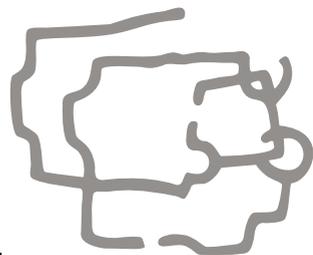


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XVII nº 64 Enero 2021



Volumen XVII



Nº 63



Nº 64

Volumen XV



Nº 57

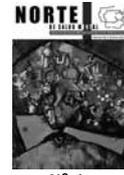


Nº 58

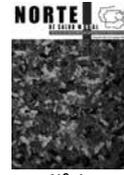


Nº 59

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

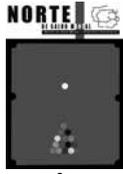
Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42



Nº 43



Nº 44

Volumen VIII



Nº 33



Nº 34

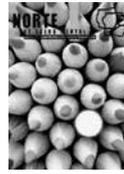


Nº 35

Volumen VII



Nº 36



Nº 37



Nº 38

Volumen VI



Nº 27



Nº 28



Nº 29

Volumen V



Nº 30



Nº 31



Nº 32

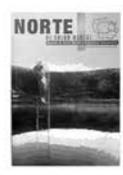
Volumen IV



Nº 22



Nº 23



Nº 24

Volumen III



Nº 25



Nº 26

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Cifre, Antonia
Grande, Élda
Jiménez, Ana María
Lalana, José Manuel
Munarriz, Mikel
Musquiz, Álvaro
Rodríguez Pulido, Francisco
Sierra, Deirdre
Vecino, Antonio

Consejo Asesor y de Redacción:

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

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

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

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

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

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



NORTE de salud mental

Vol XVII nº 64, enero 2021

<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

Autora portada: Felisa Urraca.

Título obra: Fantasmas de la mente.

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida.

Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN.

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

Tarifa anual: Profesionales 100 euros. Instituciones 150 euros.

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

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



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

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

Sumario

NORTE de salud mental 64. Enero 2021

Editorial	5
• De ellos ¿quién me va a proteger? <i>José Manuel Lalana Cuenca.</i>	7
Originales y revisiones	11
• ¿Qué puede aportar psicólogos y psiquiatras a las necesidades de las víctimas de trata con fines de explotación? <i>Carmen Meneses Falcón.</i>	13
• El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro. <i>Luis Fernando Barrios Flores.</i>	25
• Trauma, vulnerabilidad y resiliencia. La patologización de los sucesos “traumáticos” de la vida. <i>Federico Menéndez Osorio.</i>	39
• El síntoma Housing First: De la cronicidad a la comunidad. Una práctica ética en el campo de las desinserciones, adicciones y Salud Mental. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	47
• Creencias sobre tabaco y abstinencia al año de iniciar un tratamiento para dejar de fumar. <i>Pedro Aguilar-Cotrino, Ana M. Pérez-García, Lucía Martín-Rufo y Marina Muñoz-Gutiérrez.</i>	57
• Psicoterapia del grupo familiar: padres-bebés. Sistema vincular familiar. <i>Ángela de la Hoz Martínez.</i>	65
• Sobre Telepsiquiatría. <i>Ander Retolaza.</i>	76
Formación Continuada	83
• Hemocromatosis: impacto cognitivo y psicosis. A propósito de un caso. <i>José Juan Tascón Cervera, María Herrera Muñoz, Juan Fernando Dorta González, Andrés Leandro Sánchez Pavesi, Lucía Povedano García, Fernando Jesús García Gómez-Pamo.</i>	85
• Recuperación personal desde un modelo de tratamiento asertivo comunitario: a propósito de un caso clínico. <i>Luis Alberto Forcén Muñoz, Silvestre Martínez Benítez, María Herrera Giménez, Carmen Llor Moreno.</i>	91
• Del trabajo online con grupos a encuentros de los pueblos. <i>Goyo Armañanzas.</i>	99
Pre-ocupaciones	103
• Teleasistencia en el ámbito penitenciario <i>SampaAEN.</i>	105
• Vigilar, castigar y tratamiento directamente observado (TDO). <i>Enrique Pérez Martínez.</i>	112
• La Gioconda entra en un servicio de Psiquiatría. <i>Estibaliz Izarzugaza Iturrizar, Raquel Benito Ruiz de la Peña, Eva Collado González, Jose Ignacio Eguiluz Alberdi, Arrate Loyola Irulegui.</i>	115
Historia	121
• Hace ya algún tiempo: Miguel Gayarre Espinal (1866-1936). <i>Reda Rahmani, Juan Medrano, Oscar Martínez, Iñaki Markez, Luis Pacheco.</i>	123
• El hilo infinito. Mujeres bajo el genocidio español. <i>Anna Miñarro.</i>	128
Actualizaciones	145
• Las voces interiores. Qué nos dicen la historia y la ciencia sobre cómo nos hablamos a nosotros mismos. <i>Charles Fernyhough.</i>	147
• Duelo, autolesión y conducta suicida. Desafíos en la era digital. <i>Luis Fernando López Martínez.</i>	149
Artículo especial	
• Gente mediocre que cree que nunca se equivoca. <i>Joan Carles March Cerdà.</i>	151

Summary

NORTE de salud mental 64. January 2021

Editorial	5
• From them who will protect me? <i>José Manuel Lalana Cuenca.</i>	7
Original and reviews articles	11
• What can psychologists and psychiatrists contribute to the needs of victims of trafficking for exploitation? <i>Carmen Meneses Falcón.</i>	13
• Criminal Psychiatric confinement by court order in Spain: current situation and proposals for the future. <i>Luis Fernando Barrios Flores.</i>	25
• Trauma, vulnerability and resilience. Pathologization of “traumatic” life events. <i>Federico Menéndez Osorio.</i>	39
• The Housing First symptom: From chronicity to the community. An ethical practice in the field of disinsertions, addictions and Mental Health. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	47
• Beliefs about tobacco and abstinence one year after starting a smoking cessation treatment. <i>Pedro Aguilar-Cotrino, Ana M. Pérez-García, Lucía Martín-Rufo y Marina Muñoz-Gutiérrez.</i>	57
• Family group psychotherapy: parents-babies. Family bonding system. <i>Ángela de la Hoz Martínez.</i>	65
• About Telepsychiatry. <i>Ander Retolaza.</i>	76
Continuing Education	83
• Hemocromatosis: cognitive impact and psychosis. About a case. <i>José Juan Tascón Cervera, María Herrera Muñoz, Juan Fernando Dorta González, Andrés Leandro Sánchez Pavesi, Lucía Povedano García, Fernando Jesús García Gómez-Pamo.</i>	85
• Personal recovery from a community assertive treatment model: on the purpose of a clinical case. <i>Luis Alberto Forcén Muñoz, Silvestre Martínez Benítez, María Herrera Giménez, Carmen Llor Moreno.</i>	91
• From on line work with groups to people’s encounters. <i>Goyo Armañanzas.</i>	99
Concerns Challenges	103
• About telecare in the prison. <i>SampAEN.</i>	105
• Look out, punish and directly observed treatment (DOT). <i>Enrique Pérez Martínez.</i>	112
• The Mona Lisa enters a Psychiatry service. <i>Estibaliz Izarzugaza Iturrizar, Raquel Benito Ruiz de la Peña, Eva Collado González, Jose Ignacio Eguiluz Alberdi, Arrate Loyola Irulegui.</i>	115
History	121
• Some time ago: Miguel Gayarre Espinal (1866-1936). <i>Reda Rahmani, Juan Medrano, Oscar Martínez, Iñaki Markez, Luis Pacheco.</i>	123
• The infinite thread. Women under the Spanish Genocide. <i>Anna Miñarro.</i>	128
Book reviews	145
• Las voces interiores. Qué nos dicen la historia y la ciencia sobre cómo nos hablamos a nosotros mismos. <i>Charles Fernyhough.</i>	147
• Duelo, autolesión y conducta suicida. Desafíos en la era digital. <i>Luis Fernando López Martínez.</i>	149
Special article	
• Middling people who are never wrong. <i>Joan Carles March Cerdà.</i>	151



EDITORIAL

De ellos ¿quien me va a proteger?

From them who will protect me?

Una vez finalizada la segunda década del segundo milenio, creo que no queda ninguna duda del paradigma socioeconómico que impera en nuestra sociedad. Estamos ante una evolución más salvaje, de un capitalismo que ya de por sí lo era. Más salvaje porque su principal objetivo ya no es solamente generar plusvalía y acumular capital *ad limitum*, reduciendo el estado a su mínima expresión, crear una sociedad compuesta por “individuos sumergidos en las heladas aguas del cálculo egoísta” (1), sino generar subjetividad, crear un nuevo hombre, en el que ese Neoliberalismo con todas sus características esté introyectado en todos y cada uno de esos individuos (en palabras de Margaret Thatcher: “la economía es el método, el objetivo es cambiar el corazón y el alma”).

Este *homo neoliberalis* que tan acertadamente describió Ivan de la Mata como “una empresa de sí mismo” (2) es el que estaría convocado a estar constantemente compitiendo por su supervivencia, a ser el único responsable de sí mismo. Individualización radical, en tanto depositaria en la propia persona de cualquier responsabilidad en su propio devenir, más allá de su contexto social, y que está llamada a presidir el conjunto de todas sus relaciones, que se convierten en cambiantes y volátiles, en mera mercancía de intercambio (una individuación disoluta del sujeto postmoderno en palabras de Bauman).

Este Poder Neoliberal, un poder represivo y precarizante, desintegrador de identidades colectivas, generador de explotación y sufrimiento, atraviesa por completo todas esferas de la vida, desde la ecología a la salud, mercantilizando todas ellas. Es en esta lógica donde se instala una variable fundamental: la desigualdad, y su derivada: la exclusión social.

En el campo de la salud esta mercantilización la ha transformado en una línea de promoción de productos, en lugar de seguir siendo considerada un bien colectivo. Los determinantes sociales de la salud, reconocidos ampliamente y desde hace tiempo como los fundamentales (la pobreza el primero), han sido “borrados de la ecuación”, y el concepto se ha equiparado al de asistencia sanitaria, una asistencia gestionada por proveedores que compiten por captar “clientes” rentables. La universalidad de las prestaciones sanitarias y la gestión pública de las mismas, garante de la equidad, se cuestiona radicalmente, potenciando el aseguramiento privado y, bajo la excusa de la libertad, traspasando la planificación colectiva de las necesidades a una ficticia elección individual, espejismo platónico de un deseo arrebatado.

El ámbito de la salud mental, sería un campo especialmente abonado para este tipo de cambios. En él cabrían toda serie de depositaciones de este malestar social, hábilmente transformado en una patología o déficit individual ajeno a cualquier condicionante externo. El paro se convierte así en una falta de adaptación a un mundo laboral que no genera inseguridad y precarización, sino abundancia de oportunidades; la falta de vivienda o la pérdida de la misma se muta en una falta de previsión y en una vida “por encima de las posibilidades”; la violencia de género en alto estrés e impulsividad y una actitud personal ambivalente; la pobreza extrema en mezcla de inadaptación social y daño colateral; todos ellos con sus correlatos en forma de Trastornos Mentales (depresivos, de ansiedad, de la personalidad...), sabiamente recogidos de una forma “eclectica” por las biblias modernas de La Psiquiatría, que incluso a la locura le privan de su significado de doble exclusión y la transforma en un significante hoy

en día vacío: la esquizofrenia. Para ello, el Poder neoliberal y sus “brazos armados” en perfecta connivencia (legislaciones, industria farmacéutica, instituciones psiquiátricas...) construyen y se apropian de un lenguaje que lo vehicule, y que se expresa en forma de un reduccionismo pseudocientífico que todo lo puede explicar más allá de la persona y su sufrimiento real, y que todo lo puede tratar, quiera o no quiera esa persona, porque todo se ha transformado en síntomas que conforman enfermedades y que instituyen al que lo posee con la identidad inequívoca de enfermo (o trastornado). En palabras de Javier Padilla, “La forma de nombrar tiene valor performativo y condiciona nuestras decisiones y expectativas” (3).

Por supuesto en una lógica de mercado es fundamental generar una demanda, que por un lado ha de dar salida a una producción y por otro se ha de adecuar a una cada vez mayor oferta de consumo de bienes y servicios, entrando en una espiral infinita de necesidades que han de ser satisfechas con prontitud por los diferentes vendedores. En el mercadeo de la salud mental tenemos múltiples ejemplos, que a lo largo de los últimos decenios hemos podido observar con toda su “parafernalia” consumista. Sufrimientos humanos se transforman en enfermedades que llegan a ser auténticas modas, convirtiéndose en altamente prevalentes, con remedios principalmente (o solo) farmacológicos, que ya muchas veces les preceden en su existencia. Así hemos visto como progresivamente la timidez se transformaba en Fobia Social, la angustia en Trastorno por Ataques de Pánico, la reacción emocional intensa ante hechos traumáticos en Trastorno de estrés Postraumático, los cambios de humor en Disforia premenstrual o incluso en Trastorno Bipolar, las dificultades de adaptación vitales en Trastornos de Adaptación o Depresiones postparto. Actualmente, y ya desde hace unos años, es flagrante la “hiperpresencia” del TDAH. En un ejercicio de auténtico funambulismo incluso hemos asistido a cómo efectos secundarios de los propios fármacos se transformaban en enfermedades que requerían de otros fármacos: ahí tenemos a la Depresión Bipolar.

El actor principal es la industria farmacéutica, con estrategias de marketing complejas, más o menos sutiles y en ocasiones perversas e incluso claramente fraudulentas (ahí están las deman-

das millonarias a las principales “compañías” por ocultar datos de estudios, estudios completos u otro tipo de transgresiones). Como actores secundarios, pero necesarios, podríamos citar a los poderes políticos y sanitarios; renombrados psiquiatras y otros profesionales de la salud mental, reconocidos profesionales de la enseñanza (universitaria principalmente), muchos de ellos elevados al nivel de “expertos”; medios de comunicación, etc.

Junto a estas modas diagnósticas y patológicas (y patologizantes) asistimos a una medicalización constante de la vida cotidiana. Observamos eslóganes rimbombantes y afirmaciones, que se transforman en axiomas, y que transmiten, al modo de “hoja de ruta” las actuaciones en materia de política sanitaria: “la década del cerebro”, “la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo”, “la depresión tiene un tratamiento eficaz”, “La esquizofrenia es un trastorno grave del neurodesarrollo que dura toda la vida y que afecta la forma cómo una persona piensa, siente y se comporta”, “la salud mental es la próxima epidemia” y... “el suicidio en más del 90% de los casos se produce en personas que tienen un trastorno mental tratable”.

Esta última afirmación encabeza los numerosos planes de prevención del suicidio que parecen ser la última de estas modas en este nuestro mundo de la salud mental” (llamado a ser el “centinela de occidente” de la psicomoral neoliberal). No hay administración, sistema de salud, fundación o sociedad científica que se precie que no tengan o esperen tener uno, en una especie de carrera preventivocéntrica que plantea como necesaria, a toda costa, el control de un acto que más allá de cualquier otro significado, es considerado por la ideología imperante como el fruto de una mente enferma, como un síntoma o incluso directamente como una patología individual y como tal ha de ser estudiado, diagnosticado y tratado/ prevenido.

Si bien es cierto que el suicidio es un acto envuelto mayormente en dolor y sufrimiento, es tomado como un hecho biológico y no como un acto íntimo y privado. Como en todo proceso médico, se estudian los factores etiológicos, con especial hincapié en la “evidente” heredabilidad, en la vulnerabilidad genética (en octubre de 2020 en

la revista de la Asociación Americana de Psiquiatría se ha publicado un editorial titulado “prediciendo el suicidio” junto a un artículo en esta dirección) y sobre todo en el Trastorno psiquiátrico concurrente (se elaboran tablas con la frecuencia de asociación de los mismos a la conducta suicida), relegando a un nivel puramente estadístico los llamados “factores ambientales”; se aplican cuestionarios que lo clasifican en “bajo” o “alto riesgo”, con escasa fiabilidad y validez predictiva pero que condicionan el tratamiento a seguir, más allá de la norma general de administración de psicofármacos (antidepresivos sobre todo, pero también neurolépticos, anticonvulsivos e incluso un nuevo “fármaco antisuicidio”, como bautizaba la prensa en su presentación en septiembre 2018) y que puede llegar hasta actos formales de coerción “por el bien del paciente” (tratamientos forzados, contención mecánica, internamientos compulsivos, incapacitación legal). “El peligro para uno mismo es de las pocas indicaciones claras de hospitalización involuntaria que se acepta en la actualidad “reza el manual de psiquiatría más universalizado, que también sentencia que”. La mayoría de los suicidios en pacientes psiquiátricos pueden prevenirse, ya que las pruebas señalan que el suicidio se asocia con frecuencia a una evaluación o un tratamiento inadecuados” (4); obviando el hecho de que el progresivo incremento de la tasa de suicidios se está dando en una época en la que un número cada vez mayor de personas reciben tratamiento psiquiátrico, tal y como reflejan las cifras del aumento de consumo de psicofármacos año tras año (hay estudios que relacionan el consumo de ISRS con mayor índice de intentos y de suicidios consumados, especialmente en niños y jóvenes). Protocolos, guías, árboles de decisión, comités de expertos, libros blancos, congresos y convenciones, prácticas “basadas en evidencias”, materiales “educativos” para público y profesionales sanitarios, titulares (“epidemia de suicidios”, “crisis de salud pública”) y, como no, un día mundial del suicidio, son aditamento fundamental en esta farsa cientifista.

En cualquier caso, el suicidio sigue considerándose como algo “reprobable y condenable, un acto de insubordinación contra las instancias del poder”, eclesiástico, social o legal, “que se legitima ideológicamente a expensas de defender el

principio de la vida a cualquier precio” (5), y que sitúa a los *suicidandos* frente al mismo, calificándoles como pecadores, locos o delincuentes y, en cualquier caso, merecedores de la exclusión, del estigma, del encierro... Con la construcción del paradigma biomédico, el actual Poder Neoliberal, somete al individuo a una contradicción con su propia libertad. Al considerar al suicida como una persona enferma, con una patología mental, se infiere que ésta le impide elegir con libertad, legitimando a la Autoridad a actuar unilateralmente, incluso con violencia si es necesario, ya que es “por un bien mayor”. Por contra, la persona sana es la que “elige libremente” mantenerse dentro de un Sistema que le aboca a esa individuación radical, a una negación del lenguaje y le somete a un modo de producción alienante que de facto le sustrae su libertad y le llena de malestar, constituyéndose para él los espacios terapéuticos como “un imaginario de refugio frente al despiadado mundo real” o como “el doble ilusorio de una comunidad que ha dejado de existir”, en expresiones de Guillermo Rendueles (6).

Es precisamente en el trabajo de reconstrucción de esa Comunidad en el que pensamos que han de ir encaminados nuestros esfuerzos como ciudadanos y como profesionales del campo de la salud mental. Para ello tenemos que problematizar el orden social, debemos cuestionar radicalmente la razón neoliberal que nos atraviesa, germen de un gran sufrimiento personal. Hemos de (re)tomar el compromiso con lo colectivo y la lucha por la justicia social, construyendo contextos igualitarios y emancipadores, en los que la subjetividad de cada persona sea tenida en cuenta como patrimonio forjador de su libertad.

Debemos confrontar y analizar nuestras propias contradicciones, renunciando a nuestro propio poder, sucursal internalizada del Gran Poder, en aras de ser capaces de armar otro tipo de relación con las personas que, desde su dolor, como terapeutas nos convocan. Una relación (diádica o grupal) más horizontal, de presencia, de escucha, de acompañamiento, de confianza, de apoyo, de esperanza y de respeto... Respeto por una vida que merece ser vivida con dignidad hasta su final.

Es por eso que no podemos situar la muerte al margen de la vida, sino como parte esencial de la misma. La muerte voluntaria, como acto humano

que es, tiene un sentido, comunica, nos habla de lo latente y de lo manifiesto, de lo simbólico y de lo real. Es único en cada individuo, y su significado, al que sólo el suicida tiene acceso (al menos en parte), no puede etiquetarse desde afuera de una forma simplista y reduccionista. Es con toda seguridad un fenómeno complejo, inscrito en un momento histórico concreto, en el que hay que considerar la interacción de factores del mundo interno del sujeto con factores de la sociedad que habita, y los sentimientos, conscientes e inconscientes, que de esa interrelación surgen.

Plantear la prevención de este acto tan íntimo y particular desde la óptica exclusivamente de la (bio) clínica positivista, además de no cumplir el objetivo (pretendidamente) pretendido, puede

llegar a ser incluso yatrogénico. Más allá de una necesaria metaprevención, como apunta Padilla, “la posibilidad de que estas actividades tengan cierto poder transformador... probablemente dependa de que transiten de esta prevención más biopolítica a la promoción más comunitarista que tenga en cuenta las condiciones de vida y sirva para generar lazos que construyan perspectivas diferentes en el ámbito de la salud mental” (3).

José Manuel Lalana Cuenca*

Bibliografía

1. Marx K, Engels F. *El Manifiesto Comunista*. Madrid: Ediciones Endymiión, 1987.
2. De la Mata I. *Salud Mental y neoliberalismo*. En: Maestro A, González E, Rendueles G, Fernández A, De la Mata I. *Salud mental y capitalismo*. Madrid: Cisma Editorial, 2017.
3. Padilla J. Prevención: ¿aún podemos ser amigos? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* Madrid: 2019; 39 (135): 159-175.
4. Sadock B, Sadock V, Ruiz P, Kaplan and Sadock: *Sinopsis de Psiquiatría*. (11th edición). Barcelona: Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer Health, 2015.
5. Critchley S, Colina F. Recogidas en Menéndez F. Suicidio: clínica o voluntad de morir. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*. 2020; 17 (1): 10-26.
6. Rendueles G. La utopía del preventor: ¿un bello día, un mundo libre de suicidios? *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*. 2020; 17 (1): 27-55.

* José Manuel Lalana Cuenca: Psiquiatra. Presidente de la Sociedad Aragonesa de Salud Mental (SASM-AEN).



ORIGINALES Y REVISIONES

¿Qué puede aportar psicólogos y psiquiatras a las necesidades de las víctimas de trata con fines de explotación?

What can psychologists and psychiatrists contribute to the needs of victims of trafficking for exploitation?

Carmen Meneses Falcón.

Dra. Antropología Social y Cultural. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad P. Comillas de Madrid.

Resumen: Este trabajo presenta las principales características de la trata de seres humanos, centrándonos en la salud, especialmente en la salud mental de las personas que han sufrido una situación de esclavitud o dominación. Se señala la importancia del rol de los psicólogos/as y psiquiatras en tres ámbitos: la detección, la identificación y la recuperación de las víctimas. Las necesidades de intervención psicológicas y psiquiátricas son centrales en esta población de mujeres y hombres que han sido victimizadas y que requieren un esfuerzo de adaptación a sistemas culturales diferentes. Se plantean desafíos y necesidades que deben incorporarse para avanzar en la atención y recuperación.

Palabras clave: trata de seres humanos, víctimas, esclavitud, atención psiquiátrica, atención psicológica.

Abstract: This work presents the main characteristics of human trafficking, focusing on health, especially the mental health of people who have suffered a situation of slavery or domination. The importance of the role of psychologists and psychiatrists in three areas is pointed out: detection, identification, and recovery of victims. The needs for psychological and psychiatric intervention are central in this population of women and men who have been victimized and who require an effort to adapt to different cultural systems. There are challenges and needs that must be incorporated to advance care and recovery.

Key Words: sex trafficking, victim, slavery, psychological and psychiatric intervention.

La trata de seres humanos y sus tipos

La trata de seres humanos es un delito que afecta a miles de personas en el mundo y que constituye una nueva forma de esclavitud. En siglos pasados la esclavitud estaba avalada por los propios estados, pero este momento casi todos los estados miembros de Naciones Unidas han firmado y ratificado el acuerdo internacional que persigue

y se propone erradicar esta forma de dominación de las personas. Estamos hablando del Protocolo de Palermo, que define lo que es la trata en su artículo tercero: “*se entenderá la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rap-*



to, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación”. La trata con fines de explotación supone una violación muy grave de los derechos humanos y un atentado contra la dignidad e integridad de las personas. Podemos distinguir distintas finalidades de explotación entre las que se encuentra la laboral o para la realización de trabajos forzados, la mendicidad, la sexual, la delictiva para cometer actos delictivos, para la extracción de órganos o para la realización de matrimonios de manera forzada. De todas ellas, las más sobresalientes en España son las destinadas a la explotación sexual, en distintos contextos de prostitución, y la laboral, en sectores como el agrícola, el servicio doméstico, hostelería, textil, venta ambulante o turismo, entre los principales. La gran mayoría de las víctimas proceden de países en desarrollo, pero no tiene por qué haber transnacionalidad. La trata puede producirse dentro de las fronteras, y en España se han producido algunos casos de trata interna con finalidad sexual.

En la Memoria de la Fiscalía General del Estado del 2019 se señalaba que del 2013 al 2018 fueron identificadas 1181 personas, de los cuales solo siete fueron hombres, como víctimas de trata con fines de explotación sexual. Con fines de explotación laboral fueron identificadas en ese mismo periodo 588 personas, alrededor del 72% eran hombres. En la Memoria del 2019 se han detectado 830 víctimas con fines de explotación sexual (98% mujeres) y 241 con finalidad laboral (sin concretar por sexo todos los casos), pero no se señala si el número de detectadas se convirtió en víctimas identificadas, pues son dos aspectos distintos (Fiscalía, 2020). Por tanto, hay unas claras diferencias de género en la trata sexual y laboral. No obstante, sin magnificar la trata de personas, estas cifras no reflejan la extensión de este delito, pues existen más víctimas que se detectan y no se identifican como tales, y otras que pasan desapercibidas, volveremos a ello más adelante señalando algunas de sus causas.

La trata con fines de explotación sexual o laboral se relaciona con otros delitos y hechos sociales que en ocasiones se confunden entre ellos. Nos referimos al tráfico de personas, que supone el

paso de una frontera de manera ilegal, sin los requisitos exigidos, con la ayuda de una persona o una organización, acabándose la relación con el traslado. En el caso de la trata encontramos captación, engaño en la mayoría de los casos, traslado y posterior explotación que no suelen estar incorporados en el delito de tráfico de personas. También la trata con fines de explotación sexual se equipara como sinónimo de la prostitución coactiva, pero el ejercicio de la prostitución de manera forzada sería la última fase en la trata, existiendo otras actuaciones con anterioridad. No obstante la inducción a la prostitución y la realización de la prostitución de manera forzada son delitos y situaciones al margen de la trata. Una mujer puede haber sido obligada a ejercer la prostitución sin ser víctima de trata. Lo mismo sucede con la trata con fines explotación laboral que es más identificada como mera explotación laboral. Debemos ser precisos y no confundir los fenómenos sociales y los delitos, porque la mayor repercusión en estas confusiones es para las víctimas.

¿Qué factores provocan en el desarrollo de la trata?

El surgimiento y desarrollo de la trata de personas depende de factores multicausales y factores específicos dependiendo del tipo de finalidad de explotación que se persiga con las víctimas. Entre las causas más comunes destacamos: a) las condiciones de desigualdad económicas, sociales y de género en los países en desarrollo, que empuja a las mujeres a buscar mejores condiciones de vida para ellas y sus familias, y así salir de situaciones de vulnerabilidad; b) las leyes migratorias restrictivas que impiden a las personas atravesar fronteras en busca de mejores condiciones, teniendo que recurrir a las redes de tráfico y de trata; c) los mercados laborales precarios, poco regulados, inseguros, e insertos en la economía sumergida, que necesitan a hombres y mujeres en condiciones de esclavitud para abaratar los costes, y les retira los derechos como ciudadanos y trabajadores; d) el bajo coste que supone la víctima de trata y los altos beneficios que pueden obtenerse de ella, refuerza que este tipo de actividad ilícita sea más lucrativa y posea menor riesgo que el tráfico de armas o de drogas (Gimenez-Salinas, 2016); e) las nuevas

tecnologías y formas de comunicación han facilitado una mayor información en distintas partes del mundo (Patterson, 2011), mostrando un nivel de bienestar en los países industrializados que todo el mundo desea, así como una falsa imagen de ese bienestar. Internet posee un potencial muy interesante de conexión y comunicación entre personas en el planeta, obteniendo datos, informaciones en cuestión de minutos o asistiendo a eventos casi en directo. Cada vez es mayor la captación de víctimas mediante las nuevas tecnologías, mediante anuncios falsos que pasan desapercibidos.

Entre las causas específicas de la trata con fines de explotación sexual podemos destacar la mercantilización de los servicios personales, entre los que se encuentra los sexuales en el sistema capitalista actual y como se ha transformado la intimidad en las sociedades postindustriales (Giddens, 1995; Bernstein, 2007). Las desigualdades entre hombres y mujeres en las sociedades patriarcales junto con el avance de un sistema capitalista que adquiere nuevas formas de beneficios a costa de las personas ha sido puesto de relieve por diversos trabajos. También se ha puesto de relieve que una falta de gestión adecuada de la prostitución y el comercio sexual en las sociedades contemporáneas podría evitar los abusos, situaciones de explotación y de esclavitud (Vanwesenbeeck, 2017). No obstante, no existe una legislación adecuada que pueda acabar con la trata con fines de explotación sexual.

La trata laboral puede tener dos manifestaciones (Carrillo, Mokrani y Zuppiroli, 2017): la realización de un trabajo por obligación o servidumbre, o el trabajo forzoso. En ambos casos la víctima se ve obligada a realizar un trabajo contra su voluntad y bajo amenazas. Entre las causas específicas que se asocian con la trata con fines de explotación laboral destacamos: a) la fuerte demanda de empleos sin cualificar en mercados precarios y poco regulados de los países industrializados que no se cubren por los trabajadores autóctonos; b) la propensión de muchos empresarios en algunos sectores económicos a no legalizar o regular la situación de sus trabajadores; c) la transmisión errónea de información desde los migrantes a sus paisanos, sobre las ofertas de empleo y la facilidad para conseguirlos en Europa; d) la escasa percepción de que este tipo de

trabajo forzado pueda existir en los países industrializados y por tanto la poca alerta de inspectores o supervisores que valoran más una mera explotación laboral que una situación de trata; y en definitiva la generación de empleos en una economía sumergida que lejos de decrecer se incrementa en momentos críticos.

El impacto en la salud de las víctimas de trata

Se ha puesto de relieve que las situaciones de coacción, confinamiento y agresiones continuas en las víctimas de trata genera una profunda huella en sus vidas, y especialmente en su salud, tanto física como mental (Zimmerman et al., 2006; García-Vázquez 2020). Las condiciones a las que han sido sometidas estas mujeres son variadas, con diversos grados de intensidad. Desde estar encerradas sin poder salir, e impedirle la libertad de movimiento, a ser obligadas a consumir diversas drogas, y forzadas a ejercer la prostitución sin poder seleccionar los clientes, los servicios y las prácticas sexuales; además no se les permite usar preservativos y otras formas de protección si el cliente no quiere; deben atender a un alto número de clientes y escasa atención sanitaria. Se han planteado que las mujeres que han sido víctimas de trata han sufrido las siguientes situaciones de deterioro de su salud como consecuencia de la esclavitud vivida (Abas et al, 2013; Hosain et al, 2010; Oram et al, 2012; Acharya, 2015; Iglesias-Ríos et al., 2018; García-Vázquez, 2020):

1. La depresión y el estrés postraumático han sido y son las principales repercusiones psicológicas. Estados de ansiedad, angustia, pánico y miedo también han aparecido de manera continua tanto en el periodo de dominación de sus vidas como posteriormente cuando fueron liberadas.
2. Pueden mostrar déficit alimentario y trastornos del sueño, en muchos casos se les raciona la comida o es castigada sin alimentarlas. Deben estar disponibles las 24 horas del día para atender a los clientes alterando el descanso y el sueño. La falta de concentración y los dolores de cabeza pueden estar asociados.
3. Aquellas que han sido sometidas a situaciones límites muestran intentos de suicidio, en ocasiones de manera reiterada, en parte por

la falta de atención para recuperarse de los traumas vividos.

4. Al ser obligadas al consumo de cocaína y alcohol, algunas de las mujeres presentan una dependencia a estas sustancias.
5. Emergen sentimientos de soledad, desarraigo y síndrome de Ulises, producto del aislamiento y el encierro.
6. Pueden presentar lesiones físicas, quemaduras de cigarrillos, pérdida de dientes, heridas con arma, ya sea por sus tratantes o por un sector de clientes que es muy violento, aunque minoritario (Meneses, Rúa, y Uroz, 2018). Las fracturas óseas o esguinces, cicatrices faciales o en otras partes del cuerpo pueden ser abundantes por las continuas agresiones físicas, con repercusiones en problemas de visión o de oído, que también pueden estar presentes en algunas de las víctimas.
7. Padecimiento de enfermedades o infecciones de transmisión sexual (ITS), así como el contagio de VIH, sin seguimiento ni tratamiento puede acontecer en estas mujeres, fruto de realizar las prácticas sexuales sin protección y la imposibilidad de tratarse. En ocasiones los tratantes solo abandonan a la víctima cuando está muy enferma, pero no le prestan ayuda sanitaria en situaciones previas.
8. También los embarazos no deseados y la inducción a abortos clandestinos afectan considerablemente a la salud sexual de las mujeres.
9. Los trastornos genitales son abundantes, como hemorragias, abrasiones vaginales y rectales, y trastornos en la menstruación. En algunos casos las prácticas sexuales violentas pueden causar daños irreparables en el aparato genital femenino.
10. Puesto que han sido sometidas a condiciones de esclavitud, las víctimas presentan pesadillas, eventos de flashbacks, la falta de concentración, la incapacidad de sentir, desesperanza, apatía y problemas de memoria.

Las circunstancias expuestas no se producen todas a la vez y con la misma intensidad, y se centran en mayor medida en la trata con fines

de explotación sexual. Además, se ha puesto de relieve la resiliencia que muchas de las mujeres muestran, especialmente las mujeres subsaharianas, porque proceden de contextos duros, precarios y con sistemas culturales muy diferentes. Por otra parte, una buena atención psicológica y psiquiátrica facilita la recuperación. No obstante, depende del tiempo a la que han estado sometidas las víctimas a estas condiciones de esclavitud.

Fuentes de información y metodología

Se ha partido de diversas fuentes de información de los estudios de investigación realizados en los últimos años. Se posee mucha información de diferentes actores sociales y especialmente de mujeres que han sido víctimas de trata.

- 1) De la investigación realizada para la Delegación del Gobierno para Violencia de Género (Meneses et al, 2015). Se realizaron entrevistas a las mujeres víctimas de trata, con dos tipos de técnicas de investigación para recoger sus situaciones y adaptándonos a sus circunstancias vitales. Al tratarse de víctimas que han vivido una situación de esclavitud y por tanto un trauma en sus vidas, se ha aplicado las consideraciones descritas por la OMS para estas circunstancias (Zimmerman y Watts, 2003), y siguiendo las recomendaciones éticas se ha primado el bienestar de las víctimas sobre la investigación. El contacto con las mujeres se realizó a través de ONGs que están trabajando con víctimas de trata con fines de explotación sexual en cuatro comunidades autónomas (Andalucía, Cataluña, Asturias y Baleares). Participaron 22 mujeres con edades comprendidas entre los 17 y 35 años, procedentes de países latinoamericanos, de Europa del este y subsaharianos. Se realizaron cuatro entrevistas individuales y dos entrevistas grupales con nueve mujeres participantes en cada una de éstas últimas. A lo largo de las entrevistas se tuvo que parar en varias ocasiones por la conmoción que suponía para ellas revivir dichas situaciones vitales, cuando detallaban lo vivido. La duración de las entrevistas osciló entre 45 minutos a 80 minutos. En aquellas circunstancias que fue posible se grabó la entrevista en audio y cuando no fue posible se tomaron notas detalladas sobre sus discursos.

2) La autora de este estudio ha realizado trabajos etnográficos en distintos contextos de prostitución, especialmente destacable ha sido su inmersión en cinco locales de alternes, cuya metodología se ha explicado en otro lugar (Meneses, 2020), y los datos obtenidos en la investigación europea FINOCA, sobre las redes de trata (Meneses, Urío y Uroz, 2019).

En estas investigaciones a todos los informantes se les aseguró el anonimato y se les entregó un certificado de confidencialidad, dado que las entrevistas en la mayoría de los casos fueron grabadas en audio. La voluntariedad para participar, la garantía de anonimato y la confidencialidad, junto con la información ofrecida sobre los objetivos de estudio y quién lo financiaba fueron los instrumentos básicos para invitar a participar a las víctimas en la investigación.

Posteriormente, se ha realizado un análisis categórico interpretativo de los discursos obtenidos, guiados por los objetivos de estudio y los temas emergentes, mediante el programa informativo Nvivo v.12.

Características de las víctimas de trata

Las víctimas de trata con fines de explotación sexual son mayoritariamente mujeres jóvenes -y en menor medida adolescentes-, con edades comprendidas entre los 16 y 40 años. Proceden principalmente de cuatro áreas geográficas, de los sectores sociales más sencillos y populares, y con características sociales y personales más vulnerables:

1) Una zona de procedencia es Europa del Este, especialmente Rumania. Muchas de las mujeres y adolescentes son captadas con un falso novio que las enamora y las engaña con venir juntos a trabajar a España en hostelería u otro sector, pero que serán vendidas y obligadas a ejercer la prostitución contra su voluntad en polígonos industriales y carreteras, o en pisos y clubs de alterne. Al tratarse de un supuesto novio es más difícil que las mujeres hagan la denuncia, además de desconocer el idioma y sus derechos en España. Tendrán que pagar una deuda que oscila entre los tres mil a seis mil euros.

2) Otra zona de procedencia es América Latina, especialmente Brasil, Colombia, República Dominicana, Paraguay y especialmente Venezuela en el momento actual. Es difícil distinguir en muchos de los casos entre el delito de trata y el de tráfico, pues este último se produce con bastante asiduidad, pero es en España cuando la situación se clarifica. Muchas de ellas saben que vendrán a España a ejercer la prostitución, pero son engañadas respecto a las circunstancias en las que tendrán que desarrollar la actividad. Especialmente dura son las condiciones de captación y sometimiento de las mujeres indígenas (guaraníes) que son traídas a España a ejercer la prostitución en condiciones de servidumbre. Se les exigirá una deuda de dos mil a cuatro mil euros. En muchos casos son traídas por tres meses, aprovechando el tiempo permitido como turistas.

3) La tercera zona es África subsahariana, especialmente procedentes de Nigeria y países francófonos. Para algunas España es su destino, pero para otras será el país de tránsito para llegar a otras ciudades europeas donde las esperan miembros de las redes para prostituirse. Las mujeres son captadas de distintas formas, pero todas con cierto engaño, pues desconocen todas las condiciones que se encontrarán en España. Las redes de tratantes forman parte de la comunidad donde viven y conocen a sus familiares, aspecto que es fundamental para la posterior estorsión y amenaza a las víctimas, así doblegarlas a ejercer la prostitución una vez en España. Existen distintas rutas o trayectos desde la salida de su país hasta España, pero todas las terrestres suelen pasar como última etapa por Marruecos, para pasar el Estrecho. Durante el trayecto a Marruecos, y una vez en este país, suelen ser tratadas como esclavas para atender las necesidades domésticas y sexuales de los tratantes. Incluso muchas de ellas son violadas hasta quedarse embarazadas y de esta manera tener más facilidad de acceso a Europa (por los sistemas de protección social a los niños y embarazadas que existen en España y Europa). Una vez en España su hijo es utilizado como chantaje y amenaza para que ejerza la prostitución, no dudando en maltratarlo si ayuda a controlar



la voluntad de la madre. La deuda oscila entre treinta mil y ochenta mil euros, de la que solo tienen conocimiento cuando llegan a España. Es un colectivo de mujeres muy reservado, aumentando la distancia los aspectos culturales y religiosos, pues solo se relacionan entre ellas y con sus paisanos. Muchas de las víctimas una vez liberadas jugaran el rol de captadoras y explotadoras, pues son vistas como modelos exitosos en sus comunidades de origen. Suelen ejercer en las peores condiciones sociales, en carreteras, polígonos y zonas de calle.

- 4) Por último, debemos mencionar a las mujeres de origen asiático, especialmente de China. Se trata de un colectivo de mujeres muy jóvenes, captadas en zonas rurales y que suelen traerlas por tres meses en las que son explotadas en casas de masajes, peluquerías o casas de citas. Es del colectivo que menos información se posee por su hermetismo y poca interacción social con los autóctonos. Un sector de estas mujeres están destinadas al ejercicio de la prostitución con ciudadanos chinos, quizás las que mayor explotación puedan sufrir.

Estas mujeres han vivido una situación de esclavitud, explotación sexual y maltrato que ha generado secuelas importantes en sus vidas. A la mayoría les cuesta reconocer la situación de explotación y realizar la denuncia de sus captores y tratantes, pues son diversos los determinantes que impiden la declaración (Helfferrich et al, 2011). Existen cuatro desafíos importantes que están pendientes de mejorarse: la detección, la identificación, la recuperación y protección de las víctimas, que las abordaremos en el siguiente punto, dado que los sanitarios tienen una importante contribución en ellos.

No sucede lo mismo con las víctimas de explotación laboral, que predominan los varones (De Gasperi, 2020). Muchos de ellos son ciudadanos de la Unión Europea, procedente de Rumanía, Bulgaria o Lituania. Otros extracomunitarios su procedencia es de China, Pakistán y algunos países latinoamericanos. Las víctimas suelen estar ocultas y no son fáciles de acceder a ellas, aunque dependen del sector económico en el que son explotadas. Por otra parte, es difícil obtener un testimonio o declaración de las mismas, por

miedo a represalias, desconocimiento del sistema de protección y de sus derechos, y sobre todo el miedo a la deportación en el caso de los extracomunitarios.

Las víctimas de trata con fines de explotación laboral son sometidas a condiciones muy duras de trabajo, bajo amenazas e incluso agresión si no cumplen con el trabajo encomendado. Deben realizar largas horas de trabajo, con escasos descansos y controlada alimentación. Las condiciones en las que desarrollan el trabajo es insalubre, sin garantías ni protección. Si perciben alguna remuneración es mínima comparada con las jornadas laborales, aunque en muchos casos no la reciben porque supuestamente deben condonar la deuda que han contraído con las mafias de tratantes al traerlos a España. En sectores como el servicio doméstico suelen ser casi todas mujeres, mientras que en sectores como la construcción o textil predominan los varones. Sin embargo, el sector económico varía dependiendo del ámbito geográfico.

También debemos mencionar la yuxtaposición de tipos de trata en una misma víctima. En ocasiones las mujeres pueden ser captadas para ser explotadas sexualmente a la vez que son obligadas a cometer actos delictivos, como robos o venta de drogas. En otras ocasiones son captadas para el servicio doméstico y obligadas a la vez al ejercicio de la prostitución. En estos casos suelen ser más mujeres que varones. En la mayoría de las personas que son víctimas de trata son vejadas, humilladas y dominadas, sin libertad de movimiento. Supone un atentado contra su integridad que genera secuelas importante cuanto más permanezca en la situación de esclavitud.

Características de las redes de tratantes y su impacto en las víctimas

El fenómeno de la trata es muy dinámico y las redes de tratantes también, que se van configurando de maneras muy diversas en función de la persecución del delito. Expondremos algunas características siguiendo el trabajo que realizamos en el informe FINOCA. Existe una diversidad en la organización y estructuración de las redes dependiendo su origen y la finalidad de

la explotación. Las redes de tratantes pueden estar compuestas por unos pocos miembros, incluso uno solo, o por una organización diversificada de personas y tareas. Están formadas por hombres y mujeres que desempeñan distintos roles: captadoras/es y reclutadoras/es, transportistas, y explotadores/as. Generalmente las mujeres pueden ejercer el papel de captadoras y explotadoras mientras que los hombres se encargan del traslado y de los requisitos necesarios para el tránsito (Surtees, 2008). Entre sus características demográficas destacan que poseen la misma nacionalidad y etnicidad que sus víctimas, además de ser cercanas a ellas (parientes, vecinos, amigos...). Los miembros de las redes poseen contactos en España y en diversos lugares de Europa, además de que una parte de ellos y ellas están asentados, siendo residentes legales. Disponen de una gran flexibilidad y adaptabilidad en las acciones y comparten mucha información sobre las legislaciones y el modo de actuar de la policía con otros que les facilitan documentación, contactos en las fronteras, etc. Podríamos distinguir tres tipos de organizaciones: las grandes y estructuradas, con diferentes roles y conexiones; las compuestas por un grupo de tratantes y poco estructuradas; y las pequeñas o familiares, y tipo *loverboy*. En este último caso ya nos hemos referido a ello, que actúa como un falso novio cuya captación tiene el destino de ejercer la prostitución en el país de destino.

Las redes pueden utilizar distintos medios de coacción e intimidación, desde la manipulación psicológica y la merma de las capacidades de las víctimas a la agresión y violación de las mismas. Sin embargo, recientemente utilizan en mayor medida el chantaje y la amenaza de un posible daño que efectuarán a sus familias en su país de origen, más que la violencia física hacia las víctimas, pues genera secuelas físicas que en ciertos contextos pueden facilitar la denuncia. No obstante, hay redes más violentas y agresivas que otras. Las redes chinas suelen ser muy jerárquicas con una gran capacidad de obediencia y cumplimiento por parte de las víctimas, aspectos que conectan con rasgos culturales de estas poblaciones. Las redes de los países de Europa del este, siguen utilizando la violencia y el maltrato, tanto para las mujeres en la trata con fines de

explotación sexual como para los hombres en la explotación laboral.

La intervención psicosocial con víctimas de trata: desafíos

La intervención de los profesionales sanitarios es fundamental en tres ámbitos fundamentales para atender adecuadamente a las víctimas. En primer lugar detectarlas, pues pasan desapercibidas. En segundo lugar realizar una buena identificación, que están subrealizadas. Por último, articular un proceso de recuperación contrarrestando las secuelas vividas. Mientras que existen algunos recursos para víctimas procedentes de la trata sexual, son escasísimos los que se centran en la trata laboral. Detallaremos los tres ámbitos mencionados.

La detección de mujeres que están siendo víctimas de trata podría acometerla cualquier persona. Nunca sabemos si el piso de al lado, -que percibimos varias mujeres en condiciones extrañas-, son mujeres que están siendo victimizadas. Sin embargo el mayor peso recae en las ONGs que trabajan en contextos de prostitución cuando hablamos de trata sexual. No obstante, los profesionales de servicios públicos, especialmente los profesionales sanitarios, médicos/as y enfermeros/as, tienen un papel crucial en la detección. Se ha puesto de relieve en varios estudios como han pasado desapercibidos a muchos médicos mujeres que estaban siendo víctimas de trata y no fueron capaces de reconocerlas (Lederer y Wetzler, 2014). La falta de conocimientos de las características de las víctimas y de los indicadores (cuadro 1) sobre trata, es una carencia que debe ser compensada. Una manera de paliar esta subdetección es la formación del personal sanitario para que las mujeres que puedan ser atendidas y sean víctimas de trata no les pasen desapercibidas. El 20% de las víctimas de trata entró en contacto con los servicios sanitarios en algún momento de su situación de explotación y en ninguno de los casos fue identificada (Westwood et al, 2016). Entre las barreras señaladas se destacaban: el idioma, el miedo a las repercusiones por parte de los tratantes, y la escasa información sobre los servicios y sus derechos, así como la escasa formación del personal sanitario en esta materia.



Cuadro 1. Indicadores de identificación

- No posee sus documentos de identidad o de migración.
- Se comunican por ella y siempre está acompañada.
- No puede comunicarse con otros por cualquier medio.
- Responde de manera evasivas a cualquier pregunta.
- Muestra dificultad para orientarse o ubicarse, desconoce el entorno donde vive.
- Debe dinero o posee una deuda por haber llegado a España.
- No puede dejar el lugar donde presta servicios sexuales o trabaja.
- Ejerce la prostitución/trabaja contra su voluntad.
- Presenta marcas, cicatrices o quemaduras.
- Está triste, angustiada o deprimida.

Elaboración propia de diversas fuentes.

El proceso de detección de una mujer con indicadores de trata no es suficiente para que una mujer sea considerada como víctima de trata. Es necesario que sea identificada y esta tarea solo la realizan las Fuerzas de Seguridad del Estado (FSE). Por tanto, una víctima de trata con fines de explotación sexual es aquella que es identificada por la policía. Esto presenta diversos problemas y deberá ser revisado y cambiado en el futuro si de verdad queremos ayudar a las víctimas de trata. En primer lugar, las FSE no son los profesionales más adecuados para realizar esta tarea, por muy preparados y formados que estén. A las víctimas les han dejado claro sus tratante que la policía española es tan corrupta como en sus países de origen, que no deben confiar en ellos, y que en cuanto tomen contacto con ella la detendrán y será deportada a su país, aspecto que sucede si se aplica la Ley de Extranjería. En segundo lugar, las FSE tienen la misión y prioridad de perseguir el delito, no de atender a las víctimas, porque no son los profesionales adecuados para esto. En general en las actuaciones policíales prima la declaración de la víctima, el que esta pueda denunciar a sus tratantes, aspecto que consideramos importante para perseguir el delito y erradicar

las redes de trata, pero dependiendo del estado en que se encuentre la víctima esta declaración la podrá realizar o no. Es decir, el bienestar de la mujeres que ha sido víctima debe ser prioritario y secundariamente la denuncia por lo que le han hecho. Si bien es cierto que los jueces de instrucción plantean que si no hay una víctima que denuncie, no hay delito (Meneses, Rúa y Uroz, 2021). En tercer lugar, si las FSE no identifican adecuadamente a una víctima, porque considera que es víctima de otro delito, las mujeres no tienen posibilidades de recurrir dicha identificación. En muchas provincias, las FSE solicitan la colaboración de las ONGs para ayudarles en esa identificación de manera puntual. Sin embargo, es el Estado el que debe asumir la identificación con equipos psicosociales preparados para ellos. La presencia de un abogado, como existe en algunas provincias, es necesario para garantizar el cumplimiento de sus derechos, como sucede con las mujeres víctimas de violencia de pareja. Esos equipos psicosociales deben estar compuestos por psicólogo/psiquiatra, trabajador social y un profesional sanitario. Quien ha firmado los tratados internacionales y se ha comprometido en la identificación, rescate y recuperación de las víctimas es el Estado y, por tanto, no puede delegar esta función en las ONGs. Los equipos de atención a mujeres víctimas de violencia de género, ya existentes en todo las provincias del Estado, podrían asumir la identificación y la articulación de las necesidad de recuperación que precisan las víctimas una vez que ha sido liberada de sus tratantes, y es una propuesta relativamente fácil y económica. Solo habría que formar a estos equipos en las características de estas víctimas.

Por último, cuando una mujer es identificada tiene una serie de derechos entre los que figuran el permiso de residencia, de trabajo y el tratamiento necesario para recuperarse de la situación de esclavitud vivida. En esa recuperación es necesario dos elementos fundamentales: la primera es que esté protegida de las posibles coacciones y amenazas de la red de tratantes. En segundo lugar, que la intervención que se le ofrezca sea acorde con lo que ella necesita, es decir, esté adaptada a sus circunstancias personales y socioculturales.

La articulación de la protección a las víctimas es también una asignatura pendiente que presenta

importantes desafíos. Las medidas de protección como víctima de trata no son otorgadas fácilmente, porque ante todo prima la visión de estas mujeres o como prostitutas o como inmigrantes ilegales, pasando desapercibidas como víctimas de un delito tan grave como la trata. Las medidas de protección internacional son denegadas a muchas mujeres (Jiménez 2020; Barrio y Castaño, 2020). Incluso cuando esas medidas se consiguen, en muchas ocasiones no se articulan medidas de protección ante las declaraciones en los que está presente sus tratantes. Esa falta de adecuada protección juega un papel inhibitorio en la posibilidad de que las mujeres que han sido víctimas denuncien y colaboren con el sistema judicial.

