en la improvisación) propuestos por Bruscia (24). Asimismo, se solicitó la valoración personal de cada participante acerca de la utilidad de esta intervención.

### Estructura de las sesiones

Las sesiones constan de 3 fases:

- Entrada: Saludo e intercambio de impresiones sobre el estado general de cada uno; comentarios sobre las últimas sesiones, temas e intereses del día y caldeo tanto musical como corporal.



- Desarrollo: Improvisación instrumental activa, creación de canciones (escucha, análisis y/o composición), relajación con visualización guiada.
- Cierre: Reflexión verbal de la experiencia musical vivida, significado y relación individual con su estado inicial y el tema del día.

y el llegar a acuerdos. Usualmente, se plantea una lluvia de ideas, donde a partir de un tema dado y cada persona ofrece palabras que desea que aparezcan en esa canción. Puede partirse de una base rítmica y melódica previa ya creada, cambiando la letra de la canción o la musicoterapeuta va creando una nueva base musical que sostenga los versos creados.


### Ejemplos de la intervención

#### *Crear canciones que aporten identidad grupal*

Crear canciones es una manera de expresar y comunicar sentimientos y puede ser también una manera de trabajar la identidad individual y la identidad de grupo. Permite a cada miembro conectarse con los otros y establecer lazos de relación y resonancia emocional. Esta actividad, normalmente de disfrute y gozo, contribuye además a incentivar la colaboración, la negociación

#### *Amigos del corazón*

*En esta canción de bienvenida, todos van lanzando palabras que les gustaría que estuviesen en la canción: suerte, cantar, amigos, Angulema (referencia a la calle donde se ubica el HdD), problema, vacío, corazón. Empiezo de manera directiva, organizando para, poco a poco, ir cediendo el protagonismo al grupo. Con todas las palabras que han escrito se compone la canción que usaremos todos los días como bienvenida a partir de este momento.*



Me su da ser tobe te si do de po der can tar con ti go es por que so mos co le gas  
a mi gos de An ga le ma.  
Y si tie nes un pro ble ma yel va cí o no te lle na siem pre va rán tus a mi gos  
a mi gos del co ra zón.

**Canción de bienvenida**

*Menuda suerte he tenido,  
de poder cantar contigo;  
es porque somos colegas,  
amigos de Angulema.  
Y si tienes un problema,  
y el vacío no te llena,  
siempre estarán tus amigos,  
amigos del corazón.*

#### *Tocar instrumentos facilitando la participación y la regulación del grupo y del individuo*

En todas las sesiones se proponen actividades musicales en las que los asistentes puedan tocar con los instrumentos que hay en la sala: guitarra, güiro, maracas, kalimba, panderos, shakers, metalófono, xilófono, djembé, bongos, triángulo, claves, tamborín... Son invitados a que escojan uno y participen en la creación de algo conjunto. En ocasiones, surge algo bello y común a partir de un tempo común; en otras surge alguien protagonista, que interpreta, tomando la iniciativa, dirigiendo al resto y/o efectuando un momento solista.

#### *La sorpresa de conocer y conocerse*

*U. no quiere venir a musicoterapia. Ha intentado cambiar la actividad por otra, pero no ha sido posible. A pesar de ello su asistencia es alta. Cuando improvisamos, U. se une a la producción musical, pero al poco tiempo deja de sonar; frecuentemente cuando toca, lo hace sin relacionarse con el grupo, con un tempo muy diferente, con una intensidad media-alta, sin modularla, como si estuviera desconectado, Progresivamente la participación de U. aumenta con la complicidad de M. , quien ofrece un ritmo binario con su guitarra, es el ritmo del grupo; U.*

lo mira y empieza a tocar las maracas, al principio en un tempo diferente al de M., pero poco a poco va uniéndose al tempo común. Hasta que en la sesión 9 se presenta voluntariamente a ser el “director” dirigiendo la improvisación: modulando el ritmo, la intensidad y el orden de aparición de los instrumentos, con una presencia atenta y una iniciativa respetuosa con el tempo del grupo.

### **Escuchar canciones y estimular distintas asociaciones**

En algunas ocasiones, la actividad que se propone es compartir una pieza de música que trae la musicoterapeuta o algún miembro del grupo, sin especificar una razón para su elección, simplemente la que quieran, y la propuesta se basa en escuchar esta canción, de manera relajada y mientras la escuchan representar en un folio aquello que les sugiere la canción (sentimientos, recuerdos, imágenes, etc.).

### **Abrir los candados**

G. suele venir a sesión con el abrigo puesto y no se lo quita. En las primeras sesiones casi no participa; solo observa.

Progresivamente va acercándose al grupo y eligiendo los instrumentos disponibles en la sala. G. elige primero instrumentos de pequeña percusión (como la maraca o el triángulo), tocándolos a baja intensidad, con tempo lento, hasta llegar al tamboril cuyo sonido sobresale de entre los demás instrumentos. En una de las primeras sesiones, G. dibujó un candado, explicando que “estoy cerrado y no quiero compartir mi música”, hasta el momento en que, en su sesión 8ª, ya sin abrigo, se permitió compartir: “Ha sido como una pieza de dominó. (...) poder expresarme me ayuda”.

### **Traer la propia historia con las canciones**

De las canciones que los miembros del grupo comparten, sobresalen aquellas que forman parte de su biografía sonora. Una canción significativa de su vida, de su historia sonora, que facilite expresar, compartir y resonar en confianza en el grupo, como lugar seguro donde depositar sus experiencias previas.

### **Al mundo le sobra gente rota y necesita personas fuertes que sepan unir**

Cuando P. trajo la canción de su historia sonora (25), no puede dejar de emocionarse; También N. resuena con ella, con su letra y su melodía, y rompe a llorar desconsoladamente, con un llanto profundo que no puede reprimir y que envuelve a todos. Los compañeros poco a poco van uniéndose con sus instrumentos a partir de la base sostenedora que ofrece la musicoterapeuta con su guitarra, apoyando este momento de conexión y consuelo emocional. Toca la guitarra con un tempo binario, haciendo la armonía en tonos menores para ir pasando a tonos mayores y todos se van uniendo con la intención de acompañar. Se trata de un tempo lento y una sonoridad de baja intensidad. Después de ese sostén rítmico, las lágrimas van cesando. N. comenta que la canción “Vuelve” es también parte de su historia, recordando el día que necesitó escuchar esta pieza en la soledad de un ingreso en el hospital psiquiátrico, cuando recibió la dolorosa noticia de la muerte de su madre.

P., entonces, resalta las palabras de la canción: “al mundo le sobra gente rota y necesita personas fuertes que sepan unir”.

### **Participar en el grupo sin exigencias, ni limitaciones**

En la propuesta de actividades, tanto musicales como no musicales, no hay exigencia, no hay presión sobre las capacidades musicales, ni tampoco de las expresivas, ni de la participación. La musicoterapeuta va invitando a cada participante a que vaya integrándose en las actividades y pueda compartir con el resto sus necesidades. A veces esta comunicación se hace desde el comienzo, otros necesitan más tiempo, unos lo hacen para todos y algunos se apoyan en algún compañero/a; a veces la canción de alguno resuena en todos o en alguien especialmente. Otras veces, es sólo con la musicoterapeuta con quien pueden compartir vivencias íntimas.

### **Volar hacia el cielo sin tristeza**

E. asiste pocas veces a las sesiones y no suele hablar con sus compañeros. A la hora de elegir instrumento, suele escoger las maracas, y en las composiciones no destaca; su sonido



*pasa desapercibido en nuestras improvisaciones. Toca, con intensidad baja y suele ser de los últimos en unirse a la composición. En las actividades donde hay diálogo no participa. En las últimas sesiones, E. empieza a venir más asiduamente, y comparte cuánto le cuesta salir de su casa para venir, ya que es allí, donde se siente seguro. En esta sesión elige un timbre más agudo, un xilófono. Empieza primero escuchando, y poco a poco empieza a tocar, mete notas sueltas a baja intensidad; a lo largo de la producción musical va aumentando la intensidad y también nuevas notas de la melodía que va construyendo hasta que acaba siendo el solista del grupo. Todos le miran asombrados mientras toca acompañando esta hermosa comunicación con la música. Al terminar la sesión me pide compartir solo conmigo la canción "Tsubasa wo kudasai" (26).*

*Dame alas*

*Si yo pudiera pedir un deseo  
que se haga realidad ahora pediría un par de alas  
por favor concédeme unas alas blancas  
sobre mi espalda como las de un pájaro.*

*En este inmenso cielo quiero  
difundir mis alas y volar  
hacia el cielo libre sin tristeza  
quiero mover mis alas  
y volar muy alto.*

*Todavía sueño con esas cosas  
que he soñado cuando era pequeño.*

(Letra de la canción *Tsubasa wo Kudasai*).

## Resultados

Este tratamiento de musicoterapia ha seguido una valoración cualitativa e interpretativa en función de las observaciones de los cambios gestuales, de expresividad emocional, o de la manera de participar tanto en las improvisaciones grupales como en la creación de canciones de los participantes, así como las valoraciones y comentarios de los distintos miembros del grupo. También se ha tenido en cuenta su asistencia, como medida de interés y adherencia al tratamiento y los cambios observados en sus síntomas.

Cuando se les preguntó a los participantes si había algo que les había llamado la atención o que recordaran de las sesiones vividas, lo que recor-

daron fueron momentos de creación: songwriting e improvisación musical, sobre todo; pero también los momentos de disfrute, de catarsis, de autorrevelaciones y el apoyo del grupo a través de la música ante la expresión emocional. Al traer estas experiencias parecen haberse dado cuenta de sus potencialidades, que pueden confiar en las personas del grupo y que éste tiene capacidad de sostener y de contener, que no están solos, que el grupo está ahí para ellos.

Por ejemplo, A. rescata: "*Nunca había compuesto canciones y hemos conseguido componer; me ha gustado, pensaba que no seríamos capaces. Y también (me ha gustado) el apoyo del grupo y apoyar. Algunos días yo venía nerviosa y esto me ha servido para salir más relajada y apoyada y no sé, me ha venido bien. Me ha ayudado a desconectar un poco. Yo ahora siento que estoy mejor que cuando empezamos. Se nota la diferencia de cómo estaba*".

N. manifiesta que "*podemos hablar de lo que nos pasa, y si lloramos nos acompañan los compañeros, (...) A mí por lo menos me ha venido muy bien. (...) En grupo te sientes más acogida; ahora somos más grupo de verdad, antes iba cada uno a su bola (...) Siento el apoyo del grupo*".

L. rescata el disfrute que ha supuesto la musicoterapia para él: "*Yo me lo he pasado mejor de lo que esperaba*".

Tras acabar el proceso U. dijo "*me llevo una grata sorpresa de lo que es musicoterapia. (...) la parte emotiva la he presenciado en primera persona y me llevo un sentimiento por esa parte, como un conocer a alguien un poco mejor y un poco más de conocimiento personal*".

G. comentó: "*Estas sesiones me han venido muy bien, (...) yo que estaba tan cerrado...me han hecho ir a mejor. La música acompaña siempre*".

De estas y otras manifestaciones, podemos deducir que los participantes han percibido una mejoría subjetiva de su bienestar a lo largo de la intervención, ganando confianza en sí mismos y en el grupo, reforzando los vínculos dentro del mismo, mejorando su interacción y reduciendo su aislamiento, así como aumentando su motivación e interés en las actividades, y reduciendo su anhedonia. Esta mejoría se ha visto reflejada,

además, en ligeros cambios y modificaciones en el comportamiento de los participantes en otros contextos y actividades de la vida diaria.

Al ser analizada la asistencia y regularidad de esta asistencia se observó que el porcentaje de asistencia a todas las sesiones fue de un 63%, lo que puede considerarse una asistencia significativamente importante, dada las características del grupo. Hubo una gran disparidad en la asistencia de los diferentes miembros, donde al menos 7 de ellos asistieron al 70% de las sesiones. Estas 7 personas, de las 12 que participaban, son las que puede considerarse que participaban más activamente en las actividades, y mostraron más adherencia al tratamiento ofrecido. De las personas que acudieron menos frecuentemente, un caso estuvo justificado por cambio en el plan de estudios, y otro por cambio de actividad; el resto tampoco tenían buena asistencia al HdD.

En esta asistencia se ve claramente cómo va aumentando su regularidad en las sesiones, junto a su participación más activa. En consonancia con lo señalado por Murow Troice et al. (27), es posible que un mayor bienestar se asocie con encontrarle sentido a la terapia, y una asistencia más regular al tratamiento inspire a los pacientes mayor utilidad y sentido.

Pudo observarse en las improvisaciones que, a partir de las 13<sup>o</sup> sesión, la dinámica musical grupal cambió, con más permanencia en las actividades musicales, mayor integración rítmica y un incremento en la asunción de liderazgo del grupo, mientras que la musicoterapeuta tomó un rol menos directivo y más de observación. Murow Troice et al. (27) señalan que la experiencia de improvisación musical en una situación de grupo, en un ambiente relativamente relajado y de aceptación, puede ser un factor que fomenta la sensación de bienestar como inicio de un mejor funcionamiento psicosocial.

Se apreció un aumento de la expresión emocional, según fue avanzando el proceso y el grupo era capaz de sostener, contener y consolar a la persona que mostraba sus emociones, tanto en las interpretaciones de las canciones como en las creaciones, mostrándose mayor unidad, cooperación y respeto grupal.

Todos los y las participantes mostraron interés en continuar con el grupo de musicoterapia una vez finalizado el estudio, de lo que puede deducirse mejor expectativa y motivación de futuro.

Estos resultados no pueden considerarse concluyentes, dado el reducido número de participantes y la interpretación de los datos, con insuficientes medidas objetivas estadísticas. Sin embargo, dadas las características psíquicas y relacionales de los y las pacientes intervinientes, este efecto positivo pequeño merece ser destacado y dado significatividad en la evolución, valoración y reconocimiento del cambio vivido.

### Conclusión

Este ejemplo de intervención con musicoterapia en un Hospital de Día de Salud Mental aporta una visión posibilitadora y esperanzadora de intervención complementaria al resto de intervenciones propias de un HdD.

En esta intervención se ha trabajado desde el potencial de la creación aplicado a la musicoterapia, (28, 29). A medida que los participantes iban construyendo, *haciendo* en las diferentes actividades, todos y todas mejoraron en integración musical conjunta, y permanencia en las creaciones y las interacciones verbales: autorrevelaciones, catarsis y respuestas que se daban de manera grupal o individual a las mismas, formando grupo.

Puede verse como esta intervención facilita la participación en servicios terapéuticos y mejorar en las relaciones sociales, puesto que contiene oportunidades de participación sin juicio, que se centra en las fortalezas y recursos de las personas (30, 31), y facilita salir de esa estigmatización que acarrea la enfermedad mental (16, 17).

Hacer y compartir música pone en juego capacidades diversas de interacción comunicativa que requieren escucha, respuesta, iniciativa, consenso y regulación.



## Contacto

M. Elisabet Gordo ✉ [sentimusik@gmail.com](mailto:sentimusik@gmail.com)  
SentiMusik • Calle Laubide 13, Bajo • 20230 Legazpi • Guipúzcoa

## Bibliografía

1. World Federation of Music Therapy. Definition of music therapy. 1996 (citado 5 de abril de 2021). Recuperado a partir de: [https://www.wfmt.info/Musictherapypworld/modules/wfmt/w\\_definition.htm](https://www.wfmt.info/Musictherapypworld/modules/wfmt/w_definition.htm)
2. OMS. Programa Mundial de Acción en Salud Mental. Ginebra; 2002 (citado el 10 de marzo de 2021). Recuperado a partir de: [https://who.int/mental\\_health/media/en/267.pdf](https://who.int/mental_health/media/en/267.pdf)
3. Wang J, Lloyd-Evans B, Giacco D, Forsyth R, Nebo C, Mann F, et al. Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2017; 52(12): p. 1451-1461.
4. Gold C, Solli HP, Krüger V, Atle Lie S. Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2009; 29(3): p. 193-207.
5. Mössler K, Solli HP, Heldal TO, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011;(12). doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub3
6. Geretsegger M, Mössler KA, Bieleninik L, Chen XJ, Heldal TO, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders (Review). *Cochrane Library*. 2017;(5). doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub4
7. Ulrich G, Houtmans T, Gold C. The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007; 116(5): p. 362-370.
8. Astman U. Tiårsplanen for psykiatrien skal styrke musikterapien. *Sundhed*. 2021 Marzo 16. Recuperado a partir de: <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/s-i-nordjylland-10-aarsplan-for-psykiatrien-skal-styrke-musikterapien>
9. Carr C. Modelling of intensive group music therapy for acute adult psychiatric inpatients. *Queen Mary University of London*; 2014.
10. Pedersen IN. The future of Music Therapy for Persons with Schizophrenia. In *Envisioning the Future of Music therapy*: Temple University Press; 2016. p. 14-23.
11. Solli HP. The groove of recovery: A qualitative study of how people diagnoses with psychosis experience music therapy. *University of Bergen, Norway*; 2014. Recuperado a partir de: <https://hdl.handle.net/1956/8753>
12. García Caro L. Musicoterapia en salud mental: cómo pueden las técnicas activas de musicoterapia en grupo ayudar al paciente adulto con esquizofrenia crónica a mejorar su participación en un grupo, reduciendo parcialmente el aislamiento social. *Universidad de Aalborg*; 2012.
13. Frederiksen B, Ridder HMO, Pedersen L. Alliance building in music therapy for forensic psychiatric patients with schizophrenia. An exploratory case study research design. *Nordic Journal of Music Therapy*. 2020; 30(2): 157-178. doi: 10.1080/08098131.2020.1827452
14. McDonald R, Kreutz G, Mitchell L. What is Music, Health and Wellbeing and Why is It Important?. In McDonald R, Kreutz G, Mitchell L. *Music, Health and Wellbeing*. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 3-11.
15. Papinczak ZE, Dingle GA, Stoyanov SR, Hides L, Zelenko O. Young people's uses of music for well-being. *Journal of Youth Studies*. 2015; 18(9): p. 1119-1134.
16. McCaffrey T, Carr C, Solli HP, Hense C. Music therapy and recovery in mental health: seeking a way forward. *Voices: A World for Music Therapy*. 2018; 18(1). doi: 10.15845/voices.v18i1.918
17. Solli HP, Rolvsjord R, Borg M. Toward Understanding Music Therapy as a Recovery-Oriented Practice within Mental Health Care: A Meta-Synthesis of Service Users' Experiences. *Journal of music therapy*. 2013; 50: p. 244-273. doi: 10.1093/jmt/50.4.244
18. Martín Martín E. Agentes musicales de salud y cuidado. En Torres E, Del Campo P. *Musicoterapia durante la pandemia*. Miradas creativas. Vitoria: Agruparte Proyectos; 2021. p. 115-130.
19. Wigram T. *Improvisación. Métodos y técnicas para clínicos, educadores y estudiantes de musicoterapia* Vitoria: Agruparte; 2005.
20. Pedersen IN. Music therapy in psychiatry today – do we need specialization based on the reduction

- of diagnosis-specific symptoms or on the overall development of patients' resources? Or do we need both? *Nordic journal of music therapy*. 2014; 23(2): 173-194.
21. Bruscia KE. *Definiendo Musicoterapia*. Salamanca: Amarú Ediciones; 1997.
  22. Rolvsjord R. Collaborations on Songwriting with Clients with Mental Health Problems. En Baker F, Wigram T. *Songwriting. Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2005. p. 97-115.
  23. Gold, C. , Mössler K, Grocke D, Haldal TO, Tjemsland L, Aarre T, et al. Individual Music Therapy for Mental Health Care Clients with Low Therapy Motivation: Multicentre Randomised Controlled Trial. *Psychoterapy and Psychosomatics*. 2013; 82(5): p. 319-331. doi: 10.1159/000348452
  24. Bruscia KE. *Modelos de improvisación en musicoterapia*. Vitoria: Agruparte; 2010.
  25. Alvarez Beret FJ. *Vuelve*. En Prisma. España; 2018.
  26. Yamagami M. Tsubasa wo kudasai; 2009. Recuperado a partir de: <https://www.youtube.com/watch?v=2fZCDlohC-U>.
  27. Murow Troice E, Sánchez Sosa JJ. La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Salud mental*. 2003; 26(4): 47-58.
  28. Fiorini HJ. *El psiquismo creador*. Vitoria: Agruparte; 2007.
  29. Wigram T, Pedersen IN, Bonde LO. *Guía completa de musicoterapia*. Vitoria: Agruparte; 2005.
  30. Grocke D, Bloch S, Castle D. Is there a role for music therapy in the care of the severely mentally ill? *Australasian Psychiatry*. 2008; 16: p. 442-445. doi: 10.1080/10398560802366171
  31. McCaffrey T, Edwards J, Fannon D. Is there a role for music therapy in the recovery approach in mental health? *The Arts in Psychoterapy*. 2011; 38(3): p. 185-189.

• Recibido: 10/02/2022.

• Aceptado: 14/6/2022.





# PRE-OCUPACIONES



# Psicoterapia de grupo. ¿El tamaño importa?

## *Group psychotherapy. Does size matter?*

### Joan Coll.

Médico de Familia. Psicoterapeuta. Grupoanalista. Docente del Center for Group Studies de Nueva York. Palma, Mallorca.

### Joseph Acosta.

Psicoterapeuta de grupo. Docente del Center for Group Studies de Nueva York. Fellow de la AGPA (Asociación Americana de Psicoterapia de Grupo). Berlín.

**Resumen:** Contraste entre las visiones grupoanalíticas clásica y moderna respecto al tamaño del grupo y a la dinámica grupal que en él se establece, desde la experiencia y formación teórica de los autores. Revisión de las resistencias, tanto del grupo como del conductor. Repaso del manejo de la agresividad en grupo. Exploración de las dinámicas de poder entre colegas. Concepto de grupo grande y sus connotaciones sociales y políticas.

**Palabras clave:** Grupoanálisis, análisis moderno, grupo grande, grupo mediano, grupo pequeño, resistencias, agresividad, poder, esperanza.

**Abstract:** Contrast between classic and modern group analytic views on group size and group dynamics, based on the authors' training and experience. Review of resistances, both from the group and the group leader. Management of aggression in group. Critique of power dynamics among colleagues. Concept of large group and its social and political connotations.

**Keywords:** Group analysis, modern analysis, large group, median group, small group, resistances, aggression, power, hope.

Era el curso 2011-2012 y estaba en Barcelona asistiendo a un seminario teórico sobre la obra de Foulkes organizado por el Instituto de Grupoanálisis de la Fundación OMIE, repartido en varios viernes, con ganas de empezar mi primer grupo terapéutico, y con todos los miedos que se conjuran alrededor de un proyecto como este. Un proyecto no precisamente menor y que iba a condicionar el futuro profesional del grupoanalista novato y, sobre todo, sin grupo, que era entonces.

El número mágico para configurar el grupo foulksiano perfecto de ocho miembros se me

resistía, lo cual me tenía paralizado y frustrado. En aquel momento "sólo" tenía tres pacientes dispuestos a embarcarse en la aventura de formar parte de un grupo de psicoterapia en el ámbito privado conducido por mí. Evidentemente, también suponía la excusa perfecta para no empezar el grupo. Potencialmente, para no empezar nunca: el antigrope de Nitsum (1) campeando a sus anchas. Porque mientras nuevos potenciales miembros llegan a tu consulta, más de uno de los antiguos se descuelga, con lo que el ciclo resistencial se perpetúa. En definitiva, estamos hablando de la enorme resistencia interna con la que nos encontramos para empezar

a trabajar en algo que sabemos que nos gusta y nos atrae, que sabemos que el ser social que somos necesita para crecer y madurar de manera aceptablemente sana y de lo que tan a menudo carece, y en lo que sabemos que nos hemos formado medianamente bien tanto teórica como experiencialmente.

Afortunadamente el seminario en cuestión, convocado por el maestro Miquel Sunyer, tenía como invitado al no menos maestro Farhad Dalal, y en una conversación informal entre sesión y sesión, éste me ayudó a abrir los ojos y enfrentarme a mi resistencia (sin duda inducida por mi formación y por la literatura, pero felizmente asumida, y en ningún momento cuestionada, por mi parte) al decirme: si tienes tres miembros dispuestos, y sientes que estos tres miembros están de verdad comprometidos con el proyecto, empieza el grupo!

Esas pocas palabras, fueron el revulsivo que me llevó a empezar mi primer grupo: al final fueron cuatro los miembros fundadores, pero en más de una ocasión tuvimos sesiones de grupo con tres (o dos!), hasta poco a poco ir llegando a un número estable más cercano al ideal canónico. Pero también me sirvieron aquellas palabras, viniendo de quien venían, para leer, releer, y entender de manera crítica a nuestros predecesores en el campo del grupoanálisis (como Dalal mismo hizo con Foulkes, descubriéndonos al Foulkes radical (2), aún hoy en día demasiado poco conocido), y para darme permiso para enriquecer el abanico de referentes teóricos que me fueran útiles para mi trabajo como grupoanalista.

Todo esto viene a cuento de pensar un poco sobre el tamaño de los grupos, y, más en concreto, sobre cuán grande tiene que ser un grupo grande para que deje de ser un espacio donde se pueda llevar a cabo el tipo de proceso que se da en lo que conocemos como grupo “pequeño”.

Y en este punto no puedo evitar acordarme de la reacción de mi amigo y colega Joseph Acosta cuando por primera vez se encontró en un grupo oficialmente considerado “grande”:

*“Me acuerdo del primer grupo grande que asistí: el del simposio de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo, celebrado en Bilbao en 2010.*

*Era la primera vez que asistía a este simposio, y el último espacio del primer día había llegado: era el grupo grande. Empezó tarde, con muchos de los participantes aún por llegar. Los presentes empezaron a hablar de cómo se sentían: lo bueno de verse de nuevo, el deseo de encontrarse con más frecuencia, y las esperanzas depositadas en los días de congreso que quedaban.*

*Mientras tanto, seguía llegando gente al grupo. “Pero, ¿qué es esto?”, pensaba yo. Nos vimos forzados a tener que ampliar el círculo de sillas varias veces para incorporar a las personas que llegaban tarde. “Disculpad” y “Perdón”, se oía.*

*Me formé como psicoterapeuta de grupo con un enfoque centrado en los intercambios interpersonales dentro del proceso grupal. Desde el punto de vista clínico, las relaciones afectivas entre participantes de grupos psicoterapéuticos son el aspecto más importante de un proceso grupal. Nos centramos en el desarrollo del carácter de cada participante en nuestros grupos y queremos ver cambios como:*

- 1) la capacidad de tolerar todos nuestros sentimientos*
- 2) un aumento en las capacidades de autorregularse y co-regularse*
- 3) la resiliencia sostenida en situaciones estresantes dentro del grupo, así como en el mundo real.*

*“Pero, ¿qué es esto?” seguía resonándome en la cabeza. Lo que estaba experimentando en ese grupo grande era algo diferente. Los participantes hablaban de manera aleatoria y sobre temas inconexos. A la mitad del tiempo programado me di cuenta que había mucha gente en aquel salón grande. “¿De dónde salieron todas estas personas?” pensaba yo. Un psicólogo bien conocido lamentaba la cantidad de participantes que habían llegado tarde y denunciaba “la falta de respeto” de dicha acción. Otros miembros hacían comentarios dirigidos hacia las personas consideradas importantes en el grupo. Como diría un amigo, “Caos total!”*

*Más de una década más tarde, puedo ver la gran importancia de este espacio llamado*

*grupo grande. Especialmente en los congresos nacionales e internacionales, el espacio de grupo grande al final del día nos ofrece la oportunidad de entender procesos grupales y vivenciar el proceso psíquico del grupo”.*

Parece claro que el concepto de grupo grande confunde y asusta.