Dentro de las intervenciones que se realizan para la recuperación de las mujeres que han sido víctimas de trata la intervención psicológica y psiquiátrica, individualizada o grupal, es crucial. Dicha intervención para que sea eficaz necesita estar adaptada al contexto sociocultural, a sus circunstancias vitales y en su idioma. Pueden aparecer desde el momento del rescate estados de depresión, ansiedad y estrés postraumático, que no son universales, sino que son vividos de forma diferente entre las mujeres procedentes de América Latina, África subsahariana o China. Muchas víctimas pueden no mostrar secuelas a corto o medio plazo, incluso ni se reconocen como víctimas, pues el daño sufrido se vive de forma desigual. Las terapias convencionales aplicadas a la población autóctona pueden no ser útiles si no son adaptadas a las circunstancias socioculturales. Los psicólogos y psiquiatras deben realizar un esfuerzo en formarse en el manejo de estrategias y herramientas diferentes a las que habitualmente utilizan, porque muchas de ellas no serán útiles a estas mujeres. De hecho, algunas de ellas acuden al apoyo psicológico desde la discapacidad social, es decir, para cumplir con el requisito que se le ofrece. Los ritmos de recuperación y de gestión del trauma son muy diferentes, por ejemplo, entre las subsaharianas, que además muchas de ellas son muy resilientes.

Otra contribución importante que pueden realizar psicólogos y psiquiatras es el peritaje judicial. La persecución del delito de trata es necesario y suele recaer principalmente en la denuncia

de la víctima. Las mujeres que han vivido una situación de esclavitud están traumatizadas, siendo en ocasiones su discurso contradictorio, inconsistente y confuso, fruto del miedo y de la experiencia traumática vivida. En muchas ocasiones se desacredita el testimonio de las víctimas por esa incoherencia. Los magistrados necesitan conocer el fenómeno de la trata y las consecuencias que genera en las personas. El psicólogo/psiquiatra puede facilitar a los jueces y magistrados una visión del perfil de las víctimas, de sus circunstancias vitales y de las secuelas que supone el cautiverio y la explotación sexual o laboral contra su voluntad, para que puedan entender las declaraciones inconexas de estas víctimas.

Por último, una sanidad universal, que no discrimine entre ciudadanos, es decisiva para evitar las consecuencias indeseadas sobre la salud y el sistema sanitario. El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud dejó sin asistencia básica sanitaria a miles de mujeres extranjeras, entre las que se hallaban víctimas de trata, ya hubieran sido o no identificadas por las FSE. En muchos espacios cerrados de prostitución esto tuvo repercusiones indeseables¹. Las mujeres que ejercían la prostitución se comunicaban los saberes médicos y farmacéuticos entre ellas, señalando el antibiótico o la medicación más oportuna en función de la dolencia, y con un uso nada indicado (dos o tres días), que mermaba eficacia del fármaco. Además, esta imposibilidad de acceso a la atención primaria creó un mercado ilegal de fármacos y psicofármacos para población inmigrante sin precedentes². Las medidas políticas muchas veces no son preventivas y producen más problemas en la salud comunitaria y el sistema sanitario de lo que pretende evitar. Existe un mercado ilegal de fármacos y psicofármacos que facilita a la población más excluida y vulnerable el acceso a estos productos y

1 Datos recogidos en el trabajo etnográfico de la autora.

2 Esta autora ha sido testigo tanto del mercado ilegal de fármacos como el uso de los mismos, al margen de la indicación médica en los años del decreto y posteriores. Este Decreto generó a nivel microsocial, en espacios cerrados de prostitución, un aprendizaje y un comercio ilegal de medicación, que suele persistir durante años. Las prohibiciones deben ser estudiadas y planificadas, para evitar las consecuencias indeseables o negativas en la población.



las prohibiciones solo aumentan las situaciones de ilegalidad.

Reflexiones finales y retos pendientes

Si nos detenemos en la pregunta que titula este trabajo tenemos que responder que las aportaciones de psicólogos y psiquiatras son fundamentales para las víctimas, en su detección, identificación, recuperación e incluso protección.

Las secuelas e implicación en la salud física y mental, así como el sufrimiento por la violencia vivida, de las personas que han sido víctimas de trata requieren una especial atención. Las víctimas pocas veces acceden a los servicios sanitarios cuando están bajo el dominio de los tratantes salvo que enfermen, que pueden ser abandonadas o acompañadas a servicios de emergencia. Este encuentro, -o cualquier otro que pueda producirse en situación de esclavitud-, con profesionales sanitarios puede ser un momento adecuado para identificarlas como víctimas. En otras ocasiones, que se le permite el acceso a la atención primaria, el conocimiento de los sanitarios sobre las situaciones de las personas migrantes puede generar un puente que posteriormente se materialice en una ayuda para el rescate. Es una oportunidad para identificarlas y proporcionarles apoyos. Se requiere el conocimiento y la formación adecuada en médicos/as y enfermeros/as que permitan esa detección e identificación, para que otros profesionales especializados puedan intervenir posteriormente. La gestión del recate de la víctima hay que realizarla con cautela y con profesionales especializados para no ponerlas en peligro y que sean escondidas por sus tratantes. Los psicólogos/as y psiquiatras especializados en trata de seres humanos deben estar en los equipos de identificación de víctimas desde la administración pública, que es a quien le compete esta tarea y no delegarla en las ONGs para que cubran las limitaciones de las FSE.

Existe una inclinación en centrarnos en la trata con fines de explotación sexual, pasando desapercibida la trata con finalidad de explotación laboral, mucho más prevalente como ha manifestado en más de una ocasión la Organización Internacional del Trabajo en algunos de sus informes. Por otra parte, en el último informe GRE-

TA (2018), se urgía a España en el avance de la detección e identificación de víctimas de trata en los sectores económicos más proclives al trabajo forzado o por servidumbre, que pasa desapercibida, especialmente entre los inmigrantes irregulares y demandantes de asilo y refugio.

La formación y preparación de profesionales especializados para la recuperación de todo tipo de víctimas de trata nos lleva a señalar a psicólogos/as y psiquiatras. Se precisa que no solo sean expertos en vivencias traumáticas y cómo superarlas, sino en la trata de seres humanos, conociendo los indicadores de identificación y adquiriendo herramientas y habilidades para trabajar desde una dimensión multicultural y multiétnica.

Para detectar e identificar a una posible víctima desde los servicios sanitarios se requiere una mirada diferente a las personas migrantes, más si carecen de documentación adecuada o si son mujeres que ejercen la prostitución. En este último caso muchas veces son vistas y juzgadas más como prostitutas que como una posible inmigrante en situación de explotación o esclavitud. Una buena detección e identificación de víctimas de trata, sin sobredimensionar la victimización ni confundirlo con otros delitos, requiere un mayor tiempo de atención sanitaria a la población, con especial sensibilidad a las personas migrantes y con el conocimiento de los indicadores de valoración. Se deberá proporcionar información relevante y comunicarse en su idioma, utilizando traductores si es posible. Esto es un desafío para la sanidad española, cuya presión y demandas asistenciales se realiza con poca disponibilidad de tiempo.

Pero el principal reto que todavía no se ha logrado es la protección de las víctimas. Las medidas de protección internacional son muy restrictivas, pues prevalece un enfoque de control migratorio más que de posible identificación y ayuda a víctimas de trata. De hecho, las identificaciones como víctimas son escasas, tal como podemos apreciar en los datos oficiales. Por otra parte, se requiere articular recursos de atención a las víctimas, procedan del tipo de explotación que sea. Si se rescata a un número importante de víctimas de trata procedentes de la explotación laboral, la administración se encuentra con un problema

importante porque carece de recursos para atenderlas, ya que no disponen de alojamiento, apoyo y atención psicológica a estas víctimas.

Por último, una mayor sensibilización de la población, de los profesionales de los servicios públicos, pero también de la administración pública y de las políticas aplicadas debe articularse. Se

crean campañas y mensajes de concienciación anti trata centrándose exclusivamente en la que tiene finalidad sexual, magnificándose en muchas ocasiones informaciones y datos, frente a otras que pasan desapercibidas, y no se articulan las medidas suficientes para identificar y atender a todo tipo víctimas de trata.

Contacto

Carmen Meneses-Falcón ☎ 915 422 800 ✉ cmeneses@comillas.edu
Universidad Pontificia Comillas • c/ Universidad Comillas, 2 • 28049 Madrid

Bibliografía

- Abas, M., Ostrovschi, N. V., Prince, M., Gorceag, V. I., Trigub, C., & Oram, S. (2013). Risk factors for mental disorders in women survivors of human trafficking: a historical cohort study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 204.
- Acharya, A. K. (2015). Trafficking of Women in Mexico and Their Health Risk: Issues and Problems. *Social Inclusion*, 3(1), 103-112.
- Barrio CI, Castaño MJ. (2020). Trata de seres humanos: una constante dicotomía entre la seguridad y los derechos humanos, en Huesca A, López-Ruiz JA, Quicios MP. (Coord.). *Seguridad ciudadana, desviación social y sistema judicial*. Madrid: Dykinson. Pp 15-28.
- Bernstein E. (2007). *Temporarily yours. Intimacy, authenticity and commerce of sex*. Chicago: University of Chicago Press.
- Carrillo L, Mokrani M. y Zuppiroli J. (2017). ¿De qué se trata? Visibilizando otras finalidades de la trata de seres humanos. Accem. On line.
- De Gasperi, T. (2020). La trata tiene también género masculino. Accem. On line.
- Fiscalía General de Estado. (2019). Memoria 2018. Madrid. On line.
- Fiscalía General del Estado. (2020). Memoria 2019. Madrid. On line.
- García-Vázquez, O. (2020). El impacto en la salud biopsicosocial de las mujeres víctimas de trata, en Huesca A, López-Ruiz JA, Quicios MP. (Coord.). *Seguridad ciudadana, desviación social y sistema judicial*. Madrid: Dykinson, pp. 41-54.
- Giddens A. (1995). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor, erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra Ediciones.
- Giménez-Salinas, A. (2016): "Trata de personas como mercado ilícito del crimen organizado. Factores explicativos y característicos". *Cuadernos de la Guardia Civil*, n. 52, pp.13-35.
- GRETA. (2018). Report concerning the implementation of the Council of Europe Convention on Action against Trafficking in Human Beings by Spain. Strasbourg: Council of Europe.
- Helfferich, C., Kavemann, B., Rabe, H. et al. (2011). Determinants of the willingness to make a statement of victims of human trafficking for the purpose of sexual exploitation in the triangle offender-police-victim. *Trends Organ Crim* 14, 125 (2011). <https://doi.org/10.1007/s12117-011-9125-1>.
- Hossain M, Zimmerman C, Abas M, Light M, Watts C. (2010). The relationship of trauma to mental disorders among trafficked and sexually exploited girls and women. *American Journal of Public Health*. 2010; 100(12):2442-2449. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.173229>.



- Iglesias-Ríos L, Harlow SD, Burgard SA, Kiss L, Zimmerman C. (2018). Mental health, violence and psychological coercion among female and male trafficking survivors in the greater Mekong sub-region: a cross-sectional study. *BMC psychology*. 2018; 6(1):56. <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-018-0269-5>
- Jiménez M. (2020). Protección internacional y trata de seres humanos, en Huesca A, López-Ruiz JA, Quicios MP. *Seguridad ciudadana, desviación social y sistema judicial*. Madrid: Dykinson. Pp29-40.
- Lederer, L. J. y Wetzel, C. A. (2014). The health consequences of sex trafficking and their implications for identifying victims in healthcare facilities. *Annals Health L.*, 23, 61.
- Meneses Falcón C, Uroz Olivares J, Rúa Vieites A, Gortázar Rotaache C, Castaño Reyeró MJ. (2015). Apoyando a las víctimas de trata Las necesidades de las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual desde la perspectiva de las entidades especializadas y profesionales involucrados. Propuesta para la sensibilización contra la trata. http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Apoyando_Víctimas_Trata.pdf.
- Meneses, C., A. Rúa y J. Uroz. (2018). “Exploring motives to pay for sexual services from opinions about prostitution”. *Revista Internacional de Sociología* 76(1): e091. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.2.17.47>
- Meneses-Falcón, C.; Urió, S y Uroz-Olivares, J. (2019). Financing of Trafficking in Human Beings in Spain. En: O. Shentov; A. Rusev y G. Antonopoulos (eds.), *Financing of Organised Crime: Human Trafficking in Focus*. Sofia (Bulgaria): Center for the Study of Democracy.
- Meneses-Falcón C. (2020) “Living in the brothel”: Participant observation in hidden contexts, *The Social Science Journal*, DOI: 10.1016/j.soscij.2019.04.010
- Meneses-Falcón C., A. Rúa y J. Uroz. (2021). Exploring the role of spanish judges in the investigation and prosecution of human trafficking for the purpose of sexual exploitation. *Criminology & Criminal Justice*. En prensa.
- Oram S, Stöckl H, Busza J, Howard LM, Zimmerman C. (2012). Prevalence and risk of violence and the physical, mental, and sexual health problems associated with human trafficking: systematic review. *PLoS medicine*. 2012b; 9(5). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001224>
- Patterson, O. (2011): “Trafficking, gender & slavery: Past and present”, en *The Legal Parameters of Slavery: Historical to the Contemporary*. Harvard Law School: The Hourston Institute.
- Surtees, R. (2008). Traffickers and trafficking in Southern and Eastern Europe: Considering the other side of human trafficking. *European Journal of Criminology*, 5(1), 39–68.
- Westwood, J., Howard, L. M., Stanley, N., Zimmerman, C., Gerada, C. & Oram, S. (2016). Access to, and experiences of, healthcare services by trafficked people: findings from a mixed-methods study in England. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(652), e794–e801. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687073>
- Vanwesenbeeck, I. (2017). Sex Work Criminalization Is Barking Up the Wrong Tree. *Arch Sex Behav* 46, 1631–1640. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1008-3>
- Zimmerman, C., and C. Watts. (2003). *WHO Ethical and Safety Recommendations for Interviewing*. Geneva: WHO.
- Zimmerman, C., Hossain, M., Yun, K., Roche, B., Morison, L. y Watts, C. (2006). Stolen smiles: a summary report on the physical and psychological health consequences of women and adolescents trafficked in Europe. *Stolen Smiles: A Summary Report on the Physical and Psychological Health Consequences of Women and Adolescents Trafficked in Europe*.

• Aceptado: 23/12/2020.

El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro.

Criminal Psychiatric confinement by court order in Spain: current situation and proposals for the future.

Luis Fernando Barrios Flores.

Doctor en Derecho. Colaborador honorífico de Derecho Administrativo. Alicante.

Resumen: El sistema de internamiento psiquiátrico penal por razón de trastorno psíquico en España tiene un carácter dual, admitiéndose teóricamente el cumplimiento de esta medida de seguridad tanto en instituciones psiquiátricas penitenciarias especiales como en otras de carácter no penitenciario. El presente artículo se refiere a las primeras. Los importantes déficits del marco penitenciario para el cumplimiento de la medida de internamiento ponen de manifiesto la necesidad de abandonar un sistema obsoleto incompatible con los más recientes avances en el entorno europeo y, especialmente, con un nivel asistencial digno. Por todo ello se aportan una serie de propuestas a fin de superar el actual modelo y mejorar el sistema de internamiento.

Palabras clave: Trastorno psíquico. Internamiento penal. Psiquiátricos penitenciarios. Reforma del sistema.

Abstract: The system for court-ordered psychiatric confinement caused by psychological disorder in Spain is two-faceted, since it is theoretically possible to comply with measures in mental penal facilities as well as in other institutions not of penal nature. This article refers to the first ones. The considerable deficits in the penitentiary field for the fulfilment of the confinement measures bring to light the necessity to abandon an obsolete system, which is incompatible with the most recent developments in the European Union and most crucially with an appropriate level of care. Due to all these reasons a series of proposals are provided with the aim to surpass the current model and improve the internment system.

Key words: Psychological disorder. Penal internment. Penitentiary psychiatric. System reform.



1. La actual configuración del internamiento psiquiátrico penal en España

El art. 101.1 del vigente Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, CP en adelante) dispone que al declarado exento de responsabilidad criminal conforme al art. 20.1^º CP¹ puede aplicársele, “si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96”, es decir una medida de seguridad no privativa de libertad, entre las que caben destacar la libertad vigilada, en particular el tratamiento médico externo (arts. 105.1.a) y 106.1.k) CP) y la custodia familiar (art. 105.1.b) CP).

La mención a “establecimiento adecuado” es una constante de nuestros Códigos penales desde el de 1848 (el primero de 1822 curiosamente reconocía la irresponsabilidad penal del que obrare en “estado demencia o delirio”, pero no proporcionó una respuesta penal para estos casos). Obsérvese en este sentido que el art. 5.1.e) del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 4 de noviembre de 1950 –que España ratificó en su día– admite la privación de libertad de un “enajenado” (término hoy día obsoleto), siempre que sea “conforme a Derecho” y, en definitiva, “con arreglo al procedimiento establecido por la Ley”. No obstante, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos no ha venido considerando “adecuada” la estancia de pacientes psíquicos en centros penitenciarios ordinarios², ni aún siquiera en anexos psiquiátricos de Centros penitenciarios³. Ciertamente no ha

hecho una mención explícita dicho Tribunal Europeo –hasta donde llegamos– a las instituciones psiquiátricas-penitenciarias.

Nuestra legislación penal nunca ha explicitado que dicho establecimiento tuviera que ser necesariamente de carácter penitenciario, si bien la normativa penitenciaria sí previó la existencia de un Centro especial de carácter penitenciario, primero solo destinado a reclusos condenados que incurrieran en “demencia sobrevenida” y luego también a sujetos exentos de responsabilidad penal por razón de trastorno psíquico (a partir del Reglamento Penitenciario de 1948) (1).

En la actualidad cabe hablar de un sistema dual para los inimputables a los que se imponga la medida de internamiento psiquiátrico de origen penal, ya que aquellos pueden ir destinados tanto a instituciones penitenciarias especiales (Psiquiátricos Penitenciarios y Unidades Psiquiátricas Penitenciarias) o a establecimientos psiquiátricos no penitenciarios, posibilidad esta última expresamente contemplada en el art. 20 del Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas (BOE, de 18 de junio). Los pronunciamientos judiciales en este sentido no son homogéneos. Algunas sentencias explicitan que el lugar de cumplimiento de la medida de seguridad privativa de libertad sea un psiquiátrico penitenciario, otras aluden más en abstracto a establecimientos de régimen cerrado y otras sin más se remiten al “establecimiento adecuado” al que alude el precitado art. 101.1 CP.

Al día de hoy, en España existen dos Establecimientos psiquiátricos penitenciarios dependientes del Gobierno central (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, SGIP), los de Alicante y Sevilla, y una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria dependiente de la Generalitat de Catalunya (Anexo del Centro Penitenciario de Can Brians). El País Vasco tiene un régimen no penitenciario, derivado del convenio existente con la Unidad de Psiquiatría Legal del Hospital Aita Menni de Arrasate-Mondragón (Hospital privado).

1 “El que, al tiempo de cometer una infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”.

2 SSTEDH, 13.1.2011, Kallweit c. Alemania, § 57; 28.6.2012, S. c. Alemania, § 97; 10.1.2013, Swennen c. Bélgica, § 82.

3 SSTEDH, 2.10.2012, L.B. c. Bélgica, § 101; 10.1.2013, Claes c. Bélgica, §§ 42-69 y 70-72; 10.1.2013, Dufoort c. Bélgica, §§ 37-62 y 63-65; 10.1.2013, Swennen c. Bélgica, §§ 29-53 y 54-56; 9.1.2014, Plaisier c. Bélgica, §§ 53-57; 9.1.2014, Moreels c. Bélgica, §§ 55-59; 9.1.2014, Saadouni c. Bélgica, §§ 61-65; 9.1.2014, Gelaude c. Bélgica, §§ 50-54; 9.1.2014, Caryn c. Bélgica, §§ 41-45; 9.1.2014, Oukili c. Bélgica, §§ 52-56; 9.1.2014, Van Meroye c. Bélgica, §§ 82-86; 18.7.2017, Rooman c. Bélgica, §§ 99-101.

Indicar asimismo la posibilidad de cumplimiento de la medida de internamiento penal en Centros penitenciarios ordinarios cuando el internamiento pendiente efectivo no supere los 6 meses (arts. 8 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria –LOGP– y 12 del Real Decreto 190/1996, de 19 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario –RP–). El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de hecho, considera tolerable el ingreso de estos pacientes en un centro penitenciario por un corto espacio de tiempo, si no se causan daños a su salud mental⁴.

Aunque no será aquí objeto de especial atención, cabe citar la existencia de Módulos para Discapacitados Intelectuales. Así un Módulo en el Centro Penitenciario de Segovia (2) y otros dos destinados a tal fin en los Centros penitenciarios de Estremera (Madrid) y Quatre Camins (Barcelona). Estos tres Departamentos tendrían el carácter de “Centro educativo especial” al que se refiere el art. 101.1 CP).

Con independencia del tipo de establecimiento donde se ejecute la medida de internamiento penal, corresponde al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria elevar al menos anualmente al Juez o Tribunal sentenciador una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de internamiento (art. 98 CP), atribuyéndose a este último órgano jurisdiccional decidir al respecto (art. 97 CP) (3-5). La propuesta elevada por el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria deberá valorar “los informes emitidos por los facultativos y profesionales que asistan al sometido a medida de seguridad” (art. 98.1 CP) que, en el caso de Hospitales Psiquiátricos y Unidades Psiquiátricas Penitenciarias, integran los Equipos Multidisciplinares a que aluden los arts. 185.1, 186.2 y 187 RP.

No es descartable que, a la vista de la antigüedad y deterioro de los actuales Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, el Gobierno central albergue la idea de crear una o más instituciones de este tipo, lo cual justifica la elaboración de estas páginas. Por ello no es ocioso contemplar el panorama al respecto en otros países de nuestro entorno, y a la vez desgranar una serie

de sugerencias para el cambio de modelo del internamiento penal por razón de trastorno psíquico en España.

2. El sistema vigente en algunos países europeos

2.1. Reino Unido

En Inglaterra y Gales el internamiento derivado de hechos delictivos de pacientes mentales está regulado por la Mental Health Act, de 9 de mayo de 1983 (modificada en 2007) y por la National Health Service Act, de 8 de noviembre de 2006. La normativa reglamentaria está contenida en la Mental Health (Hospital, Guardianship and Treatment) (England) Regulations de 2008. En cuanto al marco procesal rige la Criminal Procedure (Insanity) Act, de 31 de julio de 1964 (modificada en 1991 y 2004). En Escocia rige la Mental Health (Care and Treatment) Scotland Act, de 25 de abril de 2003 (modificada en 2015) y en el caso de Irlanda del Norte la Mental Health Northern Ireland Order, de 26 de marzo de 1986. El Secretary of State for Health and Social Care está facultado para dictar instrucciones a los servicios psiquiátricos de alta seguridad; recientemente aprobó la Guidance on the High Security Psychiatric Services (Arrangements for Safety and Security) Directions 2019 y la The High Security Psychiatric Services (Arrangements for Safety and Security) Directions 2019, que se aplican de forma conjunta.

Dicho internamiento se cumple por lo general en Inglaterra y Gales en los establecimientos de alta seguridad de Ashworth Hospital (Parkbourn, Maghull, Liverpool), Rampton Hospital (Retford, Nottinghamshire) (alberga también a mujeres de toda Gran Bretaña) y Broadmoor Hospital (Crowthorne, Berkshire). Para Escocia existe el establecimiento de Carstairs, que también atiende a pacientes de Irlanda del Norte (6-8).

Las características del sistema británico son la vinculación de estos establecimientos con el sistema nacional de salud y no con la Administración penitenciaria, aunque en su día dependieron del Ministerio del Interior; el ser centros de alta capacidad: Ashworth (210 camas), Rampton (400 camas), Broadmoor (234 camas), Carstairs (140 camas); el elevado grado de seguridad (9),

⁴ STEDH, 14.6.2007, Novak c. Croacia, § 46.

equiparable al de prisiones de tipo B (para reclusos peligrosos); una razonable dotación de personal de enfermería y especialista (por ejemplo, Rampton y Broadmoor cuentan en torno a 12 psiquiatras); también está contemplado el eventual traslado de reclusos penados afectados de trastornos mentales a este tipo de establecimientos. La distribución territorial de los mismos, habida cuenta de la dimensión geográfica del Reino Unido, no es del todo irrazonable.

Esta configuración del sistema británico tiene visos de continuidad en el tiempo. Por ejemplo, el recientemente inaugurado nuevo Broadmoor –diciembre de 2019– tuvo un costo de 250 millones de libras. El inconveniente del sistema es precisamente la apuesta por establecimientos de alta capacidad, aunque existan dentro de ellos Unidades que no suelen superar las 20 camas.

2.2. Alemania

En Alemania, dada su estructura federal, existen dos niveles normativos diferenciados. La legislación federal regula los supuestos de internamiento (Código Penal: *Strafgesetzbuch, StGB*), el procedimiento para su imposición (*Strafprozessordnung, StPO*) y el régimen penitenciario (*Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung, Strafvollzugsgesetz, StVollzG*). La normativa penitenciaria citada dispone que la regulación del internamiento en un hospital psiquiátrico se regulará por la legislación de los *Länder* (Estados que integran la República Federal), salvo que la Ley federal establezca lo contrario. Los *Länder* optan por una regulación incluida, bien en la Ley General de Salud Mental del *Länder* (*Psychischkrankengesetz, PsychKG*) (por ejemplo, Brandenburgo), bien en una Ley especial de internamiento forense (*Maßregelvollzugsgesetz-MRVG*) (por ejemplo, Baviera y Renania-Westfalia) (7, 10-13).

Los específicos servicios asistenciales para pacientes mentales delincuentes tienen diferentes niveles de seguridad, existiendo algunos centros con el nivel máximo (así, el Centro de Psiquiatría Forense de Lippstadt –*Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt*– (Renania del Norte-Westfalia), la Clínica Psiquiátrica Forense del Hospital de Distrito de Straubing –*Bezirk-*

skrankenhaus Straubing Forensisch-psychiatrische Klinik– (Baviera) y el Hospital de Distrito de Ansbach –*Bezirksklinikum Ansbach*–, que cuenta con un ala de alta seguridad. En algunos casos los pacientes mentales delincuentes pueden ser destinados a residencias o centros de rehabilitación. Salvo en el caso de los hospitales de alta seguridad, en el resto de los establecimientos las salas comunes estarán abiertas o no a todos los pacientes, dependiendo de cada *Länder*.

En los establecimientos de alta y media seguridad, y en ocasiones también en las Unidades psiquiátricas de cuidados intensivos de los hospitales generales, la asistencia a los pacientes corre a cargo de un equipo multidisciplinar compuesto por psiquiatras forenses, psicoterapeutas, personal de enfermería, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

Existen también establecimientos psiquiátricos de gestión privada que admiten a pacientes forenses. A título de ejemplo, la Clínica Psiquiátrica Forense de Brandenburgo o la *Innsalzach-Klinikum* de Wasserburg (gestionada por una entidad privada sin ánimo de lucro y que es propiedad de una asociación corporativa de varios municipios de Alta Baviera).

Hay ciertas diferencias entre las instituciones de cada *Länder* en cuanto a capacidad, aunque por lo general oscilan entre 80-250 pacientes, si bien albergados en Unidades más reducidas. La dotación de personal por lo general ha sido estimada razonable en los informes del Comité para la Prevención de la Tortura del Consejo de Europa (CPT). A título de ejemplo, aunque referido a visitas del CPT en diferentes períodos: la *Straubing Forensic Psychiatric Clinic* (136 camas; 11 psiquiatras, 14,5 técnico-sanitarios –psicólogos, socioterapeutas y fisioterapeutas-, 114 enfermeros); el *Nordbaden Psychiatric Centre* (250 camas; 18 psiquiatras, 38 personal especializado –psicólogos, ergoterapeutas, fisioterapeutas, trabajadores sociales-, 163 enfermeros); la *Wasserburg Forensic Psychiatric Clinic* (130 camas; 10 psiquiatras, 14 psicólogos, 120 enfermeros); la *Brandenburg Forensic Psychiatric Clinic* (121 camas; 4 psiquiatras, 9 psicólogos, 50 enfermeros).

2.3. Francia

En Francia, de ser declarada la irresponsabilidad penal, el Código de Procedimiento Penal dispone que el Tribunal podrá ordenar el ingreso involuntario en uno de los establecimientos psiquiátricos destinados a prestar asistencia sin consentimiento, a los que se refiere el *Code de la Santé Publique* (CSP) (11). Son las denominadas *Unités pour Malades Difficiles* (UMDs), que acogen no solo a estos pacientes, sino también a otros, por decisión del Prefecto del Departamento –internamiento civil– o incluso en algún caso a reclusos con trastornos mentales (y esto último con independencia de que también pudieran recibir asistencia en Unidades hospitalarias penitenciarias (*Unités Hospitalières Spécialement Aménagées, UHSA*) (14-15).

La Ley nº 2011-803, de 5 de julio de 2011, de derechos y protección de las personas que sean objeto de cuidados psiquiátricos y sus modalidades de apoyo, estableció una definición de las UMDs. Esta regulación fue modificada por la Ley 2013-869, de 27 de septiembre de 2013, relativa a los derechos y a la protección de las personas que sean objeto de cuidados psiquiátricos y sus modalidades de apoyo, que derogó la parte legislativa del CSP en lo relativo a las UMDs y fue desarrollada reglamentariamente por el Decreto nº 2016-94, de 1 de febrero de 2016, que modifica el contenido de los arts. R.3222-1 y siguientes del CSP y viene a constituir la reglamentación propia de las UMDs.

Por fecha de creación las UMDs existentes son las siguientes: UMD Henri Colin de l'EPS Paul-Guiraud-Villejuif (Val-de-Marne) (1910); UMD de Montfavet Avignon (Vaucluse) (1947); UMD de Sarreguemines (Moselle) (1957); UMD de Cadillac (Gironde) (1963); UMD de Plouguernevel (Côtes-d'Armor) (2008); UMD du Pays d'Eygurande (Monestier-Merlines, Corrèze) (2011); UMD du Centre Hospitalier Le Vinatier (Bron, Lyon) (2011); UMD Louis Crocq (Tarn) (2011); UMD de Châlons-en-Champagne (Marne) (2012); UMD de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime) (2012). La capacidad total de estas Unidades, hasta donde llegamos, es de 530 pacientes (40 de ellos mujeres).

Las UMDs pueden subdividirse en Subunidades con una capacidad máxima de 20 camas,

a cargo de un psiquiatra asistido de un equipo multidisciplinar.

El procedimiento judicial de revisión de la medida de internamiento de origen penal se rige por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil, buena muestra de la apuesta por el carácter no penal ni penitenciario de las UMDs. Junto a ello existe una Comisión de Seguimiento Médico en cada Departamento en donde exista una UMD, compuesta por cuatro miembros nombrados por el Director General de la Agencia Regional de Salud; uno será un médico representante de la Agencia regional de la Salud, los otros tres miembros serán psiquiatras que no ejerzan su actividad en la UMD. Cada seis meses esta Comisión debe revisar el expediente de cada paciente.

2.4. Italia

Hasta fechas recientes, Italia disponía para el cumplimiento de medidas de seguridad por razón de trastorno psíquico de los *Ospedali psichiatrici giudiziari* (OPGs), existiendo los establecimientos de Aversa (Campania), Montelupo Fiorentino (Toscana), Reggio Emilia (Emilia Romagna), Napoli (Campania), Barcellona Pozzo di Gotto (Sicilia) y Castiglione delle Stiviere (Lombardía) (11, 16). Aun con matices, esta fórmula de internamiento (de configuración penitenciaria) fue la seguida en España, primero para sentenciados que incurrieran en demencia sobrevenida y luego también –aunque no exclusivamente– para declarados exentos de responsabilidad penal en sentencia. En buena medida este modelo fue sugerido por Cesare Lombroso hace casi 150 años (17).

Las propuestas para abolir los OPGs vienen de lejos, ya desde 1983. Tras muchas vicisitudes y retrasos –que merecieron incluso el reproche del Presidente de la República–, finalmente se clausuraron todos los OPGs (el último, el de Barcellona Pozzo di Gotto, en febrero de 2017).

La alternativa a los OPGs han sido las *Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza sanitaria* (REMS), gestionadas por la Sanidad territorial (Servicio sanitario de las Regiones y de las Provincias Autónomas de Trento y Bolzano), en colaboración con el Ministerio de Justicia.



Actualmente las REMS se encuentran distribuidas por casi todo el territorio nacional (estructurado regionalmente). A 8 de septiembre de 2017 el número de REMS en Italia era de 30, albergando a 571 pacientes, según informó el Gobierno italiano al CPT [CPT/Inf (2017) 24, par. 74]. Su capacidad es variable, pues hay REMS de solo dos plazas y algún otro (Castiglione delle Stiviere) con 160, recibiendo este último críticas del CPT por el abuso polimodular implantado. Lo normal sin embargo es que cada REMS disponga de entre 10-20 plazas.

El cometido de estos establecimientos de carácter cerrado, es doble ya que, de un lado, sirven para la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad y, de otro, son el soporte sobre el que se establecen las vías terapéuticas de rehabilitación de ámbito territorial.

Su estructura organizativa está regulada por el Decreto interministerial de 1 de octubre de 2012, que lleva por título: “Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia”. Dicho Decreto, bastante detallado, especifica por ejemplo que el personal asistencial estará organizado como equipo de trabajo multiprofesional del que formarán parte médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeras, terapeutas de rehabilitación psiquiátrica/educadores y operadores sociosanitarios. Para un establecimiento de 20 camas la dotación sería de 12 enfermeros a tiempo completo, 6 operadores sociosanitarios (OSS) a tiempo completo, 2 médico psiquiatras a tiempo completo con disponibilidad para noches y festivos, 1 educador o técnico de rehabilitación psiquiátrica a tiempo completo, 1 psicólogo a tiempo completo, 1 trabajador social con horario programado y 1 administrativo con horario programado. Durante el horario nocturno debe haber al menos un enfermero y un OSS. A cargo de cada estructura estará un médico psiquiatra.

En lo respecta a la seguridad interna, los REMS deben estar dotados de un sistema de seguridad privada; por consiguiente, no hay previsión alguna para la presencia de miembros de la Polizia

Penitenziaria. El perímetro externo de los REMS está a cargo de la *Preffettura* (Policía).

Cabe destacar que el Código Penal italiano sí prevé una medida cautelar de internamiento (art. 206), al igual que contempla la posibilidad de imponer una medida de seguridad en caso de reclusos que padezcan un trastorno psíquico sobrenido, antes de la ejecución de una pena privativa de la libertad personal o durante la ejecución (art. 148).

La revisión judicial de la medida de internamiento impuesta debe tener lugar cuando se supere el tiempo mínimo que prevé el Código penal (de 2 a 10 años según el tipo de delito cometido) (art. 222 Código Penal italiano). De estimar la autoridad judicial que trascurrido ese tiempo persiste la peligrosidad podrá establecer un nuevo plazo para la reevaluación (art. 208 Código Penal italiano).

3. Los déficits del sistema español

3.1. El régimen penitenciario de cumplimiento de medidas de seguridad

3.1.1. La insuficiencia del marco normativo

En la actualidad el régimen de cumplimiento de la medida de internamiento penal en el ámbito penitenciario queda circunscrito en lo básico a escasas normas penales (arts. 20.1, 97-100 y 101.1 CP) y penitenciarias (arts. 184-191 y 265.4 RP). El déficit es importante especialmente en lo que se refiere a la regulación penitenciaria. De ahí que la mayor parte del régimen de vida en una institución psiquiátrico-penitenciaria se rija por otras disposiciones generales del RP de aplicación a todos los Establecimientos penitenciarios. A este déficit se une una cuestión no menor, la tendencia de la institución penitenciaria a regularse con normas propias (Circulares e Instrucciones), con no infrecuente olvido del marco jurídico general, y muy en particular de los derechos y garantías de los pacientes.

Por ello es preciso un Estatuto jurídico propio de los Establecimientos en que se cumplan medidas de seguridad privativas de libertad, que abarque cuestiones tales como los derechos de los pacientes y su régimen de vida e implante una estructura netamente hospitalaria, como a continuación se dirá.

3.1.2. La estructura organizativa

En la actualidad el cuadro directivo de los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla está compuesto por un Director Gerente, un Subdirector Médico, un Subdirector de Enfermería, un Subdirector de Tratamiento, un Subdirector de Régimen, un Subdirector de Seguridad y un Administrador. La única diferencia respecto a un Centro penitenciario ordinario es la existencia en los mentados Establecimientos especiales de un Subdirector de Enfermería.

Todo ello justificó la Recomendación de 21 de marzo de 2014 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) a la SGIP en el sentido de: “Adoptar las medidas necesarias para dotar a la estructura organizativa de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Sevilla y Fontcalent de Alacant/Alicante de un carácter más asistencial, a fin de que dichos centros se asemejen a instituciones hospitalarias”.

La cuestión es más profunda de lo que pudiera parecer ya que en la práctica el Consejo de Dirección –integrado por el Director y Subdirectores– viene asumiendo funciones que en pura lógica deberían corresponder a los Equipos Multidisciplinares o al personal sanitario. El Art. 138 del Informe del MNP de 2011 ya deparó en esta anomalía.

Por insólito que parezca, en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios que dependen de la SGIP, ningún psiquiatra ha pertenecido a lo largo de su historia a sus cuadros directivos (Consejos de Dirección), a pesar de haber contado a lo largo del tiempo estos Consejos con más de un centenar de componentes. Además de ello, la coordinación de los Psiquiatras de estos dos Establecimientos siempre ha estado a cargo de un Facultativo de Atención Primaria.

De este modo ha quedado inaplicado un precepto, el art. 248.8^a RP de 1981 que, aún degradado de rango a partir de la aprobación del actual RP, teóricamente debiera seguir vigente y que establece que el Psiquiatra “en los Centros Especiales Psiquiátricos tendrá a su cargo la organización de los servicios médicos, la clasificación y distribución de los internos en los diferentes Departamentos, con arreglo a lo preceptuado en el Reglamento y al imperativo de las necesidades psiquiátricas. Cuando en dichos Centros haya va-

rios Psiquiatras, uno de ellos actuará como Jefe de los Servicios Médicos y coordinador de todas las actividades sanitarias”. Dicha inaplicación comporta sin duda una degradación en las funciones atribuidas al Psiquiatra, o al Psiquiatra-Jefe de los Servicios médicos en su caso, en beneficio de otros profesionales no especialistas.

3.1.3. La naturaleza de los empleados

El reclutamiento del personal de vigilancia, e incluso de tratamiento –no sanitario–, se lleva a cabo de forma no diferente al resto de los Centros penitenciarios ordinarios. E incluso hasta fechas cercanas ni tan siquiera el personal facultativo especialista en Psiquiatría era convocado con programa distinto al de los facultativos de Atención Primaria. Otro tanto sigue aconteciendo con el personal de Enfermería, al que no se exige cualificación en salud mental.

Al integrarse en una institución psiquiátrica penitenciaria al personal reclutado –sanitario o no– no se le ha proporcionado formación específica para un medio tan singular. A lo largo de su carrera profesional en estos Establecimientos especiales a los empleados solo se han impartido algunos cursillos, que ni tan siquiera han alcanzado a la totalidad de la plantilla; no ha de extrañar este déficit cuando nunca ha existido una programación global al respecto. En definitiva, vienen incumpliendo de forma reiterada los estándares que sobre formación del personal ha venido explicitando el Consejo de Europa⁵.

3.1.4. La composición y régimen de los Equipos Multidisciplinares

Los Equipos Multidisciplinares a los que incumbe garantizar un adecuado nivel de asistencia y que han de informar y proponer a la Autoridad judicial propuestas tales como las referidas al mantenimiento, cese o sustitución, la separación y el traslado de pacientes y también el programa de rehabilitación están integrados exclusivamente por Psiquiatras, Psicólogos, Médicos “generales”,

⁵ Art. 11 Recomendación Rec (2004) 10 del Comité de Ministros a los Estados Miembros, relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas aquejadas de trastornos mentales, de 22 de septiembre de 2004; CPT/Inf(98)12, § 28 y 42.

enfermeros y trabajadores sociales (art. 185 RP). No pertenecen por tanto a dichos Equipos figuras claves que sí existen en Centros penitenciarios ordinarios, tales como el Jurista y el Educador. El primero aporta con su saber el asesoramiento acerca de la legalidad de las actuaciones que se adopten en estos órganos. La segunda figura se caracteriza por la relación personal especialmente estrecha con los internos (en nuestro caso pacientes), debiendo ayudarles en sus problemas y dificultades durante su reclusión. La ausencia de estas figuras es ciertamente incomprensible, máxime cuando más necesaria es en una institución como la aquí analizada, en donde residen personas ciertamente vulnerables (1).

Paradójicamente durante dos décadas los Equipos Multidisciplinarios de los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas Penitenciarias ni tan siquiera han venido teniendo en la práctica la consideración de órganos colegiados, con los inconvenientes que ello comporta a la hora de adoptar decisiones, elaborar actas de cada reunión, emitir en su caso votos particulares, etc. Ciertamente es que a este profesional recientemente jubilado sí le ha llegado alguna información de que esta clara irregularidad administrativa, que ha venido contrariando, antes el art. 38.1 de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado y en la actualidad el art. 20.1 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, parece que va en camino de desaparecer. Esta irregularidad deja patente que la institución psiquiátrico-penitenciaria ha demostrado tener a lo largo del tiempo una vida cuasi-propia.

3.1.5. Ausencia de regulación de la medida cautelar de internamiento penal

Las Instituciones penitenciarias, además de tener como finalidad primordial la reeducación y la reinserción de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, cumplen también la función de retención y custodia de detenidos, presos y penados (art. 1º, pfo. 1º LOGP y 2º RP). De este modo los procesados, aunque se aprecie signos de trastorno mental son destinados a Centros penitenciarios ordinarios, ya que su remisión a un Establecimiento o Unidad Psiquiátrica Penitenciaria sólo está prevista para

observación y emisión del oportuno informe a la Autoridad judicial, si bien “una vez emitido el informe, si la autoridad judicial no decidiese la libertad del interno, el Centro Directivo podrá decidir su traslado al Centro que le corresponda” (art. 184.a) RP). Señalar que el anterior RP de 1981 sí contemplaba –art. 57.2– que el ingreso de detenidos y presos en “Centros Psiquiátricos Penitenciarios” fuera acordado por la entonces Dirección General de Instituciones Penitenciarias, a propuesta de las Juntas de Régimen y Administración de los Establecimientos.

La ausencia de regulación de la medida cautelar de internamiento viene siendo señalada desde antiguo. Hubo una previsión al respecto en el Anteproyecto de Código Penal de 1992. En la doctrina científica fue puesta de manifiesto la laguna legal existente sobre la materia (18-21). También reparó en ello el Ministerio Fiscal (22), el Defensor del Pueblo (23) y el Tribunal Constitucional [SSTC 191/2004, de 2 de noviembre (Pte. Sala Sánchez); 217/2015, de 22 de octubre (Pte. Narváez Rodríguez) y 84/2018, de 16 de julio (Pte. Enríquez Sancho)].

En fin, la citada STC 84/2018, en cuanto a la eventual aplicación al caso del art. 763 LEC (internamiento psiquiátrico civil de carácter involuntario) consideró que la misma “no deja de ser una posibilidad extraordinaria, no exenta de problemas orgánicos y procedimentales entre tribunales de dos órdenes de jurisdicción llamados a conocer e injerirse en la situación de libertad de una misma persona en tiempo simultáneo”. Pero es más, ha de recordarse que mientras el internamiento psiquiátrico civil requiere la autorización judicial, el internamiento psiquiátrico del orden penal exige un mandato judicial y mientras la duración del primero está por lo general ligada a una decisión facultativa –sin perjuicio de los eventuales recursos ante la autoridad judicial–, la del segundo obedece exclusivamente a la jurisdicción penal.

3.2. Las dimensiones de los establecimientos penitenciarios especiales

La mención que se hizo *supra* sobre las tendencias más modernas en torno al dimensionamiento de los Establecimientos psiquiátricos en general, y los Establecimientos o Unidades para el cumplimiento del internamiento psiquiátrico

penal en particular, cuyo ejemplo más ilustrativo son los modelos francés e italiano ya descritos, pone de manifiesto que la tendencia es a crear Unidades de reducido tamaño (en torno a 20 pacientes por Unidad), pero bien dotadas de recursos humanos y materiales. En el caso de los Psiquiátricos Penitenciarios dependientes de la DGIP esta dimensión no se alcanza ni de lejos (no es inusual, por ejemplo, que el HPP de Alicante aloje en alguno de sus “Módulos” de 100 a 120 pacientes).

3.3. La ubicación de los establecimientos

En la actualidad los dos únicos Establecimientos psiquiátricos de la SGIP son los Hospitales de Alicante y Sevilla –al margen del Módulo de Discapacitados de Segovia-. Cataluña dispone de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Can Brians. Y el País Vasco tiene como Centro de referencia la Unidad de Psiquiatría Legal del Hospital Aita Menni (Mondragón, Vizcaya). No existe ninguna otra “Unidad Psiquiátrica Penitenciaria”, como declaró la STC 84/2018, de 16 de julio (Pte. Enríquez Sancho) antecitada.

Ciñéndonos al ámbito competencial de la SGIP es patente que la prescripción contenida en el art. 191.2 RP ha quedado vacía de contenido, ya que la Administración penitenciaria no ha procurado que “la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciaria favorezca la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar”, pues los anunciados acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias competentes al que alude dicho precepto no se han celebrado. De hecho, la STC 84/2018, de 16 de julio constata que la única Unidad Psiquiátrica Penitenciaria en la actualidad existente es la de Can Brians en Cataluña.

Con ello, y a título de ejemplo, la familia de un paciente que resida en A Coruña, y desea visitarle en el HPP de Alicante debe recorrer 1016 Kms. Y si residiera en Tenerife, 2092 Kms. Igual dificultad acontece en el caso de disfrute de permisos de los pacientes. Difícilmente pues cabe hablar de favorecimiento del “arraigo en su entorno familiar”, al que hace mención el citado art. 191.2 RP.

La cuestión de la ubicación se agudiza especialmente en el caso de pacientes mujeres, al ser un

Pabellón del HPP de Alicante el único destinado a las mismas en la esfera de competencias de la SGIP. A título de ejemplo, siempre ha habido y hay un grupo de pacientes mujeres de las Islas Canarias en dicho Establecimiento.

3.4. El nivel dotacional asistencial

A 2 de junio de 2020 la plantilla asignada al HPP Alicante era de 7 Psiquiatras, aunque el puesto solo lo ocupaban 3 Psiquiatras; la de Psicólogos eran 4 plazas. Pero a fecha de 19 de octubre de 2020 la plantilla real era de 2 Psiquiatras y 2 Psicólogos. Durante buena parte del tiempo en que se escribía este artículo no había un solo psiquiatra en el HPP Alicante (una se jubiló y los otros dos estaban de baja médica). A día de hoy, (8 de diciembre de 2020) solo presta servicio una especialista de Psiquiatría. Esta carencia de personal perdura en el tiempo, a pesar de que el MNP emitió una Recomendación el 21 de marzo de 2014 en la que instaba a la SGIP a “Aumentar el personal asistencial de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Sevilla y Fontcalent de Alacant/Alicante, a fin de reforzar las posibilidades reales de realizar intervenciones individuales y actividades de rehabilitación”.

Tanto Naciones Unidas⁶, como el CPT también se han pronunciado a este respecto, en relación al necesario nivel dotacional de recursos humanos en instituciones psiquiátricas⁷.

La verdad es que la institución penitenciaria sigue precisando la existencia de -al menos- “algún” psiquiatra en establecimientos hospitalarios propios y centros ordinarios con amplia población penitenciaria. De un lado, porque oficialmente la SGIP debe asumir –al menos formalmente- algunas de sus funciones (existencia de Psiquiátricos penitenciarios, atención mental especializada a los reclusos ingresados en Centros penitenciarios con elevada población reclusa). De otro, dicha presencia de personal especializado tiene un valor sobreañadido: descarga en lo fundamental la comparecencia de la institución

6 Principio 14.1.a) de los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991.

7 CPT/Inf(98)12, § 42.

en investigaciones judiciales derivadas de auto o heteroagresiones de la población privada de libertad; lo usual es que el personal Directivo de los Establecimientos penitenciarios derive las peticiones de información/comparecencia de la Autoridad judicial al Psiquiatra. Ahora bien, para cubrir las apariencias, con que haya un profesional especialista es bastante. La calidad asistencial pasa a ser un tema secundario.

Añadir en fin que sigue constituyendo una práctica nada deseable la pervivencia del empleo de pacientes para atender, incluso en sus necesidades básicas, a otros compañeros de internamiento (así en dependencias de Enfermería). La infradotación de personal auxiliar de enfermería nunca debiera justificar la práctica antedicha, que viene perpetuándose en el tiempo, a pesar de ser contraria a los estándares del CPT⁸.

4. Propuestas de *lege ferenda*

4.1. Carácter y naturaleza de los Establecimientos para el cumplimiento de la medida de internamiento psiquiátrico penal

En sintonía con la práctica seguida en los países europeos supracitados es pertinente traspasar a la sanidad de las Comunidades Autónomas la gestión de Unidades no penitenciarias para el cumplimiento de medidas de seguridad penales impuestas por razón de trastorno psíquico. Los términos en que se expresan tanto el art. 101.1 CP como el art. 20 RD 840/2011 así lo permiten. De este modo España dejaría de constituir una *rara avis* en el panorama europeo más desarrollado, panorama en el que hay una decidida apuesta por trasladar al ámbito no penitenciario el cumplimiento de dichas medidas.

4.2. Traspaso de competencias a las CC.AA.

La Administración penitenciaria se ha mostrado a lo largo del tiempo poco adecuada para la gestión del internamiento psiquiátrico penal. Por ello, y al margen del mandato legal para traspasar a las CC.AA. las competencias sobre sanidad penitenciaria (Disp. Adic. 6^a Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Na-

cional de Salud), hasta ahora incumplido salvo en los casos de Cataluña y el País Vasco, parece más que oportuno traspasar a dichas Comunidades la gestión de las medidas de seguridad que aquí se tratan.

El escaso número de pacientes internados penales en algunas Comunidades Autónomas, ciertamente, hace dificultosa –por costosa– la creación de Unidades especiales para el cumplimiento de medidas de seguridad por razón de trastorno psíquico. No obstante, esta dificultad puede superarse con la suscripción de Convenios intercomunitarios al amparo de lo establecido en el art. 145.2 de la Constitución (24). De este modo las Comunidades Autónomas con menor número de pacientes pueden convenir la atención de los mismos en Comunidades próximas de mayor entidad poblacional.

4.3. Regulación de la medida cautelar penal de internamiento psiquiátrico

En los términos ya expuestos, la necesidad de colmar una laguna legal a este respecto resulta insoslayable. Dicha medida cautelar bien podría llevarse a cabo en las Unidades especiales de las Comunidades Autónomas que aquí se propugnan, de modo similar a como acontece en la República italiana.

4.4. Trastorno mental sobrevenido de reclusos penados

Dado que el art. 60.1 CP dispone que, en estos casos, siempre que dicho trastorno impida conocer al penado el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia Penitenciaria debe proceder a la suspensión de la ejecución de ésta, decretando una medida de seguridad privativa de libertad en la que se garantice la asistencia médica precisa, es obvio que el cumplimiento de dicha medida debiera tener lugar en alguna de las Unidades especiales aquí propugnadas.

4.5. Aprobación de un Estatuto de las personas sometidas a internamiento por razón penal

Los pacientes sometidos a medidas penales de internamiento por razón de trastorno psíquico poseen dos peculiaridades especiales derivadas,

⁸ CPT/Inf(98)12, § 29.

tanto del origen de esta medida (mandato judicial y no mera autorización, como sería el caso del internamiento psiquiátrico civil involuntario) como del hecho de la duración de la misma (sometida esta sí a la autorización judicial previa).

Precisamente estas características singulares demandan un marco de protección de derechos, hasta ahora difuso e insuficiente. Dicho marco debiera garantizar los derechos de los sometidos al cumplimiento de medidas de seguridad (25), para lo cual un buen referente serían los postulados de Naciones Unidas⁹, la Unión Europea (26-27) y la ingente labor del Consejo de Europa (28-29).

4.6. Distinción entre el sistema asistencial y la labor pericial/informativa

El sistema vigente, en el que se encomienda a los facultativos y profesionales que atiendan al paciente la elaboración de informes periódicos acerca de la evolución del paciente internado (arts. 98.1 CP y 185-187 RP) adolece de un grave defecto, derivado de la confluencia de las labores asistenciales y periciales/informativas en los mismos profesionales. Debiera por ello reflexionarse sobre la necesidad de distinguir ambas funciones, permitiéndose con ello que no existiera una “contaminación” de roles que de hecho comporta un hándicap para la relación terapéutica entre el personal que presta la asistencia y los pacientes asistidos; cuestión esta que puede extrapolarse a la intervención pericial en el proceso penal (30). El referente de las Comisiones de Seguimiento Médico francesas antes reseñadas pudiera ser de interés, añadiendo tal vez el matiz de que en el nombramiento de sus integrantes concurren las autoridades sanitarias y judiciales.

4.7. La cuestión de la adaptación del ordenamiento español a la Convención de Nueva York de 2006

No desconocemos el contenido de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecha en Nueva York el 13 de diciembre de

2006, ni tampoco la decidida apuesta de las Directrices de septiembre de 2015 del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre el artículo 14 de la Convención citada a favor de la supresión del internamiento involuntario por razones de discapacidad –también en el ámbito penal–, aunque es llamativa la hasta ahora escasa atención que han merecido en la doctrina penal española las Directrices citadas en relación a su enérgica apuesta por la mentada supresión. Es claro que es una cuestión pendiente de ser colmada, aunque aquí se desglosarán algunas ideas.

Dichas Directrices, a nuestro entender, llevan a cabo una labor interpretativa, cuando menos cuestionable. En lo básico, el art. 14.1.b) de la Convención de Nueva York establece la obligación de los Estados de asegurar que las personas con discapacidad no se vean privadas de su libertad “ilegal o arbitrariamente”, que dicha privación de libertad “sea de conformidad con la ley” y que “la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad”. En el caso de España el internamiento psiquiátrico penal se impone en un proceso conforme a la Ley, no es la discapacidad la que justifica la privación de libertad, sino la previa comisión de un hecho delictivo (art. 6.1 CP); pudiera admitirse pues que la imposición de un internamiento, y no de una pena, es una traslación de los “ajustes razonables” de que tanto habla la Convención.

Estas Directrices de 2015, como señala Cuenca (31): a) muestran su preocupación por las medidas de seguridad de carácter indefinido, b) también por la ausencia de garantías regulares en el sistema de justicia penal para los discapacitados mentales y c) recomiendan la eliminación de las medidas de seguridad, incluyendo aquellas que implican un tratamiento involuntario (párr. 20). En relación al carácter indefinido de los internamientos psiquiátricos penales, la posición del Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad es más que razonable. En cuanto a la ausencia de garantías en los procedimientos penales, obviamente donde las haya, debiera merecer un rotundo reproche.

No obstante, la cuestión más relevante, por radical, es la recomendación de la supresión de las medidas de seguridad. A este respecto las Directrices, en su párr. 14, hacen dos inequívocas afir-

9 En particular los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, adoptados por la Asamblea General en su Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991 y la amplia labor del Comité de Derechos Humanos.



maciones: a) “Todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, tienen el deber de no hacer daño” y b) “Los sistemas legales basados en el imperio de la Ley poseen leyes penales y de otra índole para hacer frente al incumplimiento de dicha obligación”. Ahora bien, no se pronuncian sobre el hecho clave, el aspecto sustantivo de la responsabilidad penal; es decir, qué respuesta institucional debe darse ante hechos delictivos cometidos por discapacitados. O, dicho de otro modo, si también las personas con discapacidad “tienen el deber de no hacer daño”, ¿qué hacer cuando provocan daño? Suprimir las medidas de seguridad postdelictuales –que es el caso que nos ocupa– comporta la eliminación del actual sistema de dualismo penal imperante en todos los países avanzados, quedando como una única respuesta penal la pena privativa de libertad, lo que conllevaría retroceder más de un siglo (hasta la Escuela clásica del Derecho penal). Y ello, sin perjuicio de que sea necesario superar una perspectiva unilateral sobre medidas de seguridad fundada en meras consideraciones inocuizadoras, y abordar planes de intervención individualizados, a fin de conseguir la rehabilitación social (32). En definitiva, centrarse en el tratamiento y en la rehabilitación y no en respuestas cuasi-penalizadoras.

Pero, en fin, la realidad existente muestra que hoy por hoy estamos lejos de poder alcanzar el objetivo de suprimir las medidas de seguridad privativas de libertad para los discapacitados por razón de trastorno psíquico. El panorama europeo, a la vista de los ejemplos que en estas páginas se citan, lo pone de manifiesto al perdurar en los países analizados el sistema de medidas de seguridad. De ahí precisamente que pudiera ser conveniente, como objetivo a corto plazo, superar el actual modelo español en la materia que nos ocupa, en línea con lo descrito en estas páginas. Y ello sin perjuicio de que debiera iniciarse un proceso de progresiva y razonable adaptación de todo nuestro ordenamiento jurídico a la Convención. Y cuando decimos “todo”, nos referimos también a una laguna incomprensiblemente persistente, la falta de delimitación del supuesto de hecho del internamiento involuntario civil (33). Y también a la aún pendiente y necesaria reforma de nuestro sistema de modificación de la capacidad civil, en el sentido de implementar mecanismos de apoyo, con carácter general, aunque solo en el caso de ser necesarios, sin perjuicio de que en circunstancias muy excepcionales y justificadas quepa admitir un cierto paternalismo jurídico –consentimiento por sustitución– (34-35).

Contacto

Luis Fernando Barrios Flores ✉ luisfbarrios@ua.es
Área de Derecho Administrativo. Dpto. Estudios Jurídicos del Estado.
Facultad de Derecho. Universidad de Alicante.
Campus de San Vicente del Raspeig • Ap. 99. E-03080 Alicante

Bibliografía

1. Barrios LF. Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico-penitenciaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2007; 100: 473-500.
2. Bartolomé MJ, Roca M. Intervención penitenciaria con discapacitados intelectuales. El módulo de discapacitados del Centro Penitenciario de Segovia. Madrid: Ministerio del Interior-Secretaría General de Instituciones Penitenciarias; 2009.
3. Barrios LF. La internación psiquiátrica por razón mental en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. *Revista Criminalidad* 2015; 57 (1): 45-60.
4. López A. El enfermo mental y la legislación penitenciaria. *Psiquiatría penitenciaria, perspectiva histórica y actual*. En: Delgado S, Maza JM, coordinadores. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses*. Tomo V. *Psiquiatría Legal y Forense*. Barcelona: Bosch; 2013. p. 343-368.

5. Maza JM. Las medidas de seguridad aplicables a los inimputables. En: Delgado S, Maza JM, coords. Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo V. Psiquiatría Legal y Forense. Barcelona: Bosch; 2013. p. 369-389.
6. James D. England & Wales. En: Salize HJ, Dressing H, editors. Placement and Treatment of Mentally Disordered Offenders – Legislation and Practice in the European Union. Lengerich (Germany): Pabst Scientific Publishers; 2005. p. 178-197.
7. Edworthy R, Sampson S, Völlm B. Inpatient forensic-psychiatric care: Legal frameworks and service provision in three European countries. *International Journal of Law and Psychiatry* 2016; 47: 18-27.
8. Duke LH, Furtado V, Guo B, Vollm BA. Long-stay in forensic-psychiatric care in the UK. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018; 53: 313-21.
9. Williams HK, Senanayke M, Ross CC, Bates R, Davoren M. Security needs among patients referred for high secure care in Broadmoor Hospital England. *BJPsych Open* 2020 Jul; 6(4): e55.
10. Osterheider M, Dimmek B. Germany. En: Salize HJ, Dressing H, editors. Placement and Treatment of Mentally Disordered Offenders – Legislation and Practice in the European Union. Lengerich (Germany): Pabst Scientific Publishers; 2005. p. 225-235.
11. Mateo EJ. La exigente de anomalía o alteración psíquica en el Derecho penal comparado. Alemania, Italia, Francia. Madrid: Dykinson; 2007.
12. Hernández-Basualto H. Sistemas penales comparados. Las medidas de seguridad. Alemania. *Revista penal* 2008; 23: 218-221.
13. Roig M. Medidas de seguridad privativas de libertad: la regulación alemana y su reflejo en el proyecto de reforma del código penal español. *Indret* 4/2014.
14. Azoulay M, Raymond S, Bouchard JP, Fau-Vicenti V. Histoire et fonctions des Unites pour Malades Difficiles (1re partie). Du quartier de sûreté á l’Unite pour Malades Difficiles de Villejuif, plus d’un siècle de prise en charge. *Annales Médico-Psychologiques* 2020; 178 (1): 72-80.
15. Lamothe P, Meunier F. France. En: Salize HJ, Dressing H, editors. Placement and Treatment of Mentally Disordered Offenders – Legislation and Practice in the European Union. Lengerich (Germany): Pabst Scientific Publishers; 2005. p. 215-224.
16. Fioritti A. Italy. En: Salize HJ, Dressing H, editors. Placement and Treatment of Mentally Disordered Offenders – Legislation and Practice in the European Union. Lengerich (Germany): Pabst Scientific Publishers; 2005. p. 260-271.
17. Lombroso C. Sull’istituzione dei manicomiali criminali. *Rivista di disciplina carcerarie* 1872: 105-126.
18. Fernández-Entralgo J. Imputabilidad y peligrosidad. La posición del enfermo mental en el Código Penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal. En Pedraz S, director. *Salud Mental y Justicia. Problemática civil y penal. Internamientos en Derecho Civil y penal. La Peligrosidad*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 1994. p. 139-280.
19. Lledó CL. Medidas cautelares a tomar en fase de instrucción respecto el enfermo mental presunto autor de una infracción penal. En: Martínez F, director. *Cuadernos de Derecho Judicial: Enfermo mental y proceso penal. Especial referencia a las medidas cautelares*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 2006, p. 67-121.
20. Salinero F. La Situación Jurídica de los enfermos mentales sometidos a proceso penal. En: Pedraz S, director. *Salud Mental y Justicia. Problemática civil y penal. Internamientos en Derecho Civil y penal. La Peligrosidad*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 1994, p. 281-298.
21. Maza JM. La necesaria reforma del Código Penal en materia de medidas de seguridad. *Cuadernos de Derecho Judicial (Ejemplar dedicado a “Las penas y medidas de seguridad)* 2006; 14: 15-47.



22. Fiscalía General del Estado. Memoria de la Fiscalía General del Estado. Madrid; 2001.
23. Defensor del Pueblo. Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Informes, Estudios y Documentos. Madrid; 1991.
24. Calafell VJ. Los convenios entre Comunidades Autónomas. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales; 2006.
25. Barrios LF. Los derechos fundamentales del enfermo mental. En: Delgado S, Maza JM, Coords. Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo V. Psiquiatría Legal y Forense. Barcelona: Bosch; 2013. p. 209-231.
26. Mangas A, directora, González LN, coordinador. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea: comentario artículo por artículo. Bilbao: Fundación BBVA; 2008.
27. Valenti E, Barrios LF. Mental Health and Human Rights in Forensic Psychiatry in the European Union. En: Sadoff RL, editor. Ethical Issues in Forensic Psychiatry. Minimizing Harm. Chichester, West Sussex (UK): Wiley-Blackwell; 2010, p. 35-55.
28. Lasagabaster I, editor. Convenio Europeo de Derechos Humanos: comentario sistemático. 2ª edic. Civitas/Thomson Reuters, Cizur Menor (Navarra), 2009.
29. Barrios LF. Los derechos del internado por razón penal en el ámbito del Consejo de Europa. En: Kraut AJ, dtor, Sosa GL, coord. Derechos humanos y salud mental. Una mirada interdisciplinaria. Tomo II. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni; 2020. p. 463-496.
30. Barrios LF. La imparcialidad del perito psiquiatra/psicólogo en el proceso penal. En: Jimeno M; Pérez-Gil J, coordinadores. Nuevos horizontes del Derecho Procesal. Libro-Homenaje al Prof. Ernesto Pedraz Penalva. Barcelona: Bosch; 2016, p. 493-518.
31. Cuenca P. La adaptación de la normativa penitenciaria española a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Informe propuesta. Madrid: Ediciones Cinca-Cermi; 2019.
32. Urruela A. Las medidas de seguridad y reinserción social en la actualidad. Especial consideración de las consecuencias jurídico-penales aplicables a afectos de anomalía o alteración psíquica. Granada: Comares; 2009.
33. Barrios LF. La Convención, un cambio de paradigma jurídico. La Ley española frente a la Convención. En: La incapacitación, reflexiones sobre la posición de Naciones Unidas (Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 39). Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2016: p. 37-49.
34. Canimas J. Decidir por el otro a veces es necesario. En: La incapacitación, reflexiones sobre la posición de Naciones Unidas (Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 39). Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2016: p. 13-31.
35. Alemany M. El paternalismo jurídico. Madrid: Iustel; 2006.

• Aceptado: 14/12/2020.

Trauma, vulnerabilidad y resiliencia. La patologización de los sucesos “traumáticos” de la vida.

Trauma, vulnerability and resilience. Pathologization of “traumatic” life events.

Federico Menéndez Osorio.

Psiquiatra, A Coruña.

Resumen: Se hace una reflexión acerca de lo que se entiende por trauma, vulnerabilidad y resiliencia. Así como un cuestionamiento de la medicalización y psicopatologización de los sucesos y malestares de la vida.

El lenguaje terapéutico que etiqueta en general de “trauma” –como patología– a las consecuencias de los sucesos y catástrofes o al sufrimiento, supone confundir trauma con impacto y una visión reduccionista, mecanicista y canónica de dichos fenómenos y acontecimientos impactantes, sobrecogedores y dramáticos de la vida.

Esta psicopatologización de los hechos y sucesos “traumáticos” implica una colonización psi que considera al ciudadano como alguien frágil, vulnerable, pasivo, dependiente, sin capacidad de iniciativa ni de acción, en definitiva, como víctima y por tanto necesitado de terapias, expertos, guías, salvadores y medidas técnico-sanitarias.

Frente a esta patologización de los sucesos y acontecimientos de la vida, se exponen experiencias concretas de catástrofes, que muestran por el contrario la capacidad de respuesta ciudadana de empatía, altruismo, creatividad y superación, de participación activa e iniciativas de acciones colectivas y comunitarias de resolución de problemas, de apoyo mutuo y solidaridad.

En ocasiones, ante determinados sucesos y malestares de la vida, podemos necesitar ayuda, cuidados y atención terapéutica o de otro tipo, cuando lo precisemos y demandemos, pero esto no supone que se nos tutele, incapacite e infantilice, haciéndonos dependientes, pasivos y frágiles ante toda adversidad y sufrimiento. Ni tampoco convertir los procesos y adversidades de la existencia humana en problemas médicos.

La revista *British Medical Journal* en 2001 –otras revistas lo han manifestado más recientemente– daba la voz de alarma y nos advertía de la creciente tendencia a clasificar como enfermedad los problemas de la gente y proponía un pacto social contra la medicalización de la vida.

Palabras clave: Trauma. Vulnerabilidad. Resiliencia. Psicopatologización de los sucesos “traumáticos”. Medicalización de la vida.



Abstract: A reflection is made about what is meant by trauma, vulnerability and resilience. As well as a questioning of the medicalization and psychopathologization of the events and discomforts of life.

The therapeutic language that generally labels the consequences of events and catastrophes or suffering as “trauma” –as pathology– involves confusing trauma with impact and a reductionist, mechanistic and canonical view of such shocking, overwhelming and dramatic phenomena and events of life.

This psychopathologization of “traumatic” events and events implies a psy colonization that considers the citizen as someone fragile, vulnerable, passive, dependent, without capacity for initiative or action, ultimately as a victim and therefore in need of therapies, experts, guides, rescuers and technical sanitary measures.

Faced with this pathologization of the events of life, concrete experiences of catastrophes are exposed, which show instead the capacity of citizen response of empathy, altruism, creativity and overcoming, of active participation and initiatives of collective and Community action for problem solving, mutual support and solidarity.

On certain occasions we may need help, assistance and therapeutic or other kind of care, when we need it and demand it, but this does not mean that must be tutored, disabled and infantilized, making us dependent, passive and fragile in the face of all adversity and suffering. Nor convert the processes and adversities of human existence into medical problems.

The British Medical Journal in 2001 –other journals have more recently expressed it– sounded the alarm and warned us of the growing tendency to classify people’s problems as diseases and proposed a social pact against the medicalization of life.

Key words: Trauma, Vulnerability, Resilience, Psychopathologization of “traumatic” events, Medicalization of life.

El constructo de trauma y su patologización

Estamos asistiendo a una patologización como “trauma” de todo hecho o suceso impactante, sobrecogedor, dramático o trágicamente espectacular, que lleve aparejado el horror, el sufrimiento, efectos desgarradores o desastres (catástrofes, suicidios, accidentes, violencias, etc.). Se traumatiza como patológico la adversidad, lo impactante, el sufrimiento, el dolor, la muerte, el duelo, la vulnerabilidad, etc., inherentes a la vida humana.

Se confunde trauma con acontecimiento e impacto con trauma, utilizándose el término trauma en el sentido usual de choque y haciendo del trauma lo equivalente a una fractura o rotura. Como lo refiere J. Moscoso (1) “antes del siglo XIX, un trauma era una lesión anatómica, más específicamente una fractura de huesos y articulaciones (p. 262) ... la palabra trauma era utilizada en el ámbito de la fisiología y cirugía; trauma se fue

desplazando hacia un uso psicológico ligado al rechazo del recuerdo en la conciencia y la amnesia del hecho” (p. 263). Se entiende en ocasiones el trauma psíquico como equivalente al choque, al golpe, al impacto del suceso o del hecho, haciéndolo similar al mecanismo de una fractura o lesión anatómica, como algo mecánico y fijo en la conciencia.

En todo trauma psíquico se necesitan, al menos, dos momentos simultáneos, indisolubles, para crear un trauma. El primer momento es lo REAL, el golpe, el hecho, el suceso, el acontecimiento, lo que uno recibe o le sucede (accidentes, violencias, maltratos, muertes, pérdidas, sufrimientos, etc.). El segundo momento provoca el dolor, el desgarrar, el horror, la vivencia del hecho, la representación de lo real (2). Este momento inseparable e indisoluble del primero, es subjetivo, singular, simbólico e inconsciente. El trauma entendido como huella, como vivencia originaria, lo inasimilable, integrada en la historia del sujeto (3).

No basta vivir un suceso negativo, impactante, sobrecogedor, etc. para que produzca un trauma psíquico. Va a depender de cómo se inscribe el hecho, el suceso, en la historia de quien lo vive, de las capacidades personales constitutivas y de la resiliencia de cada uno (biológicas, genéticas, psíquicas, etc.) de las circunstancias en que se produce, así como del entorno que proporcione apoyo, acogida, poder elaborarlo y verbalizarlo, empatía, solidaridad, etc. por parte del medio. No patologizar el suceso por principio, sino en base a las necesidades y problemáticas concretas y singulares de quien lo vive, específicas y diversas que se precisen en cada caso.

Las experiencias nos muestran cómo los mismos hechos y sucesos “traumáticos” dan lugar a respuestas muy distintas, según las particularidades de cada sujeto y del cómo esos sucesos hayan sido abordados.

Cuando la representación de lo sucedido se hace con normalidad, como en todo tiempo lo hacía la comunidad integrándolo en los hechos vitales y acontecimientos del transcurso de la vida social y del apoyo mutuo y si uno se siente acogido, no culpable, no se patologizan los problemas, ni los sucesos y se permite y favorece la verbalización y elaboración de las violencias vividas, se podrá lograr que ese suceso, ese hecho o acontecimiento no se traduzca en trauma psíquico (2). Ya Taleb señalaba cómo frente al estrés postraumático habría que destacar el crecimiento postraumático en la elaboración y respuesta al mismo (4). En la misma dirección Vygotski, al referirse a la patologización o al tener únicamente en cuenta la anomalía o el defecto, señalaba que en todo déficit o sufrimiento se crean los estímulos para elaborar lo que llamaba la Compensación, proceso orgánico, fisiológico y psíquico de creación de nuevos procesos sustitutivos de defensa y superación (5). Hemos de tener en cuenta que nuestro cerebro, dada su plasticidad, está adaptándose constantemente a las condiciones concretas cambiantes de la vida y a la experiencia; de modo similar a como el sistema inmunológico se modifica en respuesta a los patógenos que encuentra.

Con respecto a la patologización y privatización del sufrimiento, Byung-Chul Han hace una sugerente reflexión de cómo “*se está perdiendo la*

capacidad de escuchar a otros y de atender su lenguaje y sufrimiento, pasando a ser objeto de terapias. No se establece ningún enlace entre mi sufrimiento y tu sufrimiento. Se privatiza el sufrimiento y el miedo, impidiendo su socialización y favoreciendo el estatuto de dominio” (6).

Refiriéndose a las crisis, E. Morin afirma: “*ante la crisis en la sociedad se desencadenan dos procesos contradictorios. El primero estimula la imaginación y la creatividad en la búsqueda de soluciones nuevas. El segundo puede traducirse en el intento de volver a una estabilidad anterior o en apuntarse a una solución providencial”* (7).

Experiencias comunitarias de afrontar lo “traumático”

Tenemos ejemplos de experiencias concretas de afrontar lo traumático, como es el caso del Prestige, el hundimiento del petrolero en las costas gallegas (2002) que supuso una gran catástrofe en una amplia zona del litoral. Un prestigioso psiquiatra, profesor de la Universidad de Nueva York, experto en catástrofes y estrés postraumático, afirmó en unas declaraciones en el diario La Voz de Galicia (19-02-2003) que habría más de un 20% de casos de estrés postraumático en la población afectada. La realidad fue que no hubo constancia de casos reseñables de estrés postraumático. Lo que hubo fue algo que no está descrito en los manuales diagnósticos, ni psicopatológicos, o que se ignora al patologizar los problemas.

En el caso del *Prestige*, lo que hubo fue solidaridad, acogida, apoyo mutuo, participación activa de la comunidad, elaboración y reconstrucción de lo destruido de forma espontánea, solidaria y creativa. Se producían así mecanismos de experiencia vital y comunitaria. Se creaban nuevos lazos y experiencias para afrontar las pérdidas y para conocer la realidad y las adversidades.

Se transforma el trauma en una respuesta de creatividad y superación, el sufrimiento en autoconciencia, favoreciendo la autonomía, la empatía, la responsabilidad, el apoyo mutuo, la cohesión de los vínculos sociales y la capacidad de iniciativas y habilidades de acción colectiva y comunitaria. No se patologizaron los problemas, lo cual no quiere decir que no se tuviesen en cuenta

y se atendiesen las necesidades específicas que surgían y se precisase de intervenciones clínicas, psíquicas o de otros tipos.

Otras experiencias son las que relata Rebecca Solnit en su libro *“El paraíso en el infierno”* (8) donde recoge las experiencias de catástrofes (los terremotos de S. Francisco; o de Ciudad de México; o el huracán Katrina; etc.) en las que se muestra la importancia de la acción comunitaria, la solidaridad, la creatividad, la empatía y el altruismo, que surgen en medio del dolor y el desastre, como motor de actuaciones y de respuestas efectivas de la comunidad *“... la solidaridad, el altruismo y la improvisación que también reaparecen en tales momentos las llevamos integradas en nuestro interior. La gente sabe qué hay que hacer en el desastre (p.40)”* (el subrayado es nuestro)... *“al estudiar las catástrofes se hace evidente que hay naturalezas humanas múltiples y contingentes, pero también que la naturaleza primordial que se manifiesta ante una crisis es generosa, empática, resolutiva, valiente y capaz de sobreponerse (p.36).*

Acerca de la patologización de los sucesos o desastres, Solnit señala y advierte que *“el lenguaje terapéutico que se refiere casi exclusivamente a las consecuencias de una catástrofe en términos de trauma, sugiere que el ser humano es fundamentalmente frágil, un yo sin capacidad de acción, un yo que se limita a recibir el golpe, la definición más básica de víctima”* (p.36).

Ante la presente pandemia por el Covid 19, tenemos experiencias de salud comunitaria como la que se realiza desde el observatorio de Salud Comunitaria y Covid 19 apoyando respuestas comunitarias para esta “pandemia social”, que debe ser abordada no solo desde el punto de vista clínico y biomédico, sino también desde el ámbito social y de las desigualdades incorporando las determinantes sociales del problema, y se señala: *“las comunidades actúan como un auténtico escudo social... los servicios públicos deberían poner el foco en las iniciativas que están contribuyendo a frenar la curva, distribuyendo alimentos, colaborando y ayudando a personas solas y vulnerables y realizando toda una serie de actividades espontáneas en las redes comunitarias... necesitamos mayor protagonismo de la ciudadanía, que expresa sus necesidades y*

que intervenga en los planes de salud...”. En este sentido hay experiencias concretas en Atención Primaria, por ejemplo, la Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria (Agamfec), así como en otros ámbitos (9).

Es evidente que estos enfoques y experiencias con respecto al papel de las intervenciones comunitarias, así como de la capacidad de respuesta ciudadana, no lo encontramos en general, en los manuales de psicopatología, ni en el DSM, CIE o los manuales diagnósticos, en los cuales hay un enfoque reduccionista de la patología (10).

Al referirnos al trauma tendremos que tener presente el concepto de resiliencia que está interrelacionado y es indisociable al de trauma. Resiliencia (concepto de la física que significa la resistencia de todo material al impacto) supone esa capacidad que tiene el ser humano ante hechos traumáticos, ante el sufrimiento, la vulnerabilidad o el riesgo, etc., etc. Para Cyrulnik la capacidad de resiliencia permite a un ser afectado, transformar sus magulladuras, lo “traumático”, en un organizador del yo, a condición de que a su alrededor haya una relación de cariño y apoyo que permita la metamorfosis... en el momento que puede expresar sus temores, angustias, fantasías, etc., aprende a descentrarse de sí mismo y elaborar su sufrimiento (2). En el manifiesto del observatorio de Salud Comunitaria al que antes hemos hecho referencia, se señala y destaca la Resiliencia Comunitaria como la capacidad de hacer frente a situaciones de emergencia. En el caso de la Pandemia, el poder recuperarse tiene relación con el conocimiento local, las redes y relaciones comunitarias, la gobernanza y liderazgo, los recursos y activos para la salud, la organización y el desarrollo comunitario (11).

La colonización médica y psicopatológica de la vida

Frente a estos enfoques y experiencias comunitarias, estamos asistiendo a toda una serie de intervenciones “clínicas”, que se están imponiendo y tomando cartas de naturaleza, bajo el manto de “científicos” –es decir científicistas, que no es lo mismo –intervenciones caracterizadas por una compulsiva necesidad de ejercer el “furor sanandi” y protector de toda la sociedad, medicalizando, psicopatologizando, o psicologi-

zando toda problemática o malestar de la vida cotidiana o de los acontecimientos y sucesos impactantes y desplegándose como respuesta una legión de profesionales y de expertos ante los sucesos “traumáticos”.(12)(13)

Este hecho no es en modo alguno un ideal científicamente inofensivo ya que, por un lado, supone una visión reduccionista, uniforme, mecánica y fijo de los fenómenos vitales; y, por otro, hace a la sociedad cada vez más dependiente, pasiva, vulnerable, incapacitada, infantilizada, víctima e irresponsable y por ello necesitada de expertos, técnicos, guías y salvadores ante acontecimientos o sucesos supuestamente traumático. Se favorece de esta manera la falta de iniciativas solidarias y colectivas, así como de redes de apoyo comunitario, sustituyéndolas por expertos y soluciones técnico-sanitarias. A esta psicopatologización de la vida, es lo que Ortiz Lobo e I. de la Mata llaman la colonización psiquiátrica de la vida, de tal modo que como señalan los autores, “*la psiquiatrización de la vida cotidiana está favoreciendo un proceso de actualización en el que el dolor y el sufrimiento son descontextualizados de la biografía del individuo, del entorno social, en el que se desenvuelve y son recodificados como problemas que les corresponde una respuesta técnico-sanitaria. El malestar pierde todo significado y se normaliza en virtud de un diagnóstico y un tratamiento*” (14).

Como refieren S. Márquez y R. Meneu las formas no médicas de afrontar las dificultades se están devaluando y olvidando, así como se está reduciendo la capacidad de valerse por sí mismo y sentirse capaz de superar los problemas. Las personas y la sociedad se hacen así dependientes de la medicina y los servicios sanitarios, que necesitarán cada vez más recursos a la demanda que van induciendo. (15)

¿A quién favorece todo esto? Sin descartar los intereses de la industrias y empresas farmacéuticas, así como a ciertos sectores profesionales, hay una usurpación, privatización y apropiación por parte de los “expertos” y los “técnicos”, de un saber y de un hacer, propio de la comunidad aprendido a lo largo de siglos y siglos y transmitido de generaciones en generaciones. Foucault señala que “*a comienzos del S. XIX la función psi se convierte en el discurso y la introducción de los esquemas de individualización, normaliza-*

ción y sujeción de los individuos dentro de los sistemas disciplinarios... la función psi como instancia de control de las instituciones” (16).

Respecto a la privatización e individualización de los espacios sociales y comunitarios, R. Solnit (8) nos dice cómo “*los relatos dominantes últimamente van en la dirección opuesta a los anhelos y las posibilidades sociales. La historia reciente puede leerse como una historia de privatizaciones no sólo económicas, sino también sociales, la mercadotécnica y los medios de comunicación guían nuestra imaginación por los caminos de la vida privada y el placer privado, quedando los ciudadanos como consumidores, desentendiéndose de la participación pública y de cualquier noción de poder político colectivo* (p. 37).

Subraya Solnit que la privatización económica no hubiese sido posible sin una privatización previa del deseo y la imaginación y alentando a un individualismo que no cuente con la solidaridad y el apoyo mutuo. Nos señala cómo sin embargo “*los desastres, al reintegrar a los afectados a la vida pública y colectiva, desmontan parte de esta privatización que es, en sí, otra catástrofe, más lenta y sutil...*” (p. 38). Bauman al referirse al estado líquido de la modernidad, señala que hay un proceso de individualización en el que los problemas se sufren y solucionan en solitario perdiendo el carácter colectivo y la participación comunitaria y de apoyo mutuo y solidario, “*la experiencia de la vida como una empresa enteramente individual*”, donde los lazos con los otros tienden a ser frágiles y efímeros en detrimento de la solidaridad y de la interdependencia y de los logros colectivos y comunitarios (17). Frente a esta patologización y usurpación de saberes y poderes será cuestión de restituir al ciudadano, a la comunidad, al propio sujeto, su capacidad de dar respuestas solidarias y de apoyo mutuo, su capacidad de decisión, autonomía, iniciativa y responsabilidad, como así lo reclaman, por ejemplo, entre otros, el ya citado Manifiesto por una respuesta comunitaria para una pandemia social (11).

El psicólogo M. Anxo García Álvarez, quien en relación a la demanda de atención en Salud Mental a las familias ante el hundimiento del pesquero Bahía en la costa de Lugo, manifestaba en el diario La Voz de Galicia (10-6-2004), que “*la actuación de los profesionales de salud mental en estos*



casos debe ser cautelosa, discreta y reducida al mínimo necesario, confiando en la capacidad de las personas para hacer frente a las adversidades y el apoyo comunitario” (podemos comparar estas orientaciones con las intervenciones, en ocasiones, de legiones de profesionales, que observamos en sucesos actuales). Añadía algo muy importante a recordar y tener en cuenta, “*a lo largo de la historia de la humanidad fuimos creando medios y capacidades para que las pérdidas no nos destruyan; aprendimos a unirnos y solidarizarnos, a cuidar de los nuestros, a rehacer la vida y el mundo con y sin el ser querido y sin olvidarlo... miles y miles de años de construcción psicológica y cultural...*”. Ahora parece que todo esto es cosa del saber de los expertos.

En ocasiones podemos necesitar ayuda psíquica, cuando se precise y se demande, ante situaciones determinadas en las que sucesos o hechos impactantes y trágicos pueden indicar la necesidad de apoyo o intervenciones terapéuticas y ayudas y atenciones diversas. Pero de esto, a presuponer que todo impacto o hecho “traumático” sea equivalente a patológico y que se precise de intervenciones clínicas y un despliegue de profesionales y de expertos, hay toda una distancia que no debe franquearse, cercenando la capacidad de respuestas e iniciativas y de apoyo mutuo personal, social, comunitario, del entorno, etc. ante los acontecimientos y problemáticas vitales.

El que podamos necesitar ayuda psíquica, no supone que nos tutelen, infantilicen e incapaciten, haciéndonos frágiles y dependientes, pasivos y víctimas ante toda adversidad, desgracia y malestar o sufrimiento.

En este afán de intervencionismo y necesidad de salvadores y redentores, así como de empoderadores, se desliza un sentido y una filosofía, que además de no entender lo que es el modo de trabajo comunitario en Salud Mental y la participación de la comunidad, hay una tendencia al intervencionismo, al redentorismo y paternalismo, que bajo el manto de actuaciones técnicas y de científico-ficismo, parte de un presupuesto nada inocente e inofensivo. Como es, el suponer al ciudadano como víctima, alguien pasivo, sumiso, incapaz, infantil y dependiente, a quien se le tiene que empoderar, capacitar y curar. Claro está, que todo ello implica lo que está latente y subyacente en dicho

intervencionismo: que el experto, el técnico, es el que tiene el poder y el saber. Justamente todo lo contrario de la idea del ciudadano que tenía Kant en la Ilustración: ¡iSapere Aude!! (18).

La vulnerabilidad

La relación trauma/vulnerabilidad se entiende e interpreta en general como relaciones asociadas, en una relación de causa – efecto reduccionista y mecánico, con dudoso rigor conceptual y clínico.

El constructo de vulnerabilidad se abre, al menos, a dos concepciones que van a suponer dimensiones y aplicaciones prácticas muy distintas. Sea, que lo entendamos reducido, en el sentido más usual, lo frágil, lo enfermizo, lo anómalo, lo expuesto a enfermar o al trauma y por tanto precisando de tratamiento, prevención, etc. O bien, por el contrario, lo entendemos también como lo constitutivo, propio de la incompletud, del desvalimiento; el ser en devenir, la prematuridad del ser propio del nacimiento (19); lo creativo y reconstructivo, etc. Para E. Fromm, “*el hombre es el animal más desvalido y desamparado, pero esta debilidad biológica constituye la base de su fuerza, la causa primaria de sus cualidades humanas*” (20). En esta carencia ve Ortega la indignancia constitutiva del sujeto, afirmando: “*frente al ser suficiente de la sustancia o cosa, la vida es el ser indigente, el ente que lo único que tiene es propiamente menesteres. Ese es su trágico destino, pero su ilustre privilegio*” (21).

El niño, el hombre que nace inmaduro e indefenso, al estar carente y desvalido en dependencia al otro –no solo en los cuidados físicos y de la pura necesidad, sino también para su inscripción en el lenguaje y en lo simbólico como ser hablante– le hace abrirse al deseo, al conocer, a la búsqueda, para llenar el vacío y forjarse una existencia singular. Byung-Chul Han recoge una cita de Kant en la que señala: “*si existiese la plena y absoluta satisfacción, la completud, esto supondría un “inerte reposo”, un embotamiento de sensaciones, de la búsqueda, del estímulo para desear e interesarse por el mundo y las cosas*” (22).

La vulnerabilidad constitutiva del ser humano, como precisa J. Leal (23) en cuanto incompletud y desvalimiento, conlleva y se abre a la ética de la ciudadanía, de los cuidados, de la solidaridad,

del deseo, de la empatía, de la resonancia en uno mismo de aquello que es la propia vivencia originaria de la indigencia y vulnerabilidad. La fragilidad e inmadurez originaria, le hacen un ser incompleto y por tanto necesitado de articular lo individual y lo colectivo, el soporte del otro en lo social y comunitario y en su ser humano como sujeto inscrito en el lenguaje.

Hay ocasiones, en que ciertas experiencias que acaecen en la vida (nacimiento de un hijo, enamoramiento, un suceso determinado) promueven en nosotros un cambio que expresamos con la frase “me siento más vulnerable” en el sentido de más humano, más capaz de sentimientos y afectos de los cuales antes no éramos conscientes. El ser humano, a diferencia del animal o la planta, no viene determinado y fijado por las leyes del instinto y de la naturaleza que lo marcan y determinan su lugar y un ser ya definido y canónico. Lacan lo explicita cuando afirma “*los estadios instintuales son ya cuando son vividos, organizados como subjetividad*” (24).

Para Ortega esta vida que nos es dada, no lo es realizada, marcada, ni hecha, cada uno debe hacerse; no hay un ser predeterminado de antemano en su comportamiento (25). No hay una naturaleza humana, afirma Kojève, el hombre se crea por la acción y el deseo (26), marcado por sus condiciones materiales de existencia en tanto sujeto social e histórico. “*La naturaleza peculiar del hombre es la sociedad*”, afirmará M^a Zambrano, no el instinto, ni la naturaleza, sino la “condición humana” es su característica primordial (27). Entender la vulnerabilidad del sujeto como una anomalía, necesitado de intervenciones terapéuticas, preventivas, etc., supone coartar y tratar todo riesgo e incertidumbre considerándolo como una enfermedad prevalente (15); intentar aislarlo en una burbuja aséptica para protegerlo. Todo ello supone: anular la capacidad de adaptación y de autonomía, de creatividad, de aprender y construir los mecanismos de defensa y de libertad, y el favorecer por el contrario la dependencia, la sumisión y la irresponsabilidad. Dicha visión de la vulnerabilidad reducida a algo anómalo, lleva a considerarlo

como enfermizo, deficitario y estigma, anulando la posibilidad de ser motor de crecimiento, superación y reconstrucción, de aprendizaje de la vida de sus avatares, de su socialización y apoyo mutuo y de su autonomía e integración y participación en las tareas ciudadanas y comunitarias.

Debemos ser conscientes de las limitaciones que tenemos y de las necesidades de atención, cuidados y medidas terapéuticas si las necesitamos, pero no es cuestión de patologizar y de “traumatizar” todo sufrimiento, malestar, vulnerabilidad, adversidad, sucesos, convirtiendo los procesos propios de la existencia humana en problemas médicos. Retomo la cita que antes mencionaba de R. Solnit al respecto de la patologización de las catástrofes y malestares: “el lenguaje terapéutico que se refiere casi exclusivamente a las consecuencias de una catástrofe en términos de trauma, sugiere que el ser humano es fundamentalmente frágil, un yo sin capacidad de acción, un yo que se limita a recibir el golpe; la definición más básica de víctima (8).

Conclusión

La revista British Medical Journal (28) en el año 2001 nos alertaba y daba la voz de alarma acerca de la creciente tendencia a clasificar como enfermedad los problemas de la gente y proponía un nuevo pacto social contra la medicalización de la vida (podemos añadir la psicopatologización de la misma), a partir de algunas premisas:

La muerte, la enfermedad, el dolor o el sufrimiento son parte de la vida.

La medicina tiene poderes limitados.

Los médicos no lo saben todo.

Los médicos deben reconocer sus limitaciones.

Estas premisas y algunas más específicas, podemos extenderlas al campo de la Salud Mental y abrir a un debate y una reflexión más en profundidad, tan necesario e importante cara a la función y el espacio social y profesional de lo psi y del trabajo comunitario.

Contacto

Federico Menéndez Osorio ✉ femeos@telefonica.net



Bibliografía

1. Moscoso, J. *Historia cultural del dolor*. Madrid: Taurus. 2011.
2. Cyrulnik, B. *Los patitos feos*. Barcelona: Gedisa. 2002.
3. Fernández Blanco, M. La repetición como concepto fundamental del psicoanálisis. Capiton. Seminarios, 4 Ed. Centro de investigación y docencia en psicoanálisis. CID. Caracas.
4. Taleb, N. C. *Antifragil*. (p67) Barcelona: Espasa Calpe, 2016.
5. Vygotski, L.S. *Obras escogidas*. Tomo V. Madrid: Machado libros, 2012.
6. Byung-Chul Han. *La expulsión de lo distinto*. (p12). Barcelona: Herder. 2017.
7. Morin, E. *Cambiando la vida. Lecciones de la pandemia*. (p 33). Barcelona: Paidós. Planeta, 2020.
8. Solnit, R. *Un paraíso en el infierno*. Madrid: Capitán Swing. 2020
9. <https://www.elsaltodiario.com/coronavirus-salud-exigen-gobierno-giro-politicos-atajar-curva>
10. Ortiz lobo, A., Sobrado de Vicente. *El malestar que producen los problemas de la vida*. AMF. 2013;9(77):366-372.
11. <http://www.alianza-salud-comunitaria.org/COVID-19-una-respuesta-comunitaria-para-una-pandemia-social>
12. Anseu, A. *Psiquiatrización de la vida cotidiana. Manual de gestión clínica y sanitaria en salud mental*. Madrid: Edicomplet. Grupo SANED. 2013;233-242.
13. Orueta, R., Santos, C., González, E. *Medicalización de la vida* (I). *Rev.Clin.Med.Fam*. 2011;4:150-161.
14. De la Mata, I., Ortiz Lobo, A. *La colonización psiquiátrica de la vida*. *Archipiélago* 76/2007;39-50.
15. Márquez, S., Meneu, R. *La medicalización de la vida y sus protagonistas*. *Gestión Clínica y Sanitaria* vol.5, nº2, verano 2003:47-53.
16. Foucault, M. *El orden psiquiátrico*. (p96). Madrid: Akal. 2005.
17. Bauman, Z. *Comunidad*. Madrid: Siglo XXI. 2009.
18. Kant, E. *¿Qué es la Ilustración? y otros escritos de ética, política y filosofía de la Historia*. Madrid: Alianza Editorial. 2013.
19. Lacan, J. *El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se revela en el psicoanálisis*. En Lacan, J. *Escritos I*. Madrid: Siglo XXI. 1978.
20. Fromm, E. *Ética y psicoanálisis* (p53-54). Madrid: Fondo Cultura Económica. 1980.
21. Ortega Gasset, J. *Historia como sistema*. Madrid: Biblioteca Nueva. 2007.
22. Byung-Cul Han. *Buen entretenimiento* (p105). Barcelona. Herder. 2018.
23. Leal, J. *Los cuidados en el marco de una ciudadanía inclusiva*. *Revista Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría* 2018;38(134):587-666.
24. Lacan, J. *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. En Lacan, J. *Escritos I*. (p.82). Madrid. Siglo XXI 1978.
25. Ortega y Gasset, J. *El hombre y la gente*. Madrid: Alianza edit. 2010.
26. Kojève, A. *La dialéctica del amo y el esclavo en Hegel* (p.95). Buenos Aires: La Pleyade. 1975.
27. Zambrano, M^a. *Sobre el problema del hombre*. *Anthropos*. Suplemento 2.(p.100). Marzo-Abril 1987.
28. British Medical Journal. *Why are doctors so unhappy?* *BMJ* 2001 May 5;332(7294): 1073-1074.

• Recibido: 8/12/2020.

• Aceptado: 30/12/2020.

El síntoma Housing First: De la cronicidad a la comunidad. Una práctica ética en el campo de las desinserciones, adicciones y Salud Mental.

*The Housing First symptom: From chronicity to the community.
An ethical practice in the field of disinsertions, addictions
and Mental Health.*

Cosme Sánchez Alber.

Trabajador social, Máster en Adicciones, Experto en Salud Mental Comunitaria. Bilbao.

Resumen: El presente artículo aborda el fenómeno Housing First a partir de una serie de casos y ejemplos prácticos. Los casos de Housing First suponen un reto para las estructuras de atención social y de salud mental comunitaria. Son casos que hacen agujero en la red asistencial bajo diferentes modalidades de rechazo. Son los que no quieren participar del programa, los desinsertados del proyecto del bienestar global. Aquellos que con su rechazo nos muestran el camino, los déficits y el estrecho margen de manio-bra del programa asistencial. Este es uno de los puntos fuertes del modelo HF, poner el acento en el fracaso, en lo que cojea, en lo que no marcha, es decir, apoyarnos en lo que hace síntoma en la red asistencial.

Palabras clave: Housing First, acompañamiento, construcción del caso, espacio sociosanitario, Salud Mental Comunitaria, Trabajo en red.

Abstract: This article addresses the Housing First phenomenon from a series of cases and practical examples. Housing First cases embody the limits and challenges of institutional program. These are cases that make a hole in the healthcare network under different types of rejection. They are those who do not want to participate in the program, the disinserted from the global welfare project. Those who with their rejection show us the way, the deficits and the limits of the assistance program for all. This is one of the strengths of the HF model, putting the emphasis on failure, on what is limping, on what is not working, that is, supporting ourselves with what is a symptom in the healthcare network.

Key words: Housing First, accompaniment, case building, Community Mental Health, network.

Housing First: El síntoma de la red asistencial

Los casos de Housing First¹ (HF) suponen un reto para las estructuras de atención social y salud mental comunitaria, y por ello nos sirven de brújula. Son casos que hacen agujero en la red asistencial bajo diferentes modalidades de rechazo. Son los insumisos de la burocracia y el lazo social. Los que no quieren participar del programa, los desinsertados del proyecto de la sociedad del bienestar global. Aquellos que con su rechazo nos muestran el camino, los déficits y los límites del programa asistencial para todos. Es este uno de los puntos fuertes del modelo Housing First, poner el acento en el fracaso, en lo que cojea, en lo que no marcha, es decir, apoyarnos en lo que hace síntoma en la red asistencial.

Con Freud aprendimos que el síntoma puede ser descifrado, interpretado, es decir, que tiene un sentido y una función. El síntoma es una respuesta subjetiva, una defensa frente a un malestar, por ejemplo un trauma. Freud descubre, en el trabajo clínico con sus pacientes, que el síntoma neurótico está relacionado con algo que no fue elaborado a nivel simbólico tomando el camino de la represión. El malestar del síntoma radica en su repetición; el retorno de lo reprimido. Esta compulsión a la repetición es lo que nos interesa destacar, de manera que podamos evitarla, tratándola con los instrumentos y recursos con los que contamos en la extensa, plural y diversa red asistencial.

Muchos de los psiquiatras, trabajadores sociales y educadores que desarrollan su acción en diferentes servicios de la red de salud mental, adicciones y acompañamiento social saben de esta repetición implacable, personas que atienden desde hace mucho tiempo, casos que se cronifican en la red asistencial, que entran y salen de prisión, del Hospital, de una desintoxicación y que acceden a

diversos tratamientos de los que salen eyectados, expulsados o abandonan de manera reiterativa para volver a la calle. Esto genera gran malestar e impotencia tanto entre los profesionales y servicios de atención directa como entre aquellos sujetos que fracasan, una y otra vez, en sus intentos de ser realojados en un vínculo social haciendo uso de las estructuras de promoción y protección social. Me consta que directores, políticos y gestores de las redes de atención sociosanitaria se encuentran, a su vez, muy comprometidos en esta tarea. Este compromiso los ha llevado a impulsar, recientemente, un nuevo proyecto residencial que participa de las lógicas y el estilo del método Housing First, en Bizkaia².

Mi hipótesis es que HF se apoya en el síntoma de la red asistencial para proponer otro tipo de respuesta y de abordaje posible, adaptando los servicios a la singularidad de cada persona, frente a las problemáticas emergentes y a sus nuevas formas clínicas: desinserciones, adicciones y salud mental. Apoyarnos en el síntoma, en aquello que fracasa y que insiste, es siempre una buena política, precisamente para evitar la repetición.

Una práctica y una institución capaz de adaptarse a la singularidad de cada persona

En el presente apartado expongo algunos ejemplos prácticos³, en virtud de mi labor de acompañamiento y coordinación de un centro de día en el campo de la exclusión social, la Salud Mental y las adicciones, donde atendemos a diferentes personas, algunas de las cuales han accedido a un proyecto residencial que participa de las ló-

1 En el año 2015 la Diputación Foral de Bizkaia impulsa un proyecto residencial basado en los principios del método conocido como Housing First. Se apuesta por un modelo residencial de baja exigencia y centrado en la persona. Pese a los múltiples obstáculos, el proyecto sigue en marcha, no sin ciertas variaciones, adaptándose a la coyuntura social, política y económica de la Comunidad Autónoma Vasca. El presente artículo se apoya en la oportunidad que he tenido de acompañar a siete personas que accedieron al programa.

2 La Diputación Foral de Bizkaia ha impulsado un programa residencial que participa de las lógicas del método Housing First. El programa "Habitat Bizkaia" nace gracias al esfuerzo y la voluntad política de los profesionales y políticos del Departamento de empleo, inclusión social e igualdad.

3 Los ejemplos que aquí se presentan han sido debidamente tratados y modificados para preservar la confidencialidad y la protección de los datos. Todos los nombres son ficticios. Su interés radica en aportar elementos concretos y específicos de la práctica diaria y están dirigidos a la conversación y al debate clínico y social entre profesionales del sector. El acto clínico, educativo y social se justifica en el caso por caso, en el uno por uno. Su eficacia ha de ser contrastada y puesta a prueba en cada caso concreto, sostener a cada persona y promocionarla en el vínculo social, una tarea compleja sobre la que cada practicante responderá desde su ética, su acto y el discurso que lo soporta.

gicas del método Housing First. Nuestra práctica de acompañamiento se apoya en el trabajo de construcción de los casos, la clínica y la singularidad, dando un lugar a la palabra de cada persona y haciendo espacio a los sujetos.

Ejemplo 1. “Quieren mi dinero”

Lucía, a quien atendemos en el servicio de acompañamiento para personas en situación de exclusión social, acaba de acceder a un servicio residencial (es su tercer intento, en los dos pisos anteriores fue expulsada por agredir a una compañera). Nos cuenta que allí se encuentra “vigilada las 25 horas del día”, “me roban”, “hablan de mí a mis espaldas”, “me quieren echar”. Le pregunto por cómo poder arreglárselas con ello, me dice “quieren mi dinero”. Lucía ha pensado que quizás podría dejar su dinero en una caja fuerte en su centro de día, además añade “la música me ayuda, así me dejan en paz y voy a lo mío”. Apoyo esto con énfasis y determinación. Lucía compra una caja para su dinero y la deposita en nuestro centro de día, “bajo llave”, al mismo tiempo que se compra unos auriculares y nos pide que le descarguemos canciones de internet. Con esta operación, aparentemente sencilla, Lucía ha dejado de perseguirse en el piso. Ahora dice, “voy a lo mío, no me altero y cumplo con mis responsabilidades”.

Lucía se encuentra invadida por fenómenos de intrusión, lo que está en juego es su propia existencia, “ser echada”. Se encuentra vigilada 25 horas al día, capturada en la mirada del Otro. Sin embargo, Lucía inventa una solución muy original. Localiza un objeto que puede condensar la maldad del Otro (Lo que el otro quiere de mí, “mi dinero”) y que le aporta una significación más precisa y delimitada, desplazando el interés del Otro de su persona -de su ser, de su existencia- a su dinero. En la paranoia, el Otro se muestra extremadamente voraz, quiere el objeto del sujeto, en este caso su dinero. Cuando el sujeto pone a resguardo su objeto, las interpretaciones delirantes ceden. Por otro lado, el uso de los auriculares le permite una separación real del objeto voz (muy invasivo en este caso). Bajo estas coordenadas, Lucía puede ocupar un lugar más apacible y explorar otros recorridos posibles, de momento, bajo el amparo de la institución.

Ejemplo 2. Un sitio para Andrea: “necesito un centro”

El equipo de educadores de calle nos solicita para atender a Andrea. Es una joven de 25 años que lleva mucho tiempo viviendo en la calle y no engancha en ningún recurso social. Nos advierten que se trata de un caso muy complicado que siempre se desconecta de las propuestas que le hacen (pisos de acogida, albergues, tratamientos psiquiátricos), no obstante mantiene un buen vínculo tanto con ellos como con su psiquiatra, lo que nos orienta de cara a organizar un trabajo en red, periódico y que perdura en el tiempo. También nos informa de la posición de rechazo, tan radical, de esta joven.

Andrea fue ingresada en un hogar de protección infantil a la edad de dos años “me dejaron allí porque mi madre no tenía sitio”, sin embargo, sus constantes fugas derivan en una situación muy precoz de sinhogarismo. Desde siempre, Andrea pone en aprietos a las instituciones y servicios que la atienden, roba, se pelea, miente, se fuga y, en consecuencia, es expulsada y vuelve a la calle, una y otra vez. Se trata de poder ubicar estos actos que, más allá de considerarlos como “conductas disruptivas”, son el esfuerzo de un sujeto por abrirse un lugar en el Otro, tener un lugar, “mi madre no tenía sitio”. Son actos que ponen en falta al Otro, son maneras de hacerlo enfadar, desesperarlo, angustiarse, enloquecerlo, tenerlo preocupado hasta el límite de provocar su rechazo, que es una manera, muy real, de hacerlo existir.