En el congreso de APAG celebrado en Palma en 2016 el comité organizador optó por realizar todos los espacios del congreso, tanto teóricos como experienciales, en formato de grupo grande, exceptuando, obviamente, los tradicionales grupos pequeños que llevamos a cabo en este tipo de jornadas y congresos. En reuniones y encuentros anteriores había ido saliendo la idea de que el grupo ofrece una horizontalidad de la que carece el encuadre clásico de ponente en un podio y filas de asistentes escuchándole/contemplándole, a modo de maestro vs. aprendices necesitados de conocimiento, casi siempre sumidos en la oscuridad en busca de la luz del powerpoint... porque claro, prescindir del powerpoint hoy en día supone casi un sacrilegio. Para gente que nos dedicamos a, más allá de teorizar, trabajar en grupos, parecía que la idea de conseguir esa horizontalidad, viéndonos todos las caras en lugar de los cogotes, e integrando al ponente en el seno del grupo en lugar de tenerle separado del mismo y, a menudo, elevado, podía resultar, además de atractiva, congruente. Después de todo, en grupo estamos todos a un mismo nivel, y aunque el rol del conductor sea obviamente diferente, Foulkes dejó meridianamente claro que en grupoanálisis el conductor queda “incluido” en la matriz grupal (3). No por el hecho de no estar en un grupo experiencial, del tamaño que sea, tenemos que dejar de ver y experimentar al ponente en un nivel diferente al nuestro. Pero a pesar de poderlo tener claro conceptualmente, en la práctica, recolocarse en este “nuevo” paradigma generó una resistencia considerable en muchos de los asistentes al congreso, a pesar de disponer de un espacio diáfano donde los noventa asistentes podíamos colarnos cómodamente en un único círculo.

En esta misma línea trabajaba a nivel teórico, y ponía en práctica, Hyman Spotnitz, psiquiatra americano establecido en Nueva York y creador del psicoanálisis moderno, su relación con los grupos grandes (4):

Por una parte, al ver que llegaba a su consulta un número ingente de pacientes y que el número fouldsiano ideal de ocho miembros no le permitía acoger a tanto potencial paciente de grupo que le iba llegando, al final de los años ochenta se mudó a un despacho en donde poder conducir grupos terapéuticos de treinta o cuarenta pacientes.

Por otra, en encuadres diferentes donde el círculo físico no es factible por el número de participantes (conferencias, clases magistrales, etc.) su actitud hacia el “público” continuaba siendo la misma: sin “círculo”, pero igualmente “en grupo”. Cuando algún discípulo se acercaba a él para que le ayudara a aplacar la ansiedad previa a tener que hacer una presentación en público, su consejo era simplemente: “trátales como si de un paciente se tratara, o un grupo de terapia!”. En definitiva, le estaba quitando hierro a la supuesta diferencia de nivel entre ponente y público, y estaba poniendo en valor el hecho de que los asistentes a la ponencia (o “charla”) hablaran e interaccionaran con él. A cuántas conferencias hemos asistido en las que, por un supuesto imperativo de tiempo, los “ruegos” (curiosa palabra) y preguntas, siempre relegadas al final, se quedan literalmente en nada y, una vez más, en lugar de participar en un intercambio de ideas y conocimiento (una verdadera charla entre colegas) nos quedamos con haber asistido, nuevamente de manera pasiva, a otra más o menos brillante perorata.

Entonces parece legítimo poder preguntarnos hasta qué punto tiene que condicionar el tamaño del grupo el tipo de dinámica que se va a establecer en él:

En el Center for Group Studies (CGS) de Nueva York, lo que empezaron siendo grupos de tamaño clásicamente pequeño en el despacho del fundador del CGS Louis Ormont (seguidor en EEUU de la obra de Foulkes), se fueron convirtiendo progresivamente, debido al aluvión de estudiantes, en grupos de entre 12 y 20 participantes en las salas que le ofrecía al CGS el hotel Warwick de Nueva York. Doy fe que durante los fines de semana formativos que pasé allí la dinámica que se desarrolló en estos grupos, que en Europa catalogaríamos de “medianos” fue, como mínimo, igual de intensa y emocionalmente significativa

que mi querido grupo pequeño de entre siete y nueve participantes del máster de OMIE que había cursado años atrás en Barcelona.

De la misma manera me consta, por el testimonio en primera persona de varios participantes, que los grupos de Spotnitz en su despacho ampliado, que para nosotros serían ya “grandes”, seguían siendo grupos de dinámica de grupo pequeño o, como los llaman ellos, “process groups”. Mi amigo y colega docente del CGS Joseph Acosta y yo los hemos rebautizado como “grupos interpersonales” para el programa formativo paralelo al de Nueva York que inauguramos en Palma, Mallorca, en 2017. Teniendo, por tanto, esta manera de trabajar in mente, el grupo interpersonal se centraría en la puesta en palabras de los sentimientos, pensamientos, e impulsos de los miembros del grupo en el aquí y ahora grupal, especialmente los dirigidos a, o inspirados por, otros miembros del mismo, *independientemente* del número de participantes en el grupo.

Evidentemente, cuanto mayor sea el grupo, mayor será habitualmente la carga agresiva que se despierte en él, al tener que repartirse mucho el tiempo de participación activa en el mismo entre tantos “hermanos”, en lo que constituiría, siguiendo la analogía que habitualmente se utiliza al hablar del “grupo pequeño”, una “familia” especialmente numerosa. El conductor, o “líder”, como se dice más habitualmente en EEUU, de un grupo interpersonal de estas características, se ha formado para esperar que surja esta agresividad y lidiar con ella de la manera que resulte lo más productiva posible para el grupo, a menudo dirigiéndola hacia él mismo (5), o redirigiéndola en el mismo sentido en caso de que el objeto de la misma sea otro miembro del grupo particularmente frágil. En muchos casos, además, estos grupos grandes con dinámica de trabajo interpersonal, no constan de una pareja, o equipo, de conductores, como estamos más acostumbrados a ver en Europa, sino que el peso del liderazgo recae en un único conductor.\*

\* En el último congreso presencial de GASi (Sociedad Grupoanalítica Internacional), de tradición grupoanalítica europea, celebrado en Berlín en 2017, el grupo grande también fue conducido por un “líder” único.

Sea como sea, el grupo grande clásico, con cientos de participantes, generalmente en el encuadre de grandes congresos, también se ha exportado, con más o menos fortuna, al otro lado del Atlántico. La Asociación Americana de Psicoterapia de Grupo (AGPA) lo ha incorporado en los últimos años al programa de sus encuentros anuales co-liderado, casi siempre, por alguien proveniente de la escuela grupoanalítica europea. La idea es permitir a los participantes experimentar el impacto del inconsciente social tal como surge en el encuadre de un macrogrupo grande de estas características. En el proceso que se establece se hace patente lo que al principio es sólo latente, reflejando no solamente la cultura de la asociación convocante, sino también las dinámicas políticas, sociales, y culturales del momento, tanto a nivel nacional como internacional. Desde el principio se ha intentado que el diálogo se base en la asociación libre y en la discusión libre flotante. No les ha resultado una tarea fácil. Muchos miembros lo consideran un grupo demasiado loco y frustrante. Pero como el mundo en que vivimos lo es, se ha seguido apostando por dar voz a toda esta confusión que a veces más que internacional parece interplanetaria.

Hasta este año, 2022, en que la organización tomó la chocante decisión de “tomarse una pausa” y no ofrecer su ya habitual grupo grande. El motivo es descorazonador. Estando los EEUU en una crisis social particularmente relevante, con grupos históricamente marginalizados que siguen buscando su voz y reclamando su espacio, los organizadores del congreso de AGPA consideraron que demasiados miembros pertenecientes a estos grupos se habían sentido de nuevo sin voz, re-marginalizados y re-traumatizados por la experiencia.

Consideraron que la vivencia formativa se había perdido, habiéndose convertido el grupo grande en algo nocivo y dañino. Pretenden, desconozco de qué manera, repensar el grupo grande para que en el futuro predomine lo “formativo” y se minimice lo traumático.

Mi experiencia, y mi esperanza, en base en parte a todo lo expuesto en este texto, es que en el macrogrupo grande podamos recuperar lo que sí parece que somos más capaces de conseguir

en grupos más pequeños: posicionarnos, en la medida de lo posible, desde lo más personal y no tanto desde lo político o intelectual, para que pueda surgir la capacidad de emocionarnos y sentirnos cercanos al otro más allá de banderas y fronteras.

Donne parecía tenerlo claro (“Ningún hombre es una isla, completo en sí mismo”), interpe­lándonos a todos en el sufrimiento de cada ser humano.

### Contacto

Joan Coll ✉ joan.angel.coll@gmail.com

Ojalá que la quimera de de Maré, “padre” de los grupos grandes, siga viva y continúe inspirándonos en la creación de espacios de comprensión y crecimiento por parte de los grupoanalistas del siglo XXI, en la línea, tal vez, de lo que sugería el lema del seminario sobre el Grupo Grande en el Grupoanálisis Contemporáneo, organizado por GASi también este año: de muchedumbres a comunidades en diálogo.

### Referencias bibliográficas

1. Nitsun, M. (1991). *The anti-group: Destructive forces in the group and their therapeutic potential*. London: Routledge.
2. Dalal, F., (1998). *Taking the Group Seriously. Towards a Post-Foulkesian GroupAnalytic Theory*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley.
3. Foulkes, S. H., (1964). *Therapeutic Group Analysis*. London: George Allen & Unwin Ltd. Later: reprint Karnac Books.
4. Marshall, Robert J. (2008). Hyman Spotnitz: Recollections. *Modern Psychoanalysis* Vol. XXXIII, No 2, pp. 23-39.
5. Kirman, J. (1995). Working with anger in groups: A modern analytic approach. *International Journal of Group Psychotherapy*, 45(3), 303-329.

- Recibido: 24/09/2021.
- Aceptado: 12/06/2022.

# Coordinar la Salud Mental del Territorio. Trabajo en equipo.

## *Coordinate the Mental Health of the Territory. Teamwork.*

### José Carlos Azón Belarre.

Enfermero especialista en Salud Mental. Universidad San Jorge (Zaragoza).

### Patricia Berges Usán.

Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Centro de Rehabilitación Psicosocial Cinco Villas (Zaragoza).

### Jessica Romeo García.

Enfermera. Centro de Rehabilitación Psicosocial Cinco Villas (Zaragoza).

### Pilar Aznárez Cortinas.

Enfermera. Hospital Cinco Villas (Zaragoza).

### Benjamín Gayá Sancho.

Doctor en Biomedicina. Enfermero. Universidad San Jorge (Zaragoza).

**Resumen:** El trabajo en equipo es, a veces, la gran asignatura pendiente. A través del caso que se presenta pretendemos dar énfasis sobre la coordinación de los cuidados y la continuidad de los mismos desde las Unidades de Salud Mental. En estos casos, se erige como fundamental la figura del Equipo de Salud Mental como coordinador de servicios y cuidados.

**Palabras clave:** Cuidados de Enfermería; Trastorno Mental Grave; Seguimiento comunitario; Salud Mental Comunitaria.

**Abstract:** Teamwork, at times, is the great pending subject. Through the presented case we intend to emphasise the need for the co-ordination and continuity of care provided by Mental Health Units. In these cases, it shows to be of fundamental importance that the figure of the Team acts as services and care co-ordinator.

**Keywords:** Nursing Care; Severe Mental Health Disorder; Community management; Community Based Mental Health Care.

## Introducción

En la práctica diaria de nuestra profesión nos encontramos en muchas ocasiones con dificultades que ponen a prueba nuestra capacidad de trabajo en equipo. No hablamos simplemente del trabajo que normalmente desempeña, o debería desempeñar, un equipo interdisciplinar de una Unidad de Salud Mental con psiquiatra,

psicólogo, enfermera, trabajadora social, sino del trabajo en Equipo con mayúsculas. Hablamos del trabajo entre equipos profesionales con diferentes tareas, áreas funcionales, dependientes de diferentes órganos, consejerías, comarcas. La coordinación de los equipos es uno de los retos que todavía tenemos pendientes y que a la mayoría de los pacientes dificultan e incluso imposibilitan la buena resolución de sus casos (1).

Los Equipos de Atención Comunitaria tienen unas características especiales y diferentes entre sí dependiendo del modelo que se quiera adoptar. Según Mariano Hernández (2), el Seguimiento Comunitario es acompañar a la persona en su medio de vida proponiéndole una relación de ayuda para superar las dificultades que surgen en las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Asimismo, ayudar a sortear las barreras internas y externas que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social. En base a esto, hay múltiples modelos que tratan de ofrecer esta ayuda o estos apoyos desde diferentes perspectivas. El Tratamiento Asertivo Comunitario es quizá el más conocido en España (3, 4, 5, 6).

El Equipo de Atención Comunitaria de las Cinco Villas de Aragón no se adscribe a ninguno de estos modelos en concreto, sino que tiene elementos de tres de ellos: Case Management Clínico, Case Management Intensivo y Modelo de Competencias. Se atienden personas que padecen trastornos psicóticos que no son vistos por los servicios de Salud Mental, que precisan mayor seguimiento o que exigen una atención específica en sus domicilios (supervisión de AVD...). Atendemos además a personas con Trastorno Mental Grave con los que se tienen dificultades especiales a la hora de trabajar con las familias desde los dispositivos existentes (dificultad de desplazamiento, falta de motivación...). Los objetivos que nos planteamos como equipo son el aumento de la satisfacción con los servicios de salud mental tanto de los usuarios como de las familias, mejora del funcionamiento social, entendido como mejor adaptación y un aumento de las redes de apoyo social de las personas atendidas, garantizar la continuidad del tratamiento y la mejora de la calidad de vida percibida.

Una vez iniciado el contacto se realiza una evaluación de las necesidades asistenciales y de las necesidades sociales y se rectifica el plan inicial en función de la realidad percibida. Este proceso se hace junto al paciente y su familia. Se realiza una escucha de las demandas, explícitas o implícitas, e integración, si son congruentes, en su proceso de cuidados. La voluntad del equipo es transmitir al paciente la sensación de ayuda y que se establezca un vínculo directo.

## Caso clínico

### Datos de filiación

Se trata de una mujer de origen rumano de 45 años que reside desde hace 3 años en un pueblo que pertenece sanitariamente a una comarca rural y administrativamente (a nivel de servicios sociales) a otra también rural. Vive con su marido y dos hijos menores, una niña de 11 años y un niño de 8 años.

### Antecedentes

Como antecedentes personales, y tras hacer la traducción de los informes remitidos desde Rumanía, presenta un accidente de tráfico en 1981 con traumatismo craneo-encefálico. Posteriormente es ingresada por epilepsia en 1985 y tiene ingresos por este motivo y por síntomas psicóticos y agitación psicomotriz en 7 ocasiones. En 2004 el marido se traslada a trabajar a España. En 2006, tras dos años de estabilidad de la paciente, se produce la reunificación familiar.

Su primer ingreso en España es en el Hospital Clínico (HCU) de Zaragoza en 2008 en neurología, aunque es trasladada posteriormente a la Unidad de Corta Estancia (UCE) de psiquiatría por dificultades para permanecer en la habitación. Los motivos de este ingreso son, según el informe, mala relación marital, desorientación, estado estuporoso, perplejidad, discurso escaso, respuestas parciales y poco estructuradas, conducta parcialmente desorganizada y labilidad emocional. Según la exploración psiquiátrica, no hay impresión de ideación delirante o alucinaciones. Se le da de alta tras 41 días de ingreso. Hay una mejoría notable y los diagnósticos al alta son Trastorno Mental Orgánico (Fo6.8) y Epilepsia post-traumática. La derivación al alta es a los Servicios Sociales de Base (SSB), a Atención Primaria y al servicio de menores de la Diputación General de Aragón (DGA) ya que durante el ingreso acusa a su marido de malos tratos y se le retiran los niños siendo internados en un Centro de Acogida. Se les prohíben las visitas a los padres y las llamadas telefónicas.

### Objetivos

Tras la recepción del caso nos planteamos los siguientes objetivos:

- Estabilización de la paciente.
- Definir el diagnóstico de la paciente.



- Definir la situación sociofamiliar.
- Apoyar la devolución de los niños a la madre y padre si procede.
- Reintegración sociolaboral.

### Intervención

Un mes después del alta en el hospital, se nos deriva a la Unidad de Salud Mental (USM) para iniciar tratamiento ambulatorio. Se le intenta citar en consultas y como no acude se decide primera visita al domicilio un mes después. Cuando acudimos a verla se nos informa de que el día anterior ha sido ingresada en la UCE del HCU con los mismos síntomas que en la primera ocasión. Es dada de alta 10 días después. Dos días después hacemos la primera valoración y nos encontramos con una persona con la que hacemos buen contacto, aunque presenta respuestas parciales y breves. La situación de la paciente en ese momento es la siguiente: estaba siendo atendida por la UCE del HCU en ocasiones puntuales, los Servicios Sociales de Base (SSB) de la Comarca de la Rivera Alta del Ebro, Atención Primaria de las Cinco Villas que no conseguía estabilizar a la paciente, la USM Cinco Villas que acaba de comenzar la atención, el Servicio de Menores de la DGA en Zaragoza que tiene a los niños en un Centro de Acogida de Menores en la Comarca Tarazona-Moncayo sin visitas ni llamadas de los padres y los SSB de Tarazona. Es decir, siete recursos diferentes dependientes de diferentes administraciones y con dificultades importantes para coordinarse entre ellos.

Cuando nos hacemos cargo del caso observamos que es fundamental que retome el contacto con los hijos. Ante la mala adscripción al tratamiento negociamos que pueda llamar si se lo toma en el Centro de Salud (AP). El marido nos dice que en casa están mejor. Hablan con los hijos y los niños refieren tenerle miedo a su padre, aunque es difícilmente objetivable.

Tras una visita al Centro de Acogida y posterior valoración de los menores se llega a la conclusión de que no hubo malos tratos, aunque sí mucho miedo en el seno familiar. De repente se produce una mejoría espectacular. El equipo consigue que comiencen las visitas a los niños en un lugar neutro y se mantienen las llamadas.

Se plantea la necesidad de que acuda al Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), para que acuda a un Centro Especial de Empleo (CEE). Se consigue que los SSB le soliciten una ayuda económica de inserción debido a la situación de pobreza en que se encuentran (el marido trabaja de temporero sin contrato). Ante la imposibilidad de que acuda al CRPS o al CEE por problemas de coordinación intercomarcales se logra que el Ayuntamiento del pueblo la contrate para sustituciones de verano y responde muy bien. Solicitamos que los niños acudan a la USM de Tarazona-Moncayo para tratamiento psicoterapéutico pero solo se consigue tras intensas negociaciones con los SSB de Tarazona. En estos meses hay una muy buena adscripción al tratamiento y una gran confianza en el equipo. Ha mejorado mucho la relación de pareja.

A lo largo de los siguientes meses se valora la posibilidad de la reunificación familiar. Por fin, dos años después de la retirada de los niños, 1 año y medio después de la estabilización de nuestra paciente, se consigue la primera salida de fin de semana de los niños al hogar familiar. A partir de ese momento el Servicio de Menores decide que comiencen a ir al domicilio todos los fines de semana y vacaciones. Se programa que pasen el verano en casa de sus padres. La experiencia no es mala. La estabilización de la paciente ya es total.

### Situación actual

A día de hoy, la familia es feliz, la paciente está estable y nuestra supervisión se limita a una visita al mes para solucionar aspectos puntuales de convivencia, laborales y de salud general que podrían llegar a desestabilizar a la paciente.

### Discusión

Como características diferenciales, las zonas rurales otorgan una serie de ventajas y de inconvenientes. Normalmente se percibe al profesional como una figura más cercana al paciente y hay mayor satisfacción con los servicios. Por otra parte, hay mayor dispersión de la población y deficiente comunicación entre núcleos no urbanos. En función de esto, debemos adaptar los servicios para llegar a todos los que no acceden a los recursos sanitarios para poder mejorar la calidad

de vida de los que deben trasladarse para recibir atención. Somos nosotros, los profesionales y los gestores, los que debemos adaptarnos al medio y no al revés. Sólo de esta manera podremos garantizar la continuidad de cuidados en salud mental.

A lo largo de este proceso se ha hecho fundamental estar en contacto continuo con todos los

agentes que ofrecen servicios a la paciente y a la familia. Para ello es imprescindible que el Equipo de Salud Mental se erija como auténtico coordinador de cuidados y coordinador de servicios ayudando a la paciente a utilizar los recursos que están a su disposición. A lo largo del caso se ha podido ver las dificultades de coordinación que aparecen cuando trabajan múltiples servicios a la vez.

### Contacto

José Carlos Azón Belarre ✉ [jcazon@usj.es](mailto:jcazon@usj.es) ☎ 637 748 397  
Universidad San Jorge. Campus Universitario • Autov. A23 km 299  
50830 Villanueva de Gállego • Zaragoza

### Bibliografía

1. Leal Rubio, J; Escudero Nafs, A. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Madrid: AEN Estudios, 2006 (1ª ed.).
2. Hernández Monsalve, Mariano. Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización y ¿algo más? Madrid: AEN Estudios, 2000 (1ª ed.).
3. Alonso Suárez, M; Bravo Ortiz, MF; Fernández Liria, A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. Madrid: Revista de la AEN. 2004;92: 26-51. <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15902>
4. Fernández Liria, A; García Rojo, MJ. Los programas de Case Management. Conceptos básicos y aplicabilidad. Madrid: Revista de la AEN. 1990: 32: 65-75. <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15128>
5. Fernández Liria, Alberto. Los programas de seguimiento y cuidados de pacientes graves y crónicos: un modelo de case management para la reforma psiquiátrica en Madrid. La Rehabilitació Psicosocial Integral a la Comunitat i Amb la Comunitat. 1995; 1(0): 32-36. <http://afliria.info/download/los-programas-de-seguimiento-y-cuidados-de-pacientes-graves-y-cronicos-un-modelo-de-case-management-para-la-reforma-psiquiatrica-en-madrid/>
6. Donas M, Fernández Liria A. Programas de seguimiento y cuidados para pacientes graves y crónicos; un modelo español de case management. Santiago: Universidad de Santiago, 1997 (1ª ed.).

- Recibido: 01/10/2021.
- Aceptado: 02/04/2022.

# Violencia en la subjetividad adolescente de hoy.

## *Violence in today's adolescent subjectivity.*

**Kepa Torrealdea Koskorrotza.**

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta Integrativo (EFPA). PSIKE Psicología Clínica. HITZUNE.

**Resumen:** El presente artículo habla de la adolescencia de hoy y su particular relación con el uso de la violencia. Plantea una doble vía de análisis, al respecto. Por una parte, se plantea la hipótesis de que en determinadas ocasiones la manifestación violenta busca reconstruir un puente comunicacional entre los sujetos implicados. En tales casos, el acto violento ocuparía el lugar del verbo omitido y requerido de su presencia. En otros casos, sin embargo, el impacto violento lejos de poder ser ubicado clínicamente como un ofrecimiento necesitado de su traslación al campo simbólico, presentaría las señas de un gesto desprovisto de un fin restaurador, desplegándose como producto de un impulso autodestructor.

Por otro lado, el discurso de época tan caracterizado por la premisa del “todo es consumible” ejerce un desmedido impacto en la subjetividad de los chicos y chicas de hoy, tentándoles a mentalizar las relaciones en términos de oferta y demanda y llevándolos a confundir el “todo es consumible” con el “todo es consumable”. En lo relativo a la infancia y la adolescencia, debemos de dialectizar y comprender que el “más” no es necesariamente mejor, ya que el “más” del mercado de consumo siempre es un menos.

**Palabras clave:** Pasaje al acto. Acting out. Violencia. Goce. Deseo. Consumismo. Psicoanálisis.

**Abstract:** The present paper explores today's adolescence and its particular relationship with the use of violence. In this regard, it proposes a double way of analysis. On the one hand, it is hypothesized that on certain situations the violent manifestation seeks to rebuild a communicational bridge between the subjects involved. In such cases, the violent action would take the place of the excluded verb and required of its presence.

In other cases, however, the violent act far from being able to be clinically located as an offer required of its translation into the symbolic field, would present the signs of a gesture devoid of a restorative end, folding out as a product of a self-destructive impulse. On the other hand, the antique speech so characterized by the premise of “everything is consumable” works as an excessive impact on the subjectivity of today's boys and girls, tempting them to think about relationships in terms of supply and demand and leading them to confuse the points of “everything is consumable” with the “everything is obtainable”. When it comes to childhood and adolescence, we must understand that the “more” is not necessarily better, since the “more” of the consumer market is always a minus.

**Key words:** Passage to the act. Acting out. Violence. Jouissance. Desire. Consumerism. Psychoanalysis.

*Hay una violencia sin porqué que es su propia razón para ella misma.*

J.A. Miller

En los primeros años de su enseñanza, Lacan diferencia entre la intención agresiva y tendencia agresiva. Define la primera como un cúmulo de comportamientos propios del Yo en aras a salir de su mundo propio y adentrarse en el espacio de las relaciones interpersonales. Por otra parte, la tendencia agresiva correspondería a una pulsión que socavaría la búsqueda de establecimiento de un lazo social y se dirigiría más hacia la satisfacción desmedida del propio impulso agresivo, en su vertiente dañina. Más adelante, aportará dos nociones de suma importancia: el *acting out* y el *pasaje al acto*.

El *acting out* quiere decir que alguien pone en acto una circunstancia particular en el sentido de un llamado al otro. Un llamado intencionado. Se trataría, en tal caso, de una demanda muda a través de una conducta sintomática, entendiendo el concepto de síntoma aquí como “*un signo y un sustituto*”<sup>1</sup> de aquello que no consigue ser tramitado por la palabra. Una conducta que debe ser atendida como una manera, quizás la única en tal momento, de pedir ser escuchado, mirado o sostenido, en definitiva, una conducta que busca hacer lazo.

Tal y como señala la psicoanalista Beatriz Janin, el acto violento, muchas veces, “*es un recurso para hacerse ver, para demostrar que uno existe en el mundo en el que siente que no tiene un lugar*”<sup>2</sup> “Por otro lado, introducimos la idea de pasaje al acto como un arremeter sin deseo de decir, sin dimensión de mensaje, ni búsqueda de un otro destinatario que lo pueda descifrar; sino la absoluta, decidida e imparable intencionalidad de dar rienda suelta a la pulsión violenta, a la tendencia agresiva “*que rompe y encuentra una satisfacción en el simple hecho de romper*”<sup>3</sup>

¿Qué es lo que se estaría demandando en un *acting out* y, por el contrario, qué es lo que se rompe en un pasaje al acto violento? Para poder avanzar en el análisis de esta doble pregunta, nos basaremos en dos citas.

Por una parte, Lacan conceptualiza que “*toda demanda del sujeto al Otro es en el fondo una demanda de amor*”<sup>4</sup>, una demanda de su presencia. Que esté y “*no es demanda de este objeto o aquél, sino que se dirige a un punto más allá, al ser mismo del Otro*”. Este enunciado, bien nos puede servir para entender la agresión en su vertiente de “*llamada de atención*”, como un mensaje inconsciente que busca una reparación. Por otro lado, Miller nos advierte que, en contraposición a la violencia como causa, “*hay una violencia sin porqué que es su propia razón para ella misma*” (J.A. Miller, *ibídem*). Una violencia que estando sujeta, puede precipitarse y manifestarse desbordada en base a la concurrencia de determinadas coordenadas vitales, las cuales podremos como clínicos cernir *a posteriori*, pero que en cualquier caso se trataría de una violencia que no presentaría una finalidad reparadora, como en el *acting out*, sino de ruptura de lazo con ese otro, unida a la propia desaparición como sujeto.

¿En esta época de devaluación de la *imago paterna*, en su doble vertiente de *regulación (freno de mano de la pulsión del hijo-a)* e impulsor de un Ideal (orientar y acompañar en la génesis del itinerario vital), qué estatuto adquiere la conducta violenta en el sujeto adolescente? A continuación, presentamos algunas coordenadas que puedan orientar la reflexión.

### La matriz familiar: El Otro consumido

Muchos padres y madres de hoy, debilitados por situaciones laborales precarias, la importante tasa de separaciones y divorcios en edad de crianza o vivencias de soledad (monoparentalidad y falta de red de apoyo, etc.), entre otras situaciones, se encuentran desorientados con la sensación de no sentirse dueños de sus destinos, experimentando la angustia de cohabitar

1 Inhibición, síntoma y angustia-S. Freud Obras Completas. Ed. Amorrortu, p, 145

2 Janin, B. La violencia y su estructura subjetiva (2009). Cuestiones de infancia, 13, 15-33.

3 Miller, J.A. Niños violentos. Intervención de clausura de la 4ta Jornada del Instituto del Niño. 18 marzo de 2017. Recuperado en: <https://psicoanalisislacania.com/ninos-violentos/>

4 Lacan, j. Las formaciones del inconsciente. Seminario 5. Ed. Paidós, p, 287

con unos hijos/as en ante quienes no saben cómo posicionarse, incómodos en el ejercicio de su *autoritas*<sup>5</sup> parental, en el sentido que refiere el derecho romano.

Ello hace que nos encontremos con adolescentes que experimentan la ausencia de adultos que sean capaces de sostener, regular y orientarles en sus impasses; una tarea históricamente designada al padre de familia y que por ello Lacan lo nombrara como función paterna. Jóvenes sin una orientación vital, “*cada vez menos identificados con sus historias familiares discontinuas y llenas de agujeros*” biográficos, cada vez más alejados e incrédulos de la importancia de la transmisión intergeneracional.

### Identificaciones horizontales o vínculos supletorios

En este sentido, la ausencia de un faro identificador troncal en la biografía de un sujeto adolescente, precipita la experiencia de un vacío de respuesta ante la pregunta sobre qué tipo de vida ha de construir. Ello, en ocasiones, anima al joven a buscar una adscripción identificatoria en comunidades alternativas que le permitan contestar a la pregunta sobre quién es.

Paralelamente, los expertos nos advierten de que esta expansión identificatoria actual “*no va de la mano de la tolerancia y el respeto por lo diferente y extraño*”, cosa que hubiera supuesto un avance; sin embargo, “*los estilos de vida*

*reivindicados en su multiplicidad y dispersión, construyen nuevas comunidades alternativas, como así también su mutuo rechazo*”<sup>7</sup>, pudiendo generar violencia.

Comunidades que asientan sus bases en significantes que denotan cierta particularidad que busca ser reivindicada, una diferencia que no incluye a los otros grupos y que, por ello, en ocasiones, lleva incorporada el virus de la segregación. En definitiva, comunidades que suponen una suplencia identificatoria y que, en aras a procurar cierta sensación de sostén y pertenencia en el deseo de un otro, acaban siendo objetos de consumo metonímico.

### Una Red muy familiar: El Otro del consumismo que atrapa

La pantalla ha usurpado el lugar al padre y a la madre, convirtiéndose en el gran Otro, en el nuevo guía e interlocutor para los púberes y adolescentes de nuestros días. Es donde buscan las respuestas y donde hacen amigos-as en un afán de contabilizar la popularidad.

La pantalla no es sólo un espacio lúdico; es un territorio en el que *Google, Yahoo* y demás monitorizan la socialización de los jóvenes de hoy, en tanto los mayores estamos ajenos a los contenidos que visitan. Un territorio en el que el porno-online inicia a los pre-púberes y púberes en la incógnita del sexo y lo sexual, en edades cada vez más tempranas, desprovistos de la mínima preparación para asimilar en algo los contenidos que visitan. Contenidos en los que la mujer es un objeto de deseo y consumo, que provoca, seduce o accede a las insinuaciones, ofertas y/o agresiones de un hombre siempre potente, dispuesto, dotado y que hace gozar.

Internet, también, es un espacio en el que mirar y hacer para ser mirado, es la condición que se ha de cumplir para sentir que se es existente para el otro, para sentir que se *está en onda* y así evitar la vivencia de aislamiento. Un otro virtual, una comunidad de usuarios que se divierten haciendo culto a la imagen y en donde el uso de la palabra y el enunciado apenas ocupa lugar. Por los intersticios de la pantalla, la incitación

5 Álvarez Martínez M.A., “La autoritas se conquista mediante la adhesión, la persuasión y la convicción del buen ejemplo de alguien sobre otro. De esta forma, las indicaciones de la persona revestida de autoritas no son imposiciones sino más bien acogidas de buen grado, ya que el que tiene la autoridad va por delante en aquello que indica. Se basa fundamentalmente en el ejemplo y es imprescindible para lograr de aquellos sobre los que se ejerce la verdadera o obediencia: aquella que se sustenta sobre la aceptación de la superioridad moral del que ordena y que permite que el que obedece haga suyo lo mandado”. Recuperado en: <http://almela.blogspot.com/2006/10/para-responder-una-peticin-sobre-la.html>

6 “La delincuencia juvenil desde la perspectiva psicoanalítica”. Tendlarz S. E. (2015). AJAYU, 13(2), 136-146. Recuperado a partir de <http://www.bibvirtual.ucb.edu.bo/ajayu/index.php/ajayu/article/view/76>

7 Ibidem, p, 124-126.

al consumismo se nos presenta con la promesa de hacer más llevadero el velatorio ante el duelo por la caída de la *imago paterna*. Ningunea el valor estructurante de la renuncia pulsional del *no todo es consumible*, e invita a catar su propio ideal, seduciéndolos a trasgredir la ley y empujándonos al *todo es consumible*.

---

“Si yo fuera millonario, me compraría coches caros y cuando me aburriera de ellos, compraría otros y luego otros. Así no me aburriría nunca”.

*Pedro, adolescente de 14 años con problemas de autocontrol.*

---

Así, este mantra del consumismo activa de forma eficaz la estructural insaciabilidad del ser humano de la mano de la obsolescencia programada o el *comprar-tirar-comprar*; una diabólica trampa que instaura el principio del *nada perdura, nada se recicla*, haciéndonos creyentes del valor de lo nuevo e incubándonos la idea de que *en ello se halla lo que nos falta* para sentirnos mejor.

El consumismo es un canto a la no renuncia, a la desregulación que genera violencia y convierte al sujeto consumidor en objeto autoconsumido, al abandonarlo al amparo de su empuje pulsional.

### La matriz corporal: Cuerpos inscritos y cuerpos adscritos

El cuerpo es el lugar en donde guerrea la pulsión desde el inicio. Un lugar que requiere de cuidados y de la palabra del otro materno, a fin de que el niño-a vaya habitando e incorporándolo al campo de su experiencia.

La primera experiencia especular de completud y la posterior investidura libidinal hacia ese cuerpo que va siendo hablado, con el tiempo, ha de dar lugar a un cuerpo que hable, siempre que se den las *suficientes condiciones*. Así como el niño hablado deviene en niño que habla, el *cuerpo hablado*<sup>8</sup> devendrá en un cuerpo hablador. Un cuerpo inscrito.

---

8 Le Du. J. El cuerpo hablado: Psicoanálisis de la expresión corporal. Ediciones Paidós Ibérica, p, 58

El cuerpo que habla es un cuerpo que completa el enunciado que la palabra no alcanza a decir, de manera que también el cuerpo es un emisario del inconsciente, de aquello que queda reprimido, negado o disociado.

¿Qué dicen los cuerpos de los adolescentes de hoy?

Podemos resumir que nos encontraremos con sujetos que viven su cuerpo desde el estatuto del deseo y quienes lo viven desde el estatuto del goce. Los primeros presentan un cuerpo simbolizado con sus respectivos modos de gozar en los que incluyen al otro. Los segundos, por el contrario, actúan su real con muestras de debilitamiento en el registro simbólico.

Diremos, por ejemplo, que el lugar del cuerpo en la represión o en la disociación, es el cuerpo del *acting-out*. Es el cuerpo del mensaje a descifrar, del *dicho omitido* y disfrazado en *hecho*. El cuerpo del *acting out*, es el cuerpo de la histeria, el cuerpo que desea ser mirado, atendido y, por lo tanto, *exhibe* su superficie delgada, musculada, siliconada, tatuada, tuneada, etc. y, a su vez, mira otros cuerpos y se compara. Son cuerpos instalados en el deseo, que requieren de la presencia del otro. Cuerpos de gozan mirando y haciéndose mirar (goce escópico: voyeur-exhibicionista). Sin embargo, hay cuerpos que han sido poco habitados por la palabra, poco corporeizados (tocados-contenidos-hablados) y que presentan dificultades para enunciar. Cuerpos cuyo decir, no es *“signo y sustituto”*<sup>9</sup> del contenido reprimido, sino materialización de la pulsión desamarrada. Esos cuerpos para los que el otro va desvaneciéndose, cuerpos que ya no quieren tener interlocutor y, por ende, no desean renunciar al goce máximo, ese que les convierte en objetos auto-consumidos.

Cuando el tsunami de la pubertad-adolescencia exige al sujeto posicionarse ante los interrogantes que plantea su incipiente sexualidad, los cuerpos devienen en respuesta haciendo *acto de presencia*. Los cuerpos suficientemente bien libidinizados a lo largo del periodo evolutivo, aquellos que hayan integrado la experiencia de haber sido

---

9 Freud S. *op. cit.*, p, 231



tocados-contenidos-hablados, podrán acometer este impasse de readecuación al nuevo cuerpo sexuado, con mayores garantías que aquellos otros que hayan carecido de la interdicción de *un otro del contacto hablado*. En la pubertad, para lo bueno y lo malo, lo infantil se reactualiza.

El cuerpo inscrito o corporeizado es el cuerpo del deseo y cualquier tratamiento que el sujeto dé a ese cuerpo, cabe entenderlo como un *dicho*. Por el contrario, aquellos cuerpos cuya corporeización haya podido quedar en suspenso o no haberse efectuado debidamente, podrán presentar fenómenos de fuga metonímica. Así, nos podemos encontrar entonces con sujetos adolescentes que buscan adscribirse a *familias* sustitutas, a comunidades que se nombran por suplenias significantes, síntomas mudos que *actúan el vacío* (o la fragilidad) *simbólico* y que, por lo tanto, adquieren más categoría de signo que de síntoma.

Hablamos de la anorexia grave, de la vigorexia, de los cuerpos hipermusculados o hipersiliconados, de los cuerpos en los que el tatuaje deja de ser un capricho estético y se impone como una necesidad, el cuerpo de los cortes o las marcas, entre otros. Son los cuerpos del exceso y la pulsión desamarrada, cuerpos adscritos a una comunidad, aquellos que no hacen espacio al otro, que no buscan dialogar. Cuerpos que actuarán la agresión padecida en autoagresión (olvidados, sometidos, violentados) o se convierten en objetos de agresión, haciendo *acto de presencia* (peleas, etc.).

En este trance toma sentido la frase de Lacan; “no somos un cuerpo; tenemos un cuerpo”

“No sentía dolor en las peleas, por mucho que diera o me dieran...”

No me acuerdo de ninguno de ellos (en relación a los contrincantes)”.

*M., adolescente de 14 años y pandillero.*

### Dicho lo cual...

Cuando Miller plantea que aquellos sujetos que ceden frente a su estructural pulsión violenta y se permiten “*activar su deseo de destrucción*”,

podrían ser clínicamente ubicables bajo las premisas de una “*falla en el proceso de represión o, en términos edípicos, en un fracaso de la metáfora paterna*”, hace referencia clara a los sujetos con estructura psicótica, principalmente. Sujetos, por lo tanto, que al no haber podido acceder a la vivencia de una renuncia estructurante, se hallan asediados por el imperativo del *plus de goce*.

¿Acaso las coordenadas socio-educativas que experimentan tantos y tantos menores de hoy en día, no son las mismas que orientan su devenir desde “*una falla en el proceso de represión...*”? Hablamos de adolescentes que:

- Crecen en la época de la devaluación de la transmisión y la narrativa intergeneracional.
- Son bombardeados por mensajes que exaltan al consumo metonímico que obtura el impasse necesario para pensar y buscar salidas.
- Son monitorizados en la objetualización y el consumo de las relaciones interpersonales.
- Se sumergen en la *porno-sexualidad*, como escuela para *aprender a hacer-deshacer* con el *partenaire*, generando modelos de relación
- *Emigran* a otros marcos supletorios de identificación horizontal auto excluyentes (en muchos casos).
- Viven la preeminencia del goce escópico. Presentan una estética corporal consiste en enseñar, evidenciar y no tanto en insinuar o sugerir.
- Una época en la que la piel lleva marcas (adscripciones imaginarias), que en ocasiones delatan los agujeros (simbólicos) de cuerpos mal habitados.

Bien, pues sobre este caldo de cultivo, cabe pensar en la concurrencia significativa de manifestaciones de violencia adolescente, bajo las *coordenadas del pasaje al acto* como fórmula para hacer consigo o con el otro. Manifestaciones en las que el cuerpo actúa allí donde el pensamiento cesa.

### Violencias relacionales y las otras

Así, el acoso entre iguales, la violencia de género o la violencia filio-parental, en buena medida, podrían ser entendidas como manifestaciones de la *falla en la adquisición de dicha renuncia (falla*

en el proceso de represión), hoy ¿a qué hubieran de renunciar y en qué consiste dicha renuncia?

La renuncia siempre supone una elección y en los casos de violencia *hacia afuera* (*hetero-violencias*) sería la renuncia a invadir el campo vital del otro (consumir al otro), como zona limítrofe y ante cuya transgresión surge la culpa, la vergüenza, el horror o cualquier otra modalidad de angustia, así como la conciencia de haber transitado un lugar indebido o prohibido.

No hablamos aquí de una renuncia que se coge o se deja a voluntad, sino de *un freno de mano* que surge de la propia subjetividad, al haber sido recibida *vía identificación simbólica* por parte de una persona adulta significativa, portadora de la *autoritas* y transmisora de la ley, así como de un cierto ideal que proteja ante el imperativo de la pulsión a consumir-consumirlo todo. No olvidemos que este proceso es inconsciente.

Como meras reseñas ilustrativas diremos que en algunos casos de *bullying*, por ejemplo, se trataría de la falla en renunciar a invadir el campo del otro-igual, al detectar en ese otro un rasgo sentido como insoportable en el sujeto que actúa. Un rasgo *éxtimo* (Lacan) que interpela a una parte tan íntima como inaceptable en este sujeto actuador. Éste ubica el peligro a fuera (en la víctima) y al acometer contra él, busca acallarlo dentro de sí.

En un buen número de casos, se trata de manifestaciones de crueldad en las que la persona agredida queda expulsada del lazo social o reducido a un resto que conviene tener a mano para seguir acallando las voces internas.

También observamos mayores dificultades en la intermediación por parte de los adultos ante este tipo de conflictos, lo que escenifica la devaluación de la función reguladora mencionada en un apartado previo del texto (en padres, vecinas, profesorado, etc.).

En segundo lugar, la violencia de género entre adolescentes habrá que ver si concurre por los mismos cauces explicativos que entre la población joven y adulta. En tales casos el varón no renuncia a objetualizar al *partenaire* sentimental como una mera propiedad a la que someter para degradarla, como objeto de goce, proyectando la propia inseguridad e impotencia.

Según investigaciones, entre la población adolescente femenina, de forma mayoritaria, no se estima como violencia las conductas de control (quitar el móvil, impedir salir con amigos, controlar donde se está, etc.) por parte de sus parejas. Por el contrario, se significan estas conductas sometedoras como muestras de amor que generan ideas tales como *“cuanto más me controla, más me quiere”*, *“será que le intereso”* o *“todos hacen lo mismo; pero si le quieres, no puedes ser tajante”*. Se niega el sometimiento y se la justifica en base a una idea equivocada de amor.

Curiosamente, este tipo de relaciones *clásicas* eran la pauta en épocas en las que la mujer no había salido del espacio de sus labores domésticas y el hombre era el que portaba el dinero al hogar. Era la época en la que las veleidades del marido se justificaban por razones, culturales, religiosas o de supervivencia. Pero en la época del *poliamor*, del acceso de la mujer a la universidad, al mundo laboral, etc., resulta cuanto menos chocante esta repetición que, como tal, bien pudiera ser considerada como síntoma de un ideal que no se ha alcanzado y muestra de que la estructura subjetiva en el hombre y en la mujer no son la misma.

En tercer lugar, del trabajo en casos de violencia filio-parental, por ejemplo, sabemos de la existencia de golpes, gritos y amenazas que generan un estado de sitio familiar, en que el hijo o la hija se erigen como portavoces de una furia y un odio ingobernables y difíciles de atemperar. Por suerte, el psicoanálisis desde Freud ya nos advierte de la ambivalencia del lazo amoroso, un fenómeno que más adelante Lacan reformulará con el neologismo *odioenamoramiento* y que viene a significar que *“el odio está del costado del Eros (amor) y supone un lazo muy fuerte al otro, un lazo social eminente”*<sup>10</sup>.

Algunos actos de violencia filio-parental, en los que la conducta enmascara un mensaje latente, bien pudieran ser interpretables por el clínico como demandas filiales a ser regulados y acogidos con la presencia hablada, con la presencia de contacto, significantes ambos de un signo de amor en falta.

10 Miller J.A. Niños violentos. Intervención de clausura de la 4ta Jornada del Instituto del Niño. 18 marzo de 2017. Recuperado en: <https://psicoanalisislacania-no.com/ninos-violentos/>

*Joseba es un adolescente de 15 años que acude a consulta con su padre (separado de la madre de joven), a petición del chaval “porque no puedo controlarme; me paso mucho con mi padre, no aguanto a la profesora, ni a la educadora... y no sé qué hacer”, dirá angustiado y llorando amargamente*

No obstante, existe la violencia gratuita y en tales casos la renuncia estructurante tiene que ver con lo relativo a no someter al padre o a la madre, consumiéndolos con demandas de exigencia que colmen el vacío que siente el hijo-a (quizás) por no haber vivido una presencia reguladora.

Ante el imperativo al consumismo y la tendencia cada vez mayor a objetualizar las relaciones, cabe preguntarse si somos reciclables los padres y las madres de hoy.

Esta pregunta introduce otra posible vía de tratamiento a la violencia filio-parental, no tanto como un llamado a la regulación (acting out),

sino más bien como una omisión a la misma y a la puesta en acto del propio ejercicio del descontrol autosatisfecho (pasaje al acto).

Por último, el propio Miller plantea que “*hay que distinguir cuando la violencia vuelve a salir por un fracaso del proceso de represión “o a consecuencia “de una falla en el establecimiento de la defensa”*”<sup>11</sup>.

El segundo entrecomillado invita a pensar en aquellas situaciones en las que la defensa previamente establecida cede al empuje de la violencia destructora. Una posible causa de este derrumbe defensivo pudiera ser atribuida a la quiebra del sentimiento de lazo o vínculo del sujeto implicado. Podría decirse que se trataría de la *escenificación en acto* del hecho de sentirse arrojado del campo del deseo del otro. Tal pudiera ser la hipótesis, de la comisión de suicidios por parte de jóvenes esquinados en sus habitaciones, sintiéndose expulsados del lazo social y padeciendo la violencia de no sentirse sujetos de deseo y prescindibles.

11 Idem.

### Contacto

Kepa Torrealdea 📞 695 752 516 📞 688 750 187  
✉ keparatorrealdea@gmail.com ✉ psikebilbao@gmail.com  
Ezpeleta nº 36. Bajo, dcha. • 48280 Lekeitio • Bizkaia

### Bibliografía

- Freud S. *Inhibición, síntoma y angustia*. (1926). Obras Completas. Edit. Amorrortu.
- Janin B. La violencia y su estructura subjetiva (2009). *Cuestiones de infancia*, 13, 15-33.
- Miller J.A. *Niños violentos*. Intervención de clausura de la 4ta Jornada del Instituto del Niño. 18 marzo de 2017. Recuperado: <https://psicoanalisislacaniano.com/hinos-violentos/>
- Lacan J. *Las formaciones del inconsciente*. Seminario 5, 1957-58. Ed. Paidós.
- Tendlarz S E. La delincuencia juvenil desde la perspectiva psicoanalítica. *AJAYU*, 2015, 13(2), 136-146. Recuperado en <http://www.bibvirtual.ucb.edu.bo/ajayu/index.php/ajayu/article/view/76>
- Almela Martínez MA. Sobre la “autoritas” y la “potes-tas”. SperoPress, junio 2006.
- Le Du J. *El cuerpo hablado: Psicoanálisis de la expresión corporal*. Ediciones Paidós Ibérica.

• Recibido: 09/02/2022.

• Aceptado: 24/05/2022.

# Novo trato a infancia: Mirar el pasado para seguir construyendo el presente.<sup>1</sup>

## *New deal for children: Looking at the past to build on the present.*

Ana María Jiménez Pascual.

Psiquiatra, Psicoterapeuta. Jubilada. Exjefa del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Área Mancha Centro.

**Resumen:** Se plantea la necesidad y la importancia de contar con una red de SM para Infancia y Adolescencia, que parta de los supuestos de la Salud Mental Comunitaria.

Tras plasmar esquemáticamente los dispositivos de esta red, se analizan algunos de los problemas existentes en la actualidad en la práctica de la Salud Mental en estas edades, y se propone recuperar en el trabajo clínico en todos los dispositivos de esta red, los aspectos esenciales de los conceptos bio-psico-social, que parte de la importancia de la prevención y promoción de la SM, del trabajo interdisciplinar, en equipo, el trabajo interinstitucional, que conlleva el trabajo en red, así como el trabajo comunitario, con la importancia de la inclusión escolar y social.

**Palabras clave:** red de SM infancia y adolescencia, Salud Mental Comunitaria, trabajo interdisciplinar e interinstitucional, trabajo en red, inclusión escolar.

**Abstract:** The need and importance of having a Mental Health (MH) network for Childhood and Adolescence, based on the assumptions of Community Mental Health, is raised.

After outlining schematically the devices of this network, some of the problems currently existing in the practice of Mental Health in these ages are analysed, and it is proposed to recover in the clinical work in all the devices of this network, the essential aspects of the bio-psycho-social concept, starting from the importance of prevention and promotion of MH, interdisciplinary work, team work, inter-institutional work, which implies networking, as well as community work, with the importance of school and social inclusion.

**Key words:** MH network in childhood and adolescence, community mental health, interdisciplinary and interinstitutional work, networking, school inclusion.

### Introducción

En este último periodo ha habido acontecimientos que han puesto la mira en la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, a pesar de que llevamos muchos años ya trabajando y reivindicando dispo-

sitivos apropiados en este campo. Uno de ellos es la pandemia, que ha provocado un incremento del sufrimiento emocional de niños, niñas y adolescentes, pero sobre todo ha hecho evidente algo ya sabido, y es la precariedad de la asistencia en estas edades. Y el segundo acontecimiento, del

<sup>1</sup> Conferencia de inauguración de la V Jornadas AGSM-AEN Novo Trato. Noviembre 2021

cual debemos congratularnos, es la aprobación del Decreto sobre la especialidad de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia, tantos años esperada. Ambos aspectos han creado un clima favorable para que tanto profesionales como familiares incidan en la necesidad de revisar y mejorar la red asistencial en estas edades.

Aunque el título genérico de las jornadas es “Novo Trato”, en realidad lo que se puede aportar en esta nueva etapa es la mirada al pasado y repensar de donde partíamos hace unos años, para poder seguir construyendo en el presente.

Al principio de los años 80, en España apenas existían profesionales dedicados a la Salud Mental Infanto Juvenil (SMIJ), frente a lo que ocurría en otros países europeos de nuestro entorno como Francia o Suiza, que han sido referente para muchos de nosotros.

Las transferencias sanitarias a las diferentes autonomías, junto con la reforma psiquiátrica, posibilitaron un cambio radical, no solo en la organización y funcionamiento de la Salud Mental del adulto, sino también en la de niños, niñas y adolescentes. En el documento elaborado por la Comisión para la Reforma Psiquiátrica de 1985 (1) y posteriormente en la Ley General de Sanidad de 1986 (2), ya se considera la atención a la Salud Mental Infanto Juvenil un área prioritaria, aunque no se habla de dispositivos necesarios, sino de un programa de Infanto Juvenil, término que lleva a equívoco. A raíz de esto, la mayoría de las autonomías elaboran planes de Salud Mental, donde se incluye la planificación también de la SMIJ. Así, en el año 87, tras los decretos de la reforma psiquiátrica, comienzan a organizarse unidades de SMIJ, llamados en algunas comunidades programas, acorde al vocabulario utilizado en el decreto. En Castilla La Mancha (CLM) se creó una USMIJ por área sanitaria y se describió el personal mínimo y sus funciones. (3)

Tras estos primeros pasos muy dubitativos, comienza un periodo muy productivo y enriquecedor, en donde los profesionales interesados en este campo que en realidad veníamos de una formación y una práctica en adultos, tuvimos que autoformarnos. En esta andadura y ante el escaso desarrollo de una red específica de SMIJ se propició desde la AEN, a partir del año 2000,

la creación de un grupo de trabajo formado por profesionales pertenecientes a dispositivos específicos que trabajaban con niños y adolescentes con patología mental grave, y que elaboró un documento sobre «Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes», publicado en la revista de la AEN<sup>1</sup>. Así mismo se partía de la necesidad de contar con otros centros para patología mental grave, fundamentalmente con problemática conductual importante, donde los dispositivos ambulatorios y de hospital de día eran insuficientes para su abordaje. Por ello surge otro grupo de trabajo ante la necesidad de definir estos últimos centros de forma integrada. (4)

Gran parte de las bases en las que se sustentaba la reforma psiquiátrica y las propuestas que se hicieron en estos grupos de trabajo sobre la creación y el funcionamiento de la red de SMIJ, no solo siguen siendo válidas, sino que hay que rescatarlas, ya que, en los últimos años, la atención a la Salud Mental en estas edades ha experimentado un profundo cambio, no siempre para bien, debiendo recuperar algunos de los parámetros de los que se partía cuando se empezó a desarrollar toda esta red.