Andrea necesita, una y otra vez, asegurarse de que el Otro, en este caso una institución, no tiene un sitio para ella. Es una lógica un poco diferente, pero es la lógica de Andrea. La lógica de su síntoma. El sujeto ha quedado fijado a las condiciones de su Otro primordial, aquel que no disponía de un sitio para ella⁴. Sin embargo, y orientados por la clínica, podemos iniciar un trabajo con

4 La madre de Andrea vivía en la calle. Este dato, que me fue revelado tan solo en una ocasión, explica en parte las relaciones entre Andrea y la calle, en su dimensión de Otro primordial. En una serie de casos, diferentes pero solidarios entre sí, podemos advertir que la calle ha funcionado como institución, como lugar de inscripción y de transmisión posible, cuando la escuela, las instituciones de protección a la infancia o la parentalidad declinan su función o no pueden ejercerla.

ella representando un interlocutor institucional diferente, incompleto, donde Andrea pueda, no sin dificultades, construir un sitio a partir de una incompletud. Para Andrea es necesario que al Otro le falte algo, de lo contrario, ella misma cava una deuda en el Otro, produce un agujero real en el Otro; fugándose, agujereando las puertas, robando, mintiendo, golpeando. Son maneras de poner al Otro en falta y reivindicar un lugar que nunca tuvo.

Atiendo a Andrea desde hace siete años en un Centro de Día. Las primeras palabras que me dirigió fueron “necesito un centro... porque tengo la cabeza descentrada, mi madre no se pudo ocupar de mí, nadie me enseñó nada, no tengo referencias”. En otra conversación me explica que ella sabe muchas cosas, en particular, “cosas que he aprendido en la calle y que me gustaría enseñar” (la calle ha funcionado, para Andrea, como una institución, es decir, como una *transmisión* posible). Le digo que, efectivamente, es ella quien sabe. Añado que, quizás, estaría dispuesta a enseñarnos algunas de esas cosas que ella sabe y nosotros no. Entonces, se inicia un período muy productivo para Andrea. Ha pensado en solicitar una ayuda para arreglarse la boca, también quiere solicitar la Renta de Garantía de Ingresos (RGI) y hacerse una valoración de minusvalía “y tener mi propia casa”. Quiere sacarse el DNI y nos solicita para poder guardar en el centro su medicación psiquiátrica y tomarla de manera regular. Quiere solicitar plaza fija en un albergue e ir a un comedor social. Yo le ofrezco acompañarla en estas cuestiones, pero le pongo una condición, que lo haga con el equipo de “tu centro” de día, que lo organice ella con los voluntarios, los profesionales y los estudiantes en prácticas “que están aquí para aprender lo que usted tiene para enseñarles” subrayo. Es así como Andrea nos va eligiendo para enseñarnos algunas cosas cada día, organizando su centro, los ritmos, el tiempo y el lugar, de manera que le vamos acompañando en las diferentes cuestiones que quiere hacer. Pasado un año, Andrea tiene una RGI, duerme en un albergue de forma estable y está a la espera de la resolución de la valoración de minusvalía.

En la actualidad, siete años después y tras haber sido expulsada de manera definitiva de los albergues sociales, Andrea accede a un proyecto social que le ofrece una casa para ella sola en un contex-

to comunitario. Acude de manera regular al Centro de Salud Mental, toma una medicación y hace deporte, le gusta la tecnología, la ciencia, “arreglar cosas”, la música y ha vuelto a estudiar para obtener el graduado escolar. Andrea ha construido un lugar, a partir de adaptarnos a sus condiciones subjetivas; respetando la dignidad de su síntoma.

Para nosotros se trataba de ocupar una posición diferente para Andrea, advertidos de la repetición de hacerse echar de aquellos servicios que, eventualmente, la atendían y querían ayudarla. Lo conseguimos de diversas maneras. En primer lugar, como ya he señalado, ocupando una posición de no-saber que hizo posible relanzar el saber propio del sujeto, ponerlo en circulación, compartirlo y hacer uso de él. En un segundo tiempo ubicando una falta en nosotros, descompletándonos, produciendo un vacío del que Andrea puede hacer un uso. Esto le proporcionó un cierto lugar, ser aquella que nos enseña cosas, en lugar de ser “la expulsada”; aquella que provoca el rechazo del Otro. Las consecuencias de este desplazamiento en su posición subjetiva la impulsan a iniciar una búsqueda en el lugar del Otro, a partir de una serie de inscripciones, por eso decide sacarse el carnet de “identidad”, solicitar una casa, una minusvalía e interesarse por el saber del Otro; el graduado escolar. Una apertura a un naciente vínculo social.

Para sostener este vínculo transferencial, tan delicado y frágil, se trata de que Andrea pueda seguir ocupando el lugar central con respecto al saber. Es decir, hacer como que no sabemos (lo cual es cierto) y que sea ella quien nos enseñe cual va a ser su manera de centrarse. De esta manera, Andrea nos incluye en su subjetividad, en su marco de trabajo. Para ella podemos seguir representando este Otro incompleto, en falta, que dispone de un sitio para Andrea.

Ejemplo 3. «Me leen los pensamientos»

Martín se sienta en un ordenador y escucha música con sus auriculares, cuando un educador del centro de día se acerca, Martín le dice “es para que no me lean los pensamientos”. Martín fue abandonado a la edad de cinco años y desde los dieciocho vive en la calle, haciendo uso de los albergues sociales de manera eventual. Cuida mucho su imagen y siempre nos pregun-

ta “¿Cómo me ves?”. Martín se compra cremas faciales, colonias, ropa moderna y cuida mucho su aseo personal. También nos pide que le hagamos fotos que después edita y en las que se ve guapo. Un día me dice que lleva una semana sin venir al centro de día porque tenía “mala cara”, “no quiero que nadie me vea mal” y me explica que le gente puede saber cómo se siente por su mirada, por su cara. Le digo sorprendido “nadie puede saber cómo te sientes si no se lo dices, es imposible!”. Desde entonces, Martín acude al centro aunque se encuentre mal, habla con nosotros y nos pide ayuda para avanzar con su vida.

El trabajo de Martín en el centro de día consiste en separarse de estas interpretaciones delirantes a partir de construirse una imagen y ubicar los bordes, y los límites, de su propio cuerpo. También escribe relatos de ficción sobre niños abandonados y adolescentes que encuentran el amor, un amor idealizado. Para él se trata de restituir algo del amor, de la imagen y de la mirada que no tuvo, a partir de estas ficciones “que tienen un final feliz” y que le permiten pensarse de otra manera. Poner un final, un punto de discontinuidad entre el abandono, del que fue objeto, y su porvenir. En la actualidad ha dado el paso de acceder a un piso de HF “donde tengo un espejo en el que me veo de cuerpo entero y un armario para guardar mi ropa”. Le acompañamos en este nuevo comienzo.

Ejemplo 4. “Una cadena”

Ismael acude a solicitar plaza en nuestro centro de día, tiene 47 años. Cuando era un niño y, tras la prematura muerte de su hermano, Ismael se fugó de casa y se hizo adicto a la heroína, estas fueron las respuestas del sujeto (la adicción y la errancia) frente al agujero abierto en lo real tras la muerte de su hermano pequeño. Le pregunto sobre sus necesidades e intereses: “Necesito un ordenador, quiero buscar mis principios para avanzar mi futuro, escribir mi libro. Mi vida es un caos”. Le propongo, si le parece bien, que los educadores del servicio puedan enseñarle el manejo básico de los ordenadores y los procesadores de texto, “una colaboración”. Ismael me responde “Sí, una cadena”.

Ismael ha escrito ya cuatro libros. En el primero de ellos, «vida de un toxicómano», narra su vida

como adicto a la heroína. Justo antes de terminarlo incluye un cambio en el título, lo llamará vida de un ex-toxicómano. Tras escribirlo, Ismael abandonará el consumo de tóxicos y se pone a trabajar repartiendo periódicos y escribiendo poemas. A partir de este momento, dice que es «escritor y poeta». Es decir, deja caer su identificación al “ser-toxicómano” y frente al vacío que esta identificación deja viene otra en su auxilio, una palabra que le representa, una nominación particular: «Soy escritor y poeta». En su segundo libro «El chico de la calle», Ismael relata sus viajes, su deambular y su vida en la calle. Tras publicarlo, Ismael accede a una casa de un proyecto de la Diputación, dejando su vida en la calle. He aquí el compromiso de este sujeto con su escritura. Un ordenador que introduce tres tiempos: «Parar, pensar, actuar. ¡Una cadena!» señala Ismael. Su tercer libro lleva por título «Almas rotas», donde sitúa con absoluta precisión la coyuntura de su desencadenamiento y los efectos en su cuerpo. «Alma rota» es el significante que el sujeto encontró (inventó) para nominar el efecto que produjo en su cuerpo la prematura muerte de su hermano, momento de desencadenamiento de Ismael. Al escribir sobre este acontecimiento, Ismael reintroduce en el discurso, en la cadena del lenguaje, aquello que quedó por fuera de la significación como un real traumático. Finalmente escribe el que, hasta la fecha, es su último libro «El comienzo».

La escritura es, para Ismael, un lugar que le permite instaurar «una cadena» allí donde no la había, en el lenguaje. Un lugar a partir del cual inaugurar un nuevo orden, una re-escritura, y, en consecuencia, producir «un comienzo» (su último libro). Con su escritura, Ismael inventa una solución propia, sintomática, para tratar su trauma y tomar una distancia. Por mi parte, fue necesario que yo desinflara toda una serie de ideales de re-inserción social y terapéutica que el sujeto traía consigo, permitiéndole así ocupar un lugar diferente frente al vacío que esos ideales dejaban. Ismael me dice: «Escribir es una liberación, me libero de mi rabia, de mi ira, es como un imán, me pego a la silla y al ordenador y escribo para las futuras generaciones, para dar testimonio, es terapéutico, no sé por qué, pero me libera. Pasar del caos al orden, de la oscuridad de la noche a la luz». Como su autor señala, se trata de un libro dirigido a las nuevas generaciones, a los que

están por advenir, a los que aún no participan del desorden del mundo ni de los malentendidos propios del vínculo social. Un libro dirigido al futuro.

El encuentro con lo real es siempre del orden de lo traumático. Es un impacto por fuera de sentido. Ningún ser hablante puede eludir o escamotear este encuentro, que es siempre contingente e inesperado. El trauma, que habita en cada uno de nosotros, orienta, sin saberlo, nuestras vidas. Es aquello que no cesa de no escribirse. Un real que nos concierne y que retorna, una y otra vez, sin posibilidad de inscripción o elaboración. Un tratamiento de lo real traumático por la vía del acto de escribir. Una escritura viva que tiene el estatuto de un acto, y que instaura un tiempo inédito y, en consecuencia, tiene la virtud de separarlo del pasado e inaugurar un principio, un porvenir; un comienzo. Un futuro.

Ejemplo 5. El saber pasa al mundo

A los 15 años y a raíz del diagnóstico de un tumor cerebral, Alain decide fugarse de la casa familiar “no quería tener nada, vivía sin nada, solo quería esperar a la muerte, todos saben lo que tengo y que voy a morir, estaba marcado y todos lo sabían”. Alain se refugia en las drogas “con la droga ya no me venían estos pensamientos” y durante quince años vive en la calle. Tras dos años de trabajo con él en el centro de día decide iniciar un voluntariado, sin embargo a los pocos días lo deja porque “todos saben que voy a morir”. La proximidad con el vínculo social hace aflorar nuevamente su certeza delirante y su saber privado pasa al mundo, “todos lo saben”. Siente que lo dejan de lado, “ya no me miran igual, me rechazan, lo saben”.

En el acompañamiento con Alain se trata de ir, poco a poco, apartándolo de esta certeza pero sin contradecirla de manera frontal, encontrando otras maneras de vivir y de hacer, que apoyamos a medida que van surgiendo, y que lo separan de estos pensamientos. Por ejemplo, Alain comienza a tomar una medicación psiquiátrica, accede al programa HF, regula sus visitas al centro de día e inicia un voluntariado, esta vez, con animales. “Tengo que hacer las cosas al revés, contradecir mis propios pensamientos, si tengo una tendencia a aislarme y quedarme en casa, pues hago lo contrario, salir, distraerme y no pensar tanto,

venir a hablar contigo me sienta bien”. De esta singular manera, Alain va poco a poco contradiciendo sus certezas en los diferentes ámbitos de su vida. La certeza sigue ahí, fija, pero el sujeto ha conseguido situarse de otra manera frente a ella, la utiliza para contradecirla, con la palabra y con los actos. Esta invención es un hallazgo muy valioso para Alain, que le permite introducir una barrera, un límite a la intrusión de ese Otro que quiere saberlo todo. De esta manera, el sujeto puede tener una intimidad; una vida privada y propia frente a los pensamientos de intrusión. Ahora puede tener secretos y «hasta puedo mentir». Por otra parte, el voluntariado que realiza con animales (“me siento útil y necesario”) hace posible un cierto lazo social donde la confianza se va, poco a poco, abriendo camino: “los animales nunca te juzgan, se puede confiar en ellos”.

La certeza psicótica se encuentra por fuera de toda dialéctica posible, inaccesible por la vía del significante. Sin embargo, cabe la posibilidad de aislarla y tomar una distancia; encontrando fórmulas de separación. En el campo de las adiciones conviene que cada sujeto pueda ubicar la función que el tóxico ocupa en su economía subjetiva, en este caso, un autotratamiento, una forma de sedación que le permitía desconectarse de sus propios pensamientos.

Tras multitud de fracasos en servicios residenciales Alain ha encontrado una cierta estabilización a partir de ser incluido en el proyecto HF, donde cuenta con un espacio privado alejado de las miradas por las que se siente rechazado.

Ejemplo 6. Una ayuda social

Juan, a quien atendemos en el centro de día, accede a un recurso residencial, tras años viviendo en la calle. En la entrevista de acceso al servicio le explican que debe, obligatoriamente, solicitar una ayuda social. Juan no desea pedir esta ayuda ya que ha solicitado una valoración de minusvalía y confía en poder percibir, en un futuro, una pensión con motivo de su problemática psíquica (una solicitud que Juan ha realizado con el acompañamiento y el apoyo tanto de su psiquiatra como de la trabajadora social de la red de Salud Mental). Los educadores del piso le dicen que no cumple con los requisitos para una minusvalía y que no se la van a conceder, en consecuen-

cia, deberá solicitar la RGI (Renta de Garantía de Ingresos). En esta entrevista le informan de la normativa del servicio, tareas y compromisos que debe adquirir, haciendo especial hincapié en las expulsiones en caso de incumplimiento. A las dos semanas de acceder al servicio residencial es expulsado «por no querer participar del programa» (palabras del equipo educativo). Juan me cuenta que él no quiere pedir la ayuda económica que le proponen, me dice «quieren controlarme y manipular mis pensamientos». Me explica que él «solo quería un techo, una protección». En la actualidad, Juan se encuentra viviendo en una casa del proyecto HF, percibiendo la pensión de minusvalía y acudiendo a entrevistas de trabajo en el campo de la diversidad funcional.

Ejemplo 7. Una respuesta violenta frente al desalojo

Aitor se encuentra muy angustiado desde que a dos de sus familiares les hayan diagnosticado Covid-19. Teme contagiarse y le cuesta mantener el confinamiento en el recurso residencial donde vive desde hace dos años. Una noche y ante la emergencia de la angustia decide salir del piso y dar un paseo. Cuando vuelve le dicen que está expulsado. Realiza, entonces, actos de violencia (“para que venga la policía y tener un techo donde dormir”). Pasa la noche en comisaría y a la mañana siguiente le recibimos en el centro de día. Se encuentra sin medicación psiquiátrica (está en el piso y no puede acceder a ella) y con ideaciones delirantes de contagio. Ni come, ni bebe ni va al baño por miedo al contacto con materiales, utensilios o recipientes que contengan el virus.

Este ejemplo da cuenta de los efectos de una expulsión, como recurso “educativo”, en multitud de servicios de la red asistencial. ¿Qué ha pasado? El sujeto se queda sin lugar en el Otro, sin asidero, y como resultado tenemos la respuesta violenta, paradójica, para ser re-alojado de nuevo (es un intento desesperado para incluirse de nuevo en el Otro). La consecuencia de haber quedado sin lugar, sin marco, es un desencadenamiento franco (muchos de los desencadenamientos que vemos se producen en coyunturas en las que el sujeto pierde su lugar: frente a una pérdida de empleo, una ruptura sentimental, un desahucio, la muerte de un ser querido, etc.).

En lugar de escuchar a Aitor y poder flexibilizar su acompañamiento, ofreciéndole un espacio para hablar de estas preocupaciones que invaden su vida, se recurre a la expulsión directa, sin explicaciones (ies la normativa!). El sujeto queda identificado a una posición de excluido (echado) y su sintomatología delirante se agudiza notablemente, instalándose una desconfianza masiva que arrasa todo el campo de su subjetividad (no puede expulsar nada de su cuerpo, tampoco introducir nada). Como ya constatamos día tras día en nuestra práctica, estas prácticas de expulsión generan respuestas violentas, pero además producen desestabilizaciones clínicas muy severas (desencadenamientos masivos).

Ejemplo 8. “La muerte me persigue... pero yo soy más rápido”

El desencadenamiento de su psicosis se produjo con el anuncio de la muerte de su padre cuando Rober tenía siete años. Han pasado 35 años desde aquel día, Rober ha pasado por multitud de servicios de salud mental y adicciones, recayendo una y otra vez desde el comienzo de su adicción a los nueve años. Su vida ha transcurrido entre albergues, calle y comunidades terapéuticas. “La muerte me persigue desde que los médicos le dijeron a mi padre que iba a morir, soy un muerto en vida”. Los albergues sociales, los tatuajes y el consumo de tóxicos han sido su tratamiento hasta que accede al proyecto HF.

Desde su entrada en la vivienda nos habla de la presencia de la muerte, cuando se va a dormir piensa que no volverá a despertar, ve sombras en la oscuridad de su domicilio, pasa el día fuera de casa y teme volver al caer la noche, piensa que existe una maldición en la familia de su padre y siente que su madre podría morir en cualquier momento. Para tratar esta presencia mortífera nos apoyamos en la solución del sujeto, los tatuajes, de manera que le proponemos escribir sobre estos pensamientos recurrentes. Día tras día me trae sus escritos y los leemos juntos, esta operación le permite alejarse de estos pensamientos y elaborar diversas soluciones que va poniendo en práctica. Rober, con su deslumbrante ironía, afirma “la muerte me persigue... pero yo soy más rápido”.

Ahora nos invita a comer a su casa, cocina muy bien y le gusta, ha adquirido un ordenador para

poner música punk y sus últimos tatuajes son el nombre de su padre, una “viuda negra” y “los jinetes del apocalipsis”, es decir, que utiliza su cuerpo como superficie de inscripción para simbolizar lo real de la muerte y elaborar sus duelos pendientes, “me siento vivo” nos dice.

Desinserciones, adicciones y salud mental. Lo que nos interesa del modelo Housing First

El interés que puede suscitar este método va mucho más allá de su utilidad práctica y empírica, ya que está dirigido a los tres fenómenos clínicos y sociales fundamentales de nuestra época y del malestar en nuestra civilización: la fractura de los lazos sociales y los fenómenos identificatorios, el empuje masivo al goce sin límites y la adicción global, y las problemáticas psíquicas que cobran el estatuto de una epidemia depresiva, hiperactiva o suicida. Las dificultades que el programa institucional encuentra en la atención de estos síntomas globales son características de nuestra modernidad. Falta de coordinación y recursos entre áreas sanitarias y sociales, puerta giratoria, falta de financiación, burocracia excesiva, burn out entre profesionales, dificultades de acceso a los servicios, cronificación, desamparo institucional, iatrogenia, exclusiones y desinserciones, pobreza generalizada, etc.

El modelo HF subvierte, y organiza, las estructuras estatales de distribución de los cuidados abordando estos tres fenómenos de manera conjunta y racional. HF se dirige a personas que viven en la calle y tienen problemáticas asociadas a la salud mental y las adicciones. Para estas personas resulta prácticamente imposible acceder a un hogar, no solo debido a condiciones estructurales, sociales, clínicas y subjetivas sino, fundamentalmente, debido a los condicionantes terapéuticos y burocráticos que profesionales y servicios estiman suficientes, necesarios, imprescindibles para acceder a un servicio residencial. HF permite reubicar y cuestionar estos procedimientos, apoyándose en dos principios:

1. Los derechos de las personas atendidas.
2. Adaptar los servicios a la singularidad de cada caso.

Se trata de dos principios muy simples a partir de los cuales se subvierte toda la lógica asistencial.

No por nada, el modelo HF genera múltiples rechazos y desavenencias entre políticos y agentes sociales. ¿Qué tienes estos dos preceptos, aparentemente inocuos, para inocular tanto interés y rechazo? ¿Cuál es su carácter transformador? Podríamos pensar que estos dos principios no tienen nada de novedoso y que, en este sentido, deberían estar incorporados al programa asistencial desde hace mucho tiempo... o quizás no. Si Housing First los ha situado como principios vectores, y fundamentales, de una práctica posible e innovadora, ¿será, quizás, que en nuestras prácticas no se tienen en cuenta? ¿Habremos sido capaces de organizar una red asistencial, una cultura de trabajo, sin tomar lo suficientemente en serio estos dos principios éticos?

Los derechos de las personas atendidas. No hay práctica sin ética

Comencemos por los derechos. Es una cuestión de derechos, lo demás vendrá después. Hay que reconocer que la propuesta es original. Es decir, que, paradójicamente, HF permite situar, de otra manera, el acceso a la red asistencial, a las estructuras de cuidados, y a la atención social y sanitaria apoyándose, no en un tratamiento preceptivo ni en un programa de intervención previo al encuentro con cada persona, sino a partir de situar la dimensión humana del derecho de acogida y protección universal. Es un derecho humano.

Este modelo reintroduce la función de la Ley en su dimensión de orden y de límite, de regulación, frente a otro tipo de intervenciones terapéuticas. Esto permite situar la función social, de acogida y asilo, como primordial, primera y prioritaria, en el programa de protección social. Constituir espacios de acogida. A partir de esta acogida sin condiciones, quizás, más adelante, puedan proponerse otro tipo de intervenciones de carácter terapéutico o educativo. Intervenciones que tendrán que contar con el consentimiento de la persona y siempre que no interfieran en el menoscabo de sus derechos humanos.

Los principios fundamentales de Housing First⁵ (2016, p.23):

- La vivienda es un derecho humano.

⁵ Guía Housing First Europa (2016). Traducida por Fundación RAIS. www.housingfirstguide.eu

- Elección y control para las personas usuarias.
- Separación de vivienda y tratamiento.
- Orientación a la recuperación.
- Reducción del daño.
- Compromiso activo sin coerción.
- Planificación centrada en la persona.
- Apoyo flexible y disponible durante el tiempo necesario.

Es evidente, para todo buen lector, que esta metodología articula punto por punto todos los excesos del programa institucional, situando sus límites éticos a partir de apuntalar y garantizar los derechos de las personas usuarias del servicio. Es una operación estratégica muy singular. Poner el derecho en el centro de la intervención permite sostener un límite y una orientación de trabajo colaborativo entre diferentes disciplinas y servicios.

Los derechos humanos permiten situar unos límites a la intervención terapéutica, excesiva, en el campo de la acción social y el trabajo con el otro. Usted tiene derecho a ser atendido, escuchado, tanto en su palabra como en su diferencia, en un servicio hecho a su medida. Adaptando la atención social a la singularidad de cada persona, una por una. No es tanto la noción de casa, tenerla o no tenerla, sino la estructura organizacional la que se encuentra comprometida bajo unos principios de atención que permitan alojar a estas personas; ofrecerles un lugar.

La función prioritaria de las instituciones se sostiene de un deber de humanidad, de hospitalidad y de acogida, frente a las dificultades que cada uno atraviesa. Esto es previo a toda intervención terapéutica, adaptativa o normalizadora.

Acoger el síntoma como lazo social

Eric Laurent, en una conferencia de 2008 en el Instituto Clínico de Buenos Aires que lleva por título *El delirio de normalidad*, sostiene una tesis fundamental para todos aquellos profesionales que trabajamos en el campo de la salud mental y la exclusión social, en la que aborda las relaciones posibles entre el síntoma y el vínculo social, lo dice así: “lo irreductible del síntoma como lazo social verdadero aunque no sea unificador”.

Hay una diferencia entre el síntoma, tal y como lo concebimos en la clínica de orientación lacaniana, y el síntoma en su dimensión psiquiátrica, deficitaria, como trastorno que hay que erradicar o curar. El síntoma contiene, además de una dimensión sufriente, una salida o solución, una respuesta *verdadera* a partir de la cual es posible un lazo al Otro. Síntoma y lazo social están íntimamente relacionados. No hay lazo social que no esté orientado, delimitado y contorneado, por el síntoma de cada uno.

Hay un núcleo de malestar en el síntoma que produce un llamado al Otro, una demanda de ayuda. El síntoma tiene una vertiente subjetiva, de invención sintomática, que orienta al sujeto, es una brújula de la que se puede hacer un uso social. Las instituciones, en su dimensión de acogida, deben ser capaces de acoger el síntoma que cada uno porta consigo. Acoger el síntoma es acoger la diferencia, la diversidad de posiciones subjetivas que se dirigen a nosotros y que permitirán, a cada uno, orientarse en el lazo social haciéndose cargo de sus propios síntomas y malestares e inventando sus propias modalidades de respuesta, es decir, de inclusión social.

A modo de conclusión

Los planteamientos jurídico-políticos que están detrás del modelo Housing First nos permiten situar algunas de las paradojas y contradicciones que habitan en el programa asistencial, y que se declinan en los proyectos y programas de inclusión social que ofrecemos a la ciudadanía.

Apoyarse en los derechos de toda persona a ser acogido, escuchado y realojado es una buena política social, y de salud mental, que compromete el trabajo y la conversación entre múltiples agentes y Departamentos de diferentes instituciones (Ayuntamientos, Diputaciones Forales, Gobierno Vasco). Una política que permita reorganizar las redes socio-sanitarias y terapéuticas para sacarles el máximo rendimiento y eficacia social, eso sí, a condición de realizar un trabajo de acompañamiento intenso y bien orientado, basado en la centralidad de cada caso, e incorporando a los diversos agentes y servicios que trabajan en la red de Salud Mental, adicciones e inclusión social.

Frente al exceso de normativas y protocolos que ordenan una práctica, nosotros proponemos orientarnos por la singularidad. En el campo de nuestra praxis se evidencia que, para construir un lugar en el mundo, cada persona se ve confrontada a inventar una manera propia, por fuera

de las normas y las soluciones prêt-à-porter. El profesional bien podrá acompañarlas en esta tarea, descompletando su propio saber y favoreciendo las invenciones de cada sujeto implicado. Es decir, acogiendo el síntoma de cada uno.

Contacto

Cosme Sánchez Alber ☎ 620 313 855 ✉ cosmesan@hotmail.com
Calle Solokoetxe 3 • 48006 Bilbao

Bibliografía

- Laurent E. (2008). *La clínica analítica hoy. El síntoma y el lazo social*. Conferencia del 27 de noviembre de 2008 en el Instituto Clínico de Buenos Aires, *El delirio de normalidad*.
- Sánchez C. (2013). *La figura del Educador Social en el campo de la Salud Mental Comunitaria: el amor por la pregunta y la construcción del caso en red*. Revista Norte de Salud Mental. Vol. 11, número 45.
- Sánchez C. (2015). *Un método para la construcción de los casos: encontrar una brújula en el trabajo con el otro*. Revista Norte de Salud Mental. Vol. 13, número 53.
- Sánchez C. (2016). *La función social de las instituciones en la atención a las personas sin hogar un deber de humanidad. El ejemplo de HOUSING FIRST*. Revista Norte de Salud Mental. Vol. 14, número 55.
- Guía Housing First Europa (2016). Traducida por Fundación RAIS. www.housingfirstguide.eu
- *El programa 'Habitat Bizkaia' confirma su eficiencia en el proceso de inclusión social de personas sin hogar*. Área de prensa de la DFB. Artículo de 2 de diciembre 2019.

- Recibido: 6/11/2020.
- Aceptado: 14/12/2020.

Creencias sobre tabaco y abstinencia al año de iniciar un tratamiento para dejar de fumar.

Beliefs about tobacco and abstinence one year after starting a smoking cessation treatment.

Pedro Aguilar-Cotrina^a, Ana M. Pérez-García^b, Lucía Martín-Rufo^b y Marina Muñoz-Gutiérrez^b.

^a Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).

^b Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid.

Resumen: El tabaco constituye uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. En una muestra de 241 adultos (63.1% mujeres; edad media = 47.8 años; rango entre 26 y 79 años) se analizó la relación entre factores relevantes para dejar de fumar (presencia de psicopatología, apoyo farmacológico, experiencias previas sin fumar, dependencia nicotínica y creencias adictivas sobre el tabaco) y la abstinencia tanto al finalizar un tratamiento combinado de tres meses de deshabituación tabáquica (Tiempo 1), como al año de su inicio (Tiempo 2). Los resultados mostraron que la abstinencia se asociaba con ausencia de psicopatología, apoyo farmacológico específico, experiencias previas prolongadas sin fumar superiores a 6 meses, y con creencias adictivas sobre el tabaco más reducidas después de la intervención. Resulta importante considerar estos factores en los tratamientos para dejar de fumar e intervenir, de manera específica, sobre las creencias adictivas relacionadas con el consumo de tabaco.

Palabras clave: tabaco, creencias, tratamiento combinado, abstinencia, estudio longitudinal.

Abstract: Tobacco constitutes one of the main public health problems in the world. In a sample of 241 adults (63.1% women; mean age = 47.8 years; range between 26 and 79 years) the relationship between relevant factors for smoking cessation and abstinence at the end of a combined three-month smoking cessation treatment (Time 1) and one year after starting the treatment (Time 2) were analysed. Relevant factors were comprised of: presence of psychopathology, pharmacological support, previous experiences without smoking, nicotine dependence, and addictive beliefs about tobacco. The results showed an association between abstinence and absence of psychopathology, as well as the use of specific pharmacological support, prolonged previous experiences without smoking for more than 6 months, and with a significant reduction in addictive beliefs about tobacco after the intervention. It is important to consider these factors in smoking cessation treatments and properly address addictive beliefs related to tobacco use.

Key words: tobacco, beliefs, combined treatment, abstinence, longitudinal study.



El tabaco sigue siendo un grave reto para la salud en todo el mundo. A pesar de la innegable reducción en las cifras de fumadores a nivel global, con un 20% en el año 2015 frente a un 27% en 2000 (World Health Organization [WHO], 2018), sigue matando cada año a más de 8 millones (WHO 2019) de personas en el planeta. En España el 40.9% de la población de 15 a 64 años ha consumido tabaco en el último año, el 38.8% en el último mes y el 34% diariamente, lo que significa un incremento muy relevante respecto a las cifras de 2015 (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2020).

En función de lo expuesto anteriormente, es necesario seguir investigando y mejorando la eficacia de los tratamientos contrastados científicamente para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Entre la variedad de tratamientos disponibles, podemos encontrar los basados exclusivamente en intervenciones psicológicas y los combinados que se caracterizan por unir la intervención psicológica con asesoramiento médico y tratamiento farmacológico. Los primeros tienen una dilatada trayectoria, y los datos disponibles avalan que la mera adherencia al tratamiento implica una alta probabilidad de éxito (Pérez-Pareja et al., 2020). En los combinados, el abordaje desde distintos aspectos fundamentales de la adicción, puede ser la explicación de por qué han demostrado ser más eficaces actuando de forma coordinada que haciéndolo por separado (Fiore et al., 2009; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018; Puentes Valle et al, 2019; Stead et al., 2016), así como también más efectivos a largo plazo (Raich et al., 2015).

Además del tratamiento aplicado, la investigación previa demuestra que otros factores intervienen en el éxito para dejar de fumar, por ejemplo, la presencia de problemas psicopatológicos, la experiencia previa sin fumar y el nivel de dependencia nicotínica.

La revisión sistemática de Mathew et al. (2017) encuentra que la tasa de tabaquismo en individuos deprimidos es aproximadamente el doble que, en la población general, y que podría explicarse por el papel del tabaco en el manejo de estados emocionales aversivos. En consonancia con lo anterior, Jiménez-Treviño et al. (2019) encuentran que los pacientes deprimidos presentan

mayor prevalencia de consumo de tabaco respecto a la población general, y que existe un vínculo entre la gravedad del consumo y la gravedad de los síntomas de depresión experimentados.

En cuanto a la experiencia previa, se ha comprobado que la probabilidad de permanecer abstinentes en el seguimiento a los 12 meses está significativamente asociada a la duración del período previo más largo de abstinencia, y es el mejor de los predictores considerados en algunos estudios (Moreno-Arnedillo et al., 2014); en otros, el número de días de abstinencia logrados en intentos previos es el que establece diferencias significativas entre aquellos que lograban la abstinencia a los 12 meses y los que recaían (Martín Fuente, 2016).

Respecto al nivel de dependencia, Piñeiro et al. (2014) encontraron que las personas abstinentes al terminar el tratamiento tenían, antes de su inicio, puntuaciones bajas en dependencia nicotínica, y que los niveles de dependencia nicotínica elevada predecían fumar al final del tratamiento. En esta variable también coincide Martín Fuente (2016), al informar del hallazgo de que puntuaciones altas en instrumentos que miden la dependencia nicotínica predicen una menor probabilidad de permanecer abstinentes a largo plazo.

En el área psicológica, la intervención sobre las creencias relacionadas con la adicción se ha convertido en un objetivo fundamental, avalado tanto por modelos teóricos como por la evidencia disponible. Según el modelo cognitivo de las drogodependencias de Beck (Beck et al., 1999), las creencias adictivas están en la base de los impulsos de consumo y pueden agruparse en las siguientes categorías: (1) se necesita la sustancia para conservar el equilibrio psicológico y emocional, (2) la sustancia mejorará el desempeño social e intelectual, (3) otorgará más energía y fuerza al sujeto, (4) reducirá o eliminará el dolor, (5) calmará emociones negativas como el aburrimiento, la ansiedad, la tensión y/o la depresión, y (6) la convicción de que a menos que se consuma, la angustia continuará indefinidamente y empeorará. Por ello, la evaluación de las creencias adictivas se convierte así en un factor prioritario para el tratamiento de las drogodependencias. No obstante, las predicciones

de las investigaciones y el modelo teórico que las sustenta se han hecho con muestras de sujetos en tratamiento por adicción a diferentes sustancias, como cocaína, alcohol o cannabis (Martínez-González et al., 2018), pero no específicamente con muestras de sujetos adictos al tabaco.

Los objetivos del presente estudio fueron (1) analizar la posible relación entre las variables tratamiento farmacológico, experiencia previa sin fumar, dependencia nicotínica y presencia de problemas psicopatológicos con el abandono del consumo de tabaco tras un tratamiento para dejar de fumar; (2) analizar las diferencias entre las creencias adictivas relacionadas con el tabaco medidas antes del tratamiento y una vez finalizado el mismo; y (3) analizar si estas creencias pretratamiento y posttratamiento se asocian con el abandono del tabaco.

Método

Participantes

La muestra estaba formada por 241 adultos en tratamiento para dejar de fumar, con una edad media de 47.8 años ($Dt = 10.09$) y un rango entre 26 y 79. El 63.1% de la muestra eran mujeres ($N = 152$) y el 36.9% restante varones ($N = 89$).

Instrumentos

Se utilizó una entrevista semiestructurada individual para registrar datos sociodemográficos (*edad* y *sexo*) y datos relacionados con la conducta tabáquica. De las variables registradas relacionadas con este hábito, en este trabajo se informa sobre los *intentos previos de dejar de fumar*, y en caso afirmativo, del *número de meses continuados que habían estado sin fumar*, contando como experiencias prolongadas las que superaban los 6 meses. Además, se registraba si la persona estaba o no en tratamiento por *problemas psicopatológicos*.

Para evaluar las creencias se utilizó el *Cuestionario de creencias acerca del abuso de sustancias* (Beck et al., 1999) sustituyendo en cada ítem la palabra relativa a otras drogas por la específica de tabaco. Consta de 20 ítems medidos en una escala tipo Likert de siete valores (desde 1 =

totalmente en desacuerdo a 7 = totalmente de acuerdo). Este cuestionario se aplicó tanto al inicio como al final del tratamiento, configurando las variables de *creencias pretratamiento* y de *creencias posttratamiento*. La fiabilidad obtenida en la presente muestra fue de .86 y .88, respectivamente. Por otro lado, para observar el efecto de las creencias sobre el consumo de tabaco (abstinencia o no tras el tratamiento) se consideraron dos estratos en función del valor de la mediana en ambas aplicaciones del cuestionario de creencias, considerando bajas creencias cuando estaban entre 0 y el valor de la mediana, y altas, cuando superaban dicho valor. Para analizar la influencia del cambio en las creencias, se restaron las creencias posttratamiento a las creencias pretratamiento, y esta variable se estratificó en dos niveles en función de la mediana: grupo con baja reducción de creencias adictivas y grupo con alta reducción de dichas creencias al finalizar el tratamiento.

Para evaluar el grado de dependencia nicotínica se utilizó el *Test de la Dependencia a la Nicotina de Fagerström* (1978; versión española de Becoña et al., 1992), que incluye 6 ítems sobre dependencia física a la nicotina, con un rango de puntuaciones entre 0 y 10. Se utiliza para valorar cuándo puede ser beneficioso el uso de fármacos en combinación con el tratamiento psicológico. En la presente muestra se obtuvo una fiabilidad de .67. Se consideraron tres niveles de dependencia: baja (entre 0 y 3), moderada (entre 4 y 6), y alta (entre 7 y 10).

Procedimiento

Se contó con personas que residieran en la Comunidad de Madrid y se inscribieran voluntariamente, a través de una llamada telefónica, al programa para dejar de fumar ofrecido por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) en Madrid. Los criterios de inclusión para formar parte del estudio fueron: ser personas fumadoras, mayores de edad, que solicitaban de forma explícita tratamiento para dejar de fumar y cumplimentaban el consentimiento informado de participación, así como todo lo concerniente con la legislación sobre protección de datos. Se excluyeron aquellas personas que refirieron encontrarse en un evento vital estresante en el momento del tratamiento, aquellas que se encon-



traban en tratamiento psicológico o psiquiátrico cuyo profesional de referencia desaconsejó la participación en el programa, así como aquellas que no cumplimentaron el consentimiento informado o el documento referido a la protección de datos.

El programa aplicado en la AECC Madrid consiste en 10 sesiones grupales (10-12 personas) de dos horas de duración, cada una conducida por un psicólogo/a y una médica de la asociación. Las sesiones tuvieron una regularidad semanal y quincenal (en la última), realizándose la intervención en un total de tres meses. En la Tabla 1 se describen las fases del programa.

Tabla 1

En el presente trabajo se informará de la abstinencia al finalizar el tratamiento (en adelante, T1) y en el seguimiento al año de iniciado el tratamiento, que tiene lugar 9 meses después de finalizado el tratamiento (en adelante, T2). La consideración de abstinencia se apoya en los criterios recomendados por Hughes et al. (2003), exigiéndose como mínimo una abstinencia prolongada en el tiempo que dote de un período de gracia en el que puede haber alguna caída, admitiendo el uso de medicación con nicotina (p.ej., parches, chicles) como recaída, pero no el uso de tabaco en otros formatos (p. ej., cigarrillo electrónico). Se considera tratamiento fallido el consumo consecutivo de 7 días fumando o dar caladas o fumar cigarrillos en un período de dos semanas.

Análisis de datos

Se utilizó el programa SPSS 24. Para analizar las variables relacionadas con la abstinencia se realizaron tablas de contingencia con el estadístico χ^2 y correlaciones con las creencias (pretratamiento y postratamiento). Se aplicó la prueba *t* de Student para muestras independientes para analizar diferencias en las variables en función del sexo de los participantes y para muestras relacionadas para ver las diferencias entre las creencias pre y postratamiento. Los tamaños del efecto se analizaron mediante los estadísticos *V* de Cramer para χ^2 , y la *d* de Cohen para la *t* de Student. En todos los casos, se tomó un nivel de significación $p \leq .05$.

Resultados

En la Tabla 2 puede verse una descripción de las características de la muestra, indicando que el 70.5% complementó el tratamiento psicológico con apoyo farmacológico, que el 73.9% tenía dependencia a la nicotina baja o media, que la mitad de la muestra (53.1%) tenía intentos previos sin fumar durante más de 6 meses y que el 79.7% terminó el tratamiento. A la finalización del tratamiento (T1), no fumaba el 65.6% de los participantes, porcentaje que bajaba al 39.4% a los 9 meses de finalizado el tratamiento (T2).

Tabla 2

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en el abandono del tabaco o abstinencia ni en T1 ($\chi^2 = .89$, $p = .35$) ni en T2 ($\chi^2 = .06$, $p = .80$). Entre los que dejaban de fumar, había más personas sin *psicopatología*, tanto en T1 (81.6%) ($\chi^2 = 9.32$, $p = .002$, *V* de Cramer = .20) como en T2 (86.3%) ($\chi^2 = 9.89$, $p = .002$, *V* de Cramer = .20) y más participantes que habían utilizado también *tratamiento farmacológico* en T1 (77.8%) ($\chi^2 = 11.79$, $p = .001$, *V* de Cramer = .22) y en T2 (80%) ($\chi^2 = 6.75$, $p = .009$, *V* de Cramer = .17). Contar con *experiencia previa sin fumar de más de 6 meses* se asoció con dejar de fumar o estar abstinente en T1 ($\chi^2 = 7.50$, $p = .006$, *V* de Cramer = .18), aunque sólo de forma marginal en el seguimiento en T2 ($\chi^2 = 2.99$, $p = .08$). Se encontró que entre los que tenían éxito en dejar de fumar, el 79.1% tenía niveles bajos o medios de *dependencia nicotínica* en T1 ($\chi^2 = 6.73$, $p = .04$, *V* de Cramer = .17) y el 78.1% en T2 ($\chi^2 = 4.22$, $p = .12$, *V* de Cramer = .13).

En cuanto a las *creencias* (ver Tabla 3) eran significativamente más bajas en el postratamiento que en el pretratamiento para todos los participantes (*t* de Student = 17.64, $p < .001$) con un tamaño del efecto muy notable (*d* de Cohen = 1.96), lo que indica que las creencias bajaban muy significativamente después del tratamiento.

Tabla 3

Aunque no se encontraron diferencias en la abstinencia al tabaco ni en T1 ($\chi^2 = 1.97, p = .16$) ni en T2 ($\chi^2 = .67, p = .41$) en función de las *creencias pretratamiento*, las creencias medidas después del tratamiento sí arrojaron diferencias significativas en la abstinencia en ambos momentos temporales (ver correlaciones en Tabla 3). En T1, de los que tenían *creencias postratamiento* más bajas, el 96.1% dejó de fumar al finalizar el tratamiento ($\chi^2 = 8.56, p = .003, V$ de Cramer = .25) y en T2, el 71.1% de los que tenían estas creencias más bajas seguía abstinentemente ($\chi^2 = 13.71, p < .001, V$ de Cramer = .31). Hay que añadir que los participantes que presentaban una menor *reducción entre las creencias pre y postratamiento*, fracasaban más en dejar de fumar, tanto en T1 (81.3% no dejó de fumar; $\chi^2 = 6.90, p = .009, V$ de Cramer = .22) como en T2 (60.7% no dejó de fumar; $\chi^2 = 4.61, p = .03, V$ de Cramer = .18).

Discusión

Los resultados del programa muestran tasas de abstinencia (65.6% al término del tratamiento y 39.4% a los 9 meses de su finalización) acordes a las informadas en la literatura (Martínez et al., 2016). Los datos indican, además, que la abstinencia se ve facilitada cuando se utiliza apoyo farmacológico durante el tratamiento (NICE, 2018; Raich et al, 2015), cuando no se padecen problemas psicopatológicos (Fiore et al., 2009), cuando la dependencia a la nicotina no es extrema (Martín Fuente, 2016; Piñeiro et al., 2014) y cuando ya se han tenido experiencias previas sin fumar mayores de 6 meses. Este hallazgo puede considerarse de relevancia al poder contemplar el éxito en el tratamiento como un proceso de aprendizaje largo y complejo que puede llegar a mejorarse por medio de la práctica (Moreno-Arnedillo et al., 2014).

En la presente investigación, las creencias adictivas relacionadas con el tabaco medidas al inicio del tratamiento no se relacionaban con la abstinencia, pero sí lo hicieron cuando se midieron una vez finalizado el mismo, tanto con la abstinencia lograda en T1 como la del seguimiento en T2. Estas creencias experimentaron una significativa reducción al final del tratamiento, dato relevante desde el momento en que las creencias

adictivas pueden ser un objetivo de tratamiento en la adicción tabáquica, como en otras adicciones (Martínez-González et al., 2018). Se observa también, que en aquellos sujetos en los que se producía una reducción significativa de las mismas, la probabilidad de mantenerse abstinentemente tanto a final de tratamiento como en el seguimiento se incrementaba considerablemente. A pesar de lo comentado anteriormente, no disponemos de evidencia suficiente como para establecer una relación directa entre la realización de la terapia y la reducción de las mencionadas creencias adictivas, hecho que debe profundizarse en futuras investigaciones. No obstante, esta interpretación de los resultados resulta coherente tanto con el modelo cognitivo de las drogodependencias de Beck, como con datos de estudios previos, donde se ha demostrado que este tipo de creencias predicen el *craving* y que ambos eventos psicológicos preceden a la recaída (Martínez-González et al., 2018).

Este trabajo presenta algunas limitaciones como son la ausencia de los siguientes elementos: una evaluación de las creencias en el seguimiento en T2 (lo que nos habría permitido indagar el efecto del paso del tiempo sobre ellas); una evaluación más detallada de la psicopatología presente en una parte de los sujetos de la muestra (que podría facilitar datos más concretos de la influencia de esta variable sobre la abstinencia); un análisis más pormenorizado de qué aspectos del tratamiento tienen más incidencia sobre las creencias, para poder incidir en los mismos, dada su asociación con la abstinencia y con su mantenimiento en el tiempo; así como contar con seguimientos a los dos o tres años del tratamiento que, sin duda, serían interesantes para valorar el papel de las variables analizadas en la abstinencia a más largo plazo.

A pesar de estas limitaciones, el hallazgo de la relevancia para la abstinencia al tabaco a los 9 meses de la finalización del tratamiento de factores como creencias adictivas relacionadas con el tabaco más reducidas después del tratamiento, así como la ausencia de psicopatología, la ayuda del tratamiento farmacológico en combinación con el psicológico, o amplias experiencias sin fumar previas al tratamiento, refuerza nuestra convicción de la utilidad de los programas de deshabituación tabáquica que



combinan la intervención psicológica y médica, que realizan una intervención individualizada y que incluyen la evaluación y el abordaje de las creencias adictivas como un componente básico. Los resultados encontrados tienen una aplicabilidad práctica debido a que pueden contri-

buir a una atención más individualizada de los participantes en los programas para dejar de fumar de la AECC, en función del conocimiento adquirido sobre estas variables y su relación con la consecución de la abstinencia.

Contacto

Pedro Aguilar-Cotrina ✉ pedro.aguilar@aecc.es
Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)
Av. del Doctor Federico Rubio y Galí 84 • 28040 Madrid (España)

Referencias

- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., y Liese, B. L. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós.
- Becoña, E., Gómez-Durán, B., Álvarez-Soto, E., y García, M. F. (1992). Scores of Spanish smokers on Fagerstrom's Tolerance Questionnaire. *Psychological Reports*, 71 (3 Pt 2), 1227-1233. <https://doi.org/10.2466/pro.1992.71.3f.1227>
- Encuesta Nacional de Salud (2018, 26 junio). *Nota Técnica. Encuesta Nacional de Salud. España 2017*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- Fagerström, K. O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3(3-4), 235-241. [http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603\(78\)90024-2](http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603(78)90024-2)
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., Wewers, M. E. (2009). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Department of Health and Human Services. Public Health Service. <http://www.tobaccoprogram.org/clientuploads/documents/Consumer%20Materials/Clinicians%20Systems%20Mat/2008-Guidelines.pdf>
- Hughes, J.R., Keely, J.P., Niaura, R.S., Ossip-Klein, D.J., Richmond, R.L. y Swan, G.E. (2003). Measures of abstinence in clinical trials: Issues and recommendations. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(1), 13-25. <https://doi.org/10.1093/ntr/5.1.13>
- Jiménez-Treviño, L., Velasco, A., Rodríguez-Revuelta, J., Abad, I., De la Fuente-Tomás, L., González-Blanco, L., García-Álvarez, L., Fernández-Peláez, A., Menéndez-Miranda, I., Flórez, G., García-Portilla, P., Bobes, J., y Sáiz, P.A. (2019). Factores asociados con consumo de tabaco en pacientes con depresión. *Adicciones*, 31(4), 298-308. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1191>
- Martín Fuerte, F. (2016). *Factores asociados con la cesación tabáquica en los pacientes atendidos en la Unidad de Deshabitación Tabáquica del Servicio Cántabro de Salud*. [Tesis doctoral, Universidad de Cantabria (España)]. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8456/Tesis%20FMF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez, U., Fernández del Río, E., López-Durán, A., Rodríguez-Cano, R., Martínez-Víspo, C., y Becoña, E. (2016). La recaída en fumadores que dejan de fumar con un tratamiento psicológico: ¿una cuestión de sexo? *Acción Psicológica*, 13(1), 7-20. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.16722>
- Martínez-González, J. M., Vilar, R., Lozano-Rojas, O., y Verdejo-García, A. (2018). Cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el craving, para la valoración del

- riesgo de recaída. *Adicciones*, 30(3), 170-178. <https://doi.org/10.20882/adicciones.809>
- Mathew, A. R., Hogarth, L., Leventhal, A. M., Cook, J. W., y Hitsman, B. (2017). Cigarette smoking and depression comorbidity: Systematic review and proposed theoretical model. *Addiction*, 112(3), 401-412. <http://dx.doi.org/10.1111/add.13604>
 - Moreno-Arnedillo, J. J., Morante-Benadero, M. E., y Sánchez-Vegazo-Sánchez, E. (2014). El tiempo previo de abstinencia como factor predictor a los 12 meses en un programa multicomponente para dejar de fumar. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 40(8), 436-440. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.12.005>
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018, Marzo). *Smoking cessation interventions and services. B. Evidence reviews for interventions to aid smoking cessation: Behavioural support and pharmacotherapy*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92/evidence/b-interventions-to-aid-smoking-cessation-behavioural-support-and-pharmacotherapy-pdf-4788920847>
 - Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2020). *Informe 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>
 - Perez-Pareja, F. J., García-Pazo, P., Jiménez, R., Escalas, T. y Gervilla, E. (2020). Dejar de fumar, terapia cognitivo-conductual y perfiles diferenciales con árboles de decisión. *Clínica y Salud*, 31(3), 137-145. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a12>
 - Piñeiro, B., López, A., Fernández, E., Martínez, U., Brandon, T., y Becoña, E. (2014). Craving and nicotine withdrawal in a Spanish smoking cessation sample. *Adicciones*, 26(3), 230-237. <https://doi.org/10.20882/adicciones.4>
 - Puentes Valle, D., Rodríguez Pérez, L.A., Pupo Ávila, N.L. y Sit Pacheco, R. (2019). El tratamiento grupal multicomponente: un método efectivo contra el tabaquismo. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(2), e1288.
 - Raich, A., Martínez-Sánchez, J. M., Marquilles, E., Rubio, L., Fu, M., y Fernández, E. (2015). Abstinencia a los 12 meses de un programa multicomponente para dejar de fumar. *Adicciones*, 27(1), 37-46. <https://doi.org/10.20882/adicciones.192>
 - Stead, L. F., Koilpillai, P., Fanshawe, T. R., y Lancaster, T. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 3, Art. No.: CD008286. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008286.pub3>
 - World Health Organization (2018). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025, second edition*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272694/9789241514170-eng.pdf?ua=1>
 - World Health Organization (2019, 26 de Julio). *Notas descriptivas, tabaco*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco#:~:text=Datos%20y%20cifras,no%20fumadores%20al%20humo%20ajeno>.