El modelo propuesto en la reforma psiquiátrica la SMIJ se integra dentro del sistema sanitario general, como una parte dentro de los Servicios de SM y se basa en el modelo bio-psico-social tanto de la salud como del enfermar, y en un modelo de Salud Mental Comunitario con equipos multiprofesionales y trabajo multidisciplinar e interdisciplinar. (5)

### **La red de Salud Mental de Niños y Adolescentes**

A pesar de que en el documento de la reforma psiquiátrica se proponía un programa de SMIJ, en el grupo de trabajo de la AEN se planteó la necesidad de la creación de la Red de SMIJ (4). La composición y estructura de esta red sigue estando vigente, aunque su funcionamiento va a estar condicionado no solo por su organización, los recursos humanos y materiales de que disponga esta red, sino también y, sobre todo, por la forma de

1 Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. *Revista AEN*. Vol 21, No 77 (2001).

trabajo de los diferentes equipos que la componen, la relación profesional entre los mismos y con los dispositivos implicados en la infancia y adolescencia (Servicios Sociales, Educación y Justicia).

La red básica que el grupo de trabajo concibió, se ha enriquecido con otros dispositivos, con funciones específicas y prestaciones complementarias y coordinados entre sí (6). La red de SMIA esquemáticamente sería:

1. Equipo básico ambulatorio, que además de atender la demanda asistencial, pueda realizar actuaciones de promoción, preventivas y de formación e investigación, dentro de un marco comunitario y en coordinación con los otros dispositivos que atienden a la infancia y adolescencia.

Dentro de esta red, en la actualidad se están desarrollando programas específicos, que en muchos casos ya funcionan como unidades específicas de atención ambulatoria entre las cabe destacar:

- Programa materno infantil (perinatal).
- Interconsulta hospitalaria.
- Psiquiatría/ psicología de enlace.
- Atención a urgencias psiquiátricas.
- Atención a la patología dual en chicos, chicas con problemas de adiciones (por lo general conjuntamente con la Unidad de Conductas adictivas). En algunas comunidades autónomas, la atención a las drogodependencias está integrada en la Salud Mental, mientras en otras, siguen siendo redes independientes y se cuenta con centros de atención a drogodependientes.

2. Dispositivos intermedios o de hospitalización parcial.

Hospitales de Día (HD), Centros terapéuticos de Día, otros dispositivos de tratamiento intensivo.

3. Dispositivos de internamiento terapéutico

La existencia de problemáticas conductuales graves de base psicopatológica en menores, o psicopatología que no pueden ser atendidas en los dispositivos clínicos habituales (como los equipos ambulatorios, unidades de crisis u hospital de día psiquiátrico), unido a que ni

las familias ni los tutores o acogedores de estos chicos (en caso de menores en protección) las pueden afrontar, obliga a establecer dispositivos de internamiento de corta, media y larga estancia para su atención. En patologías abandonicas, deficitarias, con defensas muy violentas o con continuo acting out, es necesario instituciones específicas.

### 3. a) *Dispositivos Sanitarios*

- Unidad de Hospitalización Breve (UHB)

La finalidad del ingreso puede ser múltiple, bien tener una finalidad diagnóstica o una intervención en la crisis aguda y en los factores que la han precipitado, trabajando tanto con el niño/ adolescente como con su familia. Contempla un conjunto de intervenciones médicas y psicológicas integradas y coordinadas (y no solo la mera contención), preparando el tratamiento ambulatorio posterior.

### 3. b) *Dispositivos Sociosanitarios*

- Unidades de Media y Larga estancia (comunidades terapéuticas / Centro de atención especializada al menor (CAEM).

En redes no sanitarias o sociosanitarias, existen otros centros de internamiento, que dependen de Servicios Sociales (bien propios, o bien concertados) como son los Centros de Reeducción Psicosocial. En CLM se pasó por un largo proceso para que el centro de reforma que existía, donde no se podía entrar si el adolescente no delinquía o bien los padres perdían la custodia del mismo, se transformara en el centro terapéutico (CAEM) que existe en la actualidad y que constituye una pieza clave dentro de la red.

Es difícil hacer una línea divisoria clara entre los trastornos de conducta grave antisocial con posibilidad de tratamiento clínico y las psicopatías más estructuradas donde las capacidades evolutivas están más comprometidas. Sin embargo, si es necesario admitir ciertos casos cuya evolución ha sido muy desfavorable, donde han tenido una conducta psicopática grave y han requerido centros específicos diferenciados de régimen cerrado para su abordaje terapéutico y resocializador. Estos son los centros (de reforma) de Menores cerrados, para menores que han

cometido delito, entre 14 y 18 años. Son derivados desde Justicia. El régimen general es reeducativo. La atención ha de centrarse fundamentalmente en la reeducación y la resocialización del joven, donde es importante la formación profesional, así como talleres de distinto tipo. Sin embargo, si es fundamental que adolescentes aún con posibilidades de cambios en su funcionamiento mental sean atendidos en Comunidades Terapéuticas.

Existen así mismo, centros para jóvenes con medidas judiciales y patología mental grave. Deben ser de ámbito nacional, teniendo que incorporar programas terapéuticos.

Por último, existen Centros de Educación Especial que tienen internado para chicos y chicas con trastorno mental severo.

### **Situación de la atención a la Salud Mental en Infancia y Adolescencia: sobre algunos problemas y retos actuales**

Desde la reforma psiquiátrica se propugnaba pues un cambio profundo en la asistencia, donde los aspectos fundamentales de su funcionamiento eran y siguen siendo el trabajo interinstitucional, donde el paciente es un sujeto activo en el proceso terapéutico, siendo así mismo importante la participación de la comunidad, con intervenciones coordinadas y conjuntas con distintas instancias y colectivos (asociaciones, colegios, servicios sociales, servicios judiciales...), que posibiliten y garanticen la integración en la sociedad. Así mismo supone el trabajo en equipo interdisciplinar, integrado este por distintos profesionales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermería...), debiendo posibilitar y fomentar la participación de todos los miembros, con el objetivo de una organización más funcional.

Sin embargo, después de más de 20 años del inicio de unos planes de SM que sí incluían la atención a la SMIJ, si podemos decir que hay una red para la atención en estas edades en todas las comunidades autónomas, pero el desarrollo ha sido muy desigual, existiendo aun grandes lagunas, especialmente en el desarrollo de dispositivos intermedios y de media estancia para problemas mentales graves, así como el desarrollo de programas para patologías específicas, y para edades claves.

Lagunas importantes son así mismo las dificultades del trabajo comunitario y en red con otros equipos que atienden estas edades, donde existe una coordinación voluntarista, pero entorpecida por la abrumadora demanda asistencial, donde los equipos ambulatorios suelen estar desbordados por la misma, que junto a las exigencias administrativas que persiguen reducir listas de espera y acortan el tiempo de atención a los pacientes, propician el vuelco a una atención más medicalizada, en detrimento de la intervención psicoterapéutica más indicada tanto para el niño, niña o adolescente, como a su familia. Esta deficiencia acarrea muchas veces intervenciones tardías, donde actuaciones preventivas de todos los niveles hubieran sido necesarias. A ello se suman las dificultades de que se disponga en las USMIJ de profesionales formados en el abanico de los diferentes paradigmas y de los que si tienen formación específica puedan tener tiempo suficiente para realizar sus intervenciones. Y esto puede provocar una mayor medicalización de la asistencia, además de precipitar de nuevo la entrada en dispositivos de internamiento de estos chicos y chicas, pero por insuficiente abordaje clínico y/o trabajo en red.

La falta de investigación y la deficiencia en la recogida de datos epidemiológicos es otra de las dificultades que entorpecen esta trayectoria.

A nivel de la práctica clínica, el cambio fundamental es que hemos pasado de un modelo bio-psico-social de comprensión e intervención terapéutica de los problemas mentales, a un modelo biomédico que se ha ido implantando poco a poco, amparada por la administración, que pide una mayor eficacia, y empujados por la industria farmacéutica y por la creciente demanda asistencial. En esta situación, no es ajena la práctica en Atención Primaria de Salud, y la presión de la escuela y de las asociaciones familiares, que demandan una respuesta rápida, en muchos momentos recurriendo a la vía de la neuropediatría, con unas bases muy distintas de la SMIJ, inclinando en muchos casos la balanza hacia lo biomédico.

La doble visión de finales del siglo XIX y principios del XX sobre el origen orgánico – genético u origen psíquico de las enfermedades mentales,

vuelve a aparecer con mayor fuerza, sin ser capaces de integrar los avances que hay tanto en neurociencias, como en la comprensión psíquica de las mismas. Hay ya muchos trabajos que intentan entrelazar ambas áreas de conocimiento, pero en la práctica, aunque algunos Servicios de SM y USMIJ si mantienen verdaderos equipos interdisciplinarios, con formación y práctica clínica diversa y coordinada que abarca todo el espectro bio-psico-social, una gran mayoría funcionan con el modelo biomédico esquemático imperante. Y esto a pesar de que en los últimos años la nueva información procedente de la neurociencia y de otras disciplinas ha ampliado de manera espectacular nuestros conocimientos sobre el funcionamiento de la mente, aceptando una poli causalidad en el desarrollo de la enfermedad, por lo que no son contradictorias prácticas psicoterapéuticas de distinta orientación.

A ello se suma que la demanda asistencial ha cambiado de forma sustancial y en la sociedad de consumo en la que vivimos, el niño, la niña y el adolescente, atrapados también en la misma, han pasado a ser un consumidor más, donde el deseo de poseer, de tener un objeto determinado se vuelve también en muchos casos imprescindible porque le otorga un lugar, un reconocimiento entre sus iguales. Pero también la infancia y adolescencia han entrado en la sociedad de consumo de psicofármacos, algo impensable hace años.

En otro orden de cosas, en estos últimos años ha habido y sigue habiendo cambios profundos en nuestra sociedad, desde las diferentes organizaciones familiares (7), tan distintas de las tradicionales y con roles también intercambiables entre sus miembros, hasta la vivencia tan diferente y variada de la sexualidad y de la identidad de género, donde ya el termino binario ha quedado trasnochado, pasando por la sociedad transcultural en la que vivimos, tan enriquecedora, pero a la vez no exenta de dificultades.

Otra problemática derivada de esta sociedad es que la forma de jugar ha variado considerablemente. La mecanización de los juguetes (8) y la utilización masiva de videojuegos tiene el riesgo de provocar pasividad en el niño, disminuyendo su fantasía, su creatividad y dificultando la posibilidad de elaborar situaciones conflictivas a

través del juego; por el contrario, muchos chicos se quedan enganchados en estos videojuegos, identificándose con personajes omnipotentes, evitando así los conflictos de rivalidad y competitividad con iguales, por lo que tienden a rechazar el contacto con los mismos. A la vez, muchos padres, bajo la presión de la competitividad social reinante y el temor al futuro del trabajo de sus hijos, han sustituido el tiempo libre y de las actividades grupales libres, en actividades regladas, dejando pues menos espacio para la creatividad y el disfrute espontaneo con iguales.

El funcionamiento actual de la escuela es otro factor importante a tener en cuenta. Dentro del trabajo comunitario la inclusión escolar de chicos y chicas con problemas mentales es un objetivo esencial. Sin embargo, para un grupo de chicos, chicas, que presentan problemas mentales y diferentes grados de discapacidad, las escuelas ordinarias, tanto por el peligro de acoso y exclusión que en la actualidad representan, como por el modelo educativo imperante, poco flexible y poco amoldado a la diversidad de cada alumno, el paso de primaria a secundaria es un periodo crucial de inicio de la adolescencia, que es vivido con gran angustia por los chicos, chicas y sus familias. La situación en la escuela es un reflejo de los valores imperantes en la sociedad y en la actualidad estos son confusos y cambiantes. En este clima social, la exclusión social y la intimidación entre los propios chicos, no solo no se ha conseguido disminuir, sino que parece ir en aumento. Y las soluciones dadas desde la escuela, como la expulsión y/o normas de control incluso vigilancia extrema en vez de favorecer la resolución de conflictos relacionales, no suelen mejorar estas situaciones. La realidad actual en muchos centros escolares, con un importante número de alumnos con graves dificultades que desbordan las capacidades de contención, es la dificultad para que la escuela sea un lugar de normalidad beneficiosa para muchos de ellos, donde la organización jerarquizada y burocratizada, unida a las resistencias al cambio que en muchas ocasiones existe, perpetúa aún más esta situación. Por otra parte, la función pedagógica, la función de trasmisión de conocimientos está influenciada en gran medida por la presión de la eficacia y el control ejercida por conseguir los estándares educativos publicados tanto a nivel nacional e internacional (9) (10). Esta tendencia,

que crea competitividad entre los centros escolares, tiene el riesgo de no dar cabida a políticas inclusivas o dejar las mismas muy relegadas.

Por otra parte, en la sociedad actual existe una menor tolerancia al sufrimiento, lo que provoca un aumento en las consultas, de demandas de malestar psíquico, relacionadas con situaciones de la vida cotidiana. Las clasificaciones diagnósticas actuales no son ajenas a esta situación; véase el aumento de categorías diagnósticas en la última clasificación DSM-5, donde se incluyen ciertos desajustes normales de la vida cotidiana (la vergüenza se ha convertido en fobia social, por ejemplo, o la disforia de género, referente a los cambios de humor y comportamiento en relación a cambios hormonales en mujeres...). Esto ha llevado a la psiquiatrización, psicologización y medicalización del sufrimiento de la vida cotidiana no consideradas patológicas.

En relación con el diagnóstico, estas clasificaciones diagnósticas basadas en agrupaciones de síntomas y/o conductas, como las habitualmente utilizadas (DSM, CIE), ¿qué nos dicen de la persona, de su organización psíquica? Son importantes para universalizar el lenguaje entre los clínicos y con fines de investigación, pero distan mucho de ser científicas. El proceso diagnóstico, desde el trabajo clínico, ha de ayudar a comprender la psicopatología, que factores pueden estar influyendo en la misma, como influyen estos en el pronóstico y en base a esta comprensión, cuál sería el tratamiento más indicado. El reconocer una serie de síntomas en una persona, no puede ser el diagnóstico en sí. Este ha de estar enmarcado dentro de unas características de la personalidad, de la historia personal, familiar y social, y buscar un sentido a los síntomas (que los ha podido desencadenar, que función psíquica cumplen o pueden cumplir en el momento de su aparición: defensa, evitación de la ansiedad..., respuesta a una situación insoportable para el paciente, queja...). Esta búsqueda de comprensión, de sentido, no excluye ni niega la visión del funcionamiento neuronal que los acompaña, ni la, a veces, base genética que puede crear cierta vulnerabilidad para ese sufrimiento psíquico.

Así, las clasificaciones actuales tienen el peligro de una distorsión de la visión clínica, donde en vez de llegar a un diagnóstico que tiene que ver

con un determinado funcionamiento y organización mental, ves una agrupación de comportamientos donde implícitamente se supone que hay un desorden neuronal, genético, en su origen. En muchas ocasiones, estos diagnósticos actúan como etiquetas a través de las cuales se ve a las personas y no a la persona en sí. No es infrecuente que al preguntar a un chico en la consulta que le pasa, te conteste “soy un TDAH o tengo TDAH” en vez de hablarnos de sus problemas, sus inquietudes.... O padres que achacan al supuesto diagnóstico, comportamientos del chico que en muchos casos obedecen a la necesidad de individuación, de separación o de autoafirmación frente a los padres.

Por último, un problema sigue siendo la falta de la especialidad para los diferentes profesionales que trabajan en la SMIA (aunque ya aprobada para psiquiatría de infancia y adolescencia, pero no desarrollada), que le dé al trabajo un marco concreto, tanto en una formación amplia, como en la organización de servicios. Hasta ahora, ha sido difícil el lugar ocupado por nuestros especialistas, donde el límite con otras especialistas ha sido y sigue siendo difuso. Las fronteras entre los diferentes miembros de los equipos de SM también están más difuminadas (11), pero este viraje en una formación y práctica clínica más biomédica ha propiciado que los psiquiatras vayan abandonando su formación y práctica como psicoterapeutas, lo que, a mi entender, ha empobrecido la atención clínica y el funcionamiento en equipo.

## **Rescatar y reactualizar las bases de la práctica asistencial**

### Salud Mental Comunitaria

La práctica en SMIIJ sigue estando enmarcada en el concepto de la Salud Mental Comunitaria, pero ¿qué rescatar y reactualizar de lo que implica este concepto para que no se quede en meras palabras vacías de contenido en la situación actual de nuestra práctica clínica?

### Lo bio-psico – social

Primeramente, partir de la importancia de lo bio-psico – social tanto en el desarrollo del niño, niña y adolescente, como en la aparición de problemas psíquicos en estas edades. Los niños, niñas

y adolescentes son personas en desarrollo y por tanto influenciables por el entorno. Ante su problemática mental, una respuesta social (de la familia, del barrio, de la escuela...), que acepte, contenga o incluya al chico con ciertas dificultades o síntomas, puede favorecer positivamente su evolución. Por ello, la necesidad de un trabajo interdisciplinar e interinstitucional, donde no solo se atienda el síntoma aisladamente, sino que se tenga una visión del niño, niña y adolescente como personas, con una historia propia, con las interacciones familiares, relaciones con otros adultos de su entorno y con iguales, dentro de un entorno social determinado. (4)

Llevando estos conceptos a un terreno práctico, a nivel ambulatorio, el trabajo de las USMIJ ha de partir de la importancia de la promoción y la prevención en Salud Mental. La promoción es un campo muy amplio, que evidentemente escapa del clínico, pero no de nuestras asociaciones de profesionales, que deben insistir en la importancia de las desigualdades a todos los niveles (económicas, de género, de posibilidad de un trabajo digno y una vivienda digna de las familias...) en la Salud Mental de pequeños y mayores, así como la importancia de poder contar con ciudades con espacios que permitan el juego libre, la relación con iguales, búsqueda de una escuela más flexible, que de respuestas apropiadas al amplio espectro de necesidades de aprendizaje tanto en entornos formales como no formales de la educación, con modelos innovadores en la organización de centros y aulas, con la participación y promoción de todo el alumnado tanto en el aprendizaje como en la vida escolar y en actividades extraescolares y comunitarias, así como para prevenir la desigualdad y reducir la exclusión, con la búsqueda de soluciones para la inclusión plena y real en la comunidad de niños, niñas y adolescentes con discapacidades.

La prevención, en el margen con esta promoción de la Salud Mental, ya nos compete más a los clínicos, con programas por ejemplo para la atención a embarazadas emigrantes o adolescentes, con poco apoyo social o familiar, programas de habilidades de crianza especialmente para padres con TMG. Así como partir de la importancia de la detección y atención precoz, especialmente de los problemas mentales graves en estas edades, donde el trabajo desde Atención Primaria y

el desarrollo de programas materno – infantiles o perinatales es fundamental. De igual importancia tenemos la prevención del suicidio y la atención a los primeros brotes psicóticos... Prevención del abuso y/ o violencia o maltrato infantil; prevención del estigma y la exclusión social de chicos y chicas con TMG desde la primera infancia, trabajando en favorecer la inclusión escolar, la formación profesional y el fomento del trabajo.

En nuestra experiencia, además de la coordinación con Educación y Bienestar Social y las interconsultas con Atención Primaria para casos concretos, las reuniones generales anuales de los profesionales de SMIJ con los equipos psicopedagógicos del área y con los pediatras, explicando cada año el funcionamiento del equipo, los programas puestos en marcha, el funcionamiento del HD, y revisando las vías de derivación, y la coordinación, han sido una gran ayuda en el desarrollo de esta visión bio – psico – social, junto con las reuniones periódicas que se mantienen para el abordaje conjunto de determinados casos.

Los nuevos retos que el equipo de SMIJ ha de afrontar son diversos. Parten de evitar la medicalización del sufrimiento normal de la vida, pero también de atender el aumento de una demanda (mucho más en este periodo de pandemia), donde el sufrimiento psíquico se expresa a través del cuerpo con autolesiones, intentos de autolisis, trastornos de la alimentación, y pasajes al acto, donde podemos apreciar una dificultad para la mentalización de los problemas, por lo que es importante ayudar a elaborar emociones, poner palabras a las representaciones pulsionales y los conflictos internos que los generan, donde las relaciones intrafamiliares y/o situaciones sociales no son ajenas. Así mismo, en muchas de estas problemáticas se aprecia dificultades y estancamientos en el proceso de individuación del adolescente, por lo que es fundamental el trabajo de toda la familia.

Sería importante que, ante estos retos, los profesionales pudiéramos contar con un sistema de recogida de datos y unos programas de investigación que nos permitan aproximarnos a los factores que pueden estar influyendo en la psicopatología.

Otra área de trabajo donde tiene que prevalecer la visión bio – psico-social son los Hospitales de Día de Infancia y Adolescencia.

En el tratamiento en el HD es importante insistir en que el objetivo fundamental es un cambio en la organización psíquica, que favorezca los aspectos cognitivos, emocionales y relacionales, y no solo un cambio de la sintomatología. Hay que tener en cuenta la diversidad biopsicosocial, partiendo de que los aspectos relacionales y emocionales son un eje conductor. Esta aproximación se basa en la importancia de no conformarse y quedarse con que el diagnóstico explica el comportamiento de los niños, niñas y adolescentes y su funcionamiento mental, sino intentar comprenderlo también en tanto defensas frente a ciertas ansiedades, en un contexto social y familiar determinados. (12)

Aquí hay que hacer un paréntesis y plantear una situación que desde SM se ha de reivindicar. En los últimos años, a pesar aun de la gran escasez del desarrollo de estos dispositivos a nivel nacional, los hospitales de día que se han ido abriendo son para los adolescentes, ya que los problemas mentales severos en la primera infancia, muchos de ellos englobados en la actualidad en el diagnóstico de TEA, que normalmente cursan con dificultades en áreas cognitivas, emocionales y relacionales, (13) suelen ser derivados y atendidos en dispositivos de Atención Temprana, y el grupo de edad intermedio, son atendidos en diferentes lugares. Algunos acuden a las USMIJ donde difícilmente pueden recibir un tratamiento que no sea farmacológico y la mayoría son atendidos en programas desarrollados por asociaciones de familias de niños con estas problemáticas. Los niños que en su evolución han presentado características más deficitarias, especialmente cuando terminan la enseñanza primaria, suelen aun ser derivados a los colegios de educación especial (CEE), donde ya se considera que la atención es completa desde una visión biológica y rehabilitadora de esta problemática psíquica.

Y este punto supone una primera reflexión, que nos coloca en la comprensión de la organización y el funcionamiento mental de estos niños y niñas con esta problemática, de donde va a derivar las posibilidades terapéuticas propuestas, más rehabilitadoras y educativas, (14) o si se parte de una concepción bio – psico – social, donde si bien puede haber una base orgánico – genética, siempre es necesario pensar en una perspectiva evolutiva y relacional, donde las intervenciones

psicoterapéuticas derivan de la comprensión de las ansiedades, las defensas frente a las mismas y como va organizándose la personalidad, dentro del marco relacional que supone el HD.

El mismo planteamiento bio-psico-social es importante en el abordaje de la problemática de los chicos y chicas ingresados en UHB, donde hay que erradicar métodos coercitivos, basados más en la desaparición del síntoma, en vez de un trabajo en equipo multiprofesional, centrado, como ya se ha dicho, en la intervención en la crisis aguda y en los factores que la han precipitado, trabajando tanto con el chico, la chica, como con su familia.

En relación con los centros de internamiento se parte de la premisa de que son sistemas sociales formados por los pacientes y el personal e influido por el medio social que le rodea. Es importante organizarlos como instituciones articuladas, en las que pudieran aflorar los deseos, las demandas y las frustraciones de los chicos y chicas allí internados y a partir de ello facilitarles el acceso a la palabra y a las redes de estructura social, de claro sentido rehabilitador.

#### Trabajo interdisciplinar

El trabajo interdisciplinar, en principio atañe a los propios equipos de SMIJ y parte del trabajo en equipo ya que estos están compuestos por profesionales, con formaciones específicas diferentes, donde es necesario conocer, coordinar e integrar la especificidad de cada profesional, así como la riqueza de sus diferentes formaciones. Pero el funcionamiento en equipo no es la suma del trabajo individual o grupal de sus profesionales.

Para ello es necesario la creación de un esquema referencial común, que surge de la experiencia compartida en reuniones semanales de todo el equipo y que se traducirá en un modo de accionar, un estilo, elaborado por todos y la vez internalizado por cada uno. Este aspecto fundamental define la pertenencia y la cohesión, a la vez que se traduce en la eficacia de sus acciones. Sin embargo, deberá ser suficientemente plástico y abierto a un constante cuestionamiento por parte de la realidad clínica, tal cual se va presentando. Así mismo es imprescindible la reflexión

acerca del propio funcionamiento, para evitar los riesgos de idealización, de caer en ilusiones grupales de completud y/o en estereotipias que paralicen la creatividad.

A nivel de la práctica clínica, es importante, además de disponer de tiempo para una evaluación diagnóstica amplia y la posibilidad de realizar intervenciones psicoterapéuticas, que en cada equipo se organicen espacios y se disponga así mismo de tiempo para trabajar en equipo y en red con los distintos dispositivos implicados. Es necesario tener un espacio donde poder compartir con el resto de los profesionales la angustia, la preocupación o una contratrasferencia negativa o muchas veces confusa que el terapeuta tiene, lo que supone ya un paso importante en el des-anudamiento de una situación estancada. La re-historización que debe hacerse para presentar cada caso, con las reflexiones del resto de miembros sobre la situación, suele desembocar en una visión enriquecida donde los diferentes profesionales que intervienen pueden ver otras vías de intervención y de enfocar la situación que les preocupa.