Tabla 2. Descripción de la muestra: variables clínicas y relacionadas con el hábito tabáquico	
Variable	N (%)
<i>Presencia de psicopatología</i>	
NO	182 (75.5)
SI	59 (24.5)
<i>Tratamiento farmacológico</i>	
NO	71 (29.5)
SI	170 (70.5)
Vareniclina	83 (34.4)
TSN	87 (36.1)
<i>Dependencia nicotínica (Fagerstrom)</i>	
Baja (0 - 3)	70 (30.3)
Media (4 - 6)	105 (43.6)
Alta (7 - 10)	63 (26.1)
<i>Intentos previos sin fumar</i>	
Ninguno	71 (29.5)
< 6 meses	42 (17.4)
≥ 6 meses	128 (53.1)
<i>Finalización del tratamiento</i>	
Abandonan	49 (20.3)
Terminan	192 (79.7)
<i>Abstinencia al final del tratamiento (T1)</i>	
No abstinentes (fuman)	83 (34.4)
Abstinentes (no fuman)	158 (65.6)
<i>Abstinencia al año del inicio del tratamiento (T2)</i>	
No abstinentes (fuman)	146 (60.6)
Abstinentes (no fuman)	95 (39.4)

Nota: TSN = Terapia sustitutiva de la nicotina (p.ej., parches y chicles de nicotina).

Tabla 3. Descriptivos (media y desviación típica) de las Creencias Pretratamiento y Postratamiento y correlaciones con la Abstinencia en ambos momentos temporales (Fin de tratamiento o T1 y 9 meses después de su finalización o T2)			
Creencias	Correlaciones		Media (Dt)
	Abstinencia T1	Abstinencia T2	
Pretratamiento	-.06	-.04	52.39 (17.27)
Postratamiento	-.28***	-.32***	25.86 (8.34)

Notas: *** $p < .001$; Abstinencia: 0 = No, 1 = Sí.

- Recibido: 4/11/2020.
- Aceptado: 11/12/2020.

Psicoterapia del grupo familiar: padres-bebés. Sistema vincular familiar.

Family group psychotherapy: parents-babies. Family bonding system.

Ángela de la Hoz Martínez.

Psicóloga Clínica Adjunta. Responsable del Programa de Interconsulta y Enlace para la Atención a Niños y Adolescentes, Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Tutora de residentes.

Resumen: Actualmente las psicoterapias padres-bebé constituyen una de las principales modalidades terapéuticas en Perinatalidad y Primera Infancia. Tienen como referente teórico la dimensión relacional, aunque su aplicación difiere según el modelo teórico y el objetivo terapéutico. Se centran en el Sistema Interactivo y Representacional, con el propósito de que los padres desarrollen recursos adecuados para observar, entender, reconocer y satisfacer las necesidades de contacto, protección y apego seguro de su hijo/a recién nacido/a (*) y optimicen el desarrollo, especialmente en el caso de neonatos con patologías presentes o probables. Además de potenciar estas capacidades parentales, es fundamental promover procesos de mentalización parental y de establecimiento de vínculos emocionales saludables en la familia. En este trabajo se propone incluir en el marco terapéutico de las psicoterapias padres-bebé, la perspectiva vincular centrada en la parentalidad, en el grupo familiar. El abordaje de la clínica de la parentalidad se ve ampliado cuando se requiere la especificidad de las intervenciones terapéuticas centradas en el Sistema Vincular Familiar, que aporta innovaciones singulares y específicas, así como preventivas.

Palabras clave: Psicoterapias padres-bebé, parentalidad, vincularidad, Psicología Perinatal, Sistema Vincular, prevención perinatal.

Summary: Currently, parent-baby psychotherapies are one of the main therapeutic modalities in Perinatality and Early Childhood. They have as a theoretical reference the relational dimension, although its application differs according to the theoretical model and the therapeutic objective. They focus on the Interactive and Representational System, so that parents develop adequate resources to observe, understand, recognize and meet the needs of contact, protection and secure attachment of their newborn child and optimize development, especially in the case of neonates with present or probable pathologies. In addition, enhancing these parental abilities, it is essential to promote processes of parental mentalization and the establishment of healthy emotional bonds in the family. In this work, it is proposed to include in the therapeutic framework of parent-baby psychotherapies, the bonding perspective focused on parenting, in the family group. The approach of the parental clinic is extended when the specificity of therapeutic interventions focused on the Family Bonding System is required, which provides unique and specific innovations, as well as preventive ones.

Keywords: Parent-baby psychotherapies, parenting, bonding, Perinatal Psychology, Bonding System, perinatal prevention.

* Escribo “bebé” sea niño o niña y “madre” al cuidador principal, para no repetir cada vez “el bebé o la bebé” o “madre, padres o padres”.
Miembro con cargos en junta directiva en la AEN, FEAP, ASMI-WAIMH, SEPIA, IEPPP, AEIPPS, AIPPF. Madrid.

Una mirada vincular a los comienzos de la vida

“...el grupo precede y anticipa al sujeto siendo este, un efecto del grupo”

R. Kaës, 1993

La familia es el grupo primario, el espacio originario de la intersubjetividad y la vincularidad donde el niño hereda el material psíquico indispensable a través de sus filiaciones materna y paterna.

Nacemos y no solo pertenecemos a un grupo familiar, sino que nos construimos psíquicamente en grupos y vínculos fundantes del psiquismo.

Desde el nacimiento y a lo largo nuestra vida, los grupos son espacios psíquicos intersubjetivos privilegiados de crecimiento y desarrollo. Contextos dinámicos de interacción, de intercambio e influencia recíproca, de expansión, de transformación potencial y de reorganización, desde donde se nos transmite psíquicamente la formación de ideales, valores, referencias identificatorias, representaciones, creencias, mitos, ritos e ideologías... que garantizan en un contexto de comunicación, la *continuidad* familiar, grupal y cultural.

El grupo familiar es una estructura, una organización de vínculos intersubjetivos de apuntalamiento e investiduras narcisistas que no solo nos precede, sino que nos mantiene en una matriz de filiación, reconocimientos, investiduras, cuidados, etc. que coexisten en diversos espacios intersubjetivos, entre los que se producen formaciones y procesos psíquicos específicos, conscientes e inconscientes. Nos constituimos bajo múltiples efectos del inconsciente, del *grupo/s*, en tanto realidad/es psíquica/s y social/es, del lenguaje y de la cultura.

¿Cómo se presenta delante de nuestra mirada ese mundo vincular naciente?

Desde el comienzo de la vida, el bebé se sumerge en un ámbito que le precede y toma contacto con la vida emocional del grupo familiar. Crecerá bajo la mirada de más-de-un-otro. Sus primeros contactos con su madre y/o otros cuidadores y personas que le rodean, con cualidades peculiares y específicas, tendrán una profunda importancia en su desarrollo posterior. El bebé, miembro de

un grupo familiar y social, estará en permanente relación con los demás. Necesitamos de otros para construir nuestra subjetividad. “Lo que se transmite “entre sujetos”, en el espacio del grupo familiar, es una transmisión activa, que transforma los contenidos transmitidos por aquel que los recibe, apropiándose de ellos y constituyendo el soporte de un narcisismo sano” (Kaës, 1996).

Aunque el recién nacido es absolutamente dependiente desde todos los puntos de vista, hemos aprendido a través de la observación clínica, aportaciones de distintos autores e investigaciones recientes de la Psicología Perinatal, que el bebé es un ser muy activo, dotado de capacidades innatas muy poderosas para conseguir atención a sus necesidades y ser cuidado. Es evidente su vulnerabilidad somatopsíquica y que su organización mental esta inacabada, pero los padres en el desarrollo de su parentalidad, en su disponibilidad emocional y capacidad de responder, cargada de handling (manejo) y holding (sostén), en su interacción con el bebé y en la intimidad de un vínculo de ternura y amor, le asegurarán una instancia protectora e integradora de su equilibrio psicossomático, en un tiempo crítico del desarrollo.

De manera que procesualmente, a través del Sistema Interactivo precoz: de interacciones corporales, afectivas comportamentales y fantasmáticas y en una transmisión activa e interactiva, se irá configurando un “diálogo sensorial”: corporal, visual, auditivo, ... Diálogos alrededor del cuerpo y sus funciones en relación con los primeros cuidados corporales. Diálogos que contextualizo respecto a tres espacios psíquicos.¹

Krakov y Pachuk (1998) sintetizan esta concepción de espacios psíquicos:

- a) El espacio intrasubjetivo contiene representaciones del yo con relación a sí mismo y su cuerpo, implicando pulsiones, deseos, fantasías y relaciones de objeto.

¹ Puget y Berenstein (1997) proponen un modelo de aparato psíquico vincular de triple registro, organizado en espacios psíquicos diferentes, independientes en su constitución, orígenes y modos funcionales; referidos al tipo de representación mental que “el yo establece con su propio cuerpo, con cada uno o varios otros y con el mundo circundante”.

- b) El espacio intersubjetivo contiene la representación inconsciente de los otros, incluyendo acuerdos y alianzas inconscientes -contratos y pactos-.
- c) El espacio transubjetivo contiene representaciones colectivas en sus dimensiones sociales y culturales, afectos, fantasías, mitos, ideales y valores.

“Diálogos” intersubjetivos, intrasubjetivos y transubjetivos de apuntalamiento, progresivos hacia la representación, tanto de sí mismo como del otro. Esto es, de estructuración y construcción del narcisismo, de la objetividad y de los vínculos, de quienes recibe cuidados y afectos; así como, la transmisión de una filiación, la pertenencia a un sistema de parentesco, que dibuja lugares simbólicos interrelacionales, y de redes vinculares que lo anteceden y lo contextualizan en el presente, entramando un complejo mundo vincular.

Considerando el modelo vincular de tres espacios psíquicos (Berenstein, Puget, 1997), podemos conceptualizar tres referentes de subjetivación. De manera que las representaciones del yo sostendrían tres expresiones de ser sujeto: sujeto de deseo, sujeto de los vínculos y sujeto social o de la cultura. Estoy entendiendo la subjetividad como una integridad psicósomática contextualizada en una genealogía. El cuerpo del bebé crece y el psiquismo se produce en relación con otro-otros significativos, además “...es portavoz de las representaciones, dona sentido, implanta la historia y la genealogía, siendo así portavoz del discurso sociocultural al que pertenece la pareja parental y sus propias familias de origen...” escribe Auglanier (1977). Cuerpo, afecto, representación y lenguaje constituyen un tejido indisoluble desde el comienzo de la vida.

La perspectiva vincular nos aproxima al proceso de constitución de la subjetividad incluyendo lo corporal, -la dotación genética intrincada con la epigenética, originalidad de ser único-, el sistema interrelacionado de espacios psíquicos, simbólicos de parentesco y de una trama sociocultural e histórica. De todo ello surgirá la noción de sujeto sustentado en una multiplicidad de apoyaturas, la multiplicidad de “*un singular plural*” que describe Kaës (2010).

La complejidad de estos procesos nos muestra la relevancia de lo esencial vincular, un trabajo psíquico de intrincación de afectos y representaciones dentro del grupo familiar, entre miembros del grupo y de las relaciones de cada uno con respecto al grupo. Remitimos al lector al concepto de “aparato psíquico grupal” que “*cumple un trabajo psíquico particular, de intrincación de los afectos y de las representaciones de y dentro del grupo*”, desarrollado por Kaës (1999).

Referentes Conceptuales

Las diferentes etapas de la vida son vividas actualmente de manera muy distinta. Con implicaciones importantes en el ejercicio de nuestra profesión. Se requiere por nuestra parte respuestas informadas y certeras, que consideren las aportaciones teóricas y técnicas más recientes, desde los diferentes modelos psicoterapéuticos en que ejercemos nuestra actividad clínica. Y que, además, contemplen los profundos cambios sociales, determinados por los avances científicos de las neurociencias, neurobiología y reproducción asistida, por citar algunos, que afectan la constitución de las familias hoy en día. En la clínica nos encontramos con particularidades en la parentalidad y filiaciones, con nuevos modelos de familia definidos no tanto por lo legal ni por lo instituido sino en base a vínculos, afectos y funciones, me refiero a las familias reconstituidas, monoparentales, adopciones... por citar algunas.

La representación del bebé ha cambiado en el transcurso de los siglos. Tan solo desde hace unas décadas, el bebé es sujeto de numerosas investigaciones científicas que exploran la complejidad del sistema comunicativo entre padres y bebés, ya activo desde el nacimiento, informándonos sobre sus competencias precocísimas. La explosión de trabajos sobre las competencias precocísimas del bebé para *entrar en relación*, tienen la singularidad fundamental, de haberse centrado sobre la interacción entre el bebé/niño y su madre y/o sus cuidadores y sobre el conjunto de procesos tempranos de intersubjetividad y afectividad, de complejidad creciente a lo largo del crecimiento y desarrollo. Remitimos al lector a revisar la síntesis de investigaciones recientes sobre las implicaciones neurobiológicas de la intersubjetividad de Ammaniti y Trentini (2011).

Centramos en el ciclo vital que abarca desde el embarazo, parto, puerperio y los primeros meses de vida nos remite al interés por los aspectos psicoafectivos de bebés y niños pequeños estudiados desde la *Psicología Perinatal y de la Primera Infancia* y la *Psicología del Desarrollo*, para abordar la parentalidad y el proceso de desarrollo y constitución de la subjetividad del niño. Así como, por la *Psicopatología Perinatal e Infantil* que se centra en las alteraciones desde la concepción hasta los 30 meses de vida del bebé y sus cuidadores. Considero al igual que otros autores, (Favez, 2012; Golse, 2014), la importancia de valorar clínicamente la patología del vínculo que los une y lo que sucede entre ellos, con lo cual logramos ampliar el abordaje de la patología al Sistema Vincular.

Las investigaciones sobre microanálisis relacional y emocional de las interacciones precoces, (Stern, 1977; Trevarthen, 1993) focalizadas en los mecanismos por los que el estado mental del cuidador impacta sobre el psiquismo del bebé, han ampliado las nociones de apego precoz, de reciprocidad, de regulación emocional y motriz, de los primeros signos de adquisición de la comunicación y del lenguaje, aportándonos conocimientos sobre su complejidad psíquica y emocional: una mente afectiva relacional, inmersa en un mundo emocional de transacciones intersubjetivas e interpersonales, desde la vida prenatal.

La Psicología del Desarrollo además de estudiar el desarrollo psicosocial del niño, está investigando en poblaciones de bajo y alto riesgo, las competencias psicosociales del bebé, enmarcadas en el Sistema Interactivo y el Sistema de Apego. Sistemas que garantizan y regulan la estimulación psicoafectiva y psicosocial del entorno cuidador, necesaria para el desarrollo del sí mismo, la intersubjetividad y la expresión y comprensión de las emociones.

Propongo ampliar estas conceptualizaciones con aportaciones del Psicoanálisis Vincular enlazando las dimensiones intrapsíquica e interpersonal e incluir lo que podríamos denominar **Sistema Vincular** en las Psicoterapias del Grupo Familiar: Padres-Bebés, con el propósito de abordar las complejidades específicas de la clínica de la parentalidad. Por esto, a continuación, presento un

desarrollo general de estas propuestas y algunas implicaciones teóricas.

Intersubjetividad, apego, vínculos y capacidad de mentalizar

Después del nacimiento y durante el primer año de vida del bebé se activan el Sistema motivacional del Apego y el Sistema motivacional Intersubjetivo, en inseparable relación.

Nacemos con una serie de comportamientos que no necesitamos aprender, como los reflejos de succión y de aprehensión y con un repertorio de respuestas de rechazo como el miedo o ansiedad ante estímulos innatamente aversivos, como los sabores amargo y ácido; y estímulos auditivos, visuales y somatosensoriales intensos e inesperados, sin que hayamos tenido experiencias previas con ellos. Además, disponemos de un bagaje de reacciones emocionales instintivas, fundamentales para la supervivencia y la reproducción, que nos permite dar respuestas de gratificación -atracción, placer- a la comida, la bebida, la temperatura y a los sabores dulce y salado. También, el bebé muestra reacciones emocionales instintivas específicamente humanas, frente a estímulos sociales. Son respuestas de gratificación a expresiones faciales, voces de alegría o aprobación, y respuestas de llanto, miedo-ansiedad-aversión a expresiones faciales y voces de enfado, miedo o reprobación.

Estas capacidades para percibir rasgos faciales, reconocer la alegría, la tristeza o el enfado, y de respuesta emocional instintiva implican una capacidad precoz y un sistema emocional capaz de mostrar reacciones emocionales especulares: llora al ver llorar y sonríe al ver sonreír. El bebé se alegra cuando está con adultos felices, y se entristece en un ambiente con emociones negativas.

El cerebro y la mente humana están equipados para intuir intenciones de otras personas a través de la observación de sus expresiones faciales o acciones. Las interacciones precoces que se generan en la vida cotidiana durante la comida, el baño, el cambio de ropa... Son sucesiones previsibles de acciones e intercambios, a través de los cuales el bebé organiza su experiencia dentro de una matriz intersubjetiva (Stern, 2004) y elabora un modelo interno: una representación precoz

de interacción interpersonal, de competencias interactivas de “estar con otro” que le permitirán anticipar, interpretar y reaccionar a las situaciones en función de sus experiencias reales con las figuras de apego. Entrelazamiento relacional que se interioriza en modelos mentales. Por tanto, la presencia de un otro significativo y su capacidad de comunicación con el bebé será fundamental:

- para generar seguridad en la satisfacción de sus necesidades básicas y experiencias sensoriales de curiosidad por el mundo que le rodea,
- para desarrollar su capacidad de conectar con el entorno,
- y ayudarle a regular sus estados emocionales.

Estos primeros intercambios que moldean los patrones básicos del apego y de la experiencia social, dejan una huella tan indeleble como inaccesible a la conciencia. Robert-Tissot (2012) citado por Palau (2018).

Una de las primeras tareas de la psique es probablemente, darse a ella misma una representación de su propio funcionamiento nos dice Aulagnier (1977), autora que destaca el papel esencial de la familia en la constitución del psiquismo. Desde esta perspectiva, puede que esta reflexividad de la psique se enraíce, en el funcionamiento de la piel, tal y como lo plantea Anzieu (2007) señalando que las capacidades simultáneas de tocar y ser tocado, derivarán las demás reflexividades sensoriales: ver/verse, escuchar/escucharse, sentir/sentirse, y finalmente, la capacidad de pensarse pensando. Winnicott (1965) nos enseñó que las experiencias de placer son imprescindibles para que se constituya el deseo de vivir y el sentimiento de continuidad psíquica. Precisó una tarea importante de la función materna: sostener la frustración y evitar la fantasía de fusión, para que surja la discriminación y el pensamiento. El proceso de tener al bebé en mente (Slade, 2002) empieza al principio de la gestación y se desarrolla después del nacimiento del bebé activado por el contacto íntimo y las interacciones con él. En el diálogo cuerpo a cuerpo con la madre, escribe Déjours (2017), el recién nacido va tomando conciencia de su existencia en el mundo, transformándose el cuerpo biológico en un cuerpo erógeno, constitutivo de su subjetividad.

“Cuando todavía no hay un yo que habla y aún no hay palabras, el cuerpo es un lenguaje de sensaciones y percepciones con una vibración erógena y relacional”. La función materna tiene una importancia vital para el psiquismo del bebé, en un diálogo continuo abre la vía a la figuración, la elaboración y la simbolización, al mundo de representaciones. *“El proceso de mentalización parte del cuerpo, primeramente, es corporal”* (Déjours, 2017). Y a este respecto y desde la noción de vínculo que nos lleva a enlazar las dimensiones intrapsíquica e interpersonal, subrayamos el concepto de representaciones de interacción generalizadas de D. Stern (1985) *“Para el bebé no existe ni una representación de sí que no sea en interacción con el otro. Ni existe en él una representación del otro que no sea en interacción”.* Barenstein y col. (1999) proponen que *“tanto el sujeto como la subjetividad se producen y reproducen, se hacen y deshacen entre los otros, por los otros, con o contra los otros”.*

Desde hace 40 años se ha potenciado el estudio de las interacciones cuidadores-bebé/niño, las intervenciones psicoterapéuticas de la interacción, y del apego; así como la evaluación de su eficacia. Actualmente, sabemos que los intercambios intersubjetivos entre madre y bebé son parte de “un sistema de motivación primario e innato, fundamental para la supervivencia de la especie, y tiene un estatus como el sexo o el apego” (Stern, 2004). Se desarrollan desde el nacimiento entre el bebé y la madre, y también con el padre, creando un contexto triádico interactivo (Fivaz-Depeursinge, 1999).

Disponemos, por tanto, de conocimientos sobre el bebé como un ser con capacidades muy organizadas y una sensibilidad emocional para interactuar desde que nace, para comunicarse con más de una persona a la vez, en el contexto de la intersubjetividad primaria, y provocar una comunicación a tres. Esta competencia del bebé para interactuar con ambos padres a la vez confronta el supuesto clásico de que el bebé interactúa primero a dos y después a tres. Sabemos también que las disfunciones en las interacciones y los desórdenes relacionales precoces están a menudo presentes antes de que un determinado trastorno se manifieste en el bebé o en el niño pequeño; siendo predictivos de alteraciones y trastornos posteriores (Guedeney, 2014). *“Los*

síntomas preocupantes o trastornos que presentan los bebés y los niños, sean cual sea la combinación inicial de factores implicados en su origen o en su posterior recombinación, requieren ser tratados considerando las transacciones multidireccionales que se producen entre el tejido representacional y sus manifestaciones comportamentales, en el seno de la vida interactiva, emocional y cognitiva, de la triada o de la diada" precisa Palau (2018).

De manera que, reflexionando sobre los conocimientos sobre el mundo emocional del bebé y niños pequeños, los aspectos subjetivos y afectivos en relación con sus semejantes, sus vínculos afectivos y en especial con su familia y su entorno social, tenemos que considerar necesariamente, las dimensiones intersubjetiva e intrapsíquica de la parentalidad. En esta concepción del sujeto psíquico como inseparable de sus apegos y vínculos, del grupo familiar, se entrecruzan la transmisión intrapsíquica, intersubjetiva y la realidad psíquica vincular. Lo que supone importantes implicaciones tanto teóricas como clínicas.

Sistema Vincular

Los estudios sobre las interacciones tempranas madre-bebe muestran que la intersubjetividad es una motivación esencial: primaria e innata y evidencian que las competencias parentales y del bebé en estos intercambios intersubjetivos crean un contexto interactivo triádico (Fivaz-Depeursinge, 1999) que influye en la construcción del sí mismo (Stern, 1985) y pensamos que también en el desarrollo del sentido de pertenencia al grupo familiar, del "nosotros": red conectiva de vínculos y afectos, que enlaza al bebé con sus figuras parentales y a sentirse formar parte del mundo familiar, inmerso en su contexto generacional. El sujeto es en tanto vincular... redes vinculares que lo anteceden y lo contextualizan en su presente en una dinámica psíquica intersubjetiva.

Consideramos los procesos de subjetivación, identificación y de construcción de la identidad entrelazados en las relaciones de parentesco y filiación, en los aspectos intra, inter y transgeneracionales. Disponemos así, de una perspectiva más amplia de la patología asociada al funcionamiento vincular, en las dimensiones intersub-

jetivas e intrasubjetivas del psiquismo y en las influencias y transmisiones intergeneracionales y transgeneracionales. (Nota 2). Con un modelo que atiende las disfunciones interactivas y vinculares en la patología parental y su impacto en el bebé. Por tanto, hemos de centrarnos, tanto en las competencias y cualidades del recién nacido y lactante, como en sus padres y en la expresión y manifestación del sufrimiento y patología en el contexto familiar vincular.

Nota 2. Abraham y Torok (2005) diferencian los conceptos de transmisión transgeneracional (dos generaciones sin contacto directo) e intergeneracional (dos generaciones con contacto directo (padres-hijos), pero el término usado actualmente, es el de transmisión transgeneracional (TTG).

Las competencias parentales hacen referencia a la capacidad de dar cuidados adecuados y ajustados al nivel de desarrollo del niño, tanto a nivel del comportamiento como afectivo y de las representaciones mentales. Se desarrollan en los dos primeros años de vida del primer hijo y se construyen a través del sistema interactivo y de apego del adulto, de su personalidad, además de los procesos de filiación y transgeneracionales propios, que ampliamos a continuación.

Esta concepción integradora de la *clínica familiar perinatal* permite identificar multitud de determinaciones: ideales de la familia, leyendas, mitos, pactos, alianzas inconscientes, representaciones transgeneracionales, que ejercen fuerzas destructivas por transgresiones, secretos, vacíos e irrepresentables atrapando al recién nacido y su familia. Consideramos que todo aquello que sigue produciendo efectos sin que las redes identificatorias ni la historia individual puedan dar cuenta de ello, pertenecería al concepto de lo transgeneracional. Ciertos padecimientos de generaciones anteriores se transmiten sin representación por telescopaje a las siguientes (Faimberg, 1993). (Nota 3).

Nota 3. Telescopaje: transmisión de una generación a otra, de contenidos psíquicos vinculados a sucesos significativos (traumas, etc.) que ejercerán sus efectos en la generación siguiente en diversas modalidades, sin que estos efectos puedan atribuirse a experiencias individuales de los sujetos de dicha generación.

Incluir enfoques vinculares aporta planteamientos innovadores en el estudio, valoración y abordaje psicológico en la clínica de la parentalidad con el carácter preventivo que ello implica. Se trataría de centrarnos en el Sistema de Apego, Interactivo y Vincular para desarrollar intervenciones de alta singularidad y especificidad para cada consulta, para cada intervención, para cada familia.

Psicoterapia del grupo familiar: padre-bebés

Enfoco la psicoterapia padre-bebés, integrando referentes vinculares del grupo familiar en las conceptualizaciones y abordajes clínicos de la clínica de la parentalidad con bebés. Considero un marco terapéutico vincular centrado en varios ejes desde los que valorar la indicación de intervención y la especificidad de la intervención clínica, ampliando la escucha de la historia de los padres y del bebé, desde la configuración del grupo familiar actual a lo transgeneracional:

- Marco en el que se constituye la vincularidad. Cualidades del entorno.
- Pareja parental y conyugal. Representaciones de los padres sobre sí mismos como padres y del hijo.
- Lugar de los padres en sus nuevos posicionamientos de padres asociados a transformaciones familiares y socioculturales.
- Lugar de hijo resultante de la singularidad del sistema vincular familiar, que inaugurará la subjetividad de su bebé, de su descendencia.
- Creación de lugares nuevos.
- Conformación de la fratría.
- Funciones del lazo familiar.
- Análisis de la función materna. Calidad y cualidades de los cuidados maternos.
- Comportamiento del bebé, su bagaje constitucional.
- Comportamiento interactivo entre ambos padres.
- Comportamiento interactivo padres-bebé.
- Apuntalamiento intersubjetivo –sostén de la patología de la interacción–.
- Representaciones del terapeuta.

- Representaciones del lactante (imaginadas por el terapeuta).
- Transmisión intergeneracional.
- Transmisión entre generaciones.

Clínicamente hemos estudiado cómo determinados acontecimientos o experiencias vinculares en el núcleo familiar, con carácter traumático en muchos casos, que no han podido ser procesados psíquicamente, ni clivados, configuran psíquicamente una “cripta”, influyendo o siendo transmitidos inconscientemente a las generaciones siguientes; causando conflictos, perturbaciones y enfermedades o síntomas aparentemente desprovistos de todo sentido en el grupo familiar o en alguno de sus miembros a través de identificaciones específicas. Son referentes los trabajos de Abraham y Torok (2005) sobre el duelo, la cripta y el fantasma.

Dadas las circunstancias de privacidad que identifico en la clínica de la parentalidad, planteo encuadres flexibles, combinando las intervenciones familiares con las de pareja, para abordar determinados aspectos íntimos del vínculo conyugal y/o de las respectivas familias de origen. Y específicamente, cuando detectamos situaciones conflictivas, o traumáticas no resueltas de los progenitores o transgeneracionales. Sabemos de sus efectos patológicos y psicossomáticos en la transmisión intergeneracional (de la Hoz, 2018).

En general, identificamos situaciones traumáticas en relación con la sexualidad, la procreación, duelos no resueltos: niños no nacidos, abortos, partos traumáticos, muerte de la madre y/o del niño; muerte de un familiar en el momento del parto; maternidades sufrientes, etc. Estos contenidos a través de distintas modalidades de identificación primarias: enlace emocional primario, fenómenos de sugestión, de imitación, de incorporación masiva, etc., tienden a expresarse en generaciones subsiguientes, a modo de una “puesta en acto”, o “identificaciones alienantes”, “telescopaje”, “visitantes del yo”. La comprensión de estos conceptos psicoanalíticos vinculares puede inspirar a los clínicos en los procesos terapéuticos padres-bebé.

Se requieren, por tanto, conceptualizaciones que integren el Sistema Vincular familiar, en tanto

representa la posibilidad de escucha, identificación, reconocimiento, elaboración y resignificación de aquello que está sin tramitar en los diferentes espacios psíquicos familiares, configurando funcionamientos vinculares disfuncionales y conflictos de parentalidad.

Las psicoterapias padres-bebes en general, son intervenciones centradas en el establecimiento de apegos seguros y vínculos emocionales saludables en el grupo familiar. Se focalizan en modificar disfunciones o patologías en las interacciones padres-bebé. Es importante abordar la especificidad de la perspectiva vincular, en las conceptualizaciones y abordajes de la clínica de la parentalidad con bebés, con intervenciones centradas en promover el desarrollo de vinculaciones seguras entre padres e hijos, durante los primeros años de vida y frenar la transmisión intergeneracional de traumas. Sabemos que son necesarias investigaciones que amplíen el análisis de los procesos de transmisión.

Destaco la importancia de explorar la parentalidad y el trabajo con las funciones y competencias parentales, que hacen referencia a los procesos psicológicos que aparecen cuando los adultos son padres por primera vez del bebe/niño que presenta diversos trastornos médicos y que impactan en ellos y en la familia, desencadenando interacciones de crianza tensas y disfuncionales, así como trastornos del vínculo, del apego y trastornos psicósomáticos precoces del sueño y de la alimentación.

Dado que las interacciones que se producen entre los padres y su bebé, son observables y evaluables interactivamente (Escala para la evaluación del comportamiento neonatal NBAS, Sistema de Observación del Neonato, NBO), la intervención se centra en que sean los padres, quienes generen capacidades reflexivas, de mentalización y los recursos más adecuados para reconocer y satisfacer necesidades de contacto, protección y apego y optimizar su desarrollo; especialmente en el caso de neonatos con patologías presentes o probables y prematuros ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Contextos que valoramos de riesgo, porque la familia afronta en una situación de intensa vulnerabilidad emocional, una doble crisis: la evolutiva del nacimiento y

la circunstancial del ingreso del bebé. En estos casos, es fundamental disponer de estrategias de prevención y promoción de la salud, con el fin de detectar posibles dificultades vinculares e intervenir tempranamente, para crear modalidades vinculares saludables y armónicas y/o evitar interacciones dañinas o disarmónicas que comprometan el desarrollo y crecimiento del niño. A este respecto, es muy importante prestar atención especial a las cualidades interactivas mutuas en el grupo familiar que regulan los niveles de excitación y armonizan la interacción afectiva y que, en definitiva, organizan cualitativamente la experiencia y el crecimiento del bebé.

Las psicoterapias conjuntas padres-bebé son intervenciones especializadas, en la prevención y tratamiento de los trastornos emocionales en los bebés. Se centran en valorar aspectos psicopatológicos o disfuncionales del bebe, de los padres/cuidadores y de la interacción desde el momento de la concepción hasta los 30 primeros meses de la vida de bebé. Ayudan a los padres a incentivar el vínculo emocional, por medio de la contención terapéutica de fantasías, emociones, dudas y preocupaciones.

La especificidad de las intervenciones en la clínica de la parentalidad está en atender a los padres en su dimensión parental y en los procesos psicológicos de devenir padres. Entiendo que se atraviesan procesos potencialmente críticos, cuando confluyen una diversidad de factores bio-psíquico-sociales que hemos de valorar específicamente en cada familia.

Las intervenciones del terapeuta en las terapias centradas en el Sistema Vincular requieren una actitud abierta, creativa y flexible en el trabajo con el grupo familiar para:

- promover las capacidades de observación, reflexión y comprensión de la interacción;
- proporcionar experiencias de seguridad y sentimientos de confianza para explorar respuestas adecuadas que puedan ser trasladadas a la relación con el bebé y construir o reconstruir capacidades de reparación interactiva y vincular;
- sostener la capacidad de mentalización parental;
- validar sentimientos de identidad parental.

Al explorar la parentalidad (Nota 4), accedemos al intenso trabajo psíquico y a la significación que tiene para los padres la llegada al mundo de un hijo. Se trata de identificar cómo la madre y el padre interpretan a su bebé y cómo el bebé se organiza en función de esa dotación de sentido, haciéndolo suyo e influyendo, a su vez, sobre ellos. La intervención psicoterapéutica padres-bebé ha de descifrar esa producción de sentido, procedente del encuentro y la interpenetración interactiva de los psiquismos de los padres y del niño, con sus circunstancias psicosociales y transgeneracionales propias.

Nota 4. Parentalidad. El deseo de maternidad y de paternidad surgen de una base común y se desarrollan de manera diferente-complementaria fundiéndose en el concepto de parentalidad. Al hablar de parentalidad y deseo de parentalidad consideramos la diferencia hombre/mujer con el respeto de subjetividades diferentes, fuente de enriquecimiento y desarrollo del ser humano.

En el análisis del vínculo temprano valoramos aspectos fantasmáticos que influyen en la calidad y cualidad del vínculo. Con la maternidad, se despliegan representaciones inconscientes y pre-conscientes y vivencias infantiles que afectan a la forma particular en que cada madre concibe a su bebé. Además de situaciones que involucran a los padres en sus experiencias infantiles, identificaciones o proyecciones de aspectos conflictualizados durante su propia infancia, o normas e ideales y que se manifiestan en el vínculo con el hijo, estudiadas por distintos autores, ofreciéndonos modelos de intervención centrados en la parentalidad como el que nos aporta la Escuela de Ginebra (Nanzer & cols, 2017).

El nacimiento de un hijo puede resignificar ciertas situaciones traumáticas de los padres silenciadas, no elaboradas. El proceso de historización de los acontecimientos traumáticos, padecidos por los padres, posibilita desarticular, recomponer, relativizar y dar otros sentidos a los traumas.

Ámbitos de las intervenciones psicoterapéuticas padres niños/bebé/feto

Las terapias madre-bebé indicadas en los trastornos de la relación madre-bebé y trastornos funcionales leves, han evolucionado a tratamien-

tos padres-bebé. Investigaciones recientes sobre la complejidad del sistema de comunicación padres e hijos, activo desde el nacimiento del bebé, confirman lo que clínicamente observamos: el sistema motivacional del recién nacido está activado tanto hacia la madre como hacia el padre. Legitimar al padre como un referente cuidador capaz es fundamental.

Las psicoterapias breves padres-bebé son modelos de intervención eficaces en el tratamiento de trastornos psicosomáticos funcionales (de la alimentación, del sueño, etc.) del comportamiento (llantos permanentes, crisis de cólera, agresividad, retraimiento) de la autorregulación y del apego del bebé y niño pequeño. Así como en las alteraciones del Sistema Vincular, que proponemos, ampliando el concepto de las intervenciones al grupo familiar. Del proceso de observación y valoración de los diferentes componentes de los Sistemas de Apego, Interactivo y Vincular se derivará la elección de uno u otro nivel de intervención u opción terapéutica y los necesarios estudios de evaluación de resultados.

Menciono distintas intervenciones posibles en diversos entornos clínicos y situaciones particulares: intervenciones psicoterapéuticas en medicina fetal, neonatología, consultas terapéuticas perinatales, psicoterapias en bebés y niños con afecciones psicosomáticas, psicoterapias madre-bebé, psicoterapias padres-bebés, intervenciones psicoterapéuticas padres-bebés en hospitales, hospitalización conjunta madre-bebé y psicoterapia individual del niño/a.

Conclusiones

Se presenta el abordaje de la psicoterapia del grupo familiar: padres-bebé, considerando aportaciones de autores referentes en el estudio de los procesos de parentalidad, de los Sistemas del Apego, Interactivo y Vincular, paradigmáticos de la intrincación somato-psíquica. El enfoque de las psicoterapias padres-bebé desde el Sistema Vincular propuesto, abre nuevas posibilidades de conceptualización y abordajes clínicos de la parentalidad, con el desarrollo de intervenciones singulares y específicas para cada familia.

Fomentar la incorporación del padre al contexto terapéutico representa un auténtico apoyo a la

parentalidad. Amplía la reflexión de ambos padres sobre las interacciones y los vínculos familiares desde la díada a la tríada, al grupo familiar, con la posibilidad de incluir a los hermanos. Y facilita proponer a los padres la construcción de una comprensión compartida.

Se plantea una orientación evidente hacia la prevención, cuidado, apoyo y acompañamiento psicológico adecuado y confiable no solamente en situaciones difíciles, de riesgo sino para prevenir problemas psicológicos que pueden darse en todo el proceso del embarazo: concepción, embarazo, parto, posparto y puerperio, e intervenir

en estos procesos vitales tan sensibles y delicados como profundos, preservando y potenciando el desarrollo de una estructura psíquica saludable y el bienestar psicológico a nivel individual, de pareja y familiar.

No obstante, en España todavía son insuficientes los hospitales que desarrollan programas específicos de Psicología Perinatal, aún a pesar de la multiplicidad de recomendaciones expertas. Es imprescindible disponer de medios para identificar a familias en situación de vulnerabilidad perinatal e implementar programas de prevención e intervención psicológica.

Contacto

Ángela de la Hoz Martínez ✉ angeladelahozm@gmail.com

Referencias bibliográficas

- Abraham N y Torok M. (2005). *La corteza y el núcleo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ammaniti M y Trentini C. (2011). Cómo el Nuevo Conocimiento sobre ser padres revela las Implicaciones Neurobiológicas de la Intersubjetividad: Síntesis conceptual de investigaciones recientes. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (1): 60-84.
- Aulagnier P. (1977), 1ª ed. *La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado*. 7ª reimpr. 2007, Buenos Aires: Amorrortu.
- Anzieu D. (2007). *El yo piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Barenstein N, Fornari N, Panizza M, Santos G, Singer D. (1999). El proceso de subjetivación en nuestros días. *Revista del Ateneo psicoanalítico*. N 2.
- de la Hoz A. (2018). *Secretos, sus efectos en el cuerpo: Clínica Psicosomática*. pp 55-66. En De Pablos P. y González J. *Clínica del secreto familiar*. Psicoanálisis Vincular de Pareja y Familia. Madrid: Eds. AEIPPS.
- Dejours Ch. (2017). *El cuerpo primero*. (pp. 36). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Faimberg H. (1993). *El telescopaje (encaje) de las generaciones. Acerca de la genealogía de ciertas identificaciones*. En Kaës R. (1996). "Transmisión de la vida psíquica entre generaciones". Buenos Aires. Amorrortu.
- Favez N, Frascarolo F, Keren M & Fivaz-Depeursinge E. (2012) *Principles of Family Therapy in Children*. In Handbook of Infant Mental Health; Ch. 29. Charles H. Zeanah Jr. MD (Ed.).
- Fivaz-Depeursinge E, & Corboz-Warnery A. (1999). *The primary triangle: A developmental system view of mothers, fathers, and infants*. New York: Basic.
- Golse B, Moro MR. (2014). *Le développement psychique précoce*. Ed. Elsevier Masson.
- Guedeney A. (2014). *Petite enfance et psychopathologie*. Ed. Elsevier Masson.
- Kaës R. (1993). *El grupo y el sujeto del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaës R. (1996). *Introducción al concepto de transmisión psíquica en el pensamiento de Freud*. En Kaës R, Faimberg H M, Enríquez M, Baranes J.

- Transmisión de la vida psíquica entre generaciones (pp. 31-46). Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaës R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe*, Paris: PUF.
 - Kaës R. (2010). *Un singular plural*. Buenos Aires: Amorrortu.
 - Krakov H, Pachuk C. (1998). *Tres Espacios Psíquicos*, en “Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares”, Buenos Aires: Ediciones Del Candil.
 - Nanzer N, Dnauer D, Palacio Espasa F, Qayoom-Boulvain Z, Hentsch F, Clinton P, Trojan D, Le Scouëzec I. (2017). *Manual de Psicoterapia centrada en la parentalidad*. Barcelona: Octaedro.
 - Oïberman A. (2008). *Observando a los bebés. Técnicas vinculares madre-bebé, padre-bebé*. (1a ed.). Buenos Aires: Lugar Editorial.
 - Palau P. (2018) La Psicoterapia Padres-Bebé. En: *Parentalidad, Perinatalidad y Salud Mental en la Primera Infancia*. Prego R, Alcamí M, Mollejo E. (Coords.) (pp. 237-255). AEN Digital. Disponible: http://www.asmi.es/arc/doc/Pascual_Palau_2018_AEN-Digital-3-Parentalidad.pdf
 - Robert-Tissot C. (2012) *Evaluación de las intervenciones psicoterapéuticas en los niños*. Texto académico del Máster oficial Universitario en Psicología y Psicopatología. Universidad de Valencia y Asmi-Waimh España.
 - Puget J y Berenstein I. (1997). “Lo vincular”. En: *Clínica y Técnica Psicoanalítica* (página 21), Buenos Aires: Paidós.
 - Slade A. (2002). Keeping the baby in mind: A critical factor in perinatal mental health. *Zero to Three*, 6, 10-15.
 - Stern D. N. (1977). *La primera relación madre hijo*. Ediciones Morata.
 - Stern D. (1985), 1ª ed. *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós, 1991.
 - Stern D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Norton & Company.
 - Trevarthen C. (1979). *Communication in early infancy: A description of primary intersubjectivity*. En M. Bullowa (ed), *Before Speech*. Cambridge: Cambridge University Press.
 - Winnicott D.W. (1965). *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Ed. Laia.

• Aceptado: 19/12/2020.

Sobre Telepsiquiatría.

About Telepsychiatry.

Ander Retolaza.

Psiquiatra. CSM de Basauri, Bizkaia.

Resumen: Parece muy probable que, tras la pandemia Covid-19, las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) ampliarán sus aplicaciones también en el campo de la Salud Mental (SM). En todo caso no se trata de una novedad en absoluto. En este artículo se revisan pros y contras de la telepsiquiatría a la luz de la realidad asistencial de nuestros servicios. También se señalan algunos límites éticos y diversas prioridades a investigar en este campo.

Palabras Clave: Telepsiquiatría, Accesibilidad, Indicaciones, Ética, Investigación.

Abstract: It seems highly probable that after the COVID-19 pandemic information and communication technologies will expand their applications also in the field of mental health. In any case it is not a novelty at all. This paper reviews the pros and cons of telepsychiatry in light of the healthcare reality of our services. Some ethical limits and various priorities to investigate in this field are pointed out.

Keywords: Telepsychiatry, Accessibility, Indications, Ethics, Research.

Introducción

La pandemia de la COVID-19 ha puesto en evidencia la capacidad y utilidades de la atención psiquiátrica a distancia (1). Existen claros antecedentes de una implantación progresiva de este tipo de productos en el ámbito de la SM (2), que junto a la Radiología, la Dermatología y la Anatomía Patológica es considerado uno de los de mayor potencialidad para el desarrollo de estas tecnologías en el campo médico. En USA, ya en 1959, el Instituto de Psiquiatría del Hospital de Norfolk (Nebraska) hizo uso de videoconferencias realizadas mediante cable para desarrollar terapia de grupo, seguimientos a largo plazo, psiquiatría de enlace y formación de estudiantes. Diez años después el Hospital General de Massachusetts desplegó una tele-consulta psiquiátrica para niños y adultos en la clínica del

aeropuerto internacional de Logan. Los años 80 y 90 del pasado siglo conocieron una relativa expansión de la video-consulta en algunos países, como Australia. En nuestro entorno, en 1998, el Servicio Canario de Salud desplegó la primera experiencia española de telepsiquiatría, conectando mediante este sistema el Hospital de Nuestra Señora de la Candelaria en Santa Cruz de Tenerife con las áreas de salud de La Gomera y Hierro (3). Sin embargo esta experiencia no tuvo continuidad tras un tiempo de uso con aceptables resultados.

Desde hace años, en varios países europeos, están a disposición de usuarios y profesionales diversas modalidades de psicoterapia, preferentemente cognitivo-conductual por Internet (TCCi) (4). Ejemplos de ello son, entre otros, los programas Beating the Blues (beatingtheblues.co.uk) y

Moodgym (moodgym.com.au). En este apartado también hay que mencionar el proyecto MasterMind (mastermind-project.eu/) cuyo objetivo explícito es el despliegue generalizado de TCCI. Se trata de un importante proyecto financiado con fondos de la Unión Europea, desarrollado durante el período 2014-2017 y en el que han participado 10 países (incluidas varias Comunidades Autónomas españolas: Aragón, Cataluña, Galicia y País Vasco). MasterMind incluye TCCI y un apartado de vídeo-consulta. (5). En general, y en lo que se refiere al ámbito de países avanzados, el despliegue de tecnologías *online* para la SM está más evolucionado en el Sudeste Asiático, Estados Unidos y países del norte de Europa. Grandes distancias y dificultades de contacto presencial derivadas de la climatología están en el inicio de su uso.

Así mismo se han desarrollado líneas de terapia computarizada, mediante técnicas de realidad virtual, videojuegos o uso de robots, para el tratamiento de diversos tipos de fobias, por ejemplo. Desde una perspectiva algo diferente se viene proponiendo utilizar tecnologías de Big Data e Inteligencia Artificial para el análisis y manejo de los trastornos mentales. Un editorial de la revista *Nature Medicine* ha llamado la atención sobre esto (6). En nuestro medio, en los últimos años, hay servicios que han puesto en marcha consultas de telepsiquiatría, grupos de terapia y apoyo *online* a disposición de diversos tipos de pacientes. Por último, la disponibilidad de historias clínicas y recetas electrónicas, además de otros medios similares ha posibilitado en algunos de nuestros centros el despliegue de interconsultas *no presenciales* accesibles a diversos especialistas, sobre todo médicos de familia. En la actualidad (entre Octubre y Diciembre de 2020) la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) está impartiendo un curso *online* de Telepsiquiatría Práctica dirigido a psiquiatras.

COVID-19 y Telepsiquiatría

Durante la fase aguda de la pandemia muchos de nosotros nos hemos visto de la noche a la mañana obligados al trabajo a distancia con nuestros pacientes. En la mayor parte de los casos llamar telepsiquiatría a lo que nos hemos visto obligados a realizar (al menos desde los servicios públicos) se corresponde con la verdad sólo en un estricto sentido terminológico, ya que lo que se

ha hecho en casi todas partes son simples llamadas telefónicas y, como mucho, unas pocas vídeo-consultas. Algunos programas de reunión a distancia, como Zoom, se han utilizado, al menos en los entornos de los que dispongo de información, exclusivamente para el contacto entre profesionales. La mayoría de nuestros servicios aún no tienen a su disposición TICs ágiles y bien desarrolladas. Se carece de infraestructuras tecnológicas y tampoco sabemos si estarán implementadas en un futuro previsible.

Pero la cuestión más candente es la deliberación sobre la utilidad y fundamento de este tipo de tecnologías para el trabajo en SM. Hay quienes, entregándose a una supuesta inevitabilidad de las cosas, ceden sin discusión a la presión ambiental y, desde una perspectiva bastante optimista e ingenua, quizá con afán de estar siempre a la última, predicando todo tipo de virtudes y posibilidades para las TICs en SM, mientras que otros, más precavidos o escrupulosos, las ven incompatibles con una adecuada relación con los pacientes. Probablemente el camino que finalmente vayamos a transitar en esta cuestión, como en tantas otras, discurre por un pasaje intermedio.

Así que de lo que se trata es de dirimir las ventajas e inconvenientes que, con nuestra información y experiencia actuales en SM, somos capaces de vislumbrar en este campo. La pregunta central a plantearse sería ¿Pueden ayudar las TICs, y cómo, a mejorar y hacer más accesibles a nuestros pacientes los cuidados que necesitan? ¿Para qué tipo de pacientes y en qué situaciones pueden servir? Y, por el contrario, ¿Con quién y cuándo deberían ser excluidas? (7) Es decir, que lo pertinente sería construir un cuadro, lo más preciso posible, de indicaciones y contraindicaciones para su uso. En principio la amplia evidencia disponible habla de la efectividad de la telepsiquiatría en el tratamiento de múltiples patologías psiquiátricas, con pacientes muy diferentes (en cuanto a diagnóstico, edad y otras características sociales y demográficas) y en contextos distintos. Abundantes ensayos clínicos y revisiones han puesto de manifiesto la efectividad de este tipo de abordaje frente a la consulta presencial, ante la que no desmerece en absoluto siempre que se respeten determinadas condiciones técnicas de calidad y adecuación clínica (8).

Pero con el fin de alcanzar un objetivo de excelencia resulta imprescindible, primero, conocer las características, no solo psicopatológicas, sino también socio-culturales de los pacientes que tenemos que atender y, segundo, disponer de una adecuada descripción de las tareas habituales que los diferentes profesionales realizamos con ellos. Respecto a las propias TICs a desplegar (consulta telefónica, correo-e, vídeo-consulta individual o grupal, monitorización, videojuegos, etc.) parece, de inicio, importante atender a cuestiones éticas relacionadas con su manejo, empezando por el consentimiento informado, la seguridad y confidencialidad de quienes las utilicen, así como la prevención de riesgos de fraude (9). Interesa también conocer las preferencias de los pacientes, y no sólo las de los profesionales, sobre este tipo de tecnologías. En relación con todo ello resulta esencial combatir el riesgo de exclusión de los pacientes tecnológicamente desconectados a los que siempre habrá que dar una respuesta adecuada a sus necesidades y adaptada a sus recursos personales. Pensemos en programas para población sin hogar, por ejemplo.

Nuestra Realidad Asistencial

Intentaré hacer una descripción general sobre tipologías de pacientes, programas y procedimientos al uso en nuestros servicios, que nos proporcione una base de trabajo al objeto de reflexionar en qué áreas o actividades podrían ser útiles algunas TICs. Para empezar, se hace necesario señalar que la mayor parte de nuestros Centros de Salud Mental (CSMs) son en la actualidad simples consultorios, es decir, servicios en los que, de forma predominante, se administran consultas de evaluación, diagnóstico y seguimiento a la mayor parte de los pacientes. Este trabajo lo realizan psiquiatras y personal de enfermería, pero también psicólogos y trabajadoras sociales. En cuanto al tipo de pacientes que son mayoría en los CSMs podríamos denominarlos como crónicos no psicóticos (trastornos leves y moderados del humor, síntomas misceláneos de ansiedad, síntomas somáticos sin explicación médica, etc.). Y todo ello casi siempre asociado a estrés, muchas veces persistente, relacionado con dificultades laborales, económicas, familiares y estados deficitarios de salud general. Baja

calidad de vida, en suma, que pocas veces debiéramos etiquetar como trastorno mental propiamente dicho. Dentro de estos colectivos tenemos una gran parte de demanda femenina derivada de los múltiples y conocidos problemas de género, entre los que el maltrato sólo es la punta del iceberg. Y, cada vez más, ancianos con dificultades cognitivas y de movilidad, que viven solos o con apoyos sociales muy débiles. En el extremo de edad opuesto están los niños y adolescentes que presentan una variedad de problemas tan amplia como la de los adultos, pero con unas características y complejidad peculiares.

Por supuesto que también están los psicóticos de toda la vida (agudos y crónicos), los trastornos graves del humor, los drogodependientes y (en aumento) los trastornos graves de personalidad. A no olvidar la creciente importancia de programas transversales, como por ejemplo, el de prevención de riesgo suicida. Y qué decir del constante incremento de trabajo burocrático que recae sobre los equipos, del que el mejor ejemplo son el número de informes que, por motivos sin cuento, es necesario cumplimentar.

Para unos pocos de estos pacientes disponemos de tratamientos, más o menos, psicoterapéuticos (no es momento de entrar a valorar la calidad de muchos de éstos) a los que, en las actuales circunstancias (insuficiencia de profesionales bien formados, presión asistencial), no es posible dedicar mucho tiempo. Para este grupo tradicional tenemos Unidades de Agudos y de Media Estancia (aún no se han cerrado, o transformado, muchos hospitales psiquiátricos en España), Hospitales y Centros de Día, además de algunos programas especializados, como los de Psicosis incipientes, Programas de atención domiciliaria, de apoyo y tutela residencial, laboral o de tiempo libre.

Nuestras prácticas más cotidianas están basadas en la contención y la administración de fármacos. A veces, en los mejores casos, un poco de psicoterapia y cierto apoyo a algunas familias. Para llevar a cabo todo esto necesitamos reunirnos de vez en cuando con nuestros compañeros de servicio, de red asistencial y, si se puede, con Atención Primaria (AP) u otros especialistas. La mayor parte de estas actividades se desarrollan en los propios CSMs y en horario de mañana.

Elementos para una Reflexión

Quizá haya obviado alguna actividad o tipo de paciente y, por supuesto, todo lo que he mencionado es muy conocido. Pero me parecía necesario este repaso para tratar en condiciones de la cuestión que nos ocupa. No voy a entrar aquí en una propuesta, ni siquiera general, sobre cuáles de las circunstancias mencionadas parecen más o menos propicias para el uso de TICs. Tampoco mencionaré cuáles de estas posibles tecnologías, según sean sus características, pueden ser de utilidad y de qué manera emplearlas. La idea central es que se trata de tecnologías complementarias, no sustitutivas. Por ello hay que entenderlas como instrumentales, no como alternativas absolutas. Se trata también de estar atentos a sus posibilidades de ampliación y desarrollo más allá de lo actualmente conocido. En este ámbito la creatividad está a la orden del día y es de esperar que novedades con posibles avances se sucedan sin descanso en los próximos años. Por el lado contrario hay que clarificar sus límites, bien sean técnicos o éticos. Su uso, como el de cualquier otra actividad a realizar en un servicio sanitario público, debe quedar bien enmarcado en las líneas básicas de lo que entendemos por Psiquiatría Comunitaria (accesibilidad, equidad, responsabilidad, coordinación, eficiencia, atención continuada, proporción en las intervenciones, prevención, etc.). Y todo ello incluyendo una perspectiva social, participativa e integrada en el entorno (10).

Lo anterior nos obliga a tener una visión muy atenta respecto a la ubicación y accesibilidad de nuestros servicios, como también a su composición profesional. Algunos aspectos esenciales a poner en evidencia hacen referencia a los horarios en los que atendemos a nuestros pacientes. Para muchos de ellos (los ancianos por ejemplo) el hogar en el que viven debiera de ser el centro básico para cualquier atención sanitaria, incluida la SM. En cuanto a la cuestión del horario de trabajo, la disponibilidad para dispensar atención comunitaria (y no solo hospitalaria de urgencias) en horario de tarde o de noche, debiera empezar a ser una exigencia generalizada para una psiquiatría de calidad. El hecho de que nosotros trabajemos y descansen en el mismo horario que muchos de nuestros pacientes dificulta el acceso de estas personas a nuestros servicios y los discrimina.

Para reflexionar adecuadamente sobre las indicaciones y contraindicaciones de las TICs estos y otros factores similares han de ser tenidos en cuenta. No podemos ni debemos renunciar a la atención presencial por todo lo que sabemos que aporta a nuestros pacientes (y a nosotros mismos, cuando sabemos administrarla correctamente). Pero aún ignoramos en qué condiciones nos vamos a ver obligados a dispensarla durante un tiempo indeterminado. Ello va a repercutir en que su valor aumente al tratarse de un bien escaso. Se hace preciso saber muy bien cuándo, con quién y para qué es imprescindible una consulta presencial, cuándo útil y cuándo sencillamente aporta poco o nada. La telepsiquiatría debe ser considerada, sobre todo, cuando la alternativa es la no atención o la atención deficitaria, cuando facilita la accesibilidad a nuestros servicios y cuando es la preferida por algunos pacientes. Digo que debe ser considerada, porque (tanto desde una perspectiva ética como desde una perspectiva práctica) nos vemos obligados a reflexionar sobre ella, sobre sus pros y sus contras. No a aceptarla o rechazarla sin más.

En un futuro inminente nos vamos a ver abocados a decisiones nuevas sobre viejos problemas: ¿Cómo defender en público y en privado la posible contraindicación de un tratamiento mediante telepsiquiatría para un determinado paciente que ha especificado su preferencia por la misma? ¿Cómo argumentar y forzar (si es que ello es posible o recomendable) la presencia en consulta de alguien que, debido a sus síntomas, se escabulle de la misma y opta por una distancia tecnológica de carácter defensivo?

Debido a la pandemia COVID-19 muchos de los centros comunitarios, tanto de AP como de SM mantienen todavía una atención presencial muy limitada. Y cuando se abren a las necesidades de su comunidad están desbordados, especialmente los de AP. Ya han pasado varios meses de pandemia y, por lo que parece, esta situación puede durar aún bastante tiempo. Cosa que probablemente cree tendencia en diversos aspectos y costumbres. Mantener a algunos de nuestros pacientes con una accesibilidad suficiente va a hacer necesario combinar atención a domicilio y TICs (por ejemplo en el caso de los ancianos con movilidad deficiente). Pero también nos vamos a ver exigidos para el uso de TICs en el trato con

niños y adolescentes ya nativos en Internet. Por no hablar de sus padres y profesores.

Es innegable que la necesidad de recursos humanos es muy evidente tras años de escasez y recortes. Tampoco aquí es aceptable la sustitución de lo uno (profesionales cualificados) por lo otro (tecnologías de efectividad y contraindicaciones no siempre bien conocidas). Pero también se hace necesario solicitar y exigir recursos en TICs puestos al día y útiles para nosotros y nuestros pacien-

tes. Finalmente hay que investigar (7). Tenemos que diseñar intervenciones, ponerlas a prueba y medirlas. Necesitamos conocer no sólo su efectividad, sino la satisfacción con las mismas de usuarios y profesionales (por cierto, también la de los gestores y responsables económicos).

Tenemos por delante un camino pleno de posibilidades y de trampas. Hay que desbrozar y preparar el terreno para adecuarnos a un futuro que, para bien o para mal, la pandemia ha hecho presente.

Contacto

Ander Retolaza ✉ ander.retolaza@telefonica.net

Referencias

1. Moreno C, Wykes T, Galderisi S y otros: How mental care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* (2020). Published Online. July 16, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)
2. Arnberg FK, Linton SJ, Hultcrantz M, Heintz E, Jonsson U. Internet delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: a systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PLoS One*. 2014;9:e98118.
3. De Las Cuevas C, Artilles J, De la Fuente J, Serrano P: Telepsychiatry in the Canary Islands: User acceptance and Satisfaction. *Journal of Telemedicine and Telecare* (2003): 9, 4:221-224.
4. Hadjistavropoulos HD, Pugh NE, Nugent MM, Hesser H, Andersson G, Ivanov M, et al. Therapist-assisted Internet-delivered cognitive behavior therapy for depression and anxiety: Translating evidence into clinical practice. *J Anxiety Disord*. 2014;28:884-93.
5. Vis, C. MasterMind Consortium, y otros. (2015). Implementing and upscaling evidence-based eMental Health in Europe: The study protocol for the MasterMind project. *Internet Interventions*, 2(4), 399-409.
6. Nature Medicine: Thinking big in Mental health. *Nature Medicine*, 2018: 24:1; doi: 10.1038/nm.447
7. Hollis C, Sampson S, Simons L y otros: Identifying research priorities for digital technology in mental health care: results of the James Lind Alliance Priority Setting Partnership. www.thelancet.com/psychiatry. Published online august 28, 2018. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30296-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30296-7)
8. Hubley S, Lynch S B, Schneck C y otros: Review of key telepsychiatry outcomes. *World J Psychiatr* 2016; 6(2): 269-282. Available from. URL; <http://www.wjgnet.com/2220-3206/full/v6/i2/269.htm> DOI: <http://dx.doi.org/10.5498/wjp.v6.i2.269>
9. Schulte F.: COVID-19 Fuels Explosive Growth in Telehealth and Fraud Concern. *Medscape*. April 26. 2020.
10. Thornicroft G, Tansella M. The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services. Cambridge UP. 1999. Trad. Esp. La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de servicios. Madrid. Triacastela. 2005.

- Recibido: 3/7/2020.
- Aceptado: 7/12/2020.

Tecnologías digitales (TICS) y cuidados en salud mental (SM): 10 prioridades a investigar

Traducido y adaptado de James Lind Alliance Priority Setting Partnership (2018)

1. ¿Cuáles son los riesgos y beneficios de proporcionar cuidados en SM mediante TICS? ¿Cuál es el impacto de renunciar a la interacción presencial?
2. Cómo pueden afectar determinados estados mentales (depresión, psicosis...) a la forma en la que las personas se relacionan con las TICS?
3. ¿Cómo pueden ser maximizados los resultados de diversos tratamientos habituales (medicaciones, psicoterapias...) mediante el concurso de las TICS?
4. ¿En qué momento del proceso terapéutico (intervención en crisis, prevención, alianza terapéutica, mantenimiento, recuperación...) pueden resultar más seguras y efectivas las TICS?
5. ¿Cómo deberían ser evaluadas y acreditadas las aplicaciones digitales (apps.) en SM?
6. ¿Cuál es el impacto de las TICS en la organización de los servicios de SM (Accesibilidad, Tiempos de espera, Sistemas de citación, etc.)?
7. ¿Cuál es la efectividad de las terapias realizadas mediante TICS frente a las realizadas cara a cara?
8.- ¿Podrían algunos elementos esenciales de la terapéutica (empatía, mímica, comunicación no verbal...) ser mantenidos en las intervenciones digitales?
9. ¿Podrían ser útiles determinadas TICS para facilitar la accesibilidad a los servicios de SM de algunos grupos de población (minorías étnicas, personas sin hogar, poblaciones rurales alejadas...) con dificultades para recibir cuidados cuando los precisan?
10. ¿Cómo utilizar las redes sociales en Internet para facilitar una conexión efectiva a las personas con Trastorno Mental en riesgo de exclusión por aislamiento?

Hollis C, Sampson S, Simons L y otros: Identifying research priorities for digital technology in mental health care: results of the James Lind Alliance Priority Setting Partnership. www.thelancet.com/psychiatry. Published online august 28, 2018. [http://dx-doi.org/10.1016/52215-0366\(18\)30296-7](http://dx-doi.org/10.1016/52215-0366(18)30296-7)



FORMACIÓN CONTINUADA

Hemocromatosis: impacto cognitivo y psicosis. A propósito de un caso.

Hemocromatosis: cognitive impact and psychosis. About a case.

José Juan Tascón Cervera (1), María Herrera Muñoz (2),
Juan Fernando Dorta González (1), Andrés Leandro Sánchez Pavesi (1),
Lucía Povedano García (1), Fernando Jesús García Gómez-Pamo (1).

1. MIR Psiquiatría – Hospital Universitario de Canarias.

2. Enfermera Especialista en Salud Mental, Complejo Hospitalario Univ. N^º 3^a de la Candelaria.

Resumen: Algunas enfermedades por depósito como la enfermedad de Wilson o la hemocromatosis se han sugerido como causa de psicosis. Sin embargo, existen pocos estudios que hablen acerca de la relación entre hemocromatosis y psicosis, así como del impacto en la función cognitiva de esta patología. Exponemos el caso de un varón de mediana edad, portador del gen de hemocromatosis que presenta un episodio psicótico agudo y síntomas compatibles con deterioro cognitivo leve. Revisamos artículos, casos clínicos y demás bibliografía acerca del impacto cognitivo de esta patología y su relación con la psicosis, y planteamos como diagnóstico diferencial síntomas neuropsiquiátricos secundarios a hemocromatosis. Concluimos en que son necesarios más estudios.

Palabras clave: Hemocromatosis, Psicosis, Deterioro cognitivo.

Abstract: Some deposit diseases like Wilson's disease or hemochromatosis have been suggested as a cause of psychosis. However, there are few studies that investigate the relationship between hemochromatosis and psychosis, as well as its impact on cognitive function. We present the case of a middle-aged man, who carries the hemochromatosis gene and presents an acute psychotic episode and symptoms compatible with mild cognitive impairment. We have reviewed articles, case reports and and other bibliography about the cognitive impact of this pathology and its relationship with psychosis, and we propose as a differential diagnosis neuropsychiatric symptoms secondary to hemochromatosis. We conclude that further studies are needed.

Keywords: Hemochromatosis, Psychosis, Cognitive impairment.

Introducción

Algunas enfermedades por depósito se han establecido como causa de episodios psicóticos, debido a la formación de acúmulos en SNC. Entre ellas, figura la hemocromatosis, patología que se ha sugerido como una posible causa de psicosis

secundaria (1). Sin embargo, existen en la actualidad pocos estudios que hablen de esta relación o del impacto en la función cognitiva de la hemocromatosis, más aún si lo comparamos con otras enfermedades por depósito como la enfermedad de Wilson (2).



La hemocromatosis es una enfermedad que se caracteriza por el acúmulo de depósitos de hierro en tejidos corporales en los que, en condiciones normales, no debería depositarse. A consecuencia de esto, se produce una lesión y fibrosis tisular de determinados órganos como pueden ser el hígado, el corazón o el páncreas (3). Puede ser primaria, cuyo diagnóstico es genético, o secundaria a otras patologías como anemia, talasemia o a algunas enfermedades hepáticas e incluso transfusiones(4).

Aunque cada vez se producen más diagnósticos, sigue tratándose de una patología infradiagnosticada (5). Aproximadamente, afecta a una de cada 300 personas, si bien una de cada 20 o 25 personas puede portar el gen(6). Se trata de una patología que es 10 veces más frecuente en varones, ya que se ha sugerido que las pérdidas menstruales protegen respecto al acúmulo de hierro, lo cual deriva en una menor expresión de la enfermedad en mujeres(3). El diagnóstico clínico suele realizarse a partir de los 40 años en hombres, mientras que en mujeres suele aparecer posterior a la menopausia (7).

Determinados parámetros de laboratorio pueden ser sugestivos de hemocromatosis, como un índice de saturación de la transferrina elevado(IST) (>50% en hombres, >40% en mujeres), niveles elevados de ferritina (>300 ng/ml en hombres, >200 ng/ml en mujeres), así como elevación de las transaminasas hepáticas (8). La ferritina es un marcador muy sensible, pero tiene baja especificidad. Ante una ferritinemia aumentada con IST normal, el diagnóstico más frecuente es de síndrome metabólico, inflamatorio o consumo excesivo de alcohol, mientras que una IST aumentada con ferritina normal puede ser un marcador precoz de desarrollo de hemocromatosis (9).

Por otro lado, algunos síntomas físicos pueden hacernos sospechar de hemocromatosis, como una fatiga inexplicable, cirrosis o fallo hepático, disfunción cardíaca, diabetes mellitus tipo 2, hipogonadismo, disfunción eréctil o disminución de la libido, artropatías, piel hiperpigmentada o fallos cognitivos(10). También otras patologías como la porfiria cutánea tarda pueden sugerir una manifestación de hemocromatosis (11).

En cualquier caso, es de vital importancia realizar una historia clínica completa prestando aten-

ción a toda la sintomatología. Algunas de las manifestaciones clínicas de sobrecarga de hierro más frecuentes son las siguientes:

- Sobrecarga hepática de hierro: suele ser donde primero se acumulan los depósitos. Puede producirse hepatomegalia, aumento de transaminasas hepáticas, fibrosis o cirrosis hepática e incluso hepatocarcinoma (8). El consumo de alcohol (12) o el virus de la hepatitis C (13) se asocian a peor pronóstico.
- Sobrecarga cardíaca de hierro: puede producir miocardiopatía dilatada, disfunción diastólica e insuficiencia cardíaca o trastornos en la conducción cardíaca (14).
- Órganos endocrino: la sobrecarga puede producirse en el páncreas, produciéndose Diabetes Mellitus tipo 2 (15). También estos acúmulos pueden depositarse a nivel hipofisario, produciendo de este modo una disminución de la producción de hormonas tróficas, lo que puede derivar en un hipogonadismo secundario (niveles bajos de testosterona, disminución de la libido y disfunción eréctil en hombres, amenorrea en mujeres aunque de forma menos frecuente), así como hipotiroidismo secundario(16). No obstante, en autopsias se ha comprobado que el tiroides puede verse afectado también de manera primaria, directamente por infiltración férrica en la propia glándula, causando incluso daño en el epitelio folicular, inflamación linfocítica, fibrosis y destrucción de las células foliculares(17).
- Sistema nervioso central: Los síntomas incluyen deterioro cognitivo, dificultades para la marcha, ataxia cerebelosa y disfunción extrapiramidal o enfermedad de Parkinson (18). También se ha encontrado en algunas mutaciones asociación con determinadas enfermedades como Esclerosis Lateral Amiotrófica (19). También se ha sugerido como posible causa de psicosis (1).
- Artropatías: artritis y artralgiás, principalmente en extremidades superiores (20), hallazgos radiológicos similares a enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato cálcico (21). Además, debido a la disfunción endocrina por hipopituitarismo, puede producirse una disminución de la densidad ósea(16).
- Otras manifestaciones inespecíficas: piel hiperpigmentada, fatiga inexplicable y en ausencia

de anemia, apatía (7), sarcopenia, dolor crónico, fragilidad (22).

No obstante, el diagnóstico definitivo de la hemocromatosis primaria ha de realizarse mediante test genético, siendo la mutación más frecuente la homocigosis C282Y del gen HFE, situado en el cromosoma 6. Otras mutaciones, como la heterocigosis conjunta C282Y y H63D, la S65C, la delección homocigótica del gen HFE pueden producir hemocromatosis(23). Incluso, pacientes heterocigotos para C282Y, y por tanto portadores de la mutación, pueden presentar manifestaciones clínicas de sobrecarga de hierro (24).

Hoy en día, es una recomendación que los familiares de primer grado asintomáticos de pacientes con diagnóstico de hemocromatosis se sometan a un estudio genético, para comprobar si son o no portadores de la mutación en el gen HFE(5).

Caso clínico

Se trata de un paciente varón, de 51 años de edad, casado, con hijos y activo laboralmente. Entre sus antecedentes médico-quirúrgicos destaca un oncocitoma renal en riñón derecho, intervenido mediante nefrectomía en el año 2011. Además, se encuentra en seguimiento por Hematología por una eritrocitosis y es portador del gen de la hemocromatosis C282Y, habiendo tenido valores de IST de 70% en el pasado y realizándose sangrías terapéuticas cada 6 meses en la actualidad.

Entre sus antecedentes psiquiátricos figura un ingreso en unidad de agudos en el año 2017, con diagnóstico al alta de episodio psicótico agudo. El cuadro se caracterizó por presentar ideas delirantes de daño y perjuicio centradas en el entorno vecinal, con quien mantenía problemática con base real, así como autorreferencialidad y alucinaciones auditivas que generaron evidente repercusión emocional y conductual. Se inició tratamiento con aripiprazol, y la evolución del cuadro fue adecuada, revirtiendo la sintomatología y siendo dado de alta de la planta de psiquiatría a los 11 días de ingreso. Durante su estancia hospitalaria se realizan diversas pruebas complementarias:

- TAC craneal: no se evidenciaron signos de sangrado u ocupación intracraneal ni alteraciones significativas de la densidad el parénquima cerebral.

- Analítica de laboratorio:

- Hemoglobina 18,1 g/dl. Creatinina 1,30 mg/dl.
- Resto de valores sin alteraciones.

El paciente continuó seguimiento en consultas externas de psiquiatría hasta el año 2019, cuando fue dado de alta tras iniciar disminución progresiva de la medicación neuroléptica y sin apreciarse signos de recaída.

Posteriormente, no se evidenció nueva sintomatología psicótica y el paciente mantuvo vida normal, tanto en lo familiar como lo laboral, siendo confirmada esta información por sus familiares. Sin embargo, en abril de 2020, el paciente ingresa de nuevo en unidad de agudos. En este momento presenta ideas delirantes de daño y perjuicio hacia sus vecinos, similares a las del ingreso anterior. Además, refiere alucinaciones auditivas y fenómenos del primer rango en forma de transmisión y lectura del pensamiento. Sus familiares comentan que la reaparición de la sintomatología psicótica ha sucedido en el último mes de manera progresiva hasta hacerse incontenible. Se muestran preocupados ya que el paciente ha presentado fallos de memoria que han ido en aumento, especialmente en lo que a la memoria inmediata y a corto plazo respecta, además de alguna conducta desorganizada ocasional, compatible con un posible deterioro cognitivo leve incipiente. Se inicia tratamiento anti-psicótico con aripiprazol dados los antecedentes de buena respuesta, y se realizan una serie de pruebas complementarias:

- Analíticas hospitalarias:

- Hemoglobina: 18,1 g/dl.
- GOT 42 U/L. GGT 50 U/L. Bilirrubina indirecta 2.0 mg/dl. Bilirrubina directa; 0.8 mg/dl.
- Glucemia 123 mg/dl.
- Índice de Saturación de la Transferrina: 41.7%. Ferritina 145 ng/ml.
- Creatinina: 1.51 mg/dl.
- TSH 4.4800 microU/L. T4 libre con valores dentro de la normalidad.



- TAC craneal: sin hallazgos patológicos.
- RMN craneal: Algunos focos aislados de hiperseñal en T2 y FLAIR a nivel subcortical frontal bilateral. Resto dentro de la normalidad.

Durante las tres semanas de ingreso disminuyó de manera progresiva la intensidad de la sintomatología, por lo que se procedió al alta con diagnóstico de episodio psicótico agudo.

Discusión

En cuanto al diagnóstico diferencial, planteamos varias posibilidades:

- Que se trate de un episodio psicótico agudo, similar al de 2017, y por tanto dos episodios psicóticos aislados. A su favor jugaría la recuperación completa entre los años 2017 y 2020.
- Que se trate de un trastorno psicótico crónico, pendiente de filiar según la evolución.
 - > Tipo esquizofrenia: Encajaría con algunos de los síntomas positivos como las alucinaciones auditivas o los fenómenos del primer rango. Sin embargo, la edad, la conservación de su personalidad, la ausencia de síntomas negativos o los fallos cognitivos pondrían en duda este diagnóstico.
 - > Tipo trastorno por ideas delirantes: Ya que suele aparecer en personas de edad mediana o avanzada y explicaría la conservación de la personalidad del paciente y la adecuada funcionalidad que ha presentado hasta ahora, además de la convicción plena y la repercusión de las ideas delirantes. Por otro lado, las alucinaciones auditivas o los fenómenos de transmisión y lectura del pensamiento no son habituales en esta patología.
- Que se trate de un trastorno mental orgánico, dados los antecedentes médicos en paciente portador de mutación para la hemocromatosis, que es la alternativa diagnóstica que exponemos.

Por tanto, planteamos como posibilidad diagnóstica síntomas neuropsiquiátricos secundarios en paciente portador de mutación para la hemocromatosis.

En un caso clínico publicado en el año 2012, se estudia el caso de un paciente cercano a los 50 años, con antecedentes personales de dolor crónico lumbar tras haber sufrido caída en la infancia sin pérdida de conciencia y sin antecedentes psiquiátricos de interés. El paciente refiere excesivo cansancio, incremento de dolor lumbar de base, náuseas ocasionales y disfunción eréctil. Tanto él como su mujer relataron fallos cognitivos de progresiva aparición, que se habían incrementado en el último año, con disminución de la capacidad de atención, episodios de aparente desconexión/disociación, fallos mnésicos, dificultad para nuevos aprendizajes y cierta confusión y desorganización en algunas de sus conductas. Además, su mujer comentó ideas de perjuicio centradas en que ella estaba tratando de engañarle o esconderle cosas. Una vez se diagnosticó de hemocromatosis y comenzaron las sangrías periódicas, su función cognitiva mejoró (25).

En otro caso clínico publicado en el año 2015, se aborda el caso de un varón de 70 años de edad, con antecedentes médicos de Diabetes Mellitus, insuficiencia renal, fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca y sin antecedentes psiquiátricos de interés. Ingresó por cuadro de ideación delirante de daño y perjuicio con el entorno familiar y autorreferencialidad, además de interpretaciones de sensaciones somáticas con gran repercusión emocional y conductual. A la exploración se observa ligero temblor distal en miembros superiores, así como deterioro cognitivo, sintomatología depresiva e hipoactividad. Se plantea como diagnóstico diferencial patología orgánica vs psiquiátrica, dada la edad del paciente y la ausencia de antecedentes psiquiátricos. Se realiza RMN, donde se objetivan lesiones sugestivas de hemocromatosis (26).

En nuestro caso, llama la atención la sintomatología referida tanto por el paciente como por su familia de fallos mnésicos y de atención, compatibles con un leve deterioro cognitivo incipiente en paciente que se encuentra en la sexta década de la vida. Esto apoyaría nuestro diagnóstico diferencial de síntomas neuropsiquiátricos secundarios a enfermedad orgánica.

También los valores analíticos, en los que se aprecian transaminasas hepáticas ligeramente aumentadas e hiperbilirrubinemia jugarían a fa-

vor de este diagnóstico. Resulta llamativa también la elevación de la TSH y de la glucemia, valores que en analíticas anteriores se encontraban dentro de la normalidad, así como el incremento de la creatinina sérica respecto a valores previos.

En cuanto a las pruebas de imagen, en resonancia magnética se objetivan algunos focos aislados de hiperseñal en T2 y FLAIR a nivel subcortical frontal bilateral. La causa más frecuente de este tipo de lesiones es mediante daño microvascular crónico. No obstante, en pacientes menores de 75 años debe considerarse patológico(27), y especialmente en este caso ya que el paciente no cuenta con antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus u otros factores de riesgo cardiovascular(28). Además, las enfermedades por depósito también pueden producir lesiones en sustancia blanca (27).

Por último, se ha sugerido que los depósitos de hierro a nivel cerebral pueden alterar o incluso destruir los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos (26), lo cual explicaría la peor respuesta al tratamiento antipsicótico en comparación con el ingreso previo.

Conclusión

Únicamente la evolución a nivel ambulatorio y el tiempo aclararán el diagnóstico y el pronóstico de nuestro paciente. No obstante, consideramos que existen pocos estudios que evalúen el impacto cognitivo de la hemocromatosis, por lo que creemos que resultaría interesante una mayor investigación acerca de este tema.

Contacto

José Juan Tascón Cervera ✉ jtascerc@gobiernodecanarias.org
Hospital Universitario de Canarias • Carretera Ofra S/N
38320 La Cuesta • Santa Cruz de Tenerife

Bibliografía

1. Jiménez MR. *Manual de Urgencias*. Ed. Médica Panamericana; 2010. 954 p.
2. Rosencrantz R, Schilsky M. Wilson disease: pathogenesis and clinical considerations in diagnosis and treatment. *Semin Liver Dis*. agosto de 2011;31(3):245-59.
3. Castrillo JMA, Álvarez EV. *Hematología Clínica*. Temas de Patología Médica. Universidad de Oviedo; 2005. 372 p.
4. Hemocromatosis [Internet]. National Library of Medicine. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/hemochromatosis.html>
5. Bacon BR, Adams PC, Kowdley KV, Powell LW, Tavill AS, American Association for the Study of Liver Diseases. *Diagnosis and management of hemochromatosis: 2011 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases*. *Hepatology*. julio de 2011;54(1):328-43.
6. Rodrigo L. Hemocromatosis hereditaria. *Rev Esp Enfermedades Dig*. noviembre de 2006;98(11):883-883.
7. Crownover BK, Covey CJ. Hereditary hemochromatosis. *Am Fam Physician*. 1 de febrero de 2013;87(3):183-90.
8. Fitzsimons EJ, Cullis JO, Thomas DW, Tsochatzis E, Griffiths WJH, British Society for Haematology. Diagnosis and therapy of genetic haemochromatosis (review and 2017 update). *Br J Haematol*. 2018;181(3):293-303.
9. Adams PC. Epidemiology and diagnostic testing for hemochromatosis and iron overload. *Int J Lab Hematol*. mayo de 2015;37 Suppl 1:25-30.



10. Niederau C, Strohmeier G, Stremmel W. Epidemiology, clinical spectrum and prognosis of hemochromatosis. *Adv Exp Med Biol.* 1994;356:293-302.
11. Ramírez-Santos A, González-Vilas D, García-Gavín J, Concheiro J, Sánchez-Aguilar D, Toribio J. Porfiria cutánea tarda y hemocromatosis en España. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* mayo de 2009;100(4):329-31.
12. Irving MG, Halliday JW, Powell LW. Association between alcoholism and increased hepatic iron stores. *Alcohol Clin Exp Res.* febrero de 1988;12(1):7-13.
13. Diwakaran HH, Befeler AS, Britton RS, Brunt EM, Bacon BR. Accelerated hepatic fibrosis in patients with combined hereditary hemochromatosis and chronic hepatitis C infection. *J Hepatol.* mayo de 2002;36(5):687-91.
14. Easley RM, Schreiner BF, Yu PN. Reversible cardiomyopathy associated with hemochromatosis. *N Engl J Med.* 26 de octubre de 1972;287(17):866-7.
15. Utzschneider KM, Kowdley KV. Hereditary hemochromatosis and diabetes mellitus: implications for clinical practice. *Nat Rev Endocrinol.* enero de 2010;6(1):26-33.
16. Walton C, Kelly WF, Laing I, Bu'lock DE. Endocrine abnormalities in idiopathic haemochromatosis. *QJ Med.* 1983;52(205):99-110.
17. Edwards CQ, Kelly TM, Ellwein G, Kushner JP. Thyroid disease in hemochromatosis. Increased incidence in homozygous men. *Arch Intern Med.* octubre de 1983;143(10):1890-3.
18. Costello DJ. Concurrent hereditary haemochromatosis and idiopathic Parkinson's disease: a case report series. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1 de abril de 2004;75(4):631-3.
19. Ellervik C, Birgens H, Tybjaerg-Hansen A, Nordestgaard BG. Hemochromatosis genotypes and risk of 31 disease endpoints: meta-analyses including 66,000 cases and 226,000 controls. *Hepatology.* octubre de 2007;46(4):1071-80.
20. Heiland GR, Aigner E, Dallos T, Sahinbegovic E, Krenn V, Thaler C, et al. Synovial immunopathology in haemochromatosis arthropathy. *Ann Rheum Dis.* junio de 2010;69(6):1214-9.
21. Axford JS, Bomford A, Revell P, Watt I, Williams R, Hamilton EB. Hip arthropathy in genetic hemochromatosis. Radiographic and histologic features. *Arthritis Rheum.* marzo de 1991;34(3):357-61.
22. Tamosauskaite J, Atkins JL, Pilling LC, Kuo C-L, Kuchel GA, Ferrucci L, et al. Hereditary Hemochromatosis Associations with Frailty, Sarcopenia and Chronic Pain: Evidence from 200,975 Older UK Biobank Participants. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 15 de 2019;74(3):337-42.
23. Kanwar P, Kowdley KV. Metal storage disorders: Wilson disease and hemochromatosis. *Med Clin North Am.* enero de 2014;98(1):87-102.
24. Bulaj ZJ, Griffen LM, Jorde LB, Edwards CQ, Kushner JP. Clinical and biochemical abnormalities in people heterozygous for hemochromatosis. *N Engl J Med.* 12 de diciembre de 1996;335(24):1799-805.
25. Brown S, Torrens LA. Ironing out the rough spots - cognitive impairment in haemochromatosis. *Case Rep.* 3 de julio de 2012;2012(jul02 1):bcr0320126147-bcr0320126147.
26. Fashho Rodríguez E. *VI Encuentros en Psiquiatría. Conducta Suicida.* BibliotecaOnline SL; 2015. 543 p.
27. Nieto Parga A. Estudio mediante Resonancia Magnética de las enfermedades de la sustancia blanca. 2014;1786 words.
28. Lobos Bejarano JM, Brotons Cuixart C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Aten Primaria.* diciembre de 2011;43(12):668-77.

• Recibido: 10/7/2020.

• Aceptado: 11/11/2020.

Recuperación personal desde un modelo de tratamiento asertivo comunitario: a propósito de un caso clínico.

Personal recovery from a community assertive treatment model: on the purpose of a clinical case.

Luis Alberto Forcén Muñoz (1), Silvestre Martínez Benítez (2),
María Herrera Giménez (3), Carmen Llor Moreno (4).

1. Residente de Psiquiatría de tercer año. Unidad Docente Multiprofesional Salud Mental.
2. Coordinador de Equipo Asertivo Comunitario del área 7.
3. Facultativo especialista del Equipo Asertivo Comunitario del Área 7.
4. F.E.A. Psiquiatría. C.S.M. San Andrés.

Resumen: A propósito de una paciente con un diagnóstico de trastorno mental grave que recibe tratamiento desde un abordaje basado en el modelo asertivo comunitario realizamos un repaso bibliográfico del concepto de recuperación personal. Hacemos hincapié en los factores que son esenciales para que este proceso sea posible y se expone la manera en la que el tratamiento asertivo comunitario favorece que algunos de estos factores estén presentes en el proceso. Se comprueba el beneficio que se obtiene tanto en aspectos clínicos como funcionales.

Palabras clave: Trastorno mental grave, Psicosis, Tratamiento asertivo comunitario, Recuperación personal.

Abstract: With regard to a patient with a diagnosis of a severe mental disorder who receives treatment from an approach based on the assertive community model we conduct a bibliographic review of the concept of personal recovery. We emphasize the factors that are essential for this process to be possible and we discuss the way in which assertive community treatment favors that some of these factors are present in the process. The benefit obtained in both clinical and functional aspects is verified.

Key words: Severe mental disorder, Psychosis, Assertive community treatment, Personal recovery.

Introducción

Se define recuperación personal como un proceso de cambio en el que está implicada la persona afectada por un trastorno mental, orientado hacia el desarrollo de una vida significativa. Aun-

que toda recuperación personal implica cierto grado de recuperación clínica (definida por la desaparición de síntomas y discapacidades), es un proceso que va más allá, pues el objetivo es que la persona pueda seguir creciendo y desarrollando sus capacidades, independientemente



de la presencia de síntomas o discapacidades. Este concepto implica recuperar la esperanza y el significado, superar el estigma y el trauma asociado a la enfermedad mental y retomar el control de la propia vida (1-3).

Por tanto, la recuperación personal se caracteriza por:

- Ser un proceso abierto, indefinido y con objetivos modificables.
- Centrado en la persona en su conjunto, no sólo en la enfermedad.
- Estar basada en una serie de valores: autonomía, involucración del paciente, autoría, y esperanza. Así, forma parte de lo que se conoce como «medicina basada en valores» (1).

Dentro de los trastornos mentales, la esquizofrenia ha sido considerado como uno de los más graves dado que durante gran parte del siglo pasado ha predominado la idea de que es una enfermedad progresivamente incapacitante y, por tanto, con pocas perspectivas de recuperación (4). Sin embargo, disponemos de estudios recientes que informan de que un porcentaje importante (en algunos casos cercano al 50%) de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia experimentan algún tipo de mejoría, ya sea sintomática o funcional, a lo largo de su evolución (5). Estos hallazgos permiten cambiar la forma de concebir la esquizofrenia, que pasa de ser una patología incurable a una con posibilidades de mejoría y, por tanto, merecedora de un esfuerzo por parte de los profesionales con el objetivo de ayudar a los pacientes a conseguir dicha mejoría.

Uno de los obstáculos más importantes a los que se enfrenta en este momento la salud mental es la falta de evidencia acerca de las intervenciones y servicios que pueden ayudar a los usuarios a recuperarse de un trastorno mental grave (6). Desde una perspectiva más tradicional, más cercana a la idea de recuperación clínica, se han identificado una serie de factores asociados a la recuperación en la esquizofrenia: factores familiares, ausencia de abuso de sustancias, menor tiempo de psicosis sin tratar, buena respuesta a neurolépticos, adecuada adherencia al tratamiento, existencia de una terapia de apo-

yo con una alianza terapéutica colaboradora, buen funcionamiento neurocognitivo, ausencia del síndrome deficitario, buenos antecedentes premórbidos, y acceso a un tratamiento global, coordinado y continuo (4,5). Además, actualmente comienzan a cobrar relevancia las variables de corte psicológico como la esperanza, la sensación de autoeficacia, o la autoestima. Todo ello son variables sobre las cuales se puede intervenir (7).

Sin embargo, el nuevo concepto de recuperación, no tanto centrado en la reducción de síntomas sino en el desarrollo de las capacidades del sujeto y en la creación de una vida significativa, permite y obliga a tomar en consideración nuevas perspectivas y puntos de vista acerca de este asunto (1). Así, es interesante conocer el punto de vista de los pacientes al respecto del proceso de recuperación, que generalmente se centra en torno a aspectos cercanos al desarrollo y crecimiento personal, como son la esperanza en el cambio, el deseo de normalizar su vida y de controlarla por ellos mismos, y la presencia de profesionales, amigos o familiares que creen en ellos (7).

Otro factor relevante para que sea posible la recuperación según esta nueva concepción del término, es que la actitud asistencial de los profesionales implicados en el proceso esté basada en una serie de «valores asociados a la recuperación», independientemente del tipo de tratamiento que se aplique. Estos valores o actitudes son importantes pues pueden influir en la experiencia personal de la persona afectada. Se han descrito cuatro valores esenciales para los procesos de recuperación, que frecuentemente aparecen en la literatura relacionada con el tema: orientación hacia la persona, implicación de la persona, autodeterminación y esperanza o potencial de crecimiento (6,7). En relación a esto, en 2012 SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) propuso diez componentes fundamentales para la recuperación: esperanza, autoría, no lineal, holística, apoyo de «pares», relaciones humanas, cultura, confrontación de trauma, fortalezas y responsabilidad, y respeto. De esta manera, el papel del profesional no es tanto el tratar una enfermedad sino el asistir y ayudar a la persona a crear una vida significativa (1).

Una vez definido el concepto de recuperación, se plantea la cuestión de qué encuadres o programas de asistencia son adecuados para ayudar a la persona diagnosticada de trastorno mental grave en este proceso. Desde la reforma psiquiátrica en los años 70, tras el cierre de las antiguas instituciones psiquiátricas, se trasladó la asistencia desde el hospital a la comunidad. Mientras que unos pacientes pudieron mantener una aceptable autonomía e incluso formar una familia u obtener un trabajo, otros muchos quedaron fuera de la red asistencial, ya fuera porque los nuevos recursos se dedicaban a tratar a personas con patologías menores o porque su propio trastorno les hacía difícil acceder a ellos; de tal manera que se dificultó para estos pacientes el adquirir autonomía y el desarrollo de una vida significativa, aumentando los reingresos y en muchos casos quedando relegados a la marginalidad(8,9).

En respuesta a esta situación, a principios de la década de los setenta se desarrolló el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC). Inicialmente fue diseñado para reducir la frecuencia de reingresos, centrado en ayudar a los pacientes a vivir en la comunidad. Muy pronto comenzó a ser aplicado como una forma de atención más global, cuyos principales objetivos eran, aparte de reducir los ingresos hospitalarios, asegurar el seguimiento y la continuidad asistencial y mejorar el funcionamiento social y calidad de vida de los pacientes (10,11).

El TAC es un abordaje basado en un equipo multidisciplinar que incluye trabajadores sociales, enfermeros y psiquiatras que se encargan de la atención de un grupo de pacientes, compartiendo la responsabilidad de los mismos, entre todos los miembros, y en el que las ratios de paciente/profesional son pequeñas (10/1). Este equipo proporciona todos los cuidados que el paciente necesita de forma integrada, incluyendo el apoyo en la solución de problemas de la vida diaria. Tratan de proporcionar la atención en el domicilio u otros lugares de la comunidad, practicando el «alcance afirmativo» (*assertive outreach*), que implica que el personal contacta y ofrece servicios a personas desmotivadas o que no cooperan; haciendo especial hincapié en la adherencia al tratamiento y en mantener el seguimiento y el vínculo con el paciente (8,10).

El TAC ha demostrado ser un tratamiento eficaz para personas con graves patologías psiquiátricas. Diversos estudios y revisiones han demostrado que reduce los reingresos hospitalarios y el tiempo de ingreso, mejora el vínculo y la adherencia al tratamiento, mejora diversos factores psicosociales (vivienda, empleo), disminuye la sintomatología y mejora la satisfacción del usuario (10,12,13).

Más allá de su eficacia para la asistencia de personas diagnosticadas de trastorno mental grave, el TAC puede ser un tipo de tratamiento especialmente adecuado desde la perspectiva de la recuperación; ya que ofrece un abordaje integral (englobando aspectos clínicos, psicológicos y sociales), a largo plazo, centrado en la comunidad y focalizado en el mantenimiento del vínculo y la confianza del paciente (11). El siguiente caso clínico ilustra muy bien este proceso.

Caso clínico

Se trata de una paciente de 64 años en seguimiento por el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) desde marzo de 2011. Ha recibido diversos diagnósticos a lo largo de su biografía: Trastorno delirante crónico, Esquizofrenia, Psicosis cicloide y Trastorno bipolar. El primer ingreso en una unidad psiquiátrica tuvo lugar cuando ella tenía 31 años, a raíz de un brote psicótico polimorfo, con manifestaciones clínicas de extrema gravedad que precisaron de contención urgente.

A lo largo de su vida su rendimiento académico ha sido excelente tanto en Bachiller como en la Licenciatura de Medicina, donde estudió hasta 4^º curso, cuando abandona coincidiendo con la presentación de los pródomos de la psicosis. Tras su primer ingreso en psiquiatría decide estudiar la Diplomatura de Enfermería y posteriormente especializarse como matrona, aunque esto último no lo llega a finalizar debido a la clínica que presentaba. Llegó a trabajar de forma irregular como enfermera en distintos hospitales, presentando dificultades en los diversos servicios en los que realizó actividad laboral.

Tras los primeros episodios existía una recuperación completa, aunque no conciencia de enfermedad y solo siguió tratamiento ambulatorio du-



rante un tiempo limitado. Paulatinamente la psicopatología delirante y las vivencias de influencia se fueron cronificando y sistematizando, causando frecuentes internamientos hospitalarios en distintas unidades psiquiátricas, unos dos o tres al año hasta aproximadamente la fecha de 2004, cuando se empiezan a distanciar a uno al año. En total llegó a ingresar 33 veces sólo en Murcia, además de otros ingresos en otras Comunidades Autónomas (Alicante, Bilbao) e incluso fuera de España (Francia y en la antigua Yugoslavia).

Antes de que el ETAC comenzara con el seguimiento de la paciente, ésta no había recibido tratamiento alguno salvo en los ingresos, ya que se mostraba reacia en todo momento a tomar medicación o llevar un seguimiento por salud mental, siendo inexistentes su conciencia de enfermedad y necesidad de cuidado.

Durante las descompensaciones presentaba sintomatología delirante de perjuicio y fenómenos de control del pensamiento y del movimiento, con gran repercusión afectiva y conductual, de tal manera que incluso puso en riesgo su vida y la de terceros en numerosas ocasiones. Su situación clínica y social fue empeorando progresivamente, hasta darse situaciones muy extremas de malnutrición y deterioro progresivo de sus condiciones de hábitat: vivía sin luz, sin agua caliente, con una limpieza ínfima de su hogar y con una actividad delirante muy importante y productiva que ocupaba todo su tiempo por lo que no podía tampoco hacerse cargo de su propio autocuidado correctamente. En 2010, a raíz de la muerte de su madre y de otro nuevo ingreso se tramitó su incapacitación civil global quedando su hermana como tutora.

La paciente inició seguimiento por el ETAC de Murcia en marzo de 2011, recibiendo al equipo en visitas semanales que se realizan en domicilio. En el momento de toma de contacto con este equipo se encontraba en una situación social grave de abandono, con presencia de importante sintomatología positiva y negativa propia del trastorno mental grave que padece.

Desde que comenzó a acudir el equipo de salud mental a su domicilio su hermana comenzó a resolver los problemas de condiciones de vida, le compró un televisor, teléfono y le aumentó la asignación mensual, todo bajo supervisión del

equipo y, en gran parte, facilitado por la disminución progresiva de la sintomatología delirante de la paciente, pues se consiguió una mayor conciencia de enfermedad y una mayor adherencia al tratamiento psicofarmacológico. También se consiguió que acudiera a su Centro de Salud Mental (CSM) de referencia, a citas con psicología y a grupos para mejorar sus habilidades sociales.

El estado de autonomía de la paciente mejoró notablemente:

- En cuanto a alimentación, pasó de cocinar comida con alimentos que guardaba fuera del frigorífico y que comía durante varios días a comer todos los días comidas de llevar (en parte por el aumento de asignación mensual).
- La sintomatología delirante mejoró hasta quedar muy encapsulada, lo cual permitió que distintos trabajadores acudieran a su domicilio y se pudieran realizar las mejoras que necesitaba el hogar; en la actualidad dispone de una trabajadora que va a limpiar semanalmente y los problemas de luz y agua están solucionados.
- Su organización del tiempo comenzó a ser adecuada para sus necesidades, empezó a acudir con frecuencia a la biblioteca y formó parte de un coro, aumentando así sus actividades de ocio de manera sana.
- Retomó ciertas relaciones sociales, principalmente en el entorno de su familia y en el entorno de la biblioteca; acudió a cursos para formación como formador y en el grupo al que asiste regularmente. También comenzó a acudir a reuniones de carácter lúdico-social con otros pacientes.
- En el momento actual es capaz de desempeñar con total normalidad todas estas actividades con una total autonomía sin que prácticamente se haya presentado problema alguno durante el tiempo de tratamiento en domicilio.
- El gasto de dinero ha sido en todo momento adecuado y proporcionado a sus necesidades, habiéndolo utilizado con sensatez y prudencia.
- Durante este tiempo tampoco ha presentado la paciente ningún tipo de descompensación de su patología psíquica, ahora estable gracias

al tratamiento, al que tiene una correcta adherencia. La vinculación con el equipo es excelente, lo cual ha sido un elemento clave para que mejorara la situación antes descrita, pues ella deposita toda su confianza en el equipo.

A los 8 meses de trabajo del ETAC con ella, la paciente propuso recurrir la sentencia de incapacitación civil por medio de un abogado. Se tuvieron en consideración los siguientes aspectos:

1. Desde que el equipo comenzó a administrar el tratamiento el estado clínico de la paciente mejoró, de forma que demostró su capacidad para gobernar de forma correcta sus bienes y sus derechos civiles
2. En el pasado el efectuar dicha incapacitación estuvo motivado por el hecho de que la paciente, al no estar correctamente tratada por su negativa a acudir a su centro de salud mental o a tomar tratamiento psicofarmacológico, se encontraba realmente incapacitada para realizar un correcto cuidado de sí misma. Parece bastante improbable que mientras siga tratada vuelvan a darse dichas circunstancias.
3. En cuanto al uso del dinero en ningún momento se ha objetivado un gasto incorrecto, por exceso o por defecto, del mismo.
4. El equipo Asertivo Comunitario tenía previsto continuar tratando a la paciente y asegurando su seguimiento.
5. La persona designada como tutora no pudo velar por la defensa de los derechos básicos de la paciente puesto que no fue capaz de facilitar que ésta viviera bajo unas condiciones aceptables en su hogar durante el tiempo que ejerció como tal ni de conseguir que la paciente fuera tratada de forma correcta.

Teniendo en cuenta todo esto, finalmente se consiguió recurrir la sentencia de incapacitación, logrando la recapacitación de la paciente.

En la actualidad recibe el diagnóstico de Psicosis Atípica, de la que se encuentra totalmente estable, permitiendo la administración de medicación intramuscular (monoterapia con palmitato de paliperidona 75 mg cada 28 días). Su vida es tranquila y carente de situaciones estresantes o de difícil manejo. Mantiene una actividad intelectual

muy intensa (estudia inglés, lee, ve documentales...) y ha mejorado sus contactos sociales tanto con su familia como con otros recursos en el ámbito comunitario. Muestra muy buena relación con este equipo de salud mental lo que puede permitir una correcta actuación por parte del mismo, en caso de descompensación, dada la frecuencia de las visitas y la buena relación terapéutica. Además, acude puntualmente a sesiones de terapia individual y grupos de habilidades sociales, participando activamente en su tratamiento.

De momento no está previsto el alta de la paciente de este programa ya que se ha comprobado a lo largo de los años su dificultad para vincularse a los servicios de salud mental, y por tanto, para recibir un tratamiento adecuado que le permita una recuperación tanto clínica como personal.

Discusión

Liberman y Kopelowicz desarrollaron en 2002 unos criterios para definir y evaluar la recuperación (4). Pese a que no tienen validez universal, pueden servir para ilustrar el proceso en el caso propuesto:

1. Remisión de síntomas.
2. Funcionamiento ocupacional: Trabaja o sigue programas de formación a tiempo completo o parcial, o participa de forma activa en actividades lúdicas, familiares o de voluntariado.
3. Vive independientemente, sin supervisión de cuidadores formales o informales, con capacidad para administrar su dinero, hacer la compra, preparar la comida, lavar la ropa y satisfacer las necesidades de aseo personal. Capaz de iniciar sus propias actividades y gestionar su tiempo sin que se lo recuerden familiares ni otros cuidadores.
4. Funcionamiento social: Asiste a una reunión, acontecimiento social, actividad lúdica, conversación telefónica u otra interacción conjunta con un compañero que no sea un familiar al menos una vez por semana.
5. Se mantienen estos parámetros a lo largo de dos años.

A día de hoy, la paciente cumple todos estos criterios, por lo que podríamos afirmar que en



este caso el proceso de recuperación está siendo satisfactorio.

A raíz de que el ETAC iniciara el seguimiento y tratamiento de la paciente, aparecieron alguno de los elementos comentados en la introducción que se han considerado necesarios para el proceso de recuperación (4):

- Adherencia al tratamiento: El tratamiento psicofarmacológico tiene una eficacia demostrada para reducir la sintomatología psicótica, y, como ya se ha comentado, es necesaria una cierta estabilidad clínica para poder iniciar el proceso de recuperación.
- Terapia de apoyo con una alianza terapéutica colaboradora: Una buena relación con los equipos de tratamiento se considera esencial como cimiento para la administración de todo tipo de tratamientos y para los cambios terapéuticos. Una terapia de apoyo eficaz cuenta con una serie de elementos: búsqueda activa del paciente y de su familia (*assertive outreach*), asistencia en la resolución de los problemas que surgen en la vida cotidiana, empatía y compasión por parte del terapeuta, y la educación de la persona y su familia con respecto al uso correcto de los antipsicóticos y el tratamiento psicosocial.
- Acceso a tratamiento global, coordinado y continuo: Es esencial que el tratamiento sea continuo, global, basado en el cliente y accesible al paciente. Además de psicofarmacología y terapias psicológicas, se ha demostrado relevante el apoyo para encontrar un empleo, vivienda, y para mejorar las habilidades sociales y laborales.

Por otra parte, también fue esencial que durante el proceso estuvieran presentes los valores de la recuperación (3,6):

- Orientación hacia la persona: Ver la persona en su totalidad, no sólo como paciente. Centrarse más en los talentos y recursos personales y en cómo desarrollarlos que en los déficits consecuencia del trastorno. Esto implica también el ayudar al acceso a servicios y recursos fuera de la red de salud mental, donde el paciente pueda adquirir roles sociales más allá del rol de paciente.
- Implicación de la persona: Implicar a la persona en su proceso terapéutico y de cambio, que

asuma responsabilidades en cuanto al tratamiento y a la recuperación. Esto es importante para fomentar el sentido de empoderamiento y de identidad propia.

- Autodeterminación: Fomentar que la persona tome decisiones en cuanto a qué quiere conseguir en la vida y cómo conseguirlo, para así ayudarla a retomar el significado de su vida. No se trata de obligar o coaccionar al usuario a tomar un determinado camino, sino de dotarlo de habilidades y conocimiento para que pueda decidir el suyo propio, basado en sus intereses y motivaciones personales.
- Esperanza: Los profesionales tienen que mantener y promover la esperanza en la posibilidad de crecimiento, así como apoyar las aspiraciones de la persona en cuanto a sus objetivos, como tener un trabajo, ir a la universidad, formar una familia, etc.

En el caso presentado se evidencian todos estos valores: la paciente desarrolló capacidades y habilidades más allá de sus déficits (estudiar idiomas, diversa formación...), se desarrolló en entornos más allá de los relacionados con la salud mental (biblioteca), se mantuvo la esperanza en la recuperación, con un objetivo determinado: recurrir la sentencia de incapacitación, lo cual al final se consiguió; permitiendo así a la paciente tomar las riendas de su propia vida, que pudiera tomar decisiones y que aumentara su autonomía y empoderación. Se evidencia, por tanto, el cambio en el enfoque en cuanto a la actitud del profesional, cuyo papel no es tanto el de tratar una enfermedad como el de apoyar los esfuerzos del individuo por rescatar y resignificar su vida (1).