Con relación a los dispositivos de HD y los distintos centros de internamiento, su estructura estable ha de posibilitar que el equipo funcione como tal, y no dando respuestas individuales, sino coherentes tras la comprensión de las situaciones de cada chico, chica. Además de los tratamientos farmacológicos y las intervenciones psicoterapéuticas necesarias, el dispositivo ha de posibilitar una experiencia emocional que favorezca el proceso terapéutico (necesario vivir experiencias).

El trabajo clínico del Hospital de Día/ terapia intensiva, está basado en la Terapia institucional (15) (16) que consiste en la utilización de la institución como instrumento psicoterapéutico, destacando la escucha y comprensión de la dinámica emocional de cada niño, niña, adolescente; y la comprensión de la dinámica grupal y del funcionamiento del equipo terapéutico, marcada y en muchos casos determinada por las psicopatologías de los pacientes. Y donde las reuniones de síntesis semanal por parte del equipo terapéutico son la base fundamental. En ellas, además de la comprensión de la dinámica emocional de cada chico, chica, un factor fundamental es que favorezcan y permitan la regulación emocional de

los componentes del propio equipo. Porque en el estado permanente de proyecciones que hacen estos chicos, chicas en el personal, la herramienta terapéutica fundamental es la comprensión de la contratrasferencia y las contradicciones de los miembros del equipo. En nuestra experiencia, una actitud de imposición de normas y reglas que dificultan este análisis y comprensión abocan al fracaso.

#### Trabajo interinstitucional – El trabajo en red

Otro concepto importante es el trabajo interinstitucional, que nos remite al trabajo en red en el marco de la comunidad. Son muchas y variadas las situaciones que nos llevan a los profesionales de las USMIJs a un trabajo coordinado junto con otros profesionales, bien del ámbito también de la salud, bien con los profesionales de Educación, de Servicios Sociales, y en ocasiones con Justicia.

Pero el trabajo en red da un paso más y se puede entender en primera instancia como una forma de organización y de gestión integral del trabajo de diferentes equipos y profesionales con un objetivo común, lo cual requiere al menos una coordinación de sus actuaciones. Una de sus principales funciones a nivel comunitario, es la de continuidad de cuidados para personas con enfermedad mental grave y crónica, tejiendo una red de vínculos que permita a la persona mantenerse integrado, participativo y con todos sus derechos de ciudadanía en la sociedad. (17)

Sin embargo, a nivel funcional, el trabajo en red es un concepto que trasciende al de interconsulta o al de coordinación, con los cuales se confunde. Es una metodología de trabajo que implica evidentemente una coordinación, pero va más allá e intenta dar una respuesta integrada (no solo coordinada), independientemente de la institución a la que se pertenece. Supone articular los diferentes dispositivos y profesionales para enriquecer la visión de cada cual, de modo que favorezca una estructura coherente, funcional y unificada que facilite la relación e intervención con el niño/niña/ adolescente y su familia. En esta forma de trabajo, en muchas ocasiones se parte de un problema, de una situación estancada, conflictiva y dolorosa y es entre todas las partes que se intenta buscar una solución. (18)

Esto supone que esta red busca en su funcionamiento la corresponsabilidad y la complementariedad para dar una respuesta común, y evita la derivación del problema de un dispositivo a otro.

El primer eslabón del trabajo en red es el trabajo coordinado de los dispositivos de la red, bajo la comprensión del funcionamiento mental y conductual del menor y su familia. Se parte pues de diferentes modelos de comprensión y de abordaje de estas problemáticas, lo que puede suponer un escollo para su funcionamiento (pensemos en la diferente concepción sobre los trastornos del espectro autista, sobre el TDAH o sobre los trastornos de conducta de profesionales con una visión más biologicista, de los que parten de una concepción más psicodinámica y relacional). El peligro en estos casos es partir de un reduccionismo, donde cada cual mantiene su posición como la verdadera (19); en estos casos podría haber una coordinación de actuaciones, aunque a veces contradictoria, pero no un verdadero trabajo en red, en el sentido de una elaboración conjunta en una situación dada.

Este trabajo en red debería partir de la importancia de una política preventiva. En este sentido, comienza a aparecer un interés creciente y una necesidad en la detección e intervención precoz de trastornos mentales en edades tempranas, muchos de ellos con características graves, con tendencia a la cronicidad y que por la precocidad del trastorno abocan a estados deficitarios, estando también, se insiste, relacionados con patologías psiquiátricas de constatación posterior, como son los trastornos de la personalidad de características psicopáticas o los trastornos Borderline, (20) (21) (22) cuya clínica en niños y adolescentes puede ser muy abigarrada, pero conllevando por lo general serios problemas de conducta.

Por ello es importante contar con una estructura estable en cada área sanitaria que permita poner en marcha el trabajo en red de todos los profesionales implicados en un caso complejo y que requiera la intervención conjunta de diferentes instituciones, pero también contemplar aspectos preventivos.

### Trabajo comunitario

El otro aspecto fundamental es el trabajo comunitario, donde el niño, la niña y adolescente son

sujetos de derecho, lo que conlleva la inclusión plena en la sociedad, y que nos remite a facilitar el acceso a los servicios de la comunidad a todas las personas con una enfermedad mental y a la comprensión de la persona desde todas sus facetas, más allá de un diagnóstico y de los síntomas que presente. Por ello es fundamental potenciar el desarrollo de las capacidades y habilidades de los niños, niñas y adolescentes con problemas mentales, especialmente con problemas mentales graves, potenciar su autonomía, respetando su diversidad, sus diferencias. De nuevo, el trabajo coordinado de todos los dispositivos de la red se hace imprescindible, y estar preparados para la detección de la vulnerabilidad de estas personas en el espacio comunitario, propiciando su integración y participación plena, donde el diálogo y la escucha activa, son aspectos muy importantes no solo en adultos, sino en la práctica en infancia y adolescencia.

En este sentido, además de la lucha contra el estigma y de poder llevar una vida lo más normalizada posible, sabemos de la importancia de la formación y la inserción laboral en el adulto con un problema psiquiátrico para su recuperación; esto nos lleva a hacer hincapié en la importancia de la formación para los niños y adolescentes con problemas mentales y en especial a los que tienen Trastorno Mental Grave.

Así mismo es importante tener presentes los ámbitos sociales donde se desarrolla el niño/adolescente, que influyen en la constitución de su personalidad, en la mayor parte de los casos de una manera positiva, pero que en ocasiones pueden ser causa de mucho sufrimiento psíquico y predisponer o agravar un problema mental. La escuela es uno de los más importantes de estos ámbitos, donde el niño y adolescente pasa una gran parte de su tiempo y puede contribuir a consolidar experiencias positivas que favorezcan el desarrollo, o por el contrario, ser fuente de sufrimiento importante. La escuela es un espacio de convivencia, donde tanto alumnos, personal docente y familia están comprometidos en las experiencias emocionales que toda situación de enseñanza y aprendizaje conlleva (23).

La escuela aporta a los niños, niñas y adolescentes un sentimiento de pertenencia a un grupo, a un lugar, afianzando sus bases de identidad.

Además, han de afrontar situaciones difíciles de competitividad, rivalidad, demostrando continuamente sus propias competencias, lo que puede ayudar a aumentar la capacidad de enfrentarse a las dificultades, pero también a vivir la escuela con apatía y como fuente de frustración, por lo que a veces adoptan posturas de oposicionismo, rebeldía, derivando en ocasiones en trastornos de conducta más serios o bien en absentismo y fracaso escolar.

La escuela también actúa como un tercero diferente de la familia, como la ley, la norma que representa a la sociedad, favoreciendo el proceso necesario de individuación y socialización y es el lugar de identificaciones secundarias tanto con iguales como con los profesores, lo que supone una gran responsabilidad de estos y de la escuela en general.

Pero, como se ha dicho anteriormente, el funcionamiento de la escuela actualmente supone en muchos casos un lugar de sufrimiento y donde el trabajo en red también adquiere todo su sentido. Desde la Salud Mental, en el grupo de trabajo sobre “Escuela Inclusiva y problemas mentales graves en infancia y adolescencia” (25), se plantea que es “importante no centrarse solo en los objetivos educativos, sino también en la comprensión de las vivencias y de los factores subjetivos que estén influyendo en las dificultades de aprendizaje y de inclusión. Sería pues necesario salir de la única visión desde lo pedagógico y partir de la individualidad de las experiencias de los chicos, y de la implicación de los aspectos emocionales de los profesores en las interacciones educativas, no solo con los alumnos sino también con la familia y con el resto del claustro escolar.” Además, se propone una respuesta integrada, en los casos que lo requieran, a través del trabajo en red.

Así mismo es necesario contemplar y fomentar la inclusión social y no solo escolar de los chicos con problemas mentales graves, a través de la participación normalizada en actividades de tiempo libre, ludotecas, campamentos...

### Para ir terminando

Es evidente la riqueza y complejidad de la práctica de la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, que requiere un amplio abanico de dispositivos, de profesionales y de técnicas terapéuticas.

La sociedad y los responsables políticos parecen estar más sensibilizados en la actualidad con este campo de la salud, y supone una responsabilidad importante para nosotros, los profesionales, que se pueda revisar y reactualizar la red existente, en algunas comunidades autónomas bastante deficitaria, y en todas con evidente falta de recursos. La responsabilidad no está solo en pedir recursos y/o dispositivos, sino en exigir una formación alejada de visiones únicas y sesgadas, en avanzar en el reconocimiento de la especialidad no solo ya de psiquiatras y psicólogos clínicos, sino del resto de profesionales implicados en la clínica de SM de infancia y adolescencia, especialmente la enfermería psiquiátrica, en romper con posturas de poder y corporativistas por parte de algunos profesionales y de exigir así mismo la recogida de datos epidemiológicos que permita una mejor valoración y planificación de nuestro quehacer, así como el fomento y facilitación de la investigación de las diversas facetas que contempla nuestra práctica clínica. Pero a la vez hemos de transmitir la necesidad del trabajo interdisciplinar, creando estructuras estables que permitan un trabajo real en red, y la plena inclusión escolar y social de todos aquellos niños, niñas y adolescentes con problemas mentales.

### Contacto

Ana María Jiménez Pascual ✉ [anymazhar@telefonica.net](mailto:anymazhar@telefonica.net)  
c/ Pintor Lizcano 36 • 13600 Alcázar de San Juan

## Bibliografía

1. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid.
2. Ley General de Sanidad de 1986. Accesible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
3. Orden creación de la guía de las USMIJ. Diario oficial Castilla la Mancha. 22 de octubre de 1985. Accesible en: [https://docm.jccm.es/docm/verDisposicionAntigua.do?ruta=1985/10/22&id\\_Disposicion=123061412066311743](https://docm.jccm.es/docm/verDisposicionAntigua.do?ruta=1985/10/22&id_Disposicion=123061412066311743)
4. Jiménez, A.M. (coordinadora) (2004). Dispositivos de internamiento terapéutico para patología mental grave de niños y adolescentes. *Revista AEN*. Vol 24, No 89 (2004).
5. Menéndez Osorio, F. La atención en Salud Mental Infantil en el marco comunitario. En: Ministerio de Sanidad y Consumo, editorial. Gravedad psíquica en la infancia. 1988 P. 181-188.
6. Mollejo Aparicio, E. Red de Salud Mental infanto-juvenil, en Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Manuel Desviat y Ana Moreno (Editores). Ponencia al XXV Congreso SM/AEN. Estudios/47. Madrid. 2012.
7. Moro, M R. (2009). “Nuevos tipos de familias, nuevos tipos de niños. Aspectos antropológicos y clínicos”. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente; 48, 21-29.
8. Janin, B. Infancia y contexto – Intervenciones subjetivantes. *Revista AEN*.
9. Hegarty, S. La educación especial en Europa. National Foundation for Educational Research, Reino Unido. *Revista Española de Pedagogía*. Vol. 54, No. 204 (mayo-agosto 1996), pp. 345-360 (16 pages) Published By: Universidad Internacional de La Rioja (UNIR) <https://www.jstor.org/stable/23764561>
10. Escudero Nafs, A. “Desatentos O Desatendidos”. Ponencia presentada en el XXV Congreso de Salud Mental Asociación Española de Neuropsiquiatría. Comunicación personal.
11. Guimón, J. Presente y futuro de la asistencia psiquiátrica en España. Ed. FISLEM (Castilla La Mancha). Marzo 2004.
12. Jiménez Pascual, A. M. Continuidad en la atención terapéutica a adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, ISSN 1695-8691, Nº. 33, 2019, págs. 53-61
13. Alcamí Pertejo, M. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. Nº 39/49. Págs. 5-30
14. Hochmann J. (1992). El Autismo Infantil: ¿déficit o defensa? En “Autismo: Cuidados, educación y tratamiento”. Ed. MASSON.
15. Tosquelles, F. (1972). Estructura y reeducación terapéutica, Editorial Fundamentos, Madrid
16. Tosquelles, F. (2001). Las enseñanzas de la locura, Alianza, Madrid.
17. Leal Rubio, J. La relación en los cuidados y el trabajo en red en Salud Mental. En La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. José Luis Leal y Antonio Escudero (copiladores). AEN 2006.
18. Ubieto, JR. 2012. *La construcción del caso en el trabajo en red. Teoría y práctica*. Ed. UCO
19. Tió, J. “Continuidad de cuidados en salud mental: Salud mental y Justicia”. En La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. José Luis Leal y Antonio Escudero (copiladores). AEN 2006.
20. Misès, R. (1999). Las Patologías Límites de la Infancia. Ed. Alas.
21. Misès R (2000). Actualidad de las patologías límites del niño. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 30, 5-19.
22. Palacio Espasa, F. Diagnostic structurel chez l'enfant. Ed: Massom. 1994.
23. Sellarés Viola, R. La continuidad de cuidados en salud mental y los ámbitos de educación formal. En La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. José Luis Leal y Antonio Escudero (Compils). AEN 2006.
24. Jiménez Pascual, A.M (coordinadora). Escuela Inclusiva y problemas mentales graves en infancia y adolescencia. En prensa.

• Recibido: 08/02/2022.

• Aceptado: 15/05/2022.

# Los modelos de la recuperación<sup>1</sup>.

## *Recovery models.*

### Francisco Rodríguez Pulido.

Profesor titular de Psiquiatría en ULL. Responsable del Programa de Rehabilitación Psicosocial en Trastorno Mental Grave. Dirección de Área de Salud de Tenerife.

En los últimos tiempos se nos ha anunciado desde la filosofía o la historia que: “Dios ha muerto” (Nietzsche), “el fin de la historia” (Fukuyama) y de la razón (Escuela de Frankfurt), una “sociedad del cansancio” (Byung-Chul Han), una sociedad líquida y distópica (Bautman) la pregunta inevitable que se antoja al calor de ello podría ser ¿donde está el sujeto?, ¿donde se encuentra su voz?, ¿la voz de todos nosotros?

Es más que una probabilidad que todos los presentes aspiremos a vivir, trabajar y amar en la comunidad en la que pretendemos realizar una contribución significativa, y generar un sentimiento de autoeficacia. Es esperable que esto se nos vaya revelando de una forma discontinua, contradictoria y ambivalente durante nuestras vidas, como parte del descubrimiento del sí mismo, de los otros y del entorno; lo hacemos por ensayo y error, por imitación, intuición y a veces de manera reflexiva. Entiendo que esto no lo realizamos, nuestra construcción o desconstrucción como diría Derrida, como lo haría un arquitecto que proyecta una vivienda o una ciudad, donde todo está milimetrado, todo es matemático, exacto. No es así para nuestras vidas ni para aquellos que les ofrecemos nuestros cuidados.

Más bien, somos como unos pintores que nos enfrentamos a un lienzo en blanco o con alguna figura muy tenue de fondo, a modo de huella né mica, que no reconocemos de nosotros, en donde vamos trazando unas líneas y unos colores, hasta encontrar ese punto de apoyo, que como diría Kandinsky, que sirve para construir una rec-

ta y así empieza nuestra geometría. O a lo sumo somos escultores, que, con algún artificio, vamos diseñando unas formas y unos significados que, a lo mejor, inicialmente ni comprendemos, donde el tiempo añade su saber, y viene de forma silenciosa en nuestro auxilio.

La recuperación se la considera por unos como un movimiento de “abajo arriba” y para otros de “arriba abajo”. Defensores cualificados no le faltan a una y otra posición. Lo cierto a nuestros entender es que tanto una posición como la otra se realizan desde un modelo individualista de la recuperación, ya sea lo que exaltan el resultado como los que la formulan como un proceso. O sea unos desde un modelo biomédico del “cerebro roto” como dirían Andreasen y otros desde la subjetividad o las crisis biográficas.

Corrientes de opinión consideran que tanto unos como otros obedece a una cultura del neoliberalismo donde el estado abandona sus compromisos con los cuidados de la ciudadanía para recaer estos en las responsabilidades personales. Este nuevo paradigma desvía el foco de la recuperación, siendo únicamente la responsabilidad del individuo. Así se favorece un cultura del individualismo, la responsabilidad personal como una ética del culpa, y la independencia competitiva. Uno es productor y consumidor y a veces de las propias narrativas.

La literatura de recuperación tiende a exhortar el poder del individuo frente a servicios insuficientes y filosofías de tratamiento obsoletas.

---

<sup>1</sup> Presentado en el Congreso AEN. Barcelona, 5, 6, 7 mayo de 2022.

Se ignora en este modelo individualista que somos seres sociales cooperativos por necesidad humana y la necesidad humana se formula y le corresponde sus derechos para cubrir y garantizar sus expectativas de ciudadanía, de todos y todas. Así mismo, estos discursos están formulados sin el concurso de los grupos étnicos minoritarios ni de todas las razas, y en muchas ocasiones ni tienen en cuenta el género, ni la posición socioeconómica. Además muchas veces en los últimos años al discurso de la Recuperación se le superponen otros discursos que desdibujan su sentir originario, y se formulan como complementarios a las visiones de la naturaleza déficit, como son la residencia, el autocontrol y la atención centrada en la persona. No puede haber discurso humano liberador que no considere la condición política del ser humano como un ser sociable en una sociedad desigual. En la visión de la Recuperación, muchos consideran que ha sido dulcificada o profesionalizada al incorporarse al discurso médico o institucional.

Recordemos que la Recuperación biomédica o Recuperación “en”, es una Recuperación de resultados, defendida como objetiva, medible (reducción de síntomas y de mejoras en el funcionamiento), que no varía entre las personas, es pasiva y aislada de sus contextos. Así mismo, la Recuperación “de” es una Recuperación subjetiva, un viaje para una vida significativa y con propósito, centrada en el proceso, no lineal, compleja y singular, independiente de la enfermedad o de sus consecuencias catastróficas, con unos componentes multidimensionales (CHIME, RE-FOCUS) y puede variar en el tiempo.

Decíamos que las personas nos constituimos como tales en base a nuestras relaciones, así pues, un **modelo relacional y contextual** de la Recuperación, sería aquel que considera que son los contextos sociales, en la relación con los otros, el núcleo natural, donde se construye los significados de nuestra subjetividad, a través de las diferentes identidades y roles que se van construyendo en la familia, los amigos, la escuela, el trabajo. Los significados de la subjetividad se construyen y se desconstruyen en las interacciones humanas. Estos entornos están determinados por las condiciones de vida y los determinantes sociales y económicos de la salud, el apego, los abusos en la infancia o los eventos traumáticos. Circunstancias

ambientes que modifica la epigenética de las experiencias psíquicas, favorecida por el consumo de tóxico y la vulnerabilidad al estrés.

“Los otros” parecen relevante en estos procesos, que son señalados en la investigación cualitativa como “Estar con” y el “Estar ahí” se reconocen como elementos facilitadores de los procesos de Recuperación. El apoyo de los demás en forma de relaciones basadas en la confianza, la seguridad, la escucha, es un requisito para la recuperación, así como una consecuencia del proceso de recuperación, ya que las personas pueden (y desean) reconstruir las relaciones y asumir las responsabilidades de asociación. Sin menoscabar el Respetar la no intervención, la toma de decisiones compartidas, y las voluntades anticipadas como herramientas de un compromiso sistémico Dialógico. El apoyo entre iguales es una manera más de reconstruir la identidad, pero no la única posible sino una más para las personas con experiencias psíquicas.

El entorno más amplio es crítico para ofrecer oportunidades para que tales relaciones se desarrollen. Pero aún esta aproximación se nos antoja insuficiente, las personas en su Recuperación en el ejercicio de su ciudadanía, para resolver sus necesidades materiales y de soporte para su vida, en un **modelo social** de la recuperación, resulta elemental la resolución de las necesidades materiales, de vivienda, ocupación, empleo y garantizar su independencia económica. Muchas veces, los procesos de Recuperación están condicionados por una carencia absoluta de igualdad de oportunidades. Por ello su variante de justicia social, su lucha por la Recuperación de sus “status” y por su “reconocimiento”, forma parte de su liderazgo, con el cual, como ciudadano ejerce sus propios derechos, tomando su propia Voz.

Resaltar que la recuperación desde un modelo de sensibilidad cultural, muchas veces están infrarepresentados las comunidades negras o otras etnias minoritarias. La mayoría de los relatos o narrativas son de blancos caucásicos (como ocurre en los 50 relatos de los escuchadores de voces que son blancos británicos o holandeses).

El paradigma de la Recuperación debe dejar espacio, al ser un espacio clínico y sistémico, a enfoques de recuperación cooperativos, que de-

pendan menos de una Recuperación en solitario, e incluya que una comunidad o un entorno para abordar colectivamente la tarea de crear significados y roles significativos que las personas asumirán dentro de una estructura social más amplia.

Las sociedades inclusivas van de la mano de la Recuperación y del ejercicio de acomodación de nuestros derechos civiles, para todos y todas. La recuperación no deja de ser nunca un acto continuo de expresión de poder. Nuestro papel, será también recolocarnos, ser dueños de nosotros mismos, no de los estados ni de las organizaciones. Conocer y reordenar los entornos, estar en

ellos, profundizar en los valores de la “comuna” y en los compromisos cooperativos, para fortalecer la igualdad de oportunidades y con ello fortalecer la atención a la salud mental. Una perspectiva ecológica incorpora tanto al individuo como al medio ambiente y se enfoca en las relaciones entre los dos, con énfasis en las interacciones y transacciones. Por lo tanto, la recuperación puede verse facilitada o impedida a través de la interacción dinámica de fuerzas que son complejas, sinérgicas y vinculadas, abre la posibilidad de que los seres humanos creen sus propios valores de manera afirmativa y en consonancia con lo que la vida es o podrá llegar a ser para cualquiera.

• Recibido: 08/05/2022.

• Aceptado: 14/06/2022.

## La salud mental en tiempos difíciles.<sup>1</sup>

### *Mental Health in Difficult Times.*

#### Francisco Rodríguez Pulido.

Profesor Titular de Psiquiatría ULL. Responsable del Programa de Rehabilitación Psicossocial en Trastorno Mental Grave. Dirección de área de Tenerife.

Estimadas socios y asistentes a las Jornadas de la ACN:

Buenos días a todas. Me dirijo a ustedes en calidad de Presidente de la ACN.

Gracias a todos, los ponentes por querer aportar sus “saberes y experiencias y valores” con nosotros, gracias a todos por haber elegido estar ayer y hoy estar con las actividades de esta asociación, gracias a la junta directiva actual de la ACN, gracias a la colaboración de Ascatec, gracias al SCS, al ISSS y al Cabildo insular de Tenerife.

A los que no están, probablemente estén en otro lado e indica nuestra escasa influencia en las

esferas del poder. Siempre ha sido así. Siempre hemos arrancado los avances. Un abrazo de hermandad a todos por volver a encontrarnos de nuevo. Bienvenidos.

Expresar nuestra alegría por recuperar los espacios de convivencia de manera presencial. Durante la pandemia la AEN constituyó un “gabinete de crisis” donde la ACN participó de manera regular colaboramos en la organizamos webinarios y encuentros zoom para seguimiento de los efectos pandemia en la salud mental y el bienestar de población. Reuniones no faltaron, pero como clínicos sabemos de la relevancia de las relaciones interpersonales de una manera cercana sin estar mediatizada por aplicaciones tecnológicas. Vale para lo que valen.

<sup>1</sup> Palabras del Dr. Francisco Rodríguez Pulido, en la inauguración de las XXVI Jornadas ACN, 16 de Junio, con el título “La atención a la Salud Mental y las prioridades de este tiempo”. Tenerife 16-17 de Junio de 2022.

Nuestra organización, y la mejora de los servicios públicos en salud mental, se han enfrentado a los mismos "avatares". Aunque estas XXVI Jornadas la hemos titulado "la atención a la salud mental y las prioridades de este tiempo". Solo deseamos manifestar y enfatizar que hemos transitado por una pandemia. Sin duda, está ha dejado una "huella nemica" en nuestro consciente colectivo, y se ha sentido el silencioso impacto en la ciudadanía y en los servicios públicos. Abra que aumentará su musculatura. La atención a la Salud Mental ha sido reclamada por la ONU y la OMS como una prioridad mundial para los gobiernos. Otra cosa es que la coherencia alimente las decisiones.

En este tiempo se ha venido confundiendo malestares con trastorno mental, de una manera reiterada e incluso gremialista. Hoy al menos ya sabemos con más fortaleza científica, así lo recogen los últimos informes de la OMS de marzo del 2022 donde se señalan que las mujeres y los adolescentes son las personas y poblaciones más afectadas durante la pandemia con un incremento de la incidencia del 20% de los trastornos de ansiedad y la depresión. Mas aún en los países y personas de bajos y medianos ingresos.

En este sentido, para ofrecer respuestas válidas, sugerimos que se recoja se focalice la atención en "las intervenciones de promoción en materia de salud Mental destinadas a los adolescentes para que estos prosperen", que ha diseñado y evaluado la OMS, y se incorpore a los programas de salud escolar de Canarias. También, les aseguro, que los servicios públicos de salud mental de Canarias, en estas décadas, han acumulado diferentes experiencias de cómo relacionarnos con la atención primaria. Experiencias exitosas que por falta de decisión y voluntad gestora, no se han generalizado. Experiencias de colaboración con atención primaria realizadas con enfermeras especialistas en salud mental (Jinamar) y psicólogos clínicos desde la red de salud mental (Lanzarote), incluso contamos con experiencia online de comunicación y resolución de casos (USM Ofra). Colocar psicólogos clínicos en las zonas básicas de salud, dependiente de la gerencia de atención primaria, aunque sea de manera experimental, no parece que no soluciona los problemas estructurales de la organización de la salud mental en Canarias, que requiere de respuestas globales no parciales, y seguramente estas consultas se

saturarán en un espacio de tiempo corto, al ser utilizadas como "falsas válvulas de escape".

Los servicios públicos de salud mental tienen "historia". Una historia que no solo los gestores suelen olvidar. Mal hacen lo que olvida las historias de las cosas. No podemos estar vistiendo algo cuando algo sigue sin traje. Unas cosas por el tejado y otras a media es un tacticismo oficial, en este momento de extrema vulnerabilidad social ahora innecesario. La salud mental, estaremos de acuerdo, no es un gesto de propaganda.