Podemos referirnos también a las cuatro «tareas nodales» de la recuperación señaladas por Slade, que también se observan en este caso (1):

- Desarrollar una identidad positiva: Desarrollar una identidad más allá de la enfermedad, de forma que sea un elemento más de la vida, pero no el centro de la misma.
- Elaborar la enfermedad mental: Dar un sentido a la experiencia psicótica, asimilarla, entender y aceptar los déficits para poder superarlos.
- Autogestión de la enfermedad.
- Adopción de roles sociales valorados.

Por último, podemos resaltar los aspectos propios del TAC que en este caso han favorecido el proceso de recuperación (11):

- Una ratio paciente/profesional pequeña, que permite conocer al paciente en profundidad, sus intereses y objetivos.
- Distintos profesionales implicados en el mismo paciente (psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales), ofreciendo un tratamiento más global e integral, incluyendo aspectos sociales.
- Visitas frecuentes y proactivas por parte del equipo, lo cual permite un mayor vínculo y mejor relación terapeuta-paciente; así como intervenir en situaciones de crisis, previniendo ingresos y descompensaciones.
- Tratamiento a largo plazo, adecuado pues el proceso de recuperación también lo es.
- Tratamiento y seguimiento realizado en la comunidad, lo cual refuerza el vínculo y permite actuar sobre habilidades cotidianas, fomentando así la autonomía y la integración en la comunidad. También permite implicar en el proceso a familiares y cuidadores.

Conclusión

Fomentar la recuperación personal en personas diagnosticadas de trastorno mental grave requiere de cambios en los procedimientos, actitudes y valores con los que tradicionalmente hemos afrontado el cuidado y tratamiento de los pacientes. El empoderamiento, el respeto de las opiniones e intereses del paciente, el fomentar la autoría y la autodeterminación sobre la propia vida, y la esperanza en la mejoría son elementos clave para este proceso.

Dadas sus características, el TAC puede ser un modelo de tratamiento ideal para fomentar el proceso de recuperación en pacientes con trastorno mental grave, especialmente en aquellos con escasa conciencia de enfermedad, poca adherencia al tratamiento y múltiples reingresos. Es un modelo que ya ha demostrado eficacia en este tipo de pacientes en cuanto a mejoría clínica, pero como se puede ver en el caso presentado, puede permitir ir más allá, asistiendo y apoyando a la persona para que pueda desarrollar una vida significativa en todos los ámbitos.

Contacto

María Herrera Giménez ☎ 968 359 062 ✉ mariapsiqui@hotmail.com
CAD Murcia • Av. de la Fama 3 • 30003 Murcia

Bibliografía

1. Monsalve MH. PSICOPATOLOGÍA Y RECUPERACIÓN. *Informaciones Psiquiátricas*. 2013; 3(213):285-319.
2. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993;16(4):11-23.
3. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. junio de 2007;6(2):68-74.
4. Liberman R.P. KA. Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabil Psicosoc*. 2004;1(1):12-29.
5. Vita A, Barlati S. Recovery from schizophrenia: is it possible? *Curr Opin Psychiatry*. mayo de 2018;31(3):246-55.
6. Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J. Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Di-



- mensions. *Community Ment Health J.* abril de 2005;41(2):141-58.
7. Rosillo Herrero M, Hernández Monsalve M, Smith SPK. La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* junio de 2013;33(118):257-71.
 8. 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. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* [Internet]. diciembre de 2004 [citado 29 de junio de 2020];(92). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 9. Hernández Monsalve, M., «Los programas de seguimiento intensivo en la Comunidad: una alternativa a la hospitalización ¿y algo más?», en RIVAS GUERRERO, F. (comp), *La Psicosis en la Comunidad*, AEN Estudios, 2002, pp.131-189.
 10. Marshall M, Lockwood A. Tratamiento asertivo en la comunidad para las personas con desórdenes mentales severos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2 Oxford: Update Software Ltd Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2 Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
 11. Salyers MP, Tsemberis S. ACT and Recovery: Integrating Evidence-Based Practice and Recovery Orientation on Assertive Community Treatment Teams. *Community Ment Health J.* 24 de octubre de 2007;43(6):619-41.
 12. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, et al. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophr Bull.* 1 de enero de 2010;36(1):48-70.
 13. Lee CC, Liem SK, Leung J, Young V, Wu K, Wong Kenny KK, et al. From deinstitutionalization to recovery-oriented assertive community treatment in Hong Kong: What we have achieved. *Psychiatry Res.* agosto de 2015;228(3):243-50.

- Recibido: 13/7/2020.
- Aceptado: 7/12/2020.

Del trabajo online con grupos a encuentros de los pueblos.

From on line work with groups to people's encounters.

Goyo Armañanzas.

Psiquiatra, terapeuta grupal, psicodramatista.

La pandemia que inició nuestro confinamiento el 14 de marzo de 2020, trajo cambios de largo recorrido, que solo ahora estamos entendiendo. Al igual que todos recordamos que estábamos haciendo el 11 S de 2001, recuerdo como se frenó mi actividad en aquel 14 de marzo. Tuve que pasar mis grupos de terapia y formación a una plataforma online. Fue una semana muy intensa de negociar el paso a online con alumnos y pacientes. La incertidumbre, el pensar rápido y el actuar, se hacían paso. En la semana siguiente, hicimos el cambio para las siguientes. Y muchas cosas más: elegir plataforma, aprender a manejarla, asistir a talleres online para hacerme al medio (al miedo) desde el lado de participante, luchar con mi portátil y su cámara en mal estado, establecer las normas y recomendaciones para que la experiencia grupal fuera equiparable, ayudar a otros a adaptarse, etc. Me quedaba comprobar que la cohesión grupal entre personas que no se conocían previamente se podía dar en un primer encuentro online entre personas que no se conocían previamente. Los sucesivos talleres introductorios online al Psicodrama y Procesos Grupales que hemos hecho en la pandemia nos demuestran que es muy posible y satisfactorio. Como siempre, cuidando adecuadamente a los grupos.

Esto me ha llevado a algunas reflexiones:

- La terapia y la terapia de grupo online es un medio válido de terapia como forma complementaria, siempre que no sea posible la presencial. Si una persona me pide terapia online desde una ciudad donde sé que hay terapeutas

presenciales accesibles (cualquier ciudad en España), le ayudo a buscar una persona en su ciudad para hacer una terapia presencial. Muy diferente es la experiencia de países donde el desplazamiento requiere mucho tiempo y dinero no disponible.

- Los terapeutas nos hemos confrontado con nuestros prejuicios acerca de esta modalidad de terapia. Todos los que me ha tocado contactar sin excepción, se han sorprendido acerca de las experiencias y posibilidades que han encontrado. Yo el primero.
- Los terapeutas nos hemos topado con nuestras resistencias al cambio. Toda una paradoja, teniendo en cuenta que nuestro trabajo consiste en ayudar a los paciente y usuarios a hacer profundos cambios. El cambio a online nos ha obligado a cambiar rutinas que nos daban seguridad en nuestras terapias individuales y de grupo. Ya no controlamos nuestra sala de grupo. En esta modalidad, se construye entre todos, con las salas de los participantes.
- La terapia individual y la terapia de grupo online si puede consistir en una experiencia pobre si no la organizamos adecuadamente. Algunos elementos para ello:
- Prepararnos técnicamente. Por varias razones, no me parece la mejor solución la de tener un experto en la plataforma en el grupo y descargar todo lo técnico en él.
- Ayudar a los miembros del grupo con antelación a la sesión en el manejo de la plataforma y en

puesta a punto de la conexión y terminal que vayan a utilizar.

- Reducir al mínimo las intervenciones técnicas durante la sesión. En ella, cada miembro se debe hacer responsable de los desajustes técnicos que surgieran. En pararnos demasiado por un desajuste técnico de una persona, enfría al grupo.
- Asegurar la confidencialidad de los espacios particulares. El establecimiento de las condiciones adecuadas de la sala de grupo pasa a ser responsabilidad de cada miembro del grupo. Eso implica varias intervenciones: sugerir auriculares (inalámbricos si queremos utilizar el movimiento y la acción de psicodrama), pedir que estén en una sala privada, evaluar por medio de algún ejercicio psicodramático, cuan seguros y libre se sienten en el lugar en el que están, en relación con el grupo presencial, confrontar la aparición de personas ajenas al grupo, si eso se da, etc.
- Pedir que los rostros estén adecuadamente iluminados.
- Pedir que no desaparezcan de la pantalla sin avisar, de la misma forma en que no se va un miembro de la sala del grupo su avisar que lo va a hacer. Pedir que no cierren la cámara.
- Pedir que utilicen ordenador, si es posible, en vez de portátil o tablet. En estos últimos casos, si el grupo está integrado por más de cuatro personas, estas no se ven simultáneamente en la pantalla. Eso dificulta la vivencia de grupo.
- Si es un grupo experiencial, asegurar que no se graba.

Llega un momento en el que en medio técnico que estamos utilizando pasa a la periferia y deja de ser importante, para pasar a serlo el encuentro.

De los esfuerzos a los premios

El recurso online ha facilitado la proliferación de encuentros nacionales e internacionales de colegas y un intercambio profesional que ha facilitado la progresiva desaparición de fronteras. Se han multiplicado de una forma sorprendente las conferencias online, los talleres con finalidad docente, los talleres con el objetivo de compartir vi-

vencias emocionales en este particular momento y apoyarnos entre compañeros, las presentaciones de libros online, etc.

Los cambios que nos ha traído la pandemia, han venido para quedarse. Esos intercambios han sido particularmente importantes con Hispanoamérica, en base a nuestra proximidad cultural y a la lengua. Eso nos plantea nuevos desafíos, vencer los prejuicios y estereotipos culturales, adaptarnos a las diferencias culturales en lenguaje, estilo de comunicación emocional, cultura de trabajo, etc. Eso, que generalmente permanece inconsciente, lo tenemos ahora frente a nosotros.

Esta comunicación nos puede preparar la Aldea Global que estamos construyendo. El Covid nos devuelve que somos biológicamente iguales, que somos muy vulnerables y que solo sobreviviremos unidos. Las distancias y los prejuicios son lujos para tiempos de bonanza. “Who shall survive? ¿Quién sobrevivirá?” reza el texto de Moreno, fundador del psicodrama. Parece que estamos encontrando una respuesta. Una iniciativa que sobresale en este sentido: Escuelas de los Pueblos.

Escuelas de los pueblos

El psicodrama público tiene una larga historia. Es una técnica para abrir las plazas públicas a las emociones colectivas que se están viviendo. La primera vez que escuché hablar de esto me quedé fascinado. Fue una experiencia en las plazas públicas de Sao Paulo, hace ya años.

- El nombre de *Escenas de los Pueblos*, viene de unos psicodramas públicos que se organizaron simultáneamente en las plazas de los pueblos argentinos, con motivo de la crisis que el país estaba padeciendo. Se celebró el 12 de octubre de 2001.
- El 12 de septiembre de 2020 se celebró el segundo encuentro de Escenas de los Pueblos, esta vez internacionalmente y con la participación de más de treinta Plazas zoom simultáneas, de más de veinte países.
- El tercer encuentro se acaba de realizar el 19 de diciembre de nuestro potente 2020. Más de cincuenta grupos, Plazas Zoom, de muchos países del mundo, nos reunimos simultáneamente

a las 11 de la mañana de cada lugar, durante dos horas. En este encuentro, convocamos con abordaje de técnicas grupales y psicodramáticas, a coordinadores de grupos, psicodramatistas, terapeutas y todas las personas interesadas en compartir y conectarse. En general, a todas las personas interesadas en asumir su propia responsabilidad en ayudar a que el mundo sea un lugar mejor. El lema y el abordaje era suficientemente amplio como para poder incluir a todos: “Como persona. Familia, comunidad, país, mundo: ¿Qué estamos sintiendo, necesitando, aprendiendo, fortaleciendo, soñando?”. Los coordinadores coordinamos los encuentros con técnicas grupales y psicodramáticas. Al final de cada grupo, se grabó un mensaje dirigido al mundo. Todos ellos están en la página de Facebook de este movimiento: [https://www.facebook.com/pages/category/Local-Service/ Escenas-de-los-Pueblos-el-cuidado-en-la-pan demia-432699127647887/](https://www.facebook.com/pages/category/Local-Service/Escenas-de-los-Pueblos-el-cuidado-en-la-pan-demia-432699127647887/)

Hemos participado 137 coordinadores de Alemania, Argentina, Austria, Bosnia, Brasil, Costa Rica, Croacia, Chile, Ecuador, España, Grecia, Inglaterra, Italia, Nicaragua, Noruega, México, Montenegro; Perú, Portugal, Rumania, Rusia, Serbia, Suecia, Túnez, Turquía, Ucrania, Uruguay, USA, Egipto y Bolivia. Donde los idiomas utilizados han sido español, inglés, portugués, italiano, ruso, francés, griego, noruego, sueco, serbio, croata, bosnio, montenegrino, ucraniano, tunecino y egipcio.

Desconocemos la cantidad total de participantes. Seguro que son más de 600.

En nuestra Plaza Zoom, tratamos de profundizar en los elementos emocionales, muchas veces inconscientes, que están levantando fuertes enfrentamientos y posiciones muy viscerales en nuestro entorno. ¿Como entender desde sus propios zapatos al negacionista, al que está en la

teoría de la conspiración, al que rechaza la vacuna?, etc. Hemos seguido la máxima de Moreno, fundador del Psicodrama: “...y tú me verás con mis ojos y yo te veré con los tuyos”. Yo lo conseguí interiormente. Desde entonces ya no me voy a enfadar con esas posiciones tan opuestas a las mías. He encontrado los elementos emocionales comunes que me unen a esas posiciones. Unos las procesamos de una forma y otros de otra.

Posteriormente los coordinadores hemos tenido dos reuniones zoom para procesar y seguir aprendiendo. Vamos a seguir teniendo más Encuentros de los Pueblos.

Esta es una oportunidad para romper fronteras, apoyarnos, desarrollar recursos de comunicación y empoderamiento, extender la capacidad de apoyo desde la base, ir construyendo la Aldea Global que queremos y necesitamos.

Los que trabajamos con emociones y grupos (y todos estamos inmersos en esa tarea de una u otra forma) tenemos el privilegio de una tarea especial: ayudar a entender y compartir nuestras vivencias en este momento de crisis. De ello depende que estas sean facilitadoras o generen un problema mayor. Solo necesitas ganas. Si coordinas una plaza, puedes utilizar tus recursos grupales. Si te incorpora a una ya existente, trae lo más palpitante de tu corazón y del corazón de los tuyos. Para ello y cualquier duda Mónica Zuretti (monicazuretti@gmail.com) y Goyo Armañanzas (psicodrama@gogrupos.com). También el Facebook Escenas de los Pueblos.

Goyo Armañanzas Ros



PRE-OCUPACIONES

Teleasistencia en el ámbito penitenciario.

About telecare in the prison.

SampAEN (*)

Actualmente en España existen dos establecimientos psiquiátricos penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), los de Alicante y Sevilla, y un Módulo de Discapacitados de Segovia y otros dos destinados a tal fin en los Centros Penitenciarios de Estremera (Madrid) y Quatre Camins (Barcelona). Estos tres Departamentos tendrían el carácter de “Centro educativo especial” como se refiere el art. 101.1 CP (1).

También hay una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria dependiente de la Generalitat de Catalunya (anexo del Centro Penitenciario de Can Brians). El País Vasco tiene un régimen no penitenciario, derivado del convenio existente con la Unidad de Psiquiatría Legal del Hospital Aita Menni de Arrasate-Mondragón (hospital privado) en Gipuzkoa y un vínculo organizativo con la Red de Salud Mental de cada territorio, al estar transferidos sus equipos sanitarios a Osakidetza, el Servicio Vasco de Salud. Algo similar ocurrirá en Navarra, donde próximamente los profesionales sanitarios del C. P. Pamplona I quedarán integrados en Osasunbidea, el Servicio Navarro de Salud, al quedar transferidas las competencias en sanidad penitenciaria.

Las transferencias a las comunidades autónomas favorecen poder tener dispositivos sanitarios de calidad para la población reclusa, así como un mejor seguimiento en el sistema público de po-

sibles patologías que precisen de continuidad en la atención.

La Administración penitenciaria en las últimas décadas se ha mostrado inadecuada para la gestión de la atención e internamiento psiquiátrico penal. Por esto, y al margen del mandato legal para traspasar a las CC.AA. las competencias sobre sanidad penitenciaria (Disp. Adic. 6ª Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) (1), incumplido salvo en los casos de Cataluña y el País Vasco, parece que lo más oportuno sería traspasar a dichas Comunidades las competencias en sanidad penitenciaria, es decir, la gestión de las medidas de seguridad y las de carácter sanitario en una población interna en los C.P. considerable.

Con cierta frecuencia oímos cuestionar que las prisiones no están equipadas para abordar todo lo que rodea al Covid-19 viendo las dificultades de una atención sanitaria adecuada, con asistencia y cuidados, con oferta de opciones a las restricciones de movilidad, garantizando derechos de las personas presas y de sus familiares, así como evitar que la pandemia suponga más aislamiento y lejanía de sus seres queridos.

Ya algunos servicios de atención comunitaria, aunque de modo ocasional, habían puesto en marcha consultas de teleasistencia, grupos de terapia y apoyo online a disposición de algunos

(*) Grupo SampAEN (Salud mental en prisión de la AEN): Jose M. López, Iñaki Markez, Pilar Casaus, Enrique Pérez, Ana Gordaliza, Pilar Ventosa, Virginia Pareja, Mariano Hernández, M^º Asun de Concepción, María Fuster.

pacientes. Sin olvidar la disponibilidad de historias clínicas y recetas electrónicas, o interconsultas no presenciales accesibles a diversos especialistas, sobre todo médicos de familia, esto de modo más generalizado. El salto a la asistencia telefónica y a la asistencia por videoconferencia da más riqueza, es generalizada esta opinión. Muchos profesionales alegan que si llaman por teléfono no saben quién está al otro lado ni con quién está el paciente, y no hay feedback de la comunicación no verbal.

Durante esta pandemia del coronavirus (COVID-19), en los sitios web de la OPS y la OMS, y en sus orientaciones durante este período, se nos ha informado sobre las teleconsultas como una herramienta segura y efectiva para evaluar casos sospechosos y guiar el diagnóstico y el tratamiento pacientes, minimizando el riesgo de transmisión de la enfermedad (2), incluso para reducir las visitas innecesarias a algunos servicios.

Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs)

Es sabido que la mayoría de los Centros de Salud Mental (CSMs) son consultorios de forma predominante. Son servicios en los que se administran consultas de evaluación, diagnóstico y seguimiento a la mayoría de los pacientes, una tarea realizada por psiquiatras, personal de enfermería y, en menor medida, psicólogas y trabajadoras sociales. Consultas para pacientes que son crónicos no psicóticos (trastornos leves y moderados con síntomas ansiedad, somáticos, del humor, etc.) en su mayoría... junto a los psicóticos de toda la vida (agudos y crónicos), los trastornos depresivos graves, las adicciones y los trastornos severos de personalidad. Sin olvidar la importancia de programas transversales como, por ejemplo, el de prevención de riesgo suicida. Todo esto se traslada al ámbito penitenciario con sesgos notorios, observando prevalencias notorias de patologías habituales (adicciones, trastornos de personalidad, trastornos depresivos...) con la peculiaridad de la escasez de recursos sanitarios cualificados.

Debido a la pandemia COVID-19 muchos de los centros comunitarios, tanto de Atención Primaria como de Salud Mental mantienen una atención presencial muy limitada. Y si se abren a las ne-

cesidades de su comunidad pronto quedan desbordados. Parece que esta situación puede durar aún bastante tiempo, generando costumbres y tendencias cercanas a una precaria atención asistencial.

Durante y tras la pandemia, las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) verán ampliadas sus aplicaciones en el campo sanitario y también en la Salud mental tras conocer la capacidad y utilidades de la atención psiquiátrica a distancia. Desde hace años, en el campo de la Salud mental hemos conocido y se han puesto a disposición de usuarios y profesionales diversas modalidades de psicoterapia, cognitivo-conductual por Internet (TCCI) preferentemente, líneas de terapia computarizada, o videojuegos y robots para el tratamiento de algunas fobias (3).

No obstante, en la mayor parte de los casos es inapropiado llamar *telepsiquiatría* a lo que hemos realizado en estos meses pasados. Lo que se ha hecho en casi todas partes han sido simples llamadas telefónicas y algunas ocasionales videoconsultas. Se han utilizado algunos programas de reunión a distancia (Zoom, Jitsi meet, Google meet, WhasApp...) para contacto entre profesionales. Sí existen desde hace tiempo y también en este periodo consultas y terapias en el ámbito privado. Hemos de admitir que la mayoría de los servicios aún no tienen a su disposición TICs desarrolladas al carecer de infraestructura tecnológica y desconocemos si estarán implementadas en un futuro próximo.

Precisamos conocer las ventajas e inconvenientes. ¿Pueden ayudar las TICs y cómo?, ¿a mejorar y hacer más accesibles la atención y los cuidados que necesitan? ¿Para qué tipo de personas y en qué situaciones? Y, por el contrario, ¿Con quién y cuándo deberían ser incluidas y excluidas? La evidencia disponible habla de la efectividad de la telepsiquiatría en el tratamiento de muchas patologías psiquiátricas, con pacientes muy diferentes y en contextos distintos. Abundantes ensayos clínicos y revisiones han puesto de manifiesto la efectividad de este abordaje frente a la consulta presencial, ante la que no desmerece siempre que se respeten determinadas condiciones técnicas de calidad y adecuación clínica (4). Sin embargo, poco se habla de los inconvenientes. Cabe señalar que la evidencia disponible

poco o nada dice de seguimientos a largo plazo que comparen eficacias en terapia virtual versus presencial o de los efectos adversos posibles, y que las muestras empleadas en la mayoría de estudios son heterogéneas y pequeñas, por lo que su generalización al ámbito clínico-asistencial es aún una incógnita. Por otro lado, las cuestiones éticas del uso de la modalidad telemática de atención son muy variadas y abarcan distintas cuestiones que habría que explorar para no hacer un uso ingenuo de las mismas (5).

La teleasistencia debe ser considerada, más ahora, cuando la alternativa es la no atención o la atención deficitaria y ocasional, pues facilita la accesibilidad y es preferida por algunos pacientes, aunque esta sea una cuestión compleja. Desde una perspectiva ética o desde una perspectiva práctica debemos reflexionar sobre ella, no aceptarla o rechazarla a la ligera. Partiendo de que se trata de tecnologías complementarias, no sustitutivas. Hay que entenderlas como instrumentales, no como alternativas absolutas.

En los Centros Penitenciarios

La Sanidad Penitenciaria, con un modelo asistencial que quedó en crisis, mostró que la Administración penitenciaria no era la adecuada para gestionar estos dispositivos, sobre todo, por carecer de recursos. No hay dotación de personal especializado y el sistema organizativo y funcional de los centros psiquiátricos penitenciarios está alejado de las necesidades tanto de los profesionales de la salud mental como de los usuarios de los mismos. Además, las características de los establecimientos, con un modelo de grandes establecimientos que hace tiempo fue superado. Hace años que los referentes en otros países europeos se orientan hacia pequeñas unidades de 20 camas o menos, con personal especializado y con un modelo asistencial orientado a generar vínculos con los dispositivos comunitarios.

La atención sanitaria especializada a la población reclusa tiene problemas específicos: retrasos excesivos en las consultas, débil comunicación entre especialistas de los hospitales de referencia y médicos de las prisiones, incomparencias a citas programadas o dificultad logística de seguridad y privacidad en el traslado al hospital. La telemedicina ofrece oportunidades que reducen

dificultades en la prescripción de uso hospitalario y en las barreras geográficas, mejoran el acceso equitativo a la atención sanitaria especializada, garantizan la continuidad de la atención entre diferentes ámbitos asistenciales, mejoran problemas organizativos (tiempo, horarios de citas, evita las medidas de seguridad de los traslados, asegura la privacidad de los internos...). Esta tecnología mejora la comunicación, coordinación y los vínculos del ámbito hospitalario (atención especializada) y penitenciario (atención primaria), al tiempo que facilita la formación continuada. Además, algunos estudios apuntan que su utilización en áreas alejadas del especialista es una opción coste-efectiva. Se trata de atender mejor las necesidades de consultas externas y urgencias de internos enfermos, con un impacto favorable organizativo, económico y de calidad percibida. Todo esto sin olvidar que su uso también puede generar nuevas desigualdades por “brecha digital” y que supone asumir cambios en algunos aspectos de la relación (desaparición de la presencia física y abstracción del contexto situacional concreto), que pueden modificar la información reportada en el encuentro entre clínico y paciente para la evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Volviendo a la cuestión de la comunicación en este período de pandemia y en los tiempos venideros, si nos fijamos en la Guía sobre “Medidas urgentes en los Centros Penitenciarios durante esta pandemia de coronavirus y para el próximo período” editada por la AEN a finales de abril de 2020 (6), sobre las medidas destinadas a la comunicación señalábamos:

- Se debe garantizar el derecho a la información por parte de las personas presas y sus familias. Esa información debe dirigirse, en primer lugar, a que los internos tengan conocimiento actualizado y accesible del desarrollo de la pandemia y de las medidas adoptadas, a nivel general y, en particular dentro de las prisiones, para prevenir y contener su propagación. Como señala la OMS en su *Guía provisional sobre Preparación, prevención y control del COVID19 en las prisiones y otros lugares de detención* dado que actualmente no existe vacuna alguna para prevenir el COVID-19, todas las personas que están en las prisiones y centros de detención, tanto el personal como los

internos, deben tener un conocimiento amplio de las estrategias de prevención como las medidas higiénicas, la necesidad de cubrir la tos y los estornudos, la necesidad del distanciamiento físico (al menos un metro) así como de los síntomas para poder estar alerta ante su posible aparición. Pero esa información también debe estar dirigida a facilitar un rápido conocimiento de la situación sanitaria de sus familiares y, de la misma manera, se debe garantizar una información rápida y clara de la salud de los internos a los familiares que están en el exterior.

- Se debe garantizar en todas las cárceles la comunicación de las personas presas con sus familiares y personas allegadas del exterior o presas en otras cárceles para lo que es necesario que se garantice la gratuidad de las llamadas telefónicas. Así mismo, es necesario que en todas las cárceles se garantice esta comunicación también mediante video conferencia, igualmente de forma gratuita, y pudiendo preavisar a las personas del exterior con antelación suficiente para que las mismas se puedan llevar a cabo.
- Deberán retomarse, al menos y cuanto antes, las comunicaciones por cristales, las más habituales todos los fines de semana durante 40 minutos, de las personas presas con sus familiares y personas allegadas. Es incómoda, se grita para poder entenderse y con frecuencia el calor y el olor es denso en esos espacios. Será necesario adoptar las medidas sanitarias oportunas, de higiene, ventilación, mayor espacio... Además, será importante autorizar el desplazamiento de las familias y personas allegadas a las cárceles de dentro y de fuera de su provincia para realizar las comunicaciones.

Hace años, ya en mayo de 2015, los medios de comunicación anunciaron que la telepsiquiatría era una alternativa para atender la salud mental en zonas rurales y en las cárceles. Ahora, las limitaciones impuestas a raíz de la crisis del coronavirus, provocaron el aumento de tensión en los centros penitenciarios que derivaron en conflictos. Para aliviar la presión, por ejemplo, la Generalitat impuso un plan para permitir a los presos contactar con sus familiares por videollamada. Instaló un programa gratuito (Jitsi meet) que permitía a los internos contactar por videoconferencia con sus familiares en el exterior me-

dante teléfono móvil, ordenador o tableta. Otro sistema para el contacto con los familiares son las videoconferencias vía Whatsapp, con teléfonos móviles a repartir entre los equipamientos penitenciarios y los de justicia juvenil.

A principios de noviembre pasado saltó la noticia: las prisiones españolas contarán en 2021 con cabinas con teléfonos con imágenes para que los internos puedan hacer videollamadas y ver a sus familiares mientras se comunican, una práctica ya iniciada en algunas cárceles con motivo de la pandemia. Fue anunciado por el director de Instituciones Penitenciarias, durante su comparecencia en la Comisión de Interior del Congreso para dar cuenta de los Presupuestos de 2021. La instalación de las cabinas de videoconferencias, dijeron que comenzaría en diciembre en 12 cárceles, ya ha comenzado como experiencia piloto en los centros penitenciarios de Burgos, Brieva (Ávila), Madrid IV (Navalcarnero) y Cáceres. Permitirá realizar videollamadas, llamadas convencionales y dejar mensajes de voz. Asimismo, se habían adquirido 30 nuevos equipos de videoconferencia para evitar el traslado de presos a sedes judiciales y hospitales y 500 equipos informáticos para facilitar la labor de los funcionarios.

Precisamente la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias decidió suspender los permisos y las comunicaciones especiales, como los *vis a vis* (familiares o íntimos), en todas las cárceles, salvo en las de Canarias y Baleares, por la alta incidencia del coronavirus. No solo quedaron suspendidas las comunicaciones especiales de los internos reguladas en el artículo 45 del Reglamento Penitenciario (comunicaciones familiares, íntimas y de convivencia) también se restringieron las comunicaciones por locutorio al 50% con dos comunicaciones por interno como máximo y todos los días de la semana. Suspendidos también los permisos de salida y las salidas programadas de los internos.

Vistas las consecuencias con la población penitenciaria durante la pandemia, parece obligada la tendencia hacia el uso de la videoconferencia en diferentes campos. Para la práctica de algunas actuaciones judiciales, donde uno de los sujetos que intervienen en la comunicación (el sujeto pasivo del proceso penal) está interno en un centro penitenciario como preso preventivo o

como penado, mientras que otros intervinientes (juez, fiscal, abogados, testigos, peritos, etc.) se encontrarían fuera del mismo.

Sin embargo, su uso para otros fines es prácticamente inexistente, a pesar de que puede ser muy adecuado para por ejemplo, facilitar las comunicaciones entre el interno y sus familiares, para que se le preste al interno asistencia médica, o para las comunicaciones por videoconferencia de los internos con el abogado defensor o con el abogado expresamente llamado en relación con asuntos penales, lo que contribuiría a garantizar el ejercicio del derecho a la defensa y a la asistencia de letrado que, aunque no está prevista en la normativa penitenciaria, pudiera entenderse necesaria (7), mejorando la preparación de las actuaciones judiciales y dando facilidades a abogados para trabajar y concertar reuniones sin depender de desplazamientos a prisiones quizá lejanas. Esta técnica requiere, con mayor ahínco si cabe en el ámbito penitenciario, garantizar la confidencialidad y seguridad, que las comunicaciones sean seguras, no intervenidas u oídas por alguien ajeno a ellas, y evitar la desconfianza de revelar datos sensibles. Una sala de la videoconferencia debe estar dotada de un sistema de intercomunicación que impida que el funcionario o personas ajenas oigan una conversación privada.

Es necesario adoptar medidas de forma que la intervención en la videoconferencia por un familiar o un profesional sanitario, desde su centro sanitario o cualquier otro lugar donde se encuentre, y que existan recursos materiales y humanos que permitan que la periodicidad y duración de este tipo de comunicaciones no sea vea lastrada por la falta de equipos. La gratuidad del sistema para el interno, contribuirían enormemente al uso de la videoconferencia en las comunicaciones de los internos.

Al tiempo, desde la salud debemos tener una visión ética que se traslada a la práctica asistencial. Es preciso dejar claros los principios éticos acompañantes:

- *Equidad*. Los internos con trastornos psíquicos deben tener garantizada una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población sin ninguna discriminación por razón de su situación jurídica.

- *Confidencialidad*. La información adquirida como una consecuencia del ejercicio de la profesión en el área de la salud debe ser, en principio, considerada sigilosa.

- *Privacidad*. Responsabilidad institucional de mantener informaciones confidenciales y privilegiadas, velando por la seguridad de sus archivos (informatizados o no) y de las historias clínicas, más allá de los profesionales de la salud.

Además de tener presentes en cualquier circunstancia la fidelidad, garantizar los derechos fundamentales, no dañar, proporcionar iguales oportunidades o la autonomía que reconozca la capacidad de tomar decisiones.

Finalmente recordar que los profesionales de la salud han de ser responsables de mantener este nivel ético y las pautas de adecuada práctica clínica en el cuidado de personas. Tanto en la prestación presencial como en la teleasistencia, como son los procesos de consentimiento, autonomía del paciente y privacidad.

Apoyo en las TIC

La digitalización de los cuidados va con retraso respecto a la digitalización de otros sectores. En la práctica se dan situaciones diversas: “¿Para qué quiero yo ese trasto?”, “¿Eso me va a controlar?”, “Es complicado, no sé utilizarlo”, “¿Esto es también para horarios fuera de consulta o del trabajo?”. En realidad, son preguntas de fácil respuesta y solución en ese camino de la transformación digital. Las limitaciones están, más bien, en las actitudes de profesionales y usuarios y, sobre todo, en la carencia actual de infraestructuras, no caras y sí rentables y necesarias.

Integrar la videoconferencia junto a otros sistemas y tecnologías está siendo una urgente necesidad de las organizaciones sanitarias ante las dificultades para retomar los modos de intervenir previos a esta pandemia. Careciendo de equipos de telemedicina, pero con seguridad electrónica de los datos pues ya existen plataformas para acceder a las historias clínicas electrónicas instaladas en los distintos sistemas de salud (8) y que permiten también el acceso a la prescripción electrónica.

Se precisa de un espacio de consulta, como ya existen habitualmente. Si se emplea la Teleasistencia (psicológica, psiquiátrica o por otro ámbito sanitario) deben garantizar la privacidad. El ámbito legal dispondrá de mecanismos como hojas de consentimiento informado, hojas que expliquen las garantías de privacidad y protección de datos, y manuales de conducta orientados a garantizar la calidad de la consulta y los derechos del interno a la privacidad y la protección de datos. Hay que asegurar la confidencialidad y la intimidad del interno de conformidad con la ética y una actitud de respeto ya que la intimidad del interno es clave.

En estas nuevas situaciones precisamos del apoyo en las TICs para los equipos que cuidan pues

- Permiten acceder a información, a contenidos de entretenimiento, formación, gestión de la salud y cuidados, o al contacto con las amistades y familiares, etc.
- Posibilitan activar apoyos de personas para el cuidado, activar en su acepción de informar, movilizar, conectar y organizar. Por ej. Grupos vecinales en el confinamiento sin relación entre sí se organizan para ofrecerse al vecindario.
- Conectan con el origen como con el pasado. Ofrecen a las personas migradas la posibilidad de retomar antiguos vínculos. Whatsapp como lugar de encuentro de las amistades de la escuela, de la antigua cuadrilla, de la fábrica o del pueblo...
- También hay sombras: Las TIC requiere de desarrollar un pensamiento crítico ante estas; o el riesgo de construir una identidad excesivamente digital, más en jóvenes.
- La cuestión de la *pobreza digital* limita la accesibilidad a los contenidos y a las herramientas y por ello a los vínculos.

Las nuevas tecnologías en la atención sanitaria han creado un recurso -la teleconsulta- que permite ejercer la telemedicina de manera eficiente asegurando tratamientos, realiza seguimientos, empodera a pacientes y disminuye los traslados de pacientes presos (9). La población reclusa, si enferma, puede beneficiarse de la telemedicina por las circunstancias de aislamiento que les ro-

dean y la difícil accesibilidad a la atención permanente en este ámbito.

Las videollamadas a poner en marcha o puestas ya por II.PP., primero para “minimizar y mitigar el impacto” en las personas presas de la prohibición de recibir visitas de sus familiares mientras dure la pandemia y, después, como recurso de intervención (video-consultas agendadas y otras actuaciones...) entre esas personas encarceladas y el personal sanitario, así como dispositivos de justicia, de trabajo social u otros centros comunitarios. Desde los dispositivos sanitarios y de salud mental (donde los haya) de las cárceles se pueden activar estas intervenciones. Donde ya existen ¿por qué no incorporarlo como recurso estable? Donde no existen ¿a qué se espera para tenerlo si son conocidas sus ventajas?

Las TIC, por sí solas, en su formato, pueden crear comunidades que cuidan; impensable que sin TIC se puedan gestionar comunidades que cuidan o sus propias intervenciones. Tenemos el reto de buscar fórmulas más equilibradas.

Las instituciones van lentas en la consecución de herramientas para la videollamada que supone un plus sobre la asistencia telefónica. La posibilidad de videollamada ha llegado un poco tarde, pero se va a quedar. Este sistema se mantendrá en aras de una mayor eficiencia y por la propia demanda de los pacientes, internos en las cárceles en este caso. No obstante, debemos seguir ofertando las diferentes posibilidades de asistencia para unos u otros momentos: consulta presencial, llamada telefónica y videollamada. Todo ello formará parte de la actualización en el sistema de justicia penal y en la sanidad penitenciaria, adecuándose a las necesidades y a una atención digna. Estamos en un proceso gestión de cambio hacia un modelo que combine la atención presencial y no presencial. La no participación en el mismo tendrá consecuencias importantes en la organización del sistema penitenciario a los nuevos tiempos.

Contacto

Jose M. López ✉ jmlsantin@gmail.com

Referencias

1. Barrios Flores LF. (2021). El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro. *Norte de salud mental*, Vol. XVII, nº 64.
2. OPS/OMS (2020). Teleconsulta durante una Pandemia. *Hoja Informativa* <https://www.paho.org/ish/images/docs/covid-19-teleconsultas-es.pdf>
3. Retolaza A. (2021). Sobre Telepsiquiatría. *Norte de salud mental*, Vol. XVII, nº 64.
4. Hubley S, Lynch SB, Scheneck C et als (2016). Review of key telepsychiatry outcomes. *World J Psychiatr* 6(2): 269-282. <http://www.wjgnet.com/2220-3206/full/v6/i2/269.htm>
5. López-Santín JM, Álvaro Serón P. (2018). Salud mental digital Una aproximación crítica desde la ética, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.*; 38(134): 359-379.
6. SampAEN, Markez I. (Coord.) (2020). *Guía “Medidas urgentes en los Centros Penitenciarios durante esta pandemia de coronavirus y para el próximo período”*. Edita AEN, 29-4-2020.
7. Garcia Molina P. (2019). Las comunicaciones por videoconferencia de los internos con el abogado defensor o con el abogado expresamente llamado en relación con asuntos penales. *Rev. Bras. Direito Processual Penal*, vol. 5, nº3: 1219-1254.
8. Moreno P. (2020). *Consideraciones para uso de la Telepsiquiatría y Telepsicología durante la crisis del COVID-19*. Blog de Pedro Moreno en psiquiatria.com/bibliopsiquis <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/blog/consideraciones-para-uso-de-la-telepsiquiatria-y-telepsicologia-durante-la-crisis-del-covid-19/>
9. Eron L. Telemedicine: The future of outpatient therapy? *Clin Inf Dis*. 2010; 51(S2): S224-230.

- Recibido: 15/11/2020.
- Aceptado: 27/12/2020.

Vigilar, castigar y tratamiento directamente observado (TDO).

Look out, punish and directly observed treatment (DOT).

Enrique Pérez Martínez (*).

Psiquiatra. Alicante.

Como consecuencia ineludible de la ocupación por las prisiones de los espacios vacíos dejados por los antiguos hospitales psiquiátricos, tal como anunciara Foucault, nos enfrentamos hoy a la aparición de debates sanitarios paradójicos en el seno mismo de las “ciudades carcelarias”. Debates que nacen en relación con la protección de la salud de estas poblaciones, pero que se acercan peligrosamente a la “formación de las blanduras insidiosas, de las maldades poco confesables, de las pequeñas astucias, de las técnicas de las ciencias...que permiten la fabricación del individuo disciplinario” (1).

La última noticia relacionada con el tema ha tenido lugar en Euskadi, donde el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, tras una investigación de oficio sobre las muertes por sobredosis en prisiones vascas, constata que existen “importantes deficiencias en el suministro de psicótropos a los reclusos”, lo que “incide en derechos fundamentales de los internos (como la salud, la integridad física y la vida)”. El auto acaba decretando como obligatorio el tratamiento directamente observado (TDO) a todos los internos/pacientes a los que se les pauten psicofármacos, y ordena a las administraciones y organismos responsables en los tres territorios, incluyendo al Gobierno Vasco, a rediseñar el protocolo de administración de medicamentos para “frenar una realidad que debe evitarse por imperativo legal y por humanidad” (2).

El TDO nace en el mundo sanitario ligado al tratamiento de las enfermedades infecciosas (Tuberculosis y VIH) como forma de garantizar la salud pública, y se aplicaba tanto en el marco comunitario como en el penitenciario. Sin embargo, tal como se plantea en la sentencia referida, se liga directamente a una familia de fármacos (no a unas entidades clínicas) y se pierde su base de protección de la salud pública, lo que agudiza aún más las controversias que se asocian con esta modalidad de tratamiento (3) y que podemos resumir en una serie de preguntas:

1) ¿Por qué administrar en TDO los psicofármacos?

Se trataría de una forma de evitar conductas de venta de medicación a otros internos o la acumulación de pastillas por un mismo individuo, considerando en un mismo saco a todos los psicótropos, mezclando aquellas situaciones en las que buscamos una adherencia terapéutica con otras situaciones de control de conductas inapropiadas y sin diferenciar las peculiaridades de las distintas patologías psiquiátricas.

2) ¿A quiénes se les administra el TDO?

Hasta ahora el TDO se aplicaba en personas en las que se sospechaba una baja adherencia al tratamiento, aunque esto no siempre es fácil de conocer y además supone esperar el fracaso

(*) Grupo SampAEN (Salud mental en prisión de la AEN): Enrique Pérez, Jose M. López, Pilar Casaus, Ana Gordaliza, Virginia Pareja, Mariano Hernández, Pilar Ventosa, M^º Asun de Concepción, María Fuster, Iñaki Markez.

de la primera opción, que sería siempre el tratamiento voluntariamente aceptado. Si ahora se aplica a todas las personas que toman psicofármacos, nos encontraremos con un gran número de internos que precisarán esta medida. Probablemente esto desbordaría las capacidades del personal de enfermería y auxiliar disponible en prisiones para esta tarea, sobre todo los fines de semana donde su número se reduce sensiblemente y sería imposible de aplicar.

3) ¿Hasta cuándo mantener el TDO?

A diferencia de las enfermedades infecciosas, que tienen una duración limitada, los tratamientos psiquiátricos por su carácter sintomático suelen ser de naturaleza crónica, lo cual complicaría más la posibilidad de mantener esta medida.

4) ¿Cómo administrar el TDO?

¿Es posible llevarlo a cabo en todas las pautas de administración como en los hospitales? ¿O sólo se supervisarían algunas de las tomas?

Una queja frecuente de los internos es que la toma supervisada de la noche, que es donde habitualmente se concentran los fármacos más sedantes y las dosis más elevadas, tiene lugar entre las 19 y las 20 horas, con la consiguiente inducción del sueño a una hora muy temprana y un despertar precoz de madrugada que es muy desagradable.

5) ¿Qué ocurriría con la negativa del interno a tomarlo?

¿Nos llevaría esto al mundo de la disciplina y la sanción regimental?, que tan poco adecuada es para las personas con trastornos mentales graves. ¿O más bien facilitaría la utilización de medicaciones inyectables de larga duración para asegurar el cumplimiento y para alegría de algunas compañías farmacéuticas?

Las propuestas alternativas que permitirían en el futuro aliviar el problema del consumo de psicofármacos en prisión las conocemos desde hace tiempo y pasan por:

a) Mejorar la *atención sanitaria en prisiones*, para lo que es imprescindible que se lleve a

cabo lo que la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud disponía hace ya 17 años: “que los servicios sanitarios dependientes de instituciones penitenciarias sean transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud”. Esto en la actualidad sólo es una realidad en Cataluña y el País Vasco y se anuncia que próximamente en Navarra.

- b) Reforzar los *servicios de salud mental comunitarios* potenciando equipos proactivos de seguimiento y vinculación de pacientes que pierden el contacto con la red. Pues estos son los pacientes en riesgo, sobre todo si coexiste un consumo de sustancias psicoactivas, de cometer un delito y de entrar en prisión.
- c) Descubrir aquellos *casos de enajenación inadvertida* que han entrado en prisión y cambiar la pena por una medida alternativa.
- d) Frenar los *casos de enajenación conocida* pero no apreciada como causa de inimputabilidad. Sabemos que el Código Penal de 1995 relativizaba la importancia del diagnóstico psiquiátrico, al tiempo que, desde corrientes psicoanalíticas, a raíz del caso Althusser (4), se potenció “el derecho del enfermo mental a expiar su culpa”. Convirtiéndose en una vía de entrada de enfermos mentales en prisión (5).
- e) Reducir la *polifarmacia* que se encuentra muy extendida en los servicios de salud mental y unidades de conductas adictivas, a pesar de carecer de evidencia científica para su uso y del riesgo elevado de efectos adversos y de intoxicaciones. Éste podría ser uno de los objetivos velados de implantar el TDO, pero sería un uso perverso pues para reducir el uso de fármacos de abuso en un interno/paciente debemos” lograr la colaboración y el compromiso del paciente para que se adhiera a la pauta de tratamiento” (6).

Profesionales e instituciones de la salud, así como las vinculadas a la custodia y cuidados de las personas en prisión, tienen, tenemos tareas a desarrollar en este próximo período.



Contacto

Enrique Pérez ✉ eperezmar@yahoo.es

Bibliografía

1. Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
2. <https://gasteizberri.com/2020/11/la-justicia-ordena-paralizar-el-suministro-no-vigilado-de-psicofarmacos-en-las-carceles-vascas/>
3. Martín Sánchez, V. (2005). “Mitos y realidades de las terapias directamente observadas”. Prof. TEU de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de León. Expresidente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. www.sefh.es>bibliotecavirtual>5_AF_VIH_2005.
4. Althusser, L. (1992). *El porvenir es largo*. Barcelona: Ed. Destino.
5. Pérez, E. (2012). “Atención a la Salud Mental en el medio penitenciario”. En: Desviat, M y Moreno, A. (eds.). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/47.
6. Rodríguez, S, Markez, I, Martínez, A. (2012). “Benzodiazepinas: indicaciones, complicaciones y tratamientos”. En GSMP: *Guía de Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas*. Bilbao: OMEditorial, 2012.

- Recibido: 12/11/2020.
- Aceptado: 15/12/2020.

La Gioconda entra en un servicio de Psiquiatría.

The Mona Lisa enters a Psychiatry service.

Estibaliz Izarzugaza Iturrizar (1), Raquel Benito Ruiz de la Peña (2),
Eva Collado González (3), Jose Ignacio Eguiluz Alberdi (4), Arrate Loyola Irulegui (5).

(1) Técnico Superior de Organización.

(2) Técnico Superior de Organización.

(3) Enfermera de Servicio de Psiquiatría.

(4) Jefe de Servicio de Psiquiatría. Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea Enkarterri Cruces (OSI EEC). Osakidetza.

(5) Técnico de Unidad de Innovación. Instituto de Investigación Sanitaria BioCruces Bizkaia.

Resumen: La Mona Lisa es una de las pinturas más famosas del siglo XVI. Ha sido analizada e interpretada a través de diferentes disciplinas de las ciencias, incluyendo la Medicina. Por eso queremos utilizar esta pintura como analogía de lo que deseamos conseguir con nuestro proyecto: una mirada diferente que nos ayuda a evolucionar.

Palabras Clave: Salud, hábitos de vida, ciencias de la salud.

Summary: The Mona Lisa is one of the most famous paintings of the 16th century. It has been analyzed and interpreted through different disciplines, including Medicine. That is why we wanted to use this painting as an analogy of what we wanted to achieve with our project: a different look that helps us evolve.

Key words: Health, lifestyle habits, health sciences.

Introducción

La Gioconda es el retrato más famoso de la historia y quizás el cuadro más famoso de la pintura occidental. Su fama se debe probablemente a las múltiples referencias literarias, a las diversas hipótesis sobre la identidad de la protagonista y al espectacular robo de que fue objeto el 21 de agosto de 1911.

La Gioconda (La Joconde, en francés), también conocida como La Mona Lisa, es una obra pictórica del pintor renacentista italiano Leonardo da Vinci. Fue adquirida por el rey Francisco I de Francia a principios del siglo XVI y desde entonces es propiedad del Estado Francés, actualmente se exhibe en el Museo del Louvre de París.

Su nombre, La Gioconda (la alegre, en castellano), deriva de la tesis más aceptada acerca de la identidad de la modelo: la esposa de Francesco Bartolomeo de Giocondo, que realmente se llamaba Lisa Gherardini, de donde viene su otro nombre: Mona (señora, del italiano antiguo) Lisa.

Es un óleo sobre tabla de álamo de 77 x 53 cm, pintado entre 1503 y 1517 y retocado varias veces por el autor. Se considera el ejemplo más logrado de sfumato, técnica muy característica de Leonardo, si bien actualmente su colorido original es menos perceptible por el oscurecimiento de los barnices. Leonardo dibujó el esbozo del cuadro y después aplicó el óleo diluido en aceite



esencial. La técnica empleada, conocida con el término italiano de *sfumato*, consiste en prescindir de los contornos netos y precisos típicos del “Quattrocento” y envolverlo todo en una especie de niebla que difumina los perfiles y produce una impresión de inmersión total en la atmósfera, lo que da a la figura una sensación tridimensional.

En el siglo XVI Leonardo da Vinci pintó a Mona Lisa buscando el efecto de que la sonrisa desapareciera al mirarla directamente y reapareciera sólo cuando la vista se fija en otras partes del cuadro. El juego de sombras refuerza la sensación de desconcierto que produce la sonrisa. No se sabe si de veras sonrío o si muestra un gesto lleno de amargura.

Pero el cuadro puede ser analizado desde una perspectiva alejada de la artística: **la médica**. Disciplinas distintas pueden aportar luz a la investigación realizada desde un ámbito concreto de conocimiento. En este caso, la medicina puede aportar información valiosa para interpretar una obra artística:

Las manos sobre el vientre han hecho pensar a algunos investigadores que la modelo se encontraba embarazada en el momento de posar.

Por su parte, el doctor Julio Cruz Hermida, de la Universidad Complutense de Madrid, afirma que la modelo padecía bruxismo (rechinar de los dientes), alopecia (caída del cabello) y principios de la enfermedad de Parkinson.

La ausencia de pelo, en cejas y pestañas, habla de un *defluvium capillorum*, una alopecia universal debida a un estrés emocional mantenido, por lo que debemos suponer que la cabellera de la modelo sería una cuidada peluca.

Una parálisis de Bell parcialmente recuperada, aunque con las secuelas de una leve contractura muscular facial, evidente en la comisura bucal y ceja del lado izquierdo, y una desagradable *sincinesia* secundaria que provocaría continuos movimientos involuntarios faciales asociados a otros voluntarios o al simple parpadeo, lo que habría hecho imposible concluir la obra y obligado a Leonardo a una indefinición de rasgos.

Bajo el labio inferior de la joven una lesión cicatricial posiblemente secundaria a un traumatis-

mo bucal con pérdida de piezas dentales, lo que ocasionaría la ausencia de sonrisa franca y la presencia de su característica boca. A este respecto, el Dr. Gargantilla diagnostica un bruxismo por estrés, lo que obligaba a la modelo a encajar bien ambos maxilares para evitarlo, aunque también apunta la posibilidad de que el gesto se deba a una falta de piezas dentales como consecuencia de las frecuentes *piorreas* de la época.

La esclerodermia, de mayor incidencia femenina, es otra patología identificada según el aspecto tenso y adherido a planos profundos de la piel de la cara, cuello, pecho y manos, junto con finos labios y un cierto fruncimiento de la boca.

Lipoma de unos tres centímetros de largo en el dorso de la mano derecha por debajo del dedo índice, diagnostica una hiperlipemia o hipercolesterolemia familiar tan severa como para haberle ocasionado la muerte con sólo treinta y siete años.

En relación con esta postura, donde la mano derecha aparece como sujetando a la izquierda, dando la impresión de aferrarse al brazo de la butaca, se ha interpretado como el intento por controlar un temblor de tipo parkinsoniano.

Proyecto

El “**Proyecto Gioconda Salud**” es un programa de puertas abiertas de la OSI* Euzkeraldea-Enkarterri-Cruces, el Instituto de Investigación Sanitaria BioCruces Bizkaia y el Departamento de Educación del Gobierno Vasco. La coordinación ha recaído en la Subdirección de Innovación y Calidad de la OSI Euzkeraldea Enkarterri Cruces (OSI EEC) e Instituto BioCruces Bizkaia.