Es verdad que no ha habido ningún tiempo fácil para las personas con trastornos mentales, más aún si estos trastornos eran graves. Recuerdo que cuando era un estudiante y me acerqué a la ACN, en su interior y en el ámbito de las revistas especializadas, había profundos debates sobre cambiar "los manicomios" (si reformarlos o si debían de desaparecer) y ahí estuvo la ACN. También, cuando llegaron las transferencias sanitarias y se elaboró y aprobó en los noventa el Plan de Salud; y hubo profesionales de la ACN, con nuestras propuestas y acciones para conformar un modelo comunitario de salud mental.

En el siglo XX, durante los primeros años, se elaboró y aprobó el II Plan de discapacidad de Canarias, donde también estuvieron miembros de esta humilde organización, realizando propuestas y materializando su ejecución. De esas aportaciones surgieron, las maneras blandas y más humanitarias para atender a las personas con trastornos más graves como son los ECA. Equipos Móviles, Equipos de Empleo y su red alojativa, aún inconclusa.

Durante un periodo desértico reclamamos un cambio de "rumbo para la salud mental" que pasaba por un plan de salud y un plan de salud mental. Cerca de una década en solitario estuvimos reclamando ambos instrumentos estratégicos de planificación. Los amantes de las hemerotecas pueden certificarlo. Fue una época desértica. con cambios frecuentes la administración, que nos recibían en sus despachos, pero sin compromiso alguno posterior.

Luego, participamos, al ser invitados a los trabajos del III Plan de Salud de Canarias, cuya vigencia fue efímera. Y durante el 2018, aunque no

se nos invitó como organización científica y de profesionales, para participar en el Plan de Salud Mental, insistimos en una serie de reivindicaciones vinculadas a su financiación, sus prioridades y seguimiento que fueron recogidas parcialmente por el informe preceptivo del CES, que presidía por aquel entonces, el actual consejero de Sanidad, hoy ausente en la inauguración de este acto.

Siempre hemos mantenido una posición de diálogo, pero no de sumisión. También la experiencia nos ha enseñado "momentos de avances, de retrocesos, y de incoherencias". Necesitamos interlocutores válidos, sólidos, y que, en democracia, la opinión de nuestra asociación, orientada a la defensa de la sanidad pública, por el celo de la independencia de criterio, y en defensa de una cultura histórica acumulada de inclusión, no sea marginada de manera unilateral como ha venido ocurriendo en los últimos años, por mantener criterios diferentes. Nuestra mano siempre ha estado y estará abierta y dispuesta al análisis para una contribución significativa para bienestar de nuestra gente.

No obstante, en esta época post COVID, a nivel mundial y local, enfrentar este presente y este futuro, es frente a la tarea pendiente de abordar adecuadamente las necesidades de salud mental y la capacidad emocional de las comunidades. A menos que haya un cambio audaz, los factores sociales remediables (pobreza, inseguridad alimentaria, vivienda inestable, infancias sin educación, abuso y maltrato), y la opresión racial, de género y económica, harán que los sistemas de salud mental con muy pocos recursos y una misión demasiado limitada, serán insuficiente para resolver problemas apremiantes, como nos dicen los recientes informes del Diputado del Común, Cáritas o del CIS. Esperamos que la Estrategia Nacional de Salud Mental del SNS, el Plan de Acción del Ministerio, el Plan de Salud de Canarias, y el Plan de Suicidio de Canarias nos coloque en una mejor posición. Nunca ha habido más Planes y Estrategias que ahora.

No quisiera terminar sellando lo urgente de las acciones a cometer. No se podrán resolver los problemas sin duplicar la inversión, sin más profesionales y sin contratos estables, sin mejoras en la participación de todos los implicados, y sin una mayor autonomía del área de la salud mental dentro de la administración del área de salud mental. Mucho nos tememos que a la tortuga le

costará llegar a la meta, con un sobre coste para la equidad, la cohesión y el bienestar de la población canaria y una vez más, estar lejos de los magnos objetivos de la agenda canaria 2030.

El COVID-19 es un síntoma temprano, pero no único de lo que vendrá. El estado de la salud planetaria y cívica se vea severamente puesto a prueba por el cambio climático y la destrucción ecológica, El cambio climático, el calentamiento de la tierra, acentuará los viejos problemas, y abriera nuevos desafíos a la salud física y mental de las personas y las poblaciones. Los últimos llamamientos desesperados de la OMS así lo predicen.

Los servicios comunitarios de salud mental deberán promover los enfoques e centrados en las personas y basados en los derechos. No debemos olvidar todos los presentes que, las personas con trastornos mentales ya no son personas sujetas al derecho sino personas con derechos, que están recogidos desde hace 15 años en la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad (ONU), que es vinculante para los gobiernos que los firmaron, entre ellos nuestro país, y en la nueva ley de 8/2021 de junio por lo que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad.

En este sentido, es obvio que los gobiernos siempre tienen que adquirir un compromiso urgente y decidido con las demandas de sus ciudadanos y la salud mental, y deberá aumentar la visibilidad en todas las acciones políticas en esta materia, pero también los profesionales tenemos que situarnos en el lado de reflexionar como ayudamos para que las cosas cambien y para hacer efectivos con nuevas iniciativas para cumplir estos derechos en los propios servicios. Por ejemplo ¿cómo garantizará el servicio que las personas: "sean capaces de tomar decisiones y elecciones informadas entre diferentes opciones para su tratamiento y atención"? o preguntarnos ¿cómo estarán representadas las personas con experiencia vivida en la toma de decisiones de alto nivel en su servicio? Y así nos podríamos realizar más y más preguntas como ayer muy acertadamente realizó el compañero Antonio Escudero en unos de nuestros seminarios.

Como reconoció la revista *Lancet* recientemente debemos reinventar los servicios de salud

mental, pero no ocurren, eso sí, dentro de la cultura y la historia de los servicios públicos de salud mental de Canarias, para seguir contribuyendo al cuidado más cercano, más integral, participativo y con valores, que será el único capaz de ofrecer un mayor bienestar a las personas de manera inclusiva.

Ahora es la oportunidad, ahora es el momento, antes de la recesión económica que vendrá. Hacer para asegurar que el bienestar emocional y mental de la humanidad sea una expectativa común de la gobernanza global. Por ello nosotros desde la modestia de la ACN hemos planteado unas mínimas exigencias a la Consejería de sanidad para mejorar los cuidados de nuestra gente en materia salud mental y elaborado el documento 5 sobre la situación de la salud mental en tiempos difíciles, que podrán encontrar en la página web de la ACN ([ascane.org](http://ascane.org)). Ahora hay que seguir avanzando, como dice la OMS (2021) del concepto a la buena práctica en los Servicios de Salud Mental Comunitarios y Públicos. Por ello la ACN exige a las autoridades sanitarias y a las fuerzas políticas los siguientes compromisos de manera urgente:

1. Creación de una Dirección General de Salud mental con presupuestos y gestión propias.
2. Convocar la Comisión Asesora Regional de Salud Mental tal como establece la normativa vigente.
3. Publicación por parte del SCS de los Informes de evaluación del Plan de Salud Mental de Canarias (PSMC 2019-2023) del 2019 hasta 2023, tal como se recogía en el citado plan. Así mismo, se convoque comisión de evaluación abierta a los profesionales, familiares y usuarios de manera independiente. Reclamamos que se nos diga después de casi cuatro años de vigencia del PSMC que va a ocurrir a partir del próximo año cuál es el compromiso de las fuerzas políticas.

4. Mejorar las infraestructuras y dotación de profesionales de la atención especializada de salud mental, con más psiquiatras, más psicólogos clínicos, triplicando las cifras de enfermeras especialista y quintuplicando los trabajadores sociales.
5. Fortalecimiento de las líneas de trabajo transversales, con educación (programas de educación emocional en la adolescencia y la violencia y maltrato en los menores), apoyo psicosocial a las mujeres que han sufrido violencia de género y a los parados de larga duración, así como, a la inmigración y las personas mayores que viven solas. Igual concretar una línea efectiva de prevención del suicidio que no pasa solo por medidas sanitarias.
6. Desarrollar y completar la red de atención infanto-juvenil y para los trastornos mentales graves, y las infraestructuras de urgencias para la atención en salud mental.
7. Desarrollar programas específicos de atención a la salud mental en el ámbito laboral.
8. Colaborar con la administración de justicia para el desarrollo de la ley 8/2021 de junio por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad en la búsqueda de formas alternativas que no sea la incapacitación.
9. Fortalecimiento de la atención primaria con mayor dotación de personal, más competencias, y cambio de estilo de trabajo para recuperación del trabajo comunitario y preventivo. Modelo colaborativo en la relación salud mental y atención primaria. No al modelo sustitutivo.
10. Desarrollo de la ley de dependencia en el marco de la autonomía personal más que en su desarrollo de la dependencia.

Canarias, 16 Junio 2022.

- Recibido: 17/06/2022.
- Aceptado: 05/07/2022.



**HISTORIA**





## Hace ya algún tiempo: José Miguel Sacristán Gutiérrez (1887-1957). Un psiquiatra en el olvido.

*Once upon a time: José Miguel Sacristán Gutiérrez (1887-1957). A forgotten psychiatrist.*

**Sonsoles Pacheco.** Enfermera. Centro DAP Psicología y Psiquiatría. Bilbao.

**Reda Rahmani.** Psiquiatra. Osakidetza-Red de Salud Mental de Bizkaia.

**Juan Medrano.** Psiquiatra. Osakidetza-Red de Salud Mental de Bizkaia. IIS-BioCruces Bizkaia.

**Oscar Martínez.** Psiquiatra. Sección de Historia de las Ciencias Médicas y de la Salud de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

**Iñaki Markez.** Psiquiatra. Ekimen Elkartea. Bilbao. Sección de Historia de las Ciencias Médicas y de la Salud de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

**Luis Pacheco.** Psiquiatra. Osakidetza-Red de Salud Mental de Bizkaia. Sección de Historia de las Ciencias Médicas y de la Salud de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. IIS-BioCruces Bizkaia.

**Resumen:** José Miguel Sacristán Gutiérrez es una figura desconocida para muchos de los psiquiatras actuales, lo cual no es de extrañar porque apenas se han publicado artículos sobre su vida y su obra. Perteneció a la escuela madrileña de Psiquiatría del primer tercio del siglo XX y fue un brillante clínico que tras la Guerra Civil acabó represaliado por su ideología política, teniendo que sufrir como tantos otros el denominado exilio “interior”, el cual le condujo a un importante ostracismo del que apenas se recobró poco antes de fallecer. En este trabajo, al margen de relatar su biografía, se aporta el acceso directo a varias de sus publicaciones.

**Palabras clave:** José Miguel Sacristán, Escuela madrileña de Psiquiatría, Psiquiatras españoles, Archivos de Neurobiología, Manicomio de Ciempozuelos, Hildegart Rodríguez.

**Abstract:** José Miguel Sacristán Gutiérrez is an unknown figure for many of today's psychiatrists, which is not surprising because hardly any articles have been published on his life and work. He belonged to the Madrid school of psychiatry in the first third of the 20th century and was a brilliant clinician. After the Civil War, he was retaliated for his political ideology and, like so many others, he suffered the so-called “internal” exile that led him to a significant ostracism from which he barely recovered, shortly before his death. In this work, we present his biography and provide direct access to several of his publications.

**Key words:** José Miguel Sacristán, Madrid psychiatric school, Spanish psychiatrists, Archivos de Neurobiología, Ciempozuelos asylum, Hildegart Rodríguez.

---

Fotografía del Dr. José Miguel Sacristán y Gutiérrez. Obtenida del Banco de Imágenes de la Medicina Española. Real Academia Nacional de Medicina de España (con autorización). Disponible en: <https://www.bancodeimagenesmedicina.com/index.php/banco-de-imagenes/retratos/sacristan-y-gutierrez-jose-miguel-1887-1957-2231>

Diego Gracia<sup>1</sup>, catedrático de Historia de la Medicina, situó los inicios fundamentales de la Psiquiatría en nuestro país en la segunda mitad del siglo XIX, con dos escuelas principales: la de Barcelona y –en menor grado– la de Madrid; al margen de la desarrollada en el ejército, a la que denominó “Militar”.

La escuela de Madrid se inició con Pedro Mata (1811-1877), fue continuada por José María Esquerdo (1842-1912) y posteriormente por Jaime Vera (1858-1918)<sup>2</sup> y Rafael del Valle (1857-1937) y estaba influida sobre todo por la psiquiatría francesa, perdiendo su dominio a partir de 1914<sup>3</sup>. Una “segunda” escuela madrileña –en realidad prácticamente desligada de la “primera”–, fue la originada con Luis Simarro (1851-1921) y sobre todo con Nicolás Achúcarro (1880-1918)<sup>3</sup>, cuyo principal período abarcaría aproximadamente desde 1914 hasta 1936 y estuvo mucho más influida por la psiquiatría germánica, especialmente por E. Kraepelin (1856-1926) y A. Alzheimer (1864-1915), en detrimento de la francesa<sup>4,5</sup>.

A esta “segunda” escuela, llamada también “generación de Archivos de Neurobiología”<sup>4,4</sup>, o “generación de la preguerra”<sup>5</sup>, perteneció D. José Miguel Sacristán Gutiérrez (JMS), lamentablemente desconocido para la mayoría de los psiquiatras actuales, lo cual no es de extrañar pues parece que hasta la realización en 1999 de la exhaustiva –pero inédita– tesis doctoral de Saulo Pérez Gil<sup>4</sup> apenas se habían escrito un par de artículos<sup>6,7</sup> –necrológicas aparte– sobre la figura de este profesional. El incuestionable dominio de los profesionales afines al franquismo en los puestos oficiales sanitarios y académicos tras la Guerra Civil contribuyó a silenciar convenientemente su figura, al igual que sucedió respecto a gran parte de los psiquiatras que ejercieron en la España prebélica del siglo XX; época que, sin embargo, es considerada una de las más productivas de la especialidad en nuestro país<sup>8</sup>. Hemos encontrado escasas referencias sobre JMS, al margen de las mencionadas<sup>9-12</sup>, por lo que, en aras de difundir su obra, facilitamos el acceso bibliográfico informático a varios de sus trabajos, tanto los realizados individualmente<sup>13-32</sup>, como en colaboración con otros colegas<sup>33-42</sup>. La nómina completa de los mismos está muy detallada en el artículo conjunto de José Germain (1897-1986) y José Solís (1908-2006)<sup>6</sup>

y sobre todo en la mencionada tesis doctoral<sup>4</sup> aunque, dada la época en que fueron realizadas estas publicaciones, lógicamente no pudieron recoger el acceso abierto a las fuentes. Por ello, creemos que esta es nuestra aportación más interesante, ya que, aunque también detallemos su biografía, esta se encuentra previamente descrita.

JMS era hijo y nieto de médicos. Su padre, Antonio Sacristán Heras (1844-1898), natural de Hortigüela (Burgos) –e hijo de José Sacristán Urbina, médico rural originario de la provincia de Logroño y casado con Juliana de las Heras Domingo– era un militar que alcanzó el grado de Subinspector médico y falleció en 1898, cuando JMS tenía 11 años<sup>4,6</sup>. La madre de JMS era María del Carmen Gutiérrez Martínez, nacida en Madrid e hija de Miguel Gutiérrez Martínez y Tomasa Martínez González<sup>4</sup>. Los padres de JMS se habían casado en 1881 y él nació el 3 de abril de 1887, en la madrileña calle de Corredera Baja<sup>4,6</sup>, siendo el mediano de tres hermanos: Ángela, José Miguel y Juan de Dios. Realizó los primeros estudios en el Colegio del Niño Jesús, donde fue compañero del más tarde escritor y periodista Ramón Gómez de la Serna (1888-1963)<sup>4,6</sup>. El bachillerato lo hizo en el instituto Cardenal Cisneros<sup>4,6</sup>, finalizándolo en 1902, previo aprobado de un curso de francés. También realizó entonces un curso de alemán en el instituto de San Isidro, de manera que cuando empezó la universidad ya conocía bien ambos idiomas<sup>4,12</sup>.

En 1902 se examinó del curso preparatorio para Ciencias, pero suspendió algunas asignaturas que aprobó al año siguiente<sup>4</sup>. Tras completar la carrera en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid obtuvo la licenciatura en 1910<sup>4,6,7</sup> y seguidamente acudió durante un tiempo al departamento del Hospital General de Madrid donde trabajaba Gregorio Marañón (1887-1960), publicando numerosos trabajos en los dos años siguientes, varios con el más tarde famoso internista<sup>35-41</sup>, otros con Nicolás Achúcarro<sup>33-34</sup> y alguno de manera independiente<sup>13-15</sup>, aunque ninguno de ellos estaba relacionado directamente con la Psiquiatría.

En aquel entonces esta asignatura apenas era enseñada en el currículo de la carrera de Medicina y en todo caso nunca de manera autónoma, sino

habitualmente integrada en las cátedras de Medicina Legal, o bien como asignatura del doctorado o en cursos dictados en los manicomios<sup>1,4,5,43</sup>. Al contrario de lo que sucedió en Barcelona, con la agregadura de la cátedra de Psiquiatría otorgada a Emilio Mira (1896-1964)<sup>1,44</sup>, esta situación no cambió sustancialmente en Madrid hasta la cobertura en 1947 de la primera cátedra oficial de la Psiquiatría española, ocupada por Antonio Vallejo Nágera (1889-1960)<sup>45</sup>. La especialización postgraduada era comúnmente llamada “Neuropsiquiatría”, la cual tampoco existía de manera reglada, sino que para realizarla cada aspirante se acercaba al “maestro” que le admitía. Habitualmente se combinaba el estudio de las dos especialidades que actualmente están separadas, incluso muchos profesionales lo completaban con conocimientos neurohistológicos, especialmente en Madrid, tanto por las tendencias de la época como por la influencia de la escuela de S. Ramón y Cajal (1852-1934)<sup>1,46</sup>.

En 1912, JMS se incorporó al Laboratorio de Histopatología del Sistema Nervioso<sup>4</sup>, dependiente de la Junta de Ampliación de Estudios (JAE), organismo creado para perfeccionar la formación de los profesionales en el extranjero a través de becas de esta institución<sup>4,47</sup>. El laboratorio lo había empezado a dirigir entonces Nicolás Achúcarro<sup>3</sup>, iniciándose JMS en la histología del sistema nervioso central con el estudio de la glándula pineal<sup>33-34</sup>. Gracias a Achúcarro, conoció ese mismo año a José Ortega y Gasset (1883-1955), a cuyas clases comenzó a acudir y con quién acabó estableciendo una gran amistad<sup>4</sup>. También en 1912, JMS solicitó y consiguió una beca de la JAE<sup>4,6,46,48</sup> para estudiar neurohistopatología con A. Alzheimer, en la clínica que dirigía Kraepelin en Munich –epicentro entonces de la Psiquiatría mundial–, al igual que había hecho su maestro Achúcarro<sup>3</sup>. Sin embargo, al llegar a Alemania en el verano de 1912, se encontró con que Alzheimer se había trasladado a trabajar a Breslau, y además estaba enfermo cuando acudió a visitarle<sup>4</sup>. Por ello y aconsejado por Achúcarro, regresó a Munich<sup>4,6</sup>, trabajando en el laboratorio de neuroquímica que dirigía Rudolf Allers (1883-1963) a la vez que acudía a los cursos de Psiquiatría que impartía Kraepelin, quién se convertirá en su verdadero maestro extranjero en esta especialidad y cuyos saberes contribuyó notablemente a introducir en España<sup>4,6,12,46</sup>.

Tras aproximadamente año y medio de estancia en Alemania, JMS regresó a España en la primavera de 1914 y fue nombrado director del sanatorio psiquiátrico privado “Nuestra Señora de los Ángeles” –de la orden religiosa del Sagrado Corazón de Jesús– en sustitución del psiquiatra Miguel Gayarre (1866-1936)<sup>4,6,12,49</sup>, ejerciendo este puesto hasta 1936<sup>4</sup>. Una vez asegurado el trabajo, JMS contrajo matrimonio en Madrid el 25 de diciembre de 1916, con Josefina Hernández de Tejada Gómez, hija de un militar. El matrimonio tuvo tres vástagos: Antonio, Emilio y José Miguel<sup>4,6</sup>.

Nuestro autor consideró a N. Achúcarro y a M. Gayarre<sup>3,4,49</sup> sus principales maestros en Psiquiatría, aunque también trabó una estrecha relación con otros psiquiatras, sobre todo con G. Rodríguez Lafora (1886-1971)<sup>4,6,12,42</sup>. Pero, al contrario que la mayoría de los discípulos de Achúcarro, apenas se dedicó a la Neurología y, tras su incorporación en 1919 al manicomio de mujeres de Ciempozuelos, ejerció exclusivamente la Psiquiatría<sup>4,12</sup>. De hecho, propugnó la potenciación de esta especialidad, apoyando su enseñanza oficial como asignatura de las facultades de Medicina y su independencia respecto a la Neurología<sup>4</sup>.

En 1915 se reincorporó unos meses al laboratorio de Achúcarro a través de la JAE, pero pocos meses después se fundó el laboratorio de “Química fisiológica”, también de la JAE, y pasó a codirigirlo junto al profesor Antonio Madinaveitia (1890-1974)<sup>4,6,10,11,47</sup>. En 1918 se integró en otro laboratorio de la JAE, esta vez el de Fisiología<sup>47</sup>, dirigido por Juan Negrín (1892-1956), maestro, entre otros, de Severo Ochoa (1905-1993) y también presidente del Gobierno republicano en 1937, en plena Guerra Civil. Como veremos después, su relación con Negrín fue uno de los motivos que condujeron a su represión política en la posguerra<sup>4</sup>.

En 1919 fue nombrado director del manicomio de mujeres de Ciempozuelos, en sustitución nuevamente de su maestro Gayarre<sup>4,6,49</sup>. Era la primera vez que un director estaba al frente exclusivamente del centro de mujeres, ya que hasta entonces aceptar el cargo suponía asumir la responsabilidad tanto del de hombres como del de mujeres<sup>11</sup>. En aquel entonces estaban ingresadas unas mil enfermas y JMS solo contaba con la ayuda de un médico adjunto, el Dr. Picó, y de



Luis Fortún (1892-1928), que llegó como médico interno el mismo año. Más tarde, en 1926, se incorporó José Salas Martínez (1905-1962) –padre de la renombrada científica Margarita Salas<sup>50</sup>– y acabó especializándose en el test de Rorschach<sup>4</sup>. Poco a poco se fueron integrando médicos internos y aspirantes a la especialidad, entre ellos Mariano Bustamante (1902-1984) –más tarde, primer director del hospital de Zamudio<sup>51</sup>– y el bilbaíno Ángel Garma (1904-1993), considerado el primer psicoanalista ortodoxo español<sup>45,52</sup>.

Con el tiempo, JMS reorganizó y mejoró las historias clínicas del centro siguiendo los postulados y diagnósticos de E. Kraepelin, formó al personal subalterno, introdujo las entonces novedosas terapéuticas como la malarioterapia de J. Wagner-Jauregg (1857-1940) o las curas de sueño de J. Klaesi (1883-1980), e incrementó en la medida que pudo el número de altas, ya que no existía entonces la posibilidad de un seguimiento extrahospitalario regular de las pacientes<sup>4,6,11</sup>. Desarrolló su labor durante 17 años, abandonando el cargo en septiembre de 1936, ya iniciada la Guerra Civil<sup>4,11,12</sup>, porque en agosto de 1936 la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia decretó la incautación de los dos manicomios, el de hombres y el de mujeres, nombrando director de ambos al psiquiatra Dionisio Nieto (1908-1985) –posteriormente exiliado en la Guerra Civil– como Delegado técnico interino de la Dirección General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Beneficencia<sup>11,53</sup>. Nieto permaneció instalado en el hospital de hombres hasta febrero de 1937, institución de la que, tras la ocupación del manicomio por las fuerzas franquistas, A. Vallejo Nágera fue nombrado nuevo director<sup>4,45,53</sup>.

En 1919, el mismo año que JMS tomó posesión de la dirección de Ciempozuelos y ante la ausencia de revista alguna en España que se dedicase en exclusiva a la Neuropsiquiatría –las más relevantes ya habían dejado prácticamente de existir<sup>4</sup>–, fundó la denominada “*Archivos de Neurobiología*”, publicándose el primer número en 1920. Para ello había contactado con G. R. Lafora y con J. Ortega y Gasset– quienes fueron junto a él los primeros codirectores–, contando como colaboradores con los más prestigiosos profesionales de la época, como Ramón y Cajal, Negrín, Marañón, Del Río Hortega (1882-1945),

Sanchís Banús (1893-1932), etc. La historia de la revista está detalladamente contada en diversos trabajos y remitimos al lector interesado a dicha bibliografía<sup>46,54-56</sup>.

JMS fue uno de los primeros psiquiatras en plantear la necesidad de una reforma psiquiátrica, cuyos postulados desarrolló extensamente tanto en diversas publicaciones, como en la reunión fundacional de la “*Asociación Española de Neuropsiquiatras*” (AEN), celebrada en 1924, en la cual fue elegido vicepresidente de la junta directiva. Más tarde, en 1928, accedió a la presidencia<sup>4,54</sup> y la AEN decidió adoptar la revista “*Archivos de Neurobiología*” como órgano oficial de expresión de la misma<sup>4,54,56</sup>. Por otro lado, en 1927 se había realizado la primera asamblea oficial de la “*Liga Española de Higiene Mental*”, en analogía con las existentes en otros países, siendo elegido presidente S. Ramón y Cajal y JMS vocal de su Junta directiva, accediendo este al cargo de vicepresidente más tarde, en 1932<sup>4,5,12,46,54</sup>. El mismo año fue elegido también miembro del “*Comité Internacional de Higiene Mental*”<sup>4</sup>. Asimismo, en 1931 había sido nombrado vocal del “*Consejo Superior Psiquiátrico*”, presidido por G. Rodríguez Lafora<sup>5,12</sup>, institución de ámbito nacional creada para el asesoramiento en la materia a las autoridades sanitarias. Junto a R. Lafora y Jaime Escalas (1893-1979) elaboró ese mismo año el anteproyecto de Ley de Asistencia Psiquiátrica<sup>11-12</sup>, a la vez que fue nombrado presidente de la naciente “*Sociedad de Neurología y Psiquiatría*” de Madrid, con Pío del Río Hortega como vicepresidente<sup>4,56</sup>. Desde 1933 fue profesor de Psicopatología<sup>4,6,9,10,11</sup> en el “*Instituto de Estudios Penales*” –creado en sustitución de la antigua “*Escuela de Criminología*”– y hasta 1935 se encargaría también de la dirección del entonces recién creado “*Anexo psiquiátrico y Servicio de Biología criminal*” de dicho Instituto<sup>4</sup>.

En otro ámbito, JMS fue uno de los peritos propuestos por la defensa en el caso del asesinato de la joven Hildegart a manos de su madre, Aurora Rodríguez, el 9 de junio de 1933 y que conmocionó a toda la sociedad española<sup>57-58</sup>. En este juicio, las conclusiones del informe pericial de JM. Sacristán y Miguel Prados Such (1894-1969) –quienes en el examen de la enferma habían incluido la realización del test de Rorschach por

primera vez en España para un procedimiento judicial<sup>50,57-58</sup>, fueron las siguientes<sup>11,58-59</sup>:

1º *La procesada Aurora Rodriguez padece un proceso psíquico patológico que corresponde a la llamada paranoia pura.*

2º *El proceso patológico psíquico que sufre la procesada es, como el enunciado de su nombre indica, un proceso incurable.*

3º *La procesada, dadas las características particulares de su personalidad, se halla en estado de peligrosidad psíquica.*

*Y para que así conste donde sea menester, extienden y firman el presente informe psiquiátrico, en Madrid, a 20 de septiembre de 1933”.*

El informe de Sacristán y Prados no sirvió para eximir por trastorno mental a la acusada, ya que el jurado dio más credibilidad al peritaje realizado por parte de la acusación, que fue efectuado por A. Vallejo Nágera y Antonio Piga Pascual (1879-1952), presidente entonces del Colegio de Médicos de Madrid y experto en Medicina Legal, quien parece que no vio ni en una sola ocasión a la peritada. Estos autores mantuvieron por encima de todo la responsabilidad de Aurora, atribuyéndole la plena conciencia del crimen que cometió. El resultado del juicio –Aurora fue condenada a prisión– celebrado en mayo de 1934 y detallado exhaustivamente por Pérez y Bru<sup>57</sup>, provocó diversos posicionamientos entre varios psiquiatras españoles, destacando entre ellos una extensa serie de artículos periodísticos de G. Rodríguez Lafora<sup>12,45,58,60</sup>. Sin embargo, tras permanecer un tiempo en una cárcel de Madrid, la parricida fue finalmente ingresada en el manicomio de Ciempozuelos el 24 de diciembre de 1935<sup>11,58</sup>, donde falleció unos 20 años después, el 28 de diciembre de 1955<sup>57</sup> o de 1956<sup>58</sup>, según las versiones que se consulten. La evolución y el análisis del caso, así como el informe original de JMS y M. Prados –incluido el test de Rorschach al completo– están exhaustivamente detalladas en los trabajos de Guillermo Rendueles<sup>58</sup> y de López de Lerma y Díaz<sup>11</sup>.

Al margen de introducir las teorías de Kraepelin, JMS fue de los primeros en difundir en España las ideas de Ernst Kretschmer (1888-1964)<sup>7</sup>, especialmente las que atañen a las relaciones entre la constitución somática y el carácter, pu-

blicando en 1926 el libro “*Figura y Carácter*”, y que subtitularía precisamente “*Los biotipos de Kretschmer*”<sup>61</sup>.

El prestigio de JMS motivó el que fuera nombrado miembro de tribunales para diversas oposiciones a plazas de Psiquiatría, y quizás la más polémica de ellas fue la convocada en 1933 para dotar la jefatura de Neuropsiquiatría del hospital provincial de Madrid, vacante tras la prematura muerte de Sanchís Banús en 1932<sup>62</sup>. JMS estaba en el tribunal y a la plaza se presentaron G. R. Lafora y JM<sup>a</sup>. Villaverde (1888-¿1936?). El peculiar desarrollo y resultado del proceso ha sido muy bien detallado por otros autores<sup>4,12,63-64</sup> y solamente dejamos constancia de que el voto de JMS fue en una primera instancia para R. Lafora, quien ganó la oposición, aunque finalmente la plaza se desdobló en dos: una para la sección de hombres, llevada por Villaverde, y la otra para la de mujeres, adjudicada a R. Lafora. En la tesis de Pérez Gil<sup>4</sup> puede encontrarse el informe original que, al respecto de la votación, emitió Sacristán.

Por otro lado, también en 1933 se convocó a concurso la cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Madrid. JMS tuvo que renunciar a presentarse<sup>65</sup> porque aún no había realizado el doctorado, cuya tesis, titulada “*El metabolismo hidrocarbonado en la psicosis maniaco depresiva endógena*”, leyó en 1934<sup>10,66</sup> y publicó al año siguiente<sup>67</sup>. Sin embargo, la convocatoria de la cátedra quedó desierta<sup>68</sup>, señalando algún autor que la JAE quería que el catedrático fuera JMS y dado que no podía presentarse, la plaza no se cubrió<sup>4,43,63</sup>. Se inscribió en la siguiente convocatoria, realizada en 1935<sup>69</sup>, estando finalmente previstos los ejercicios para noviembre de 1936<sup>70</sup>, pero los mismos no se desarrollaron por el estallido de la Guerra Civil.

En esa época JMS dirigía dos sanatorios psiquiátricos, había participado en las principales reformas psiquiátricas realizadas en la II República, ocupado diversos cargos en la Administración, publicado más de 60 trabajos en varios idiomas, mantenía relaciones –profesionales y de amistad– con importantes representantes del Gobierno e intelectuales afines al mismo (Negrín, Marañón, Ortega, Azaña, etc.) y se le consideraba liberal y progresista, si bien nunca había militado en un partido político<sup>4</sup>. Al empezar la contienda



JMS se encontraba en Madrid, entonces zona republicana, permaneciendo afín al gobierno legítimo, ya que por su amistad con Negrín pudo haber obtenido un salvoconducto para exiliarse a Francia y volver a entrar por la zona “nacional”, como parece que le aconsejaron<sup>4</sup>. No obstante, y por diversos motivos –entre los que destaca el que unos milicianos republicanos fueron a buscarle a su casa, tras una denuncia, con intención de llevárselo<sup>4</sup>–, se marchó de Madrid en la primera evacuación de los intelectuales de la ciudad, acompañado entre otros de Antonio Machado (1875-1939), Ortega y Gasset, Prados y Del Río Hortega<sup>4</sup>. Estuvo primero en Valencia, entre noviembre de 1936 y verano de 1938, trabajando en el hospital militar de Godella junto a R. Lafora<sup>4,7,12,71</sup> y ocupando el cargo de jefe interino de la Sección de Higiene Mental de la Dirección General de Sanidad, en sustitución de Germain<sup>4,12</sup>. Asimismo, en junio de 1938, la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia le había propuesto como profesor agregado interino de la misma, pero el desarrollo bélico impidió que la propuesta se llevase a cabo<sup>4</sup>.

En verano de 1938 se trasladó a Barcelona, donde trabajó en el dispensario de Psiquiatría de la Dirección General de Sanidad, permaneciendo allí hasta enero de 1939, año en que inició su exilio, unos días antes de que el ejército franquista ocupase la ciudad. Tras diversos avatares llegó finalmente a Toulouse (Francia) acompañado de su mujer y José Miguel, su hijo menor –los otros dos hijos estaban en el frente bélico– y habiendo coincidido de nuevo en el viaje con Antonio Machado<sup>4</sup>. Aunque llegó a pensar en emigrar a México o Canadá, la situación militar de sus vástagos hubiera obligado a estos a quedarse en España, por lo que JMS regresó finalmente a su país, el 24 de mayo de 1939, a través de la frontera de Irún<sup>4</sup>.

Pasó unos meses en la casa de su hermana en Ávila, pues su domicilio de Madrid había sido incautado, regresando finalmente a la capital en septiembre de 1939<sup>4</sup>. Empezó entonces a ser muy consciente de su postergación, ya que no le fue posible reintegrarse a ninguno de los puestos asistenciales que ejercía antes de la guerra y nadie contaba con él para la psiquiatría “oficial”<sup>4</sup>. Su situación económica era penosa y se encontraba solo, porque la mayor parte de sus

colegas y amigos estaban exiliados<sup>4</sup>. Además, en el mes de mayo de 1940 se le abrió un expediente de “responsabilidades políticas” –finalmente sobreesido en 1944–, a raíz de la denuncia de un vecino el cual le acusaba, entre otras cosas, de que: “...el citado médico era conocido antes del *Movimiento Nacional* por sus ideas y filiación declaradamente izquierdistas y sus estrechas relaciones con elementos destacados izquierdistas y marxistas como Azaña y Negrín...El Dr. Sacristán pertenece al grupo de intelectuales y hombres de ciencia, notoriamente izquierdistas, marxistas y francamente rojos...” (Pérez Gil. 1999. págs.: 148-150)<sup>4</sup>. Debe destacarse que, paradójicamente, una de las personas que más ayudaron a JMS, con declaraciones favorables ante los tribunales, fue Antonio Vallejo Nágera<sup>4</sup>, destacado psiquiatra militar del ejército franquista<sup>4,45</sup>.

Para complicar más las cosas, en julio del mismo año, 1940, el Colegio de Médicos de Madrid le abrió un expediente de “depuración” debido, entre otros motivos, a: “...Haber suscrito el manifiesto “*Los intelectuales de España por la victoria total del pueblo*”...Haber sido Jefe Interino de la Sección de Higiene mental y Vocal del Consejo Superior de Psiquiatría...Haberse salido de la zona roja a Francia en diciembre de 1938 no habiéndose pasado a la zona liberada...” (Pérez Gil. 1999. pág.: 150)<sup>4</sup>. En relación con el proceso del Colegio de Médicos fue finalmente condenado, en enero de 1941, a “...la privación del ejercicio de la profesión en la jurisdicción del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Madrid durante SEIS MESES e inhabilitación para ocupar cargos de confianza y directivos...” (Pérez Gil. 1999. pág.: 153)<sup>4</sup>.

Sacristán, al no poder trabajar, tuvo que vivir durante un tiempo de las traducciones de libros<sup>4,12</sup> y tanto por las penalidades económicas, como por el rechazo profesional sufrido y quizás también mediado por su carácter<sup>12</sup>, fue adoptando progresivamente una postura de pasividad, resignación y alejamiento de la Psiquiatría, en la cual apenas volvió a intervenir<sup>4</sup>. Su actividad profesional se fue restringiendo a su escasa consulta privada, a algunas charlas esporádicas y a la publicación y traducción de diversos textos, aunque también colaboró con J. Germain, en 1945, en la fundación de la “*Revista de Psicología General y Aplicada*” –de la cual fue Secretario<sup>6,10</sup>– y más tarde, en

1952, en la de la “*Sociedad Española de Psicología*”<sup>4</sup>. Sus momentos de ocio quedaron limitados prácticamente a las tertulias<sup>12</sup> a las que acudía alejado de sus colegas y aunque en la última década de su vida varios profesionales de diversos ámbitos

(J. Marías, X. Zubiri, J. Solé Segarra, B. Rodríguez Arias, etc.) le pidieron colaborar en alguna de sus obras o cursos, rechazó todo ofrecimiento en este sentido<sup>4</sup>.

Un texto que publicó, hacia 1949, titulado “*Genialidad y psicopatología*”<sup>72</sup>, está dedicado “*A la memoria de mi infortunado hermano Juan de Dios*”. El libro compendia una serie de artículos periodísticos previamente escritos en el diario “ABC”, donde realiza una aproximación a la vida de grandes personajes de la Historia (entre otros Beethoven, Baudelaire, Van Gogh, Nietzsche o Rousseau), indagando las posibles relaciones entre la genialidad y la psicopatología<sup>4,71</sup>.

Este hermano, el pequeño de la fratria, había acabado Medicina en Madrid tres años después que JMS y también se dedicó inicialmente a la neurohistología, trabajando primero con S. Cajal y N. Achúcarro y finalmente con el propio José Miguel<sup>4</sup>. Pero, años después, dejó su trabajo y opusculó al cuerpo de Correos. Cuando empezó la Guerra Civil se marchó primero a Ávila, a casa de su hermana y luego a Francia, por motivos políticos, ya que militaba en un partido de izquierdas. Allí se casó con una lugareña y estudió idiomas tales como el chino y el japonés. Finalmente presentó una patología psiquiátrica aguda que motivó su ingreso en el manicomio de Pau, donde falleció antes de acabar la Guerra Civil<sup>4</sup>.

Con el paso del tiempo lo único que logró devolver un cierto ánimo e ilusión a JMS fue la invitación –en verano de 1949– por parte del Dr. Álvarez, jefe de la División de Higiene Mental del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, para dar un curso en dicho país, especialmente pensado para la formación de especialistas<sup>4,6,12</sup>. Tras el mismo –que inicialmente estaba previsto que durase seis meses, pero finalmente fueron nueve–, JMS fue nombrado profesor de Clínica Psiquiátrica y Asesor de la División de Higiene Mental del país sudamericano, con carácter supernumerario y con expectativas

fundadas de repetir los cursos periódicamente<sup>4</sup>. A la par, la Sociedad Venezolana de Psiquiatría le nombró miembro honorario de la misma y parece que, a raíz del curso, varios médicos venezolanos decidieron acudir a España a especializarse en Psiquiatría<sup>4</sup>, lo cual supuso un reconocimiento profesional oficioso a quien, en su país, se le había negado todo tras la Guerra Civil.

Sin embargo, poco después de regresar a España sufrió un infarto de miocardio, lo que le hizo retraerse aún más y le imposibilitó volver a Venezuela. Su última intervención pública relevante la realizó en abril de 1955, un par de años antes de su muerte, cuando finalmente accedió a la invitación de A. Vallejo Nágera para presentar a Ugo Cerletti (1877-1963) –coinventor del Electrochoque, junto a Lucio Bini (1908-1964)<sup>–73</sup>, en un acto en Madrid, ya que JMS conocía al italiano porque este también había estado con Alzheimer en Munich<sup>4</sup>.

Falleció en Madrid el 1 de febrero de 1957, pasando casi desapercibida su muerte salvo por tres necrológicas profesionales, realizadas al parecer por Juan José López Ibor (1906-1991), A. Vallejo Nágera y G. Rodríguez Lafora<sup>4</sup>, al margen de la que le dedicó el periódico ABC<sup>74</sup>.

Muchos de sus artículos fueron publicados en periódicos de difusión general, como era costumbre en la época –suponemos que debido a la escasez de revistas científicas españolas–, especialmente en el diario “El Sol”<sup>16-19,22,24-26,29-32,42</sup>, pero también en la revista “España”<sup>21,23,75</sup>, fundada por J. Ortega y Gasset en 1915<sup>76</sup>; publicaciones ambas donde asimismo escribió muchos artículos G. R. Lafora<sup>42,76-77</sup>.

A modo de homenaje tardío, uno de los trabajos más alabados de JMS –publicado originalmente en *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría* en 1946– fue traducido al inglés y titulado “*Kraepelin and clinical psychiatry*” para ser incluido en el texto “*Anthology of Spanish Psychiatric Texts*”, editado por la Asociación Mundial de Psiquiatría<sup>78</sup>; aunque previamente había sido reeditado por la Fundación Archivos de Neurobiología, con una amplia introducción y reseña biográfica realizada por S. Pérez Gil y J. Lázaro<sup>79</sup>. También fue muy aplaudido el trabajo titulado “*Sobre el diagnóstico diferencial entre psicosis maniaco-depresiva*



y *esquizofrenia*<sup>80</sup>, con un total de 97 páginas, donde gran parte del texto está dedicado a los conceptos clínicos y el diagnóstico diferencial de ambas enfermedades según las teorías de E. Kraepelin y E. Bleuler (1857-1939). Este tema era la base de su ponencia en la tercera reunión de la AEN, celebrada en Bilbao en 1928 –en la cual fue elegido presidente de la misma, como hemos comentado<sup>4,54</sup>– y se editó al año siguiente, dando origen con ello al primero de los suplementos de la revista “Archivos de Neurobiología”.

Entre sus principales discípulos se encuentran Luis Fortún, Ángel Garma, Mariano Bustamante,

José Salas Martínez, José Solís, Federico Pascual (1903-1958), Manuel Peraita (1908-1950), Jerónimo Molina (1907-1974) e incluso Bartolomé Llopis (1905-1966) ya que, a pesar de este que trabajaba con R. Lafora en el hospital Provincial, también acudía al manicomio de Ciempozuelos<sup>4,6,12</sup>.

Su hijo José Miguel se licenció en Medicina en 1950, especializándose en Neurología y Neurofisiología y dedicándose fundamentalmente a la Electroencefalografía. Trabajó también con G. Marañón y falleció en 1995, a los 70 años de edad<sup>4</sup>. La mujer de JMS había fallecido tres años antes, en 1992, a los 101 años de edad<sup>81</sup>.

### Contacto

Luis Pacheco Yáñez

✉ LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.eus ☎ 946 006 920

Red de Salud Mental de Bizkaia • Osakidetza  
c/María Díaz de Haro 58 • 48010 Bilbao

### Bibliografía

1. Gracia Guillén, DM. *Medio siglo de psiquiatría española: 1885-1936*. Cuadernos de Historia de la Medicina Española. 1971; X: 305-339. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.ranm.es/ranm/es/consulta/registro.cmd?id=1090>
2. Rahmani R, Pacheco S, Medrano J, Martínez O, Markez I, Pacheco L. *Hace ya algún tiempo: Jaime Vera López (1858-1918). Un psiquiatra en los orígenes del PSOE*. Norte de salud mental. 2021; 17,65: 124-134. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8047274>
3. Pacheco Yáñez L. *Nicolás Achúcarro Lund: Esbozo biográfico del primer neurocientífico vasco*. Gac Med Bilbao. 2020; 117, 4: 263-273. Disponible en: <http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gaceta medicabilbao/article/view/809/819>
4. Pérez Gil S. *La aportación de José Miguel Sacristán (1887-1957) al desarrollo de la psiquiatría científica en España*. Tesis doctoral (Dir.: José Lázaro). Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. 1999. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/9801>
5. Martí C, Tortosa F, Carpintero H. *Germain, neuropsiquiatra*. Revista de Historia de la Psicología. 1989; 10, 1-4: 161-171. Disponible en: <https://www.revista historiapsicologia.es/archivo-all-issues/1989-vol-10-núm-1-4/>
6. Germain J, Solís J. *José Miguel Sacristán (1887-1956)*. Archivos de Neurobiología. 1982; 45, 4: 299-316.
7. Parajón L, Del Barrio V. *José Miguel Sacristán y la introducción de Kretschmer en España*. Revista de Historia de la Psicología. 1993, 14, 3-4: 213-224. Disponible en: <https://www.revistahistoriapsicologia.es/revista/1993-vol-14-núm-3-4>
8. Plumed JJ, Dualde F. *Los tratamientos de la locura en la segunda República española*. En: *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la Psiquiatría española* (R. Campos, O. Vilasante y R. Huertas, editores). Madrid: Frenia. Historia y crítica de la Psiquiatría. 2007. pp.: 129-143.
9. Díaz-Rubio García M. *José Miguel Sacristán y Gutiérrez*. Biografías. Real Academia de la Historia. 2018. Disponible en: <http://dbe.rah.es/biografias/28202/jose-miguel-sacristan-y-gutierrez>

10. Biblioteca de médicos históricos. Universidad Complutense de Madrid. *Sacristán y Gutiérrez, José Miguel (1887-1957)*. s/f. Disponible en: [http://webs.ucm.es/BUCM/med/archivo/ficha\\_medico.php?id\\_medico=126](http://webs.ucm.es/BUCM/med/archivo/ficha_medico.php?id_medico=126)
11. López de Lerma J, Díaz M. *Historia del hospital psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús de Ciempozuelos, 1881-1989. Un siglo de Psiquiatría y de historia de España*. Madrid: Fareso, S.A. 1991.
12. Valenciano Gayá L. *El doctor Lafora y su época*. Madrid: Morata S.A. 1977 (pp.: 80-82, 96 y 136).
13. Sacristán JM. *La reacción de meiostragmina de Ascoli e Izar*. Revista Clínica de Madrid. 1911; 18: 212-228. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0005295928&search=&lang=en>
14. Sacristán JM. *La viscosidad de la sangre oxalata, hirudinada y desfibrinada*. Boletín de la Sociedad Española de Biología. Vol. 1. Madrid. 1911-1912. págs.: 117-118. Disponible en: <https://www.biodiversitylibrary.org/item/48762#page/7/mode/1up>
15. Sacristán JM. *Observaciones histológicas sobre la epífisis*. Boletín de la Sociedad Española de Biología. Vol. 1. Madrid. 1911-1912. págs.: 213-215. Disponible en: <https://www.biodiversitylibrary.org/item/48762#page/7/mode/1up>
16. Sacristán JM. *El sueño y sus alteraciones*. El Sol. Madrid. nº: 66. 5/2/1918. pág.:8. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=000184391&search=&lang=es>
17. Sacristán JM. *La interpretación de los sueños según S. Freud*. El Sol. Madrid. nº 94. 5/3/1918. pág.: 8. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000185406&search=&lang=es>
18. Sacristán JM. *Los problemas psiquiátricos de España*. El Sol. Madrid. nº: 303. 1/10/1918. pág.: 8. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000194717&search=&lang=es>
19. Sacristán JM. *Reseña de E. Bleuler: Tratado de Psiquiatría*. El Sol. Madrid. nº: 768. 20/1/1920. pág.: 12. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000227173&search=&lang=es>
20. Sacristán JM. *Psiquiatría y revolución*. La Libertad. Madrid. nº 31. 12/1/1920. pág.: 5. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002604553&search=&lang=es>
21. Sacristán JM. *Los literatos y artistas alemanes enemigos de la Psiquiatría*. España. 246: 14 22/1/1920. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0003389545&search=&lang=en>
22. Sacristán JM. *El instituto alemán de Investigaciones Psiquiátricas de Múnich*. El Sol. Madrid. nº: 1395. 27/1/1922, pág.: 8 y nº 1401. 3/2/1922. pág.: 8. Disponibles respectivamente en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000250226&search=&lang=es> y <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000250544&search=&lang=es>
23. Sacristán JM. *Divulgaciones psiquiátricas*. España. nº: 310. 4/3/1922. págs.: 11-13. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0003396408&search=&lang=en>
24. Sacristán JM. *Por nuestros enfermos mentales*. El Sol. Madrid. nº: 1814. 2/6/1923. pág.:4. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000273297&search=&lang=es>
25. Sacristán JM. *La asistencia psiquiátrica de urgencia en Madrid*. El Sol. Madrid. nº: 1847. 11/7/1923. pág.: 4. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000275134&search=&lang=es>
26. Sacristán JM. *La psiquiatría en España*. El Sol. Madrid. nº: 1854. 19/7/1923. pág.: 4. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000275502&search=&lang=es>
27. Sacristán JM. *Imprudencia temeraria*. La Voz. Madrid. nº: 1171. 26/3/1924. pág.: 4. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000790484&search=&lang=en>
28. Sacristán JM. *Sobre la responsabilidad de los médicos*. La Voz. Madrid. nº: 1177. 2/4/1924. pág.: 4. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000790872&search=&lang=en>
29. Sacristán JM. *Alcohol y enfermedades psíquicas*. El Sol. Madrid. nº: 2290. 10/12/1924. pág.: 6. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000299952&search=&lang=es>
30. Sacristán JM: *El problema de la psiquiatría práctica en España*. El Sol. Madrid. nº: 2413. 2/5/1925. pág.: 2. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000307068&search=&lang=es>
31. Sacristán JM. *Emilio Kraepelin*. El Sol. Madrid. nº: 2872. 19/10/1926. pág.: 4 . Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000335767&search=&lang=es>
32. Sacristán JM. *Sobre la creación de una Escuela de Psiquiatría*. El Sol. Madrid. nº 2934: 30/12/1926. pág.: 9. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000339937&search=&lang=es>
33. Achúcarro N, Sacristán JM. *Sobre la histología de la glándula pineal humana*. Boletín de la Sociedad Española de Biología. Vol. 1. Madrid, 1911-1912. págs.: 269-274. Disponible en: <https://www.biodiversitylibrary.org/item/48762#page/7/mode/1up>



34. Achúcarro N, Sacristán JM. *Investigaciones histológicas e histopatológicas sobre la glándula pineal humana*. Extraído del 1º, 2º y 3º fascículos, tomo X, junio 1912, de los “Trabajos del Laboratorio de Investigaciones biológicas de la Universidad de Madrid”. Madrid: Imprenta y Librería de Nicolás Moya. 1912. Disponible en: <https://dics.io/pdf/wellcome/pdf-item/b22438853/o>
35. Marañón G, Sacristán JM. *La viscosidad de los líquidos del organismo. Sus factores biológicos y su importancia en Clínica*. Revista Clínica de Madrid. 1911, 3: 88-109. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0005294310&search=&lang=en>
36. Marañón G, Sacristán JM. *La viscosidad de la sangre en las fiebres eruptivas. Influencia de los leucocitos en la viscosidad de la sangre*. Revista Clínica de Madrid. 1911, 8: 281-289. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0005294756&search=&lang=en>
37. Marañón G, Sacristán JM. *La viscosidad de las orinas en estado normal y patológico*. Boletín de la Sociedad Española de Biología. Vol. 1. Madrid. 1911-1912. págs.: 22-27. Disponible en: <https://www.biodiversitylibrary.org/item/48762#page/7/mode/1up>
38. Marañón G, Sacristán JM. *Nuevas observaciones sobre la viscosidad de las orinas*. Boletín de la Sociedad Española de Biología. Vol. 1. Madrid, 1911-1912. págs.: 60-64. Disponible en: <https://www.biodiversitylibrary.org/item/48762#page/7/mode/1up>
39. Marañón G, Sacristán JM. *La viscosidad de la sangre en la viruela, en el sarampión y en el tifus. Influencia de los leucocitos en la viscosidad de la sangre*. Boletín de la Sociedad Española de Biología. Vol. 1. Madrid, 1911-1912. págs.: 66-71. Disponible en: <https://www.biodiversitylibrary.org/item/48762#page/7/mode/1up>
40. Marañón G, Sacristán JM. *Sobre la acción antagonista de la adrenalina y la estricnina. Una hipótesis para explicar el mecanismo de la muerte de algunas causas convulsivantes*. Boletín de la Sociedad Española de Biología. Vol. 1. Madrid. 1911-1912. págs.: 164-168. Disponible en: <https://www.biodiversitylibrary.org/item/48762#page/7/mode/1up>
41. Marañón G, Sacristán JM. *La viscosidad de la sangre humana en varios estados patológicos*. Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas. 1911; 10: 244-253. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002950928&search=&lang=en>
42. Rodríguez Lafora G, Sacristán JM. *Sobre el proyecto de legislación de asistencia al enfermo mental*. El Sol. Madrid. nº: 4190. 16/1/1931. pág.: 1. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000439947&search=&lang=en>
43. Angosto T. *José Pérez-López Villamil o la pasión por el recuerdo*. Revista de la A.E.N. 1985; 5, 15: 484-492. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14837>
44. Huertas R. *En los inicios de la psiquiatría franquista. El Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942)*. Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam. 2017, 37,1: 23-43. Disponible en: [http://scielo.icsii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0211-95362017000100002](http://scielo.icsii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-95362017000100002)
45. Huertas García-Alejo R. *Lafora-Vallejo Nágera-Garrra. Los médicos de la mente. De la neurología al psicoanálisis*. Madrid: Nívola. 2002.
46. López-Muñoz F, Rubio G, Molina JD y cols. *Cajal y la Psiquiatría Biológica: El legado psiquiátrico de Ramón y Cajal (una teoría y una escuela)*. Archivos de Psiquiatría. 2008; 1,71: 50-79. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3146095>
47. Barona JL. *Los laboratorios de la Junta para la Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas (J.A.E.) y la Residencia de Estudiantes (1912-1939)*. Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia. 2007; LIX, 2: 87-114. Disponible en: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/233>
48. González Cajal J. *Algunos datos sobre la psiquiatría que vivió Lafora en España hasta 1936*. Revista de la A.E.N. 1898; 9, 28: 101-113. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15068>
49. Rahmani R, Medrano J, Martínez O, Markez I, Pacheco L. *Hace ya algún tiempo: Miguel Gayarre Espinal (1866-1936)*. Norte de salud mental. 2021; 17, 64: 123-129. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7752330>
50. Espada A. *Entrevista a Margarita Salas: “La ciencia no debe servir caprichos”*. El País. 10/08/2003. Disponible en: [https://elpais.com/diario/2003/08/10/domingo/1060487558\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2003/08/10/domingo/1060487558_850215.html)
51. Markez I. *El Dr. Mariano Bustamante, un neuropsiquiatra de la generación del 27*. Norte de salud mental. 2005; 6,24: 63-68. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830104>
52. Markez I. *El bilbaíno Ángel Garra (1904-1993) fundador del psicoanálisis argentino*. Colección Bizkaiko Gaiak-Temas vizcaínos. Bilbao: Bilbao Bizkaia Kutxa. 2005.
53. Rahmani R, Medrano J, Pacheco L. *Dionisio Nieto: Un neuropsiquiatra republicano exiliado en México*. Norte de salud mental. 2019; XVI, 61: 93-100. Disponible

- en: <http://aen.es/wp-content/uploads/2019/08/Norte-61.pdf>
54. Lázaro J. *Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999)*. Revista de la AEN. 2000; 20,75: 397-515. Disponible en: <http://www.revista.aen.es/index.php/aen/article/view/15705/15564>
  55. Baca E, Alarcón RD, Lázaro J, García-Parajuá P. *Editorial. Un nuevo comienzo*. Archivos de Psiquiatría. 2007; 70, 1: 1-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2333172.pdf>
  56. Rodríguez Lafora G. *Las relaciones de la revista Archivos de Neurobiología con la Asociación Española de Neuropsiquiatría y con la Liga de Higiene Mental (1957)*. Revista de la AEN. 2000; 20,75: 605-616. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15723>
  57. Pérez P, Bru C. *La sexología en la España de los años 30. Tomo II: Hildegart o la historia de Aurora Rodríguez, su madre*. Revista Española de Sexología (Monográfico). 1987,32: 1-119. Disponible en: [http://www.e-incisex.com/cursos/mat\\_apoyo/1/hidelgart%20ores%2032.pdf](http://www.e-incisex.com/cursos/mat_apoyo/1/hidelgart%20ores%2032.pdf)
  58. Álvarez Rendueles G. *El manuscrito encontrado en Ciempozuelos. Análisis de la historia clínica de Aurora Rodríguez*. Madrid: Morata S.L. 2017.
  59. Álvarez R, Huertas R. *¿Criminales o locos? Dos peritajes psiquiátricos del Dr. Gonzalo R. Lafora*. Cuadernos Galileo de Historia de la Ciencia. nº 6. Madrid: CSIC. Centro de Estudios Históricos. Departamento de Historia de la Ciencia. 1987. págs.: 133-134.
  60. Álvarez Peláez R. *Una gran figura de la Neuropsiquiatría Española del siglo XX: Gonzalo Rodríguez Lafora*. Revista de la A.E.N. 1986; 6, 17: 305-309. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14880>
  61. Sacristán JM. *Figura y Carácter. Los biotipos de Kretschmer*. Cuadernos de Ciencia y Cultura, dirigidos por E. de Ors y G. Marañón. Madrid: Imp. Ciudad Lineal. 1926.
  62. Pérez Salmón C. *La obra psicológica de José Sanchís Banús (1893-1932)*. Tesis Doctoral. (Dir.: Heliodoro Carpiñero Capell). Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. 2009. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/9498/1/T27312.pdf>
  63. Villasante O, Rey A, Martí JV. *José Villaverde: retrato de un desconocido*. Medicina e Historia. 2008; 1: 1-15. Disponible en: <http://www.fu1838.org/pdf/2008-1.pdf>
  64. Giménez-Roldán A. *Neuropsiquiatría y política: el enfrentamiento entre Gonzalo R. Lafora y José María Villaverde*. Neurosciences and History. 2014; 2,4: 140-148. Disponible en: [https://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV2N42014140\\_148ES.pdf](https://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV2N42014140_148ES.pdf)
  65. Gaceta de Madrid. *Oposiciones, turno libre, a la cátedra de Psiquiatría, de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, convocadas por Orden de 18 de Noviembre ultimo (Gaceta del 24)*. Boletín de 3 de marzo de 1934. nº: 62. págs.: 1766-1767. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1934/062/A01766-01767.pdf>
  66. Sacristán JM. *El metabolismo hidrocarbonado en la psicosis maniáco-depresiva endógena*. Tesis doctoral de JM Sacristán. Universidad Complutense de Madrid. 1934. Referencia disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=280558>
  67. Library of the Surgeon General's Office. *Sacristán JM. El metabolismo hidrocarbonado en la psicosis maniáco-depresiva endógena*. Arch. Neurob. Madr. 1935, 14: 691-748. Index-Catalogue. United States Army (Army Medical Library). Fourth series. Vol. 10. M-Mez. Washington: United States Government Printing Office. 1948: pág.: 275. Disponible en: <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-8104688X10-mvpart>
  68. Gaceta de Madrid. *Orden de 8 de marzo de 1935*. Boletín de 10 de marzo de 1935. nº 69. pág.: 2040. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1935/069/A02040-02040.pdf>
  69. Gaceta de Madrid. *Orden de 25 de junio de 1935*. Boletín de 29 de junio de 1935. nº: 180. pág.: 2543. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1935/180/A02543-02543.pdf>
  70. Gaceta de Madrid. *Orden de 19 de mayo de 1936*. Boletín de 3 de junio de 1936. nº 155. pág.: 1999. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1936/155/Bo1999-01999.pdf>
  71. Monteagudo-Soto M<sup>§</sup>, Chisvert-Perales M. *A Psychiatrist Caught in a Civil War: Rodríguez Lafora's Work in Valencia, Capital of the Republic (1936-1939)*. Revista de Historia de la Psicología. 2018; 39, 3: 28-37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6976662>
  72. Sacristán JM. *Genialidad y psicopatología*. Madrid: Biblioteca Nueva. s/f (muy probablemente 1949).
  73. Endler NS. *The origins of electroconvulsive therapy (ECT)*. Convulsive Therapy. 1988; 4,1: 5-23. Disponible en: [https://journals.lww.com/ectjournal/Abstract/1988/04010/The\\_Origins\\_of\\_Electroconvulsive\\_Therapy\\_\\_ECT\\_\\_3.aspx](https://journals.lww.com/ectjournal/Abstract/1988/04010/The_Origins_of_Electroconvulsive_Therapy__ECT__3.aspx)
  74. ABC (Diario). *Ha fallecido en Madrid el eminente psiquiatra D. José M Sacristán*. 2/2/1957. Diario ABC. pág.: 26. Obtenida de: <http://hemeroteca.>



- abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1957/02/02/024.html
75. Sacristán J.M. *El Doctor Negrín, profesor de Fisiología*. España. nº 310. 3/4/1922. pág.: 7. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0003396408&search=&lang=es>
76. González Cajal J. *La cultura en la vida y en la obra del doctor Lafora*. Revista de la A.E.N. 1989; 9, 30: 451-458. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/61245647.pdf>
77. Bandrés J, Bandrés A. *iMilagro! Lafora, Sureda, Arcaya y Urbano sobre la Psicología, la Ciencia y lo sobrenatural*. Revista de Historia de la Psicología. 2017; 38, 3: 9-20. Disponible en: <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2017-vol-38-núm-3/>
78. Barcia D. *José M. Sacristán (1887-1957). Kraepelin and clinical psychiatry*. En: VV. AA. *Anthology of Spanish Psychiatric Texts*. (J) López-Ibor, C Carbonell, J Garrabé; Eds.). World Psychiatric Association. Paris: Groupe CPI. 2001. pp.: 197-206. Disponible en: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F9780470986752.ch15>
79. Sacristán JM. *Kraepelin y la psiquiatría clínica actual*. En: *Alfred Hoche, Emil Kraepelin, Oswald Bumke. Los síntomas de la locura*. Fundación Archivos de Neurobiología. Madrid: Edit. Triacastela. 1999. pp.: 123-172. Precedido de: Pérez S y Lázaro J. *Introducción a Kraepelin y la psiquiatría clínica actual*. pp.: 109-122.
80. Sacristan JM. *Sobre el diagnóstico diferencial entre psicosis maniáco-depresiva y esquizofrenia*. Suplementos de "Archivos de Neurobiología", publicados bajo la dirección de M. Prados y Such. Cuaderno primero. Málaga: Imprenta Sur. 1929.
81. ABC (Diario). *Esquela de Josefina Hernández de Tejada Gómez*. 9/8/1992. Diario ABC. pág.: 107. Obtenida de: <http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1992/08/09/107.html>

- Recibido: 18/02/2022.
- Aceptado: 20/05/2022.



# ACTUALIZACIONES



## Adiós, *Diván el Terrible*.

*Diván el Terrible* tuvo su punto de partida en un sueño y en la preocupación de una psicoanalista, Cristina Fontana, por la marginación del psicoanálisis en la sociedad española, no sólo como método de curación e investigación del psiquismo sino también por el escaso reflejo de ese gran descubrimiento del inconsciente en la cultura. Este sueño se fue concretando y encontró apoyo en personas de otras diversas profesiones. En 1998 el primer número de la revista *Diván el Terrible* salió a la calle con una pregunta: “¿Y por qué seguimos soñando?”

Un grupo de psicoanalistas y no psicoanalistas, con el compromiso de no permanecer silenciosos ante determinadas cuestiones que nos plantea la sociedad, “bajamos a la calle” desde esta publicación. Ningún tema, por difícil o espinoso que fuera, nos fue ajeno. Escuchar las transformaciones que se han ido sucediendo en la sociedad durante esta época ha sido nuestra tarea y ha enriquecido también nuestro quehacer. *Diván el Terrible*, plataforma de ideas, debate y encuentros, ha cumplido su propósito y ha logrado transmitir un saber que no puede encerrarse en recetas o rápidas respuestas.

Cuando la caída del papel se hizo patente, *Diván el Terrible.com* tomó el relevo y apostó por una segunda etapa en la red. Vientres de alquiler, trans, género, prostitución... son algunos de los

temas tratados en esta segunda etapa y que dan cuenta de la vocación de *Diván el Terrible* por continuar acercando a los lectores un punto de vista distinto y abierto a los debates que en nuestra sociedad se han ido planteando.

Se suele decir que todo lo que empieza termina. La pandemia, las dificultades para reunirse en presencia y nuestras propias fuerzas hacen que nos planteemos en este momento que el Proyecto de *Diván el Terrible* debe concluir. Ahora bien, ¿cómo no seguir soñando?

Al igual que Freud, en 1937, en *Análisis terminable e interminable*, se pregunta: “¿Existe algo que pueda llamarse terminación natural de un análisis?”, nosotros tampoco sabemos natural-mente dónde termina ese proyecto que fue *Diván el Terrible*. Al igual que lo inconsciente no se agota después de un trabajo psicoanalítico, creemos y deseamos que lectores, colaboradores y todos nosotros... sigamos soñando.

El Comité de *Diván el Terrible*  
27/02/2022

N.R.: El 27 de febrero recibimos este afectuoso saludo a modo de despedida. “Era el momento de concluir” nos decían a quienes habíamos colaborado.



## Xóchitl Frida: “pinto con dolor y mucho amor”.

Iñaki Markez.

Ekimen editorial, Bilbao • 2022 • 294 págs.

ISBN: 978-84-125598-0-4

Conocemos *qué* es Frida. Símbolo feminista, producto de marketing, icono de masas y creadora de tendencias. Pero *¿quién es Frida?* Esta es la gran pregunta. A lo largo de la Historia hemos conocido mujeres dotadas de extraordinaria inteligencia, personalidad o creatividad que sin embargo y “solo” por ello y por ser mujeres no han sido reconocidas a tiempo. Tengo la sensación de que con Frida Kahlo ha sucedido esto mismo. Ya en vida esta gran artista se encontró con muros difíciles de sortear como ser la mujer del excelente muralista Diego Rivera, sobresalir en un mundo masculino con las consecuencias sociales de la época, vestir diferente al resto y pretender ser una mujer independiente y con una marcada ideología de izquierdas.

De pronto aparece Iñaki Markez, con este sugerente libro invitándonos a un maravilloso viaje por la psique humana. Este libro satisface cuanto menos la curiosidad por saber quién fue ella, cómo sintió, cómo vivió y le rinde un merecido homenaje tanto a su persona como a su faceta como artista. No queda una, impasible ante una lectura de esta envergadura. Y es que Frida compartió, escribió en su Diario y se expuso en sus obras y, que mejor que acceder a este certero análisis que nos lleva sutilmente a recorrer el mundo Frida y porque no, el propio. Un análisis que nos acerca a una Frida diferente. Vemos explorar nuevos senderos de este icono en ocasiones malinterpretado y/o mal utilizado en la actualidad como mero producto de marketing de masas. Frida fue mucha Frida, ardiente, sensible, solidaria, brava, transgresora, dual. Padeció grandes tormentas de diversa intensidad: dolen-

cias, inseguridades, desengaños, maternidad frustrada, tempestades del corazón con divorcio incluido para volver a contraer matrimonio más tarde de nuevo con su Diego, sus otras relaciones de mayor o menor intensidad con Trotsky, Jacqueline Lamba, Nickolas Muray, Michel Petitjean, María Félix y más.

El autor ejerce de forense dando una clase magistral con este libro que no dejará indiferente a nadie. Destapa por completo la caja de Pandora. Nos muestra todas y cada una de las mujeres que habitaron en Frida. Y así, sin darnos cuenta nos sumergimos en un apasionante viaje por su vida de Frida y en una profunda reflexión que nos lleva a cuestionarnos íntimamente qué y quiénes somos en este efímero tránsito por la vida, cómo y a quien amamos, de qué modo amor-dolor van unidos más allá de nuestros deseos. Toda una montaña rusa de sentimientos vívidos, sueños idealizados y realidades encontradas.

Dejémonos llevar en la lectura como cauce de un río que, siendo caudaloso podremos alcanzar grandes planteamientos vitales. En aquellas décadas finales de la vida de Frida, los años 30, 40 y poco más, le tocó vivir la supremacía de lo masculino, también en su casa, siendo joven y adulta. La mujer tenía un papel supeditado al varón y, aunque Frida fue capaz de mostrar su autosuficiencia y fortaleza, o su autonomía junto a un gran amor a su marido y a otros hombres y mujeres, decidió desde su juventud representarse de manera ambigua, con algunos rasgos considerados como masculinos, recordemos la

exageración de las cejas y su incipiente bigote, optó por una obra propia de la identidad femenina mientras rechazaba la visión del que se expresaba desde el tradicional mundo masculino.

Cada mujer tenemos distintas mujeres habitando en nosotras. Unas muy conocidas, otras no tanto y algunas escondidas. Frida no llegó a conocer todas las mujeres que habitaron en ella, aunque casi, y no escatimó esfuerzos y valentía en intentar conocerlas. Se abrió valientemente al mundo y fue y sintió como ella dispuso con mayor o menor dolor, con cierta ingenuidad en ocasiones, mucha osadía en otras y grandes dosis de sensualidad. Su poder de persuasión y su magnetismo fueron clave en algunos modos de interrelacionarse. Una mujer imperfecta pero segura de sí misma, de pensamiento libre, aunque presa de muchas emociones.

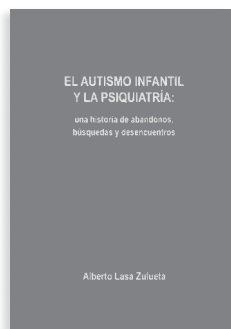
Frida, la artista, lo fue casi todo. Apasionada, sensible, fuerte, débil, dolorida, caprichosa, generosa. El yin y el yan. El autor va deshojando a Frida matrioshka y gracias a su certero análisis nos ayuda a comprenderle a ella y a nosotras mismas. ¿Acaso no es la vida? Vivimos muy para los demás y no sabemos dar el paso de vivir para nosotros mismos. Y eso pasa por ser valiente y decir, hacer y pensar lo que de verdad uno quiere decir, hacer y pensar. Ella pareciera haberse percatado desde pronto de la delgada línea roja entre vida y muerte. La vida es un préstamo difícil de devolver. Pasamos por este tránsito de la vida con más o menos décadas pero ¿acaso importan estas? ¿O las vivencias de las mismas sean cuantas fueren? Frida demostró empaque y fortaleza mental y física. Supo salir varias veces de los infiernos del dolor, de las intervenciones quirúrgicas, disfrutó y amó, sintió y sufrió, rio y lloró. Fue Frida.

Las experiencias vitales son esencia de lo que proyectamos a los demás. Causas que provocan consecuencias prolijas de analizar y explicar. Frida vivió intensamente y sufrió en demasía. Su imagen era una, pero descubrimos que detrás de esa imagen había mucho más. Aliento de emociones, suspiros de pasiones. Las situaciones extremas en vida de esta completa artista le llevaron a interrelacionarse de modo peculiar, impetuosamente. Supo salir adelante, anteponer sus criterios, ideales, sentires, reen-

contrarse con viejos “amigos” o conocer nuevas amistades y algunos amores. Supo hacerle frente en aquellos momentos al surrealismo donde ella consideraba entonces no encajar del todo. No rindió pleitesía a Breton ni a nadie, a excepción quizá de a su Diego en la distancia. Dispuso su vida en París, Nueva York, México o San Francisco a su modo. Fue crítica con la Europa de entonces, solidaria y activista. Claro ejemplo de superación y entrega.

Finalmente creo que no es un libro para mujeres. Es un libro para personas, para géneros. Es un libro que invita a la libertad, al respeto, a la reflexión y porque no, a un mundo más diverso, más equitativo, menos malo. Es de agradecer al autor por este bello libro que supone un antes y un después para conocer de verdad quién fue Frida Khalo. *Y no... calladitas no estamos más guapas.*

Amaia Lertxundi.



## El autismo infantil y la psiquiatría: una historia de abandonos, búsquedas y desencuentros.

Alberto Lasa Zulueta.

2022 • 171 págs.

DL/LG: BI 02013-2021

En este libro se reúnen cinco capítulos que se ciñen a aspectos históricos relacionados con el autismo ya desde una época en la que no existía siquiera esa denominación. Antes de recibir la denominación actual por obra de Kanner y de Asperger, para describir un campo ignoto, aquel de un autismo carente de denominación.

El relato de seres humanos ignorados, silenciados o considerados inexistentes en la antigüedad y hasta la edad media donde aparecen las primeras noticias constituye el primer capítulo. Aunque breve por incomparancia y escasa información de los sujetos concernidos que, durante siglos, han estado ausentes en los textos sobre estos temas. Habrá que esperar al Siglo de las Luces –s. XVIII– para encontrar los inicios de cambios radicales en las ideas sobre la infancia y su educación.

En el segundo capítulo se relata a un ser único, el niño salvaje Víctor de Aveyron y de su encuentro con alguien que se empeñó en creer en sus posibilidades. Un episodio que surge y no es casualidad durante la Ilustración. Tras apoyarse en Philippe Pinel, será el médico y pedagogo francés Jean Gaspard Itard ofrecerá pautas para vivir más adecuadamente estos niños hasta el punto de ser considerado el padre de la educación especial.

El capítulo tercero se adentra en el abandono interminable, olvidados en asilos, irreconocibles en masivos almacenamientos de seres excluidos de la sociedad, reclusos en condiciones lamentables. Así llegan los impulsos reformistas y el nacimiento de la psiquiatría infantil, un parto lento y múltiple. Pinel como liberador de los alienados y Esquirol como reformador de los asilos ofrecerán un impulso indescriptible.

Los inicios de reconocimiento progresivo, en situaciones confusas, pero caminando hacia intentos para liberarlos y reintegrarlos en sociedad son la base del cuarto capítulo. Con una naciente especialidad médica, la psiquiatría, que comenzaba a distinguir diferentes expresiones de sufrimiento mental y con la búsqueda de procedimientos para ayudar, para curarlo, pero también y, sobre todo, para evitar la marginación. La educación del deficiente será clave forzando un debate, una verdadera lucha por el poder entre la medicina y la pedagogía ya desde los tiempos de los médicos “alienistas” con sus repetidas experiencias entre unas y otras corrientes.

El quinto capítulo aborda la actuación de la medicina y la psiquiatría, embarcadas en una operación ideológica con teorías de la degeneración desde la mitad del siglo XIX que, pese a pretensiones científicas, las arrastró hacia un retroceso en el camino humanitario que llegó a perjudicar, en ocasiones trágicamente, a quienes padecían la fragilidad psíquica. La eugenesia y la filantropía serán parte del debate. Morel, Magnan, Seguin, Binet... o más recientes como Yerkes, Bernstein, Lafora o Álvarez Peláez nos ayudan a reflexionar sobre debates mantenidos durante siglo y medio.

Es preciso un camino posterior donde el autismo y la psiquiatría sigan recorriendo la gestación de nuevos conceptos que condujeron al reconocimiento del autismo con su propio nombre, con identidad diferente de la esquizofrenia y de la deficiencia mental; con un relato de sus iniciativas hasta llegar a la situación actual. Nuevos conocimientos y cambios en los sucesos (socioeconómicos, ideológicos, científicos) que les afectan, aparecerán en un próximo volumen.

**Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**  
**Vol. 42, número 141 • Enero Junio - 2022**

**Sumario**

**Editorial**

Compartir la mirada. Siete años desde la AEN. *Mikel Munárriz Ferrandis.*

**Artículos**

“¿En qué puedo ayudarle?”. Entre la solución individual tecnológica y la metaperspectiva sociopolítica. *Alberto Ortiz Lobo.*

El legado neurofisiológico del cartesianismo: auge y caída del hombre-máquina. *Francisco López-Muñoz, Francisco Pérez-Fernández.*

La medicalización del malestar en la mujer. *Carmen del Río Pedraza.*

La desfiguración [Entstellung] –un concepto desfundamental para la teoría y la práctica. *Niklas Bornhauser.*

Subjetividad, determinación y apertura. La psicoterapia bajo la tradición del cuidado de sí. *Julián Gómez Peñalver, Carlos Rejón Altable.*

Hacia la creación de la especialidad sanitaria de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. *José L. Benítez Ortega, Margarita Riquelme Viñas, Noelia Olivencia Varón, Ángel G. López Pérez-Díaz, Alma Martínez de Salazar Arboleas.*

**Dossier: Atención a la salud mental en prisión**

Dos décadas de historia del Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión de la AEN. *Grupo de Trabajo Salud Mental en Prisión de la AEN (SampAEN).*

El tratamiento de las personas con problemas de salud mental en la normativa penal y penitenciaria. Reflexiones y propuestas. *Patricia Cuenca Gómez.*

Trastornos del límite, un reto para los equipos técnicos penitenciarios: el derecho a la salud integral de las personas privadas de libertad. *Ana Gordaliza, Iñaki Markez.*

Género y adicciones en el medio penitenciario. *Iñaki Markez, Enrique Pérez, Virginia Pareja.*

Suicidios en prisión: algunas tareas pendientes. *Iñaki Markez, Ana Gordaliza, Pilar Casaus.*

Salud mental y prisión, difícil encaje. *Javier Pallarés Neila, Isabel Utrera Canalejo.*

Medidas de seguridad, una reflexión desde la práctica clínica. *Inés Morán-Sánchez, Silvestre Martínez Benítez.*





## CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Vol. 19, número 1 • 2022

### Sumario

#### Artículos originales

¿Por qué una psiquiatría social? *Ander Retolaza.*

La desigualdad de género afecta seriamente a la salud mental.  
*Andrea Cabezas-Rodríguez y Amaia Bacigalupe.*

Indicación de no-tratamiento para personas con malestar. *Beatriz García Moratalla.*

Housing First: Orígenes y principios rectores del método. Una propuesta comunitaria en el campo de la Salud Mental, las adicciones y la exclusión social. *Cosme Sánchez Alber.*

Una reflexión sobre la asistencia en Salud Mental con enfoque de género y a la diversidad sexual. *Élida Grande.*

#### 10 básicos 10: Psiquiatría social

##### Punto crítico: “La terapia electroconvulsiva”

Introducción. *David González Pando.*

Terapia electroconvulsiva en Psiquiatría: usos recomendados y otras consideraciones. *Luis Jiménez Treviño*

Terapia electroconvulsiva: una mirada crítica. *David González Pando.*

#### Informes

Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026): análisis de situación.

#### Reseñas

Nadie nace en un cuerpo equivocado. Éxito y miseria de la identidad de género. *José Errasti y Marino Pérez Álvarez.*

#### In memoriam

Miguel Ángel García Carbajosa (1941-2021).

#### Noticias breves

#### Reuniones científicas

#### Revistas autonómicas

#### Normas de publicación



# 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](mailto: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 ál.” si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et ál. 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](http://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 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:

Fecha ..... / ..... / .....

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado o asociada.

Nombre ..... Dirección .....

Banco/Caja de ahorros ..... Sucursal .....

IBAN/Cuenta nº ..... Población .....

Ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría/Profesionales de Salud Mental.

En ..... el ..... de ..... 20 ..... Firma:

Revista de:



ASOCIACIÓN DE  
SALUD MENTAL  
Y PSIQUIATRÍA  
COMUNITARIA



asociación de  
profesionales de  
salud mental  
de Cantabria



Sociedad aragonesa de  
salud mental  
S.A.S.M.



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental



Castellano-Manchega  
Asociación  
de Neurología y Salud Mental  
ACNSM



Catalana  
Asociación  
de Professionals  
en Salut Mental  
ACPSM

Asociación Extremeña  
de Neuropsiquiatría  
(AExN)



Española  
Asociación  
de Profesionales de  
Salud Mental  
de Neuropsiquiatría



ABSM ASSOCIACIÓ BALEAR  
DE SALUT MENTAL