Esto nos sirve como analogía del planteamiento que queremos realizar con el programa de puertas abiertas en nuestras organizaciones.

Pretendemos que el alumnado de secundaria, de entre 12 y 16 años, nos conozca y nos observe, del mismo modo en que se puede observar un cuadro en un museo, y que nos ayude a reinterpretarnos, al igual que la Gioconda ha sido reinterpretada en múltiples ocasiones.

* OSI: Organización Sanitaria Integrada

Queremos introducir otras formas de mirar nuestras organizaciones. Nuevas miradas que introduzcan diferentes perspectivas desde las que observar el trabajo que desarrollamos a diario. Para ello, les pedimos que, con sus ideas, nos inspiren para seguir avanzando en nuestra labor de mejorar la salud de la ciudadanía.

Durante la visita al hospital, los alumnos ponen en práctica su habilidad de observación para comprender cómo funciona el área visitada y plantear las preguntas que consideren necesarias para ello. Además, son acompañados en todo momento por distintos profesionales del hospital y del Instituto de investigación sanitaria (diferentes perfiles de la medicina, enfermería, gestión, administración, etc.), lo que nos dará ocasión de hablar sobre nuestro trabajo dentro de nuestras organizaciones.

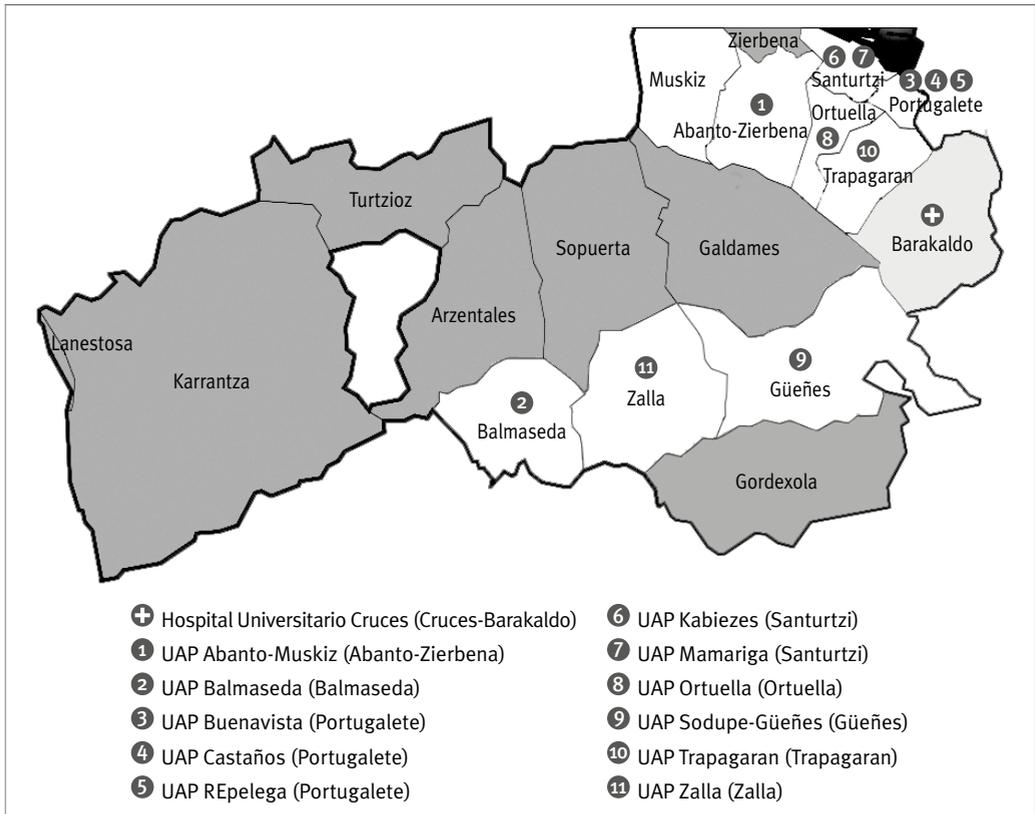
Tras la visita, el alumnado realiza en el aula un trabajo sobre el conocimiento que han adquirido mediante las visitas y trabajan los retos propuestos por los diferentes servicios visitados.

Objetivos generales:

- Acercar al alumnado la actividad investigadora, docente y asistencial que desarrollan el Hospital Universitario Cruces y el IIS BioCruces Bizkaia, así como sus valores y contribución a la sociedad.
- Impulsar la adopción de hábitos de vida saludable y el cuidado de la salud.
- Fomentar las ciencias de la salud y su atractivo como profesión.

Se definieron las siguientes fases para llevar adelante el proyecto:

1. Coordinación de la Subdirección de Innovación y Calidad del Hospital Universitario Cruces y los Berritzegunes de la zona de influencia de la OSI EEC (Centros de apoyo a la formación e innovación educativa de la CAPV, ver municipios en la siguiente imagen).





2. Presentación del proyecto en los centros educativos seleccionados para cada edición y exposición de las áreas a visitar.
3. Visita al Hospital Universitario Cruces e Instituto de Investigación BioCruces Bizkaia (2 jornadas por edición).
4. Trabajo posterior por el alumnado en el centro educativo.
5. Exposición en el Salón de Actos del Hospital Universitario Cruces de los trabajos realizados por el alumnado, a los profesionales de la OSI EEC, profesores, berritzegunes, alumnos y familias).

El proyecto se inició en 2015, pero es en 2017 cuando se incluye en el itinerario de visitas al Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Cruces. Dos ediciones más tarde (2017 y 2019) podemos asegurar la buena acogida que ha tenido tanto entre los profesionales sanitarios, como entre el profesorado y alumnado.

A través de los retos planteados en las visitas, el acceso al área de Psiquiatría fomenta como en el resto de los servicios visitados, la oportunidad de trabajar la prevención, lanzar mensajes de salud y hábitos de vida saludables muy dirigidos a este perfil de edad; pero además ayudamos a dar visibilidad a un sector de la población que en ocasiones sufre el estigma, los prejuicios y los estereotipos de la salud mental que tan poco ayudan.

Durante las 2 jornadas de visita a todas las áreas seleccionadas, el número de participantes en 2017, ascendió a: alumnado, 82; profesorado, 12; cicerones Hospital e Instituto, 8; responsables de servicios implicados (hospital e Instituto BioCruces Bizkaia), 19.

Concretamente en Psiquiatría, cada grupo de visitantes recorrió durante 1 hora el servicio. Con la observación del área, la información recibida por los profesionales y las preguntas realizadas durante la visita, posteriormente en las aulas los alumnos trabajan en el reto propuesto. El reto de 2017 era: **Primeros episodios psicóticos - influencia del consumo de drogas. Prevención.** Campaña de marketing en vídeo para difundir las consecuencias de tomar drogas. Prevención drogodependencia. En esta edición, visitaron el Servicio de Psiquiatría 2 grupos, uno de 9 alumnos de 1º de bachillerato y otro de 5 alumnos de secundaria.

Y el reto de 2019 que trabajaron los 2 grupos, uno de 7 alumnos y otro de 4 fue: **Influencia del consumo de drogas. Prevención de la drogodependencia.**

Todos los trabajos finales son expuestos en una jornada disfrutada en el Salón de Actos del Hospital Universitario Cruces, abierta a todos los participantes y sus familias. En esta jornada, además se presentan los datos de evaluación del proyecto, en relación a la satisfacción del alumnado, profesorado y responsables de servicios visitados.

Los resultados de las encuestas de satisfacción en ambas ediciones fueron los siguientes:

Alumnado	2017	2019
Exposición del proyecto	78%	100%
Visita a las instalaciones	74%	97%
Exposiciones orales	81%	97%
Demostraciones y ejercicios	81%	100%
Satisfacción global	84%	95%
Aumento de interés por las Ciencias de la Salud	67%	82%
Recomendaría a otros alumnos	80%	97%
Tutores educación	2017	2019
Objetivos del proyecto	92%	100%
Presentación proyecto previa	100%	100%
Contenido de las visitas a las instalaciones	100%	100%
Satisfacción global	100%	100%
Recomendaría a otros tutores	100%	100%
Servicios hospital e instituto	2017	2019
Satisfacción global	74%	100%
Recomendaría a otros Servicios	60%	100%

Además, se recogen las propuestas de mejoras que nos ayudan a la planificación de nuevas ediciones:

1. Limitar el número de alumnos a 6 por grupo.
2. Ampliar el horario de algunas visitas (Psiquiatría).
3. Dedicar más tiempo a explicar qué áreas van a visitar los alumnos. Reducir tiempo de exposición y dedicar un tiempo en esa presentación para que preparen las preguntas que van a llevar.

4. Proponer juego “tarjeta roja”, para parar a los ponentes de los servicios cuando empleen un lenguaje que no resulta comprensible.
5. Centrarlo en alumnado de 1-2 de bachiller (más cercano a la elección de estudios superiores).
6. Proponer otra fecha para la visita, más acorde con el calendario escolar de los alumnos de bachillerato.
7. Dar la oportunidad a los alumnos de elegir qué área visitar.

Conclusión

La incorporación del servicio de Psiquiatría al circuito de visitas en el “Proyecto Gioconda Salud” ha tenido buena aceptación por parte de todos los participantes. Resulta un área de interés para el perfil de alumno/a de enseñanza secundaria (12-16 años) y sus educadores. Además, también ha ayudado a minimizar algunas barreas y prejuicios entre los propios profesionales del hospital que desconocían el servicio. El área de Psiquiatría ha participado en 2 ediciones del proyecto con una valoración positiva, lo que nos llevará a repetir próximos años.

Contacto

Estibaliz Izarzugaza Iturrizar ✉ estibaliz.izarzugazaiturrizar@osakidetza.eus

Referencias bibliográficas

- http://es.wikipedia.org/wiki/La_Gioconda
- <https://youtu.be/3BQ2kATUkEk> Faces of Addiction: www.rehabs.com/explore/faces-of-addiction
- <https://lamedicinaenelarte.wordpress.com/2015/01/18/la-gioconda-un-compendio-de-medicina>
- <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v23n3/humanidades.pdf>
- Maronez García, A. (2006). La Mona Lisa: un compendio de Medicina Interna, *An. Med. Interna* (Madrid) vol.23 n.º3, mar. 2006.
- Fedeaefes (2013). *La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental en la CAPV*. Informe de resultados obtenidos.
- Osakidetza (2017). Plan Estratégico 2017-2020 de Osakidetza. www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/obaga_estrategia_gestion/es_def/adjuntos/Plan_Estrategico_2017-2020_CAS.pdf

- Recibido: 24/05/2020.
- Aceptado: 24/09/2020.

(**) El Plan Estratégico 2017-2020 Osakidetza señala:

1. Las personas como eje central y las desigualdades en salud. Reto en salud: 1.1.4.- Favorecer la des estigmatización social del paciente con trastorno mental y otros colectivos.
- 2.2. Programas poblacionales de prevención. 2.2.9.- Desarrollar en el ámbito de la salud mental, programas de prevención para colectivos en riesgo de exclusión social y de marginación.
- 3.5. Hacia una salud mental integrada. 3.5.3.- Potenciar la prevención y el abordaje de los trastornos mentales en niños/adolescentes. 3.5.5.- TC Alimenticia.



HISTORIA

Hace ya algún tiempo: Miguel Gayarre Espinal (1866-1936).

Some time ago: Miguel Gayarre Espinal (1866-1936).

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

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

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

(3) Psiquiatra. Getxo, Bizkaia.

(4) Psiquiatra. ZuBiok, Instituto Vasco de Psicoterapia. Bilbao.

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

Resumen: Miguel Gayarre Espinal es un gran desconocido para los profesionales actuales de la salud mental, salvo por aquellos interesados en la Historia de nuestra especialidad. Y no es de extrañar, porque apenas hay trabajos escritos que sobre este autor y en casi todos ellos hay muy pocas referencias a su biografía personal. Con este artículo pretendemos difundir más la figura de este psiquiatra pamplonés nacido en la segunda mitad del siglo XIX; probablemente el menos conocido de aquellos que fueron relevantes en la llamada Escuela Madrileña de Psiquiatría y quién tuvo entre sus maestros a Santiago Ramón y Cajal, Luis Simarro y Nicolás Achúcarro. Fue director del hospital psiquiátrico de Ciempozuelos y también el abuelo materno del famoso periodista y atleta olímpico, Miguel de la Quadra-Salcedo y Gayarre.

Palabras clave: Miguel Gayarre Espinal, Escuela Madrileña de Psiquiatría, Hospital psiquiátrico de Ciempozuelos, Miguel de la Quadra-Salcedo y Gayarre.

Abstract: Miguel Gayarre Espinal remains largely unknown to modern psychiatrists and only those holding a special interest in the history of our specialty tend to be familiar with his name. This is not surprising as there are only few works about this author with his personal biography scarcely referred to.

Through this work, we will try to “revive” the figure of this psychiatrist who was born in Pamplona in the second half of the 19th century. Among the great names attributed to the so-called Madrid School of Psychiatry, Miguel Gayarre Espinal is probably the least known. Santiago Ramón y Cajal, Luis Simarro and Nicolás Achúcarro were among his teachers. Gayarre later became director of the Ciempozuelos psychiatric hospital. He was also the maternal grandfather of the famous journalist and Olympic athlete, Miguel de la Quadra-Salcedo y Gayarre.

Key words: Miguel Gayarre Espinal, Madrid School of Psychiatry, Ciempozuelos psychiatric hospital, Miguel de la Quadra-Salcedo y Gayarre.



Nota introductoria:

Apenas hemos encontrado trabajos que desarrollen aspectos biográficos de nuestro protagonista, lo cual limita una visión más profunda de su vida. Hemos intentado completarla recurriendo a algunas revisiones generales sobre la Psiquiatría de su época, a varios árboles genealógicos familiares hallados en Internet y a artículos escritos por el propio autor, aportando el acceso directo a varios de ellos.

Miguel de los Santos Gayarre Espinal (no Espinar, ni Espinel, como sale escrito en varias referencias) nació en Pamplona el 5 de julio de 1866^{1,2}, en la casa situada en los números 7-9 de la calle San Miguel¹. Era hijo de Zoila Espinal Iruirita (1838-1911), nacida en Arteta (Navarra) y del industrial Marcelino Gayarre Urzainqui (1834-?), nacido en Urzainqui (Navarra), siendo el tercero de cuatro hermanos: Salvador, Antonio, Miguel y María³. No conocemos la fecha exacta del fallecimiento del padre, pero tuvo que ser antes de 1899, según se deduce de la reseña sobre una casa de Pamplona –la primera modernista de la ciudad–, propiedad de la familia y que se construyó en ese año, con seguridad después de que el padre hubiera fallecido⁴. Realizó el Bachillerato en la misma ciudad, finalizándolo en 1881 con Sobresaliente y premio Extraordinario en la sección de Letras⁵. En el curso 1881-1882 comenzó sus estudios en la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid, obteniendo la Licenciatura en 1890 con 9 matriculas de honor, 16 sobresalientes y 7 premios¹. Su tesis doctoral, titulada “*De la taquicardia esencial paroxística*”, fue leída el 28 de junio de 1895 y obtuvo la calificación de Sobresaliente; resultando curioso y ameno el artículo de Giménez-Roldan⁶ donde analiza dicha tesis, tras descubrir la papeleta original de calificación dentro de un libro comprado en el Rastro madrileño. Al poco de doctorarse acudió a Berlín, formándose en Neurología con el profesor H. Oppenheim, que entonces trabajaba en el hospital de la Charité⁶⁻⁸. A su vuelta trabajó en el servicio de Patología General dirigido por J. Madinaveitia (1861-1938) en el Hospital Provincial de Madrid, asistiendo también con cierta frecuencia a la “Sala de observación de dementes” del mismo hospital –así se conocía entonces al servicio de enfermedades mentales–, que enton-

ces atendía el médico y político socialista J. Vera (1859-1918)^{6,9}.

Hacia 1902 comenzó a acudir asiduamente al laboratorio que J. Madinaveitia y L. Simarro (1851-1921) tenían en los sótanos de sus viviendas contiguas en la calle General Oráa, en Madrid^{1,6,10}. En este laboratorio se dieron cita los profesionales más relevantes de lo que se vino a llamar la “segunda” escuela madrileña de Neuropsiquiatría; entendiendo por la “primera” la iniciada con Pedro Mata (1811-1877) y continuada fundamentalmente por JM⁸ Esquerdo (1842-1912) y J. Vera (1858-1918), bajo el influjo de la psiquiatría francesa^{8,11}. En la “segunda” fueron S. Ramón y Cajal y L. Simarro quienes inicialmente aglutinaron a los profesionales, más marcados por la psiquiatría alemana, tras haber completado estudios en dicho país la mayoría de sus representantes.

Gayarre trabajó en el laboratorio del premio Nobel entre 1912-1914¹², aunque se formó fundamentalmente con L. Simarro, J. Madinaveitia y N. Achúcarro (1880-1908)^{8,10}. Este último acabó siendo uno de los más destacados neuropsiquiatras de su época gracias, entre otras cosas, a sus aportaciones sobre la coloración microscópica con el hallazgo de un método original, mediante el uso del tanino y el óxido de plata amoniacal. Conocido desde entonces como la “*Técnica de Achúcarro*”, fue presentado a la Sociedad Española de Biología en 1911 y resultó ser el más apropiado del momento para teñir la neuroglia¹³. Achúcarro también dirigió, a propuesta de Ramón y Cajal, el Laboratorio de Histopatología del Sistema Nervioso de la Junta de Ampliación de Estudios¹³. Por todo ello y aunque fuera mucho más joven que Gayarre, este le consideró uno de sus maestros, publicando algunos trabajos con él^{14,15}.

Gayarre fue, a su vez, uno de los más sólidos referentes científicos del insigne G. Rodríguez Lafora (1886-1971)¹⁶ y del postergado JM Sacristán (1887-1957)¹; ilustres continuadores de esta escuela madrileña, la cual se vio muy afectada por el temprano fallecimiento de Achúcarro en 1918 y desapareció definitivamente tras la guerra civil y el exilio de sus principales continuadores, sobre todo el de G. Rodríguez Lafora, que emigró durante años a México¹⁶.

En 1903 presentó la solicitud para la oposición a la Cátedra de Higiene de la Universidad de Cádiz y en 1904 a la de Prácticas de Bacteriología e Higiene de la de Barcelona¹, sin que sepamos si llegó a presentarse a las mismas. Desconocemos el año exacto, pero poco después fue nombrado Director del Sanatorio Psiquiátrico Nuestra Señora de los Ángeles de Madrid; sanatorio privado que pertenecía a las Hermanas del Sagrado Corazón de Jesús y situado en la calle Pinar, junto a la Residencia de Estudiantes¹.

También fue nombrado, en 1908^{1,9,10,17}, Director del hospital psiquiátrico de mujeres de Ciempozuelos, por recomendación de L. Simarro cuando el Padre Menni visitó a Simarro para ofrecerle el puesto, en sustitución del doctor Maraver y aquel, aunque agradecido, no aceptó por diferencias ideológicas de índole religiosa y política, pero propuso a Gayarre para ello^{1,9,17}. En Ciempozuelos destacó por mejorar la actividad asistencial y diagnóstica del centro - en 1912 ya existían pacientes diagnosticados de “esquizofrenia”, cuando el término había aparecido en la literatura mundial tan solo el año anterior - y propiciando las alta médicas y salidas de los pacientes en cuanto fuera posible⁹. También fue relevante la introducción de un laboratorio de Psicología experimental y la adquisición de la más moderna bibliografía psiquiátrica disponible del momento, colocando al manicomio a la altura de las mejores instituciones psiquiátricas de la época⁹. Estas actividades y varias de sus ideas han quedado reflejadas en alguna de las Memorias que realizó sobre esta institución¹⁸, por ejemplo su pensamiento sobre ciertos aspectos de las psicosis, que creemos enormemente progresista para la época: “...*Para el legislador, quien no está cuerdo está loco; doctrina simplísima, desprovista de toda realidad. Hay hombres sanos y hombres enfermos, pero los hay medio sanos y medio enfermos, y los hay convalecientes. Hay hombres buenos y malos, pero los hay ni buenos ni malos. En todas las cosas hay matices. Pero tratándose de psicosis, no está permitido tener dudas y es forzoso dar por curados a muchos alienados solamente aliviados o que se encuentran en un período de remisión. Para nosotros, esta cuestión de palabras no tiene importancia alguna. Convencidos de que muchos epilépticos, manícodepresivos, atrasados men-*

tales, etc., pueden vivir fuera del manicomio, sin peligro probable para nadie, los ponemos en libertad, sabiendo que son pocos los que están completamente curados y que algunos volverán, más o menos tarde, al manicomio. Creemos que por evitar un riesgo posible no debe hacerse incalculable mal seguro, privando de la libertad a cientos de personas. Esta conducta nos parece tan natural y tan humana, que no comprendemos como hay tantos directores de manicomios que, por no comprometer su intangible prestigio psiquiátrico o por otras razones, caen en el extremo opuesto... Nadie puede pretender que un loco peligroso viva en libertad y claro es que no damos libertad a ninguno que nos parece que lo es o que puede serlo. Pero hay muchos inofensivos y poco molestos, que pueden ganarse la vida o vivir amparados de sus familias sin perjuicio para nadie. No hay razón para retenerlos en el manicomio. Claro es que, en la mayor parte de los casos, debía autorizarse la salida como ensayo del alta definitiva; pero, por ahora, es imposible proceder así porque la ley no concede permisos temporales. Debe tenerse en cuenta también que, en muchos casos, el único modo de averiguar si el enfermo está o no curado y hasta qué punto, es darle de alta...”. (Gayarre¹⁸, págs.: 72-74).

Más tarde cedió ambas direcciones hospitalarias a su discípulo JM Sacristán; la de Nuestra Señora de los Ángeles en 1914 y la de Ciempozuelos en 1919^{1,9}.

La “Revista Clínica de Madrid” se editó quincenalmente entre 1909-1915 y nuestro protagonista fue su redactor jefe desde el primer número, en enero de 1909¹⁹; compartiendo el cargo con G. Marañón (1887-1960) desde enero de 1912 hasta 1913 o 1914¹⁹ y con quien también publicó varios trabajos²⁰⁻²². Escribió numerosas reseñas y varios artículos en dicha revista, a los cuales pueden accederse en los diferentes números de la misma¹⁹, aunque algún autor⁶ le atribuye un escaso número de publicaciones. En todo caso, en ella salió el que ha sido considerado como el primer artículo sobre la corea de Huntington en España, a propósito de un paciente de 36 años²³ y si bien retrospectivamente se ha cuestionado la exactitud del diagnóstico, Gayarre ya lo señalaba como un caso atípico²⁴. Asimismo, formó parte del inicial equipo editorial de la revista “Archivos de Neurobiología”^{1,10}, cofundada en 1919 por sus

discípulos G. R. Lafora y JM Sacristán, junto a J. Ortega y Gasset (1883-1955); y por otro lado tradujo algún libro especializado de autores extranjeros²⁵. Además, fue elegido Vicepresidente de la Sociedad Española de Biología en noviembre de 1922^{1,2}.

Al margen, fue uno de los primeros autores en difundir el conocimiento del Psicoanálisis en España. Apenas un mes después de que J. Breuer y S. Freud publicaran en 1893 su famoso artículo en dos partes de la revista "Neurologisches Centralblatt", titulado "*Ueber den psychischen mechanismus hysterischer phänomene*"²⁶, se realizó la traducción del mismo en nuestro país de manera casi simultánea en la "Revista de Ciencias Médicas de Barcelona" (10 y 25 de febrero) y la "Gaceta Médica de Granada" (28 de febrero y 15 de marzo), con el título "*Mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos*" y por un autor desconocido, en la que ha sido considerada la "primerísima" traducción mundial de una obra de Freud²⁶⁻²⁷. Parece que las publicaciones españolas inmediatamente posteriores sucedieron a partir de 1904, gracias sobre todo a las del psiquiatra militar César Juarrós, que publicó varios artículos –algunos de ellos repetidos en diferentes revistas²⁸– con mínimas y genéricas referencias a las teorías psicoanalíticas y la Histeria¹ y de los cuales incluimos en la bibliografía los dos que hemos localizado²⁹⁻³⁰. No obstante, también hay otros autores hispanos que publicaron trabajos sobre dicha patología²⁸ en fechas próximas a las de Juarrós, si bien en alguno de los que hemos podido acceder no se incluyen referencias a las teorías freudianas³¹. Aprovechamos la ocasión para señalar que, respecto al mismo año (1893) de la mencionada publicación de Breuer y Freud, se ha referido un trabajo de este último en "El Siglo Médico"²⁸, titulado "*De la parálisis histérica*"³². Aunque en realidad se trata solo de la reseña de una exposición de Freud y no un artículo en sí mismo, en el texto se detallan algunas diferencias entre las parálisis "orgánica" y las "histéricas", pero sin hacer una referencia explícita a las tesis psicoanalíticas, considerando que las "histéricas" son el resultado de una "abolición de la facultad de asociación"³².

En todo caso, en 1909, Gayarre publicó en la Revista Clínica de Madrid el considerado primer trabajo español documentado sobre las líneas bási-

cas de la teoría y el método psicoanalíticos²⁶⁻²⁷, con el título "*La génesis sexual del histerismo y de las neurosis en general*", señalando de entrada que "...No nos proponemos estudiar aquí más que una de estas hipótesis, la propuesta por Freud y Breuer, porque tiene transcendencia práctica cada vez mayor..."³³, para después comentar el caso "Dora", a la par que explica el método terapéutico y la teoría psicoanalítica sobre la etiología de las neurosis, manifestando sin embargo ciertas discrepancias con dicha forma de tratamiento^{26-27,33}. Se había casado con Cayetana Galbete Etulain Campión y Elizondo (1883-1911)³⁴. Según las referencias genealógicas que hemos encontrado parece que su hermano Salvador se casó con Emilia, hermana de Cayetana. Es decir, los dos hermanos se casaron con dos hermanas³. En la tesis doctoral de Pérez Gil³ se señala que nuestro autor fue padre de un hijo llamado "Paco" –fallecido en fechas que desconocemos–, basándose en la necrológica que hizo el doctor JM Sacristán de su maestro³⁵. También tuvieron una hija, María Gayarre Galbete (¿-1979)^{3,34}, la cual se casó en primeras nupcias con Estanislao de la Quadra-Salcedo (nacido en Güeñes en 1907 y fallecido en Aranda de Duero durante la guerra civil, en 1938)^{3,36}, uno de cuyos hijos, nieto por tanto de nuestro protagonista, fue Miguel de la Quadra-Salcedo Gayarre (1932-2016), famoso periodista y atleta olímpico, fundador de la ruta "Quetzal"^{3,34,37}. Miguel Gayarre murió en Hendaya (Francia) el 14 de abril de 1936, a consecuencia de un infarto. Aunque Giménez-Roldan⁶ y Valenciano¹⁶ señalan la ciudad de Pamplona como lugar del fallecimiento, Pérez Gil³ refiere que Carmen Gayarre, sobrina de nuestro protagonista, le comentó personalmente que esto era un error. Este último autor³ le señala como una persona muy intuitiva y analista, poco sociable, tímido, aprensivo, gran pesimista, muy modesto, de pocas ambiciones económicas y poco interesado por la medicina privada, amante de la música y la naturaleza, siendo gran aficionado a las excursiones por el campo y la montaña. Muchas de ellas las realizó con el famoso etnógrafo y arqueólogo vasco, Telesforo de Aranzadi, compartiendo también con este, aficiones musicales en la peña del "Café Español" de Madrid, donde ambos se reunían con frecuencia³⁸.

Contacto

Luis Pacheco Yáñez ☎ 946 006 920 ✉ LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.eus
Red de Salud Mental de Bizkaia • Osakidetza
María Díaz de Haro 58 • 48010 Bilbao

Bibliografía

1. Pérez Gil S. *La aportación de José Miguel Sacristán (1887-1957) al desarrollo de la psiquiatría científica en España*. Tesis doctoral (Director: José Lázaro). Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. 1999. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/9801>
2. Biblioteca Complutense de Médicos históricos. *Gayarre y Espinal, Miguel (1866-1936)*. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: http://webs.ucm.es/BUCM/med/archivo/ficha_medico.php?id_medico=2012
3. Ordoñez JL (Geneaordonez). *Genealogía de la familia Gayarre-Espinal*. Enlaces principales disponibles en: <http://geneaordonez.es/datos/familychart.php?familyID=F29447&tree=Miarbol> <https://www.geneaordonez.es/datos/descend.php?personID=I65594&tree=Miarbol>
4. Diario de Navarra. *Calles y barrios. Primera fila para San Blas*. 1-2-2013. Disponible en: <http://www.coavna.com/wp-content/uploads/en-los-medios/DNEDIFICIO1213.pdf>
5. Sainz de Robles V. *Memoria acerca del Estado. Instituto Provincial de Segunda Enseñanza de Navarra*. Pamplona: Imprenta Provincial a cargo de V. Cantera. 1881. Disponible en: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=16&ved=2ahUKewim4omFvYnoAhVPzoUKHXL_Bzw4ChAWMAV6BAgHEAE&url=http%3A%2F%2Fwww.navarra.es%2Fappsex%2Fbnd%2FGN_Ficheros_PDF_Binadi.aspx%3FFichero%3DBGNooCa10_5750000000000000000410.pdf&usq=AOvVaw1zr1vz_Wo-HCxXg8kiqWfo
6. Giménez-Roldan S. *Miguel Gayarre (1866-1936) y la neurología madrileña. Contribución a su biografía*. Neurología; 2002, 17,6: 324-327. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3537191>
7. Giménez-Roldan S. *Miguel Gayarre y Espinal*. Real Academia de la Historia. s/f. Disponible en: <http://dbe.rah.es/biografias/27992/miguel-gayarre-y-espinal>
8. Giménez-Roldan S. *The Madrid School of Neurology*. Revue Neurologique 2015; 171: 5-15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0035378714009680>
9. Plumed Moreno C. *Benito Menni: Aportaciones a la Salud Mental*. Archivo Hospitalario. 2015; 13: 210-326. Disponible en: <https://books.google.es/>

- Recibido: 2/9/2020.
- Aceptado: 28/11/2020.



Fotografía de D. Miguel Gayarre y Espinal. s/f.

Tomada del banco de imágenes de la Medicina Española de la Real Academia Nacional de Medicina de España (con autorización).

Disponible en: <https://www.bancodeimagenesmedicina.com/index.php/banco-de-imagenes/retratos/gayarre-y-espinal-miguel-1773>

El hilo infinito. Mujeres bajo el genocidio español.¹

*The infinite thread. Women under the Spanish Genocide.*¹

Anna Miñarro.

Psicóloga clínica- Psicoanalista. Barcelona.

To be nobody-but-yourself—in a world which is doing its best, night and day, to make you everybody else— means to fight the hardest battle which any human being can fight; and never stop fighting. (Cummings, 1955).

Ser no otro que uno mismo —en un mundo que hace todo lo posible, noche y día, para hacer de ti uno más— significa enfrentarse a la más dura batalla que cualquier ser humano puede luchar; y nunca dejar de luchar.²

Resumen: Este trabajo pretende recorrer el significado de la violencia, del silencio y del maltrato y abusos recibidos por la mujer durante el genocidio español, las consecuencias de la impunidad y de la imposibilidad de recibir la atención en salud mental que hubiera sido indispensable en situaciones donde aparecieron números síntomas y duelos no elaborados, pero especialmente patológicos.

Palabras clave: Violencia, silencio, atención en salud mental, psiquiatría franquista, síntomas, duelos patológicos.

Abstract: This work aims to explore the meaning of violence, silence, mistreatment and abuse received by women during the Spanish genocide, the consequences of impunity and the impossibility of receiving mental health care. There were specially difficult symptoms and unprocessed pathological grief.

Keywords: Violence, silence, impunity, mental health, fascism psychiatry, symptoms, pathological grief.

Los crímenes de lesa humanidad como los cometidos en el Estado Español, con el golpe de estado fascista, la guerra, la postguerra y la dictadura, no son habituales, se distinguen porque

fueron expresamente ideados y planificados por los agentes del estado, tal como podemos escuchar en los numerosos testimonios, también en el caso de las mujeres.

Arendt nos habla sobre el “mal radical” que llamará “la banalidad del mal”, “que trata siempre de la destrucción del pensamiento, de reducir a los ciudadanos a la condición de «superfluos» [...] no pertenecer en absoluto al mundo...], destruir lo más humano de la «condición humana» y llevarlos a aniquilar, sin ninguna culpa, otra parte de los seres humanos” (Arendt, 1958).

Estos eran los objetivos fascistas: cortar de raíz los movimientos que ponían en peligro el modelo ultracatólico de los generales golpistas, y así reservar otras tareas para la mujer: mantener los valores de la patria, de la nueva España, de la religión, de la familia y la propiedad.

Y así, se cumplía aquello de “*Los maltratados, los torturados, los subversivos, las mujeres, los locos y las personas en condición de indigencia y de pobreza extrema, son considerados «parias», excluidos del derecho a tener derechos*” (Arendt, 1958).

El daño más terrible provocado por los totalitarismos es el «borramiento del ser humano». Y éste fue utilizado en el Estado Español mediante desapariciones, en plena noche y en comisarías, y, en muchos casos, ciudadanas posteriormente enterradas en fosas comunes o tiradas al mediterráneo en situación de inconsciencia con una piedra al cuello, incluso en lugares en los que podríamos afirmar que se acabó la guerra inmediatamente y donde el maltrato y la represalia tenía solo la función de eliminar la disidencia.

La violencia represiva no fue reactiva, sino absolutamente proactiva. No fue fruto de incontrolados, ni limitada al periodo bélico, ni condenada por nadie. La violencia jugaba un doble papel. Servía para castigar a los enemigos y también para someter a los indecisos, y ayudaba a cohesionar a los vencedores creando, así, un gran espacio de impunidad.

Por tanto, los vencidos, los sometidos, los represaliados, tuvieron que enfrentarse a la hostilidad, al desconcierto, al hambre, a la frialdad o a la piedad, pero sobre todo al rechazo, especialmente si se trataba de mujeres, a las que el régimen culpó. “*Hay que sembrar el terror, hay que dejar la sensación de dominio, eliminando sin escrúpulos ni vacilación a todos los que no piensen como nosotros*” (Mola, 1936)³.

Nuestro trabajo me ha llevado a escuchar el testimonio de mujeres que sufrieron torturas, exilio y maltrato continuado; mujeres que esperaron años para ser madres, con miedos y desconfianza en su capacidad para proteger un hijo de los peligros; mujeres, madres, que abandonaron a sus hijos, para protegerlos o para luchar por sus valores, aunque llenas de sentimientos de culpa. Otras tuvieron que renunciar a una vida afectiva y sexual, para hacerse cargo de sus madres enfermas de pena y de dolor, siempre de negro, siempre de luto. También ocuparon un lugar que no les correspondía, con el sufrimiento que ello implicaba y el daño para su Salud y su Salud Mental. Otras, renunciaron y perdieron su proyecto personal y social, y a tener un lugar de paridad con el hombre, en relación con su cuerpo, a su sexualidad, al hogar, a la sociedad, a los estudios, al trabajo, etc. Muchas más, aunque parecía que en este país esto no había pasado, fueron utilizadas como “botín de guerra”, para salvar a sus maridos, hijos o hermanos. Otras fueron utilizadas en campos de concentración en la *trata de mujeres*, y otras niñas, fueron robadas (al igual que niños) a sus familias y fueron criadas en instituciones como niñas sin futuro, sometidas a malos tratos, con una educación que obligaba a rechazar a sus padres, y les arrebataban su nombre y su lengua.

Las mujeres se convirtieron en el chivo expiatorio de los pecados de los demás. Una madre, una hija o una mujer era lo adecuado para pagar por el hijo, el padre o el marido escondido o escapado. La muerte del supuesto culpable no exoneraba a la familia de su deuda.

Testimonio

En el testimonio de Libertad podemos escuchar que hasta los 55 años no tuvo conocimiento, mediante un libro publicado, del fusilamiento de su padre en el Campo de la Bota (Barcelona). En aquellos momentos (1939) su madre fue diagnosticada de depresión grave e internada en un psiquiátrico en el que vivió hasta su muerte. En ese momento ella tenía cuatro años y era la mediana de tres hermanos. Los tres fueron trasladados, separados, a diversos centros en los que la responsabilidad recaía en órdenes religiosas que consideraron que el nombre de Libertad no era adecuado para la nueva España y decidieron

bautizarla con el nombre de Carmen. Es decir, a los cuatro años, le arrebataron su identidad y su lengua, y la despojaron de lo más preciado para todo ser humano.

Posteriormente fue adoptada de forma totalmente irregular.

Este testimonio tiene que ver no solo con lo traumático, sino también con lo siniestro, ya que, durante el franquismo y como consecuencia de la catástrofe social, las reglas jurídicas y de convivencia saltaron por los aires.

Así, durante muchos años la supuesta buena fe de los adoptantes o la ignorancia en la que se apoyaron, se transformó en mala fe por el ocultamiento que también transgrede el orden jurídico.

Durante muchos años, Libertad (Carmen), no paró de investigar, como si un barril sin fondo estuviera vinculado a su pulsión de saber. Hacía preguntas que incluso hubieran podido ser consideradas como patológicas en cualquier otra niña. Libertad preguntaba mucho, mucho, y ello le significó una cierta adultización que solo podemos observar en niñas que sufren mucho, ya que no es lo mismo ser “hija”, que ser la niña del matrimonio que la adoptó.

¿Pero quién era el padre de Libertad? La acusación que formularon sobre él se basaba en informes que eran elaborados a propósito para presentarlos como pruebas inculpatorias en los consejos de guerra y hablaban, sobre todo, de conductas morales, ideas religiosas, de adhesión a la rebelión, que significaba que había luchado por la República y que no podía ser considerado digno de vivir en la nueva España.

“Su ejecución fue aprobada por el jefe del estado y entregado al piquete de ejecución para cumplimiento de la sentencia de pena de muerte a que fue condenado por el Consejo de Guerra Permanente...”

El silencio y la represión se cebaron, usando palabras de la escritora M.M. Marçal (1977), en *Las Mujeres, de clase baja y naciones oprimidas*. En definitiva, se produjo un aplastamiento sin piedad de mujeres que se habían convertido en activistas políticas y de los movimientos obreros, durante la IIª República.

Igual a lo que podemos escuchar cada día, cuando hacemos nuestro trabajo, con mujeres que han recibido malos tratos. Comprobamos como interiorizan la condición de no ser nadie, que es de hecho, una forma de ser rechazables, invisibles, como si siempre hubieran estado marcadas por las marcas de la indiferencia. Y coincide con la descripción que hacen la mayoría de las mujeres que sufrieron las consecuencias de la mal llamada victoria, especialmente por la violencia del silenciamiento y del contexto histórico que lo produjo, es decir una cristalización en las tensiones que hay entre la voz y el silencio, entre el reconocimiento histórico y la invisibilidad. Y podemos también comprobarlo, como ocurre siempre en situaciones de catástrofe, porque se fractura el marco simbólico, y se cuestiona radicalmente la propia identidad, la percepción básica para saber dónde estamos y hacia dónde vamos. Es a partir de ahí, cuando aparecen enormes dificultades.

El cuestionamiento de la propia identidad es especialmente importante en situaciones de exilio o de desapariciones, y debemos tener presente que durante años existió una nueva categoría de ciudadanos “es una incógnita, es un desaparecido, no tiene entidad, no está, ni muerto, ni vivo, está desaparecido” (Videla, 1979), en el exilio, en el mar, en cualquier lugar.

Deberemos hacer un poco de historia

La mujer ha sido siempre considerada frágil, pasiva, inferior al hombre por su anatomía, fisiología y psicología. Es así como la encontramos incluso en los relatos míticos y para dar sentido al origen de la existencia humana, la mujer representa la alteridad, el exceso, el dolor y el deseo. Por tanto, el enigma, la incertidumbre y la angustia. Su misión ha sido la de satisfacer necesidades y deseos de los demás, especialmente de aquellos que ostentan el poder, y por tanto están obligadas a esconder sus propios deseos y necesidades. De nuevo observamos la exclusión de contextos sociales importantísimos como sería nuestra propia salud, especialmente nuestra salud mental y emocional.

Con una moral sexual vinculada a doctrinas conservadoras para que la mujer fuera sumisa, laboriosa y piadosa y, principalmente, que tuviera

como función principal la procreación disociada del placer, y este asociado al mal, al pecado y a la rebelión.

¿Y en la República?

La II República supuso cambios radicales para las mujeres. Se les reconocía el derecho a votar y a ser elegidas para cargos públicos. En 1932 se aprobó la Ley del Matrimonio Civil y la Ley del Divorcio, que reconocía el derecho a divorciarse a partir de un acuerdo mutuo y, también, el derecho a la *patria potestad*. Esta era la ley más progresista de Europa en esta materia. También en 1936 el Gobierno de la Generalitat había despenalizado el aborto, ley que fue abolida poco después de que el dictador Franco ocupara el poder. A pesar de ello se siguieron practicando abortos, como pasaba ya antes de su legalización, porque las clases bajas no tenían otra salida. Todas estas leyes contrariaban a la Iglesia que vio como le era recortada su influencia en el ámbito familiar.

En la República se había empezado a devolver la palabra a la mujer, se inició una etapa de debates sobre la igualdad de sexos y sobre las reformas necesarias para conseguirlo, y el psiquiatra Emili Mira inició lo que tomó por nombre HIGIENE MENTAL, con su importante trabajo sobre educación sexual. Se inició una educación igualitaria, creando sentimiento de naturalidad respecto al cuerpo de la niña y el niño. Con el fin de lograrlo era necesaria una transformación a nivel social y económico y, sobre todo, conseguir derechos para la mujer: libertad económica y libertad sexual, es decir, conquistar la posición como sujeto visible.

La psicología en la República

El Dr. Emili Mira fue director desde 1931 a 1939 del Instituto *Psicotécnico* de la Generalitat de Catalunya, y desde allí ejerció su trabajo y obtuvo el concurso de colaboradores tan eminentes como Joaquim Xirau Palau (vicedirector del Instituto), A. Chleusebairge, Mallorc, Soler Doff, Azoy, Alier, Del Olmo, Barrios, y otros. Gracias a su actividad, la psicología obtuvo un gran prestigio internacional, como demuestra el hecho de que el 1922 y el 1930 se celebraran en Barcelona el segundo y el sexto Congreso Internacional de psicotécnica

y que, durante el último año, Emili Mira presidiera diversas sesiones. Su tarea de investigación y de enseñanza de la especialidad en nuestro país, fue ampliada con la creación, en 1933, de la cátedra de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona, de la que fue nombrado el primer profesor.

Emili Mira participó en el entusiasmo culturalista de la República y multiplicó sus actividades: ejerció de psiquiatra en el Ayuntamiento de Barcelona, dirigió la sección de mujeres del Manicomio de Sant Boi, fue director y consultor del Instituto Pere Mata de Reus, fundador del primer centro de Orientación Psicológica infantil (La Sageta), y fundador y miembro destacado, al lado de profesores como Pi Sunyer, Rodríguez Arias, Vilardell, etc., de la primera clínica de medicina psicodinámica del estado. Cabe destacar, también, su actividad como codirector de la Revista de Psicología y Pedagogía (1933-1939), íntimamente ligada al Instituto Psicotécnico, y como director de la Revista Catalana de Neurología y Psiquiatría (1934-1937).

Durante la guerra del 36, fue el responsable de los Servicios Psiquiátricos del Ejército Republicano y desde ese cargo, trabajó en la selección de pilotos y reclutas y aplicó sus concepciones dinámicas de las reacciones de los combatientes y organizó los Centros Psiquiátricos del Pre-frente, destinados a evitar la cronificación de los trastornos y a conseguir la readaptación del enfermo a las unidades combatientes. En la retaguardia, como director de la Escuela Profesional de mujeres, trabajó para la formación de la mujer en la sustitución de hombres movilizados.

Durante toda esta etapa se hicieron varias leyes utilizando la teoría psicoanalítica para argumentar cuestiones políticas y sociales y se intentó eliminar el poder de la iglesia. Acabada la guerra, Emili Mira tuvo que exiliarse, como otros profesionales, y después de una breve estancia en Europa, trabajó en diversos países americanos hasta el año 1945. En ese momento se estableció en Brasil.

Psiquiatría de la represión

Cuando el 1936 se produce una sublevación militar contra un gobierno legítimamente consti-

tuido, aparecen efectos inmediatos: una brutal represión que fue escrupulosamente premeditada y preparada, y que llevó, en el caso de las mujeres, a una situación de doble represión en tanto que mujeres y vencidas. Se produjeron fusilamientos, desapariciones, condenas a muerte, prisión, delación, torturas, exilio, *trata de mujeres* y violaciones sistemáticas.

Violaciones y *trata de mujeres* en comisarías, por legionarios, por mercenarios acompañantes de Franco, abusos institucionalizados y sistemáticos, así como en los campos de concentración, porque:

“El poder se hace carne cuando utiliza las mujeres, porque así se hace evidente el poder de los vencedores a través de la sumisión y el control sobre el cuerpo de las mujeres.” (González Duro, 2012)

Hemos podido escuchar numerosas descripciones de campos de concentración y todos los testimonios los describen igual. Los campos de concentración eran lugares donde se vivía como un rosario de dolor. Como dijera Agustí Bartra (1974), el campo de concentración era una *“ciudad de derrota”* donde los ojos de sus habitantes solo podían ver grandes extensiones de tierra e inmensas playas rodeadas de alambradas.

Las nulas condiciones higiénicas llevaban a los refugiados a sufrir numerosas epidemias y a convivir con la enfermedad como un elemento cotidiano. El hambre, una alimentación bajo mínimos, les llevaba a comentar que, en el supuesto de salir del campo, lo harían con *“el culo de madera”*. En estas condiciones las mujeres fueron acusadas de destruir el hogar y el pudor, las hicieron responsables de la catástrofe, y usaron vejaciones de todo tipo: aceite de ricino, pelo rapado, paseos por las calles y robo de hijos. Todo ello las llevó al límite de la desesperación y la depresión moral, mientras los fascistas transmitían...

“Nuestros valientes legionarios y regulares han enseñado a los cobardes de los rojos lo que significa ser hombre. Y, de paso, también a las mujeres. Después de todo, ahora por lo menos sabrán lo que son Hombres de verdad y no milicianos maricas. No se van a librar por

mucho que forcejeen y pataleen” ... “Estas comunistas y anarquistas se lo merecen. ¿No han estado jugando al amor libre?” (Queipo de Llano, 1936).

Y de la salud mental de la II República se pasó a la Psiquiatría de la Represión.

Dijo Vallejo Nájera (Vallejo y Martínez, 1939):

“Toda mujer que haya defendido la república, se convierte, inmediatamente, en una especie de monstruo responsable de horribles asesinatos, incendios y saqueos, porque son las que alientan a los hombres para que cometan todo tipo de violencias”.

Y todo ello, como excusa para exterminar la ideología contraria; para detener con las armas lo que no se había detenido en las urnas; porque debían castigarse los enemigos, y principalmente, para someter a las mujeres porque no hay nada tan peligroso como una mujer consciente de sus derechos. Esto significa aquello que la dictadura nos trajo: miles de personas desamparadas, sobre todo esposas e hijos/as de hombres asesinados, encarcelados, exiliados, encerrados en campos de concentración o de trabajo, o bien, desaparecidos.

Estas mujeres presentan una enorme tristeza y estuvieron obligadas a enfrentarse al miedo, la vergüenza, el hambre, la humillación, las vejaciones de todo tipo y la miseria, y pasaron de víctimas a culpables. En el momento que eran encarceladas como rehenes por ser la mujer, la hija o la madre de un republicano, volvían a una posición subsidiaria, se convertían en ciudadanas de segunda, por lo tanto... invisibles y marcadas por la indiferencia.

Testimonio

Lola nació en la cárcel en la se encontraba su madre, justo a los nueve meses del fusilamiento de su padre y de tres familiares más, su abuelo, su abuela y un tío. Carmen, su madre, fue acusada de haber quedado embarazada de un funcionario, solo con la intención de añadir más dolor al sufrimiento que padecía, y eso a pesar de que el mismo día del fusilamiento había mantenido un bis-a bis con el padre de Lola. Aún con las acusaciones, la palabra de Carmen siempre le sirvió a

Lola respecto a quién era su padre y como mantuvo sus ideales altamente investidos. No obstante, Lola vivió una parte importante de su vida estigmatizada por ese motivo.

A los cuatro años su madre salió de la prisión, pero fue desterrada a más de trescientos kilómetros de la ciudad de nacimiento y decidió ir hacia el norte de la península con la intención de cruzar la frontera hacia Francia.

Lola nunca fue a la escuela. Aprendió a leer y a escribir en un piso particular donde un maestro republicano, represaliado, impartía sus clases. Muy pronto, a los 11 años, empezó a trabajar en un almacén de zapatos con el fin de ayudar a su madre económicamente, quien había decidido continuar militando, clandestinamente, en las filas socialistas.

Carmen durante muchos años no fue capaz de explicar su congoja y su enorme dolor psíquico, y siempre fue diagnosticada de numerosas causas somáticas. Había perdido la capacidad de llorar, pero sobre todo la capacidad de concebir proyectos. La palabra tristeza no era habitual en su vocabulario. Su ausencia de deseo no le era reconocida, ni por ella misma, ni por los profesionales médicos que la habían atendido. Jamás un profesional le hizo una anamnesis que permitiera reconocer que se trataba de una mujer, previamente sana, que bien podría ahora diagnosticarse como melancólica como consecuencia del maltrato, las torturas y las represalias recibidas. Ni los secretos familiares, ni las culpabilidades no tratadas, ni las desconfianzas, formaban parte de su malestar reconocido. Numerosos silencios “silenciados” habían ido determinando su carácter y la llevaban continuamente a situaciones de apatía y a inhibición que podríamos reconocer como muy cercanas a una enorme tristeza y a la melancolía.

Sabemos que la transmisión, en general, pero en el caso de la melancolía especialmente, se produce por la ausencia de deseo, y podemos observarla de generación en generación y hasta la cuarta. Esta transmisión intergeneracional se convierte en indecible en la primera generación (Carmen), a ser inenarrable en la segunda (Lola), y a ser impensable en la tercera. Carmen tuvo que callar por vergüenza y, sobre

todo, para proteger a Lola, y Lola no pudo encontrar el discurso para aquello que presentía pero que desconocía, que estaba vinculado a sus emociones y que la llevaron a tener dificultades en su desarrollo afectivo, en su deseo y en su pensamiento.

Dedicó toda su vida a cuidar de esta madre llena de dolor y siempre de luto, no tuvo nunca una pareja y renunció a una vida propia en todos los aspectos, personal, profesional y sexual.

“Entre la pena y la nada, elijo la pena” (Faulkner, 2004).

Carmen no encontró lugar para las enormes pérdidas ni para iniciar los duelos que habían quedado clausurados, congelados. Había vivido una época de carencias, de miseria, de hambre y fue la melancolía la que le envolvió la mente y le generó un importante vacío mental con los síntomas correspondientes.

No pudo, como nos recuerda Recalcati (2014), reconquistar su herencia para poder subjetivarla y hacer algo nuevo y diferente con ella, no había simbolización posible, ni resignificación.

Consecuencias inmediatas

Inmediatamente se presentó, de nuevo, la invisibilidad, la imposibilidad de hablar, un silencio voluntario y un silencio inducido, el menosprecio, la condena de la sexualidad femenina, y la imposibilidad de transmitir con palabras las situaciones vividas. A ser ignoradas activa y hostilmente, a desconocer, a “dar la espalda”. El dicho popular “matar con la indiferencia” se refiere, precisamente, a esta característica del ignorar. Todo esto las condujo a ser y a considerarse derrotadas física y moralmente; y a esconder los duelos, incluso dentro de la propia familia; a la aparición de sentimientos de culpa y vergüenza por los suyos; a intentar borrar la propia memoria para poder sobrevivir, y a no conseguir nunca un trabajo digno.

De nuevo se constata como la mujer represaliada queda al margen, sin elaborar ningún duelo (clausurados, enquistados, congelados), y sobre todo sin ninguna posibilidad de cicatrización de los traumas, con el consiguiente aumento del malestar y con la cronicidad de las heridas.

Las vencidas, las sometidas, tuvieron que enfrentarse a la hostilidad, al desconcierto, a la frialdad o a la piedad, pero principalmente al rechazo, y se vieron obligadas a gestionar el hambre y la miseria. Es decir, que cuando se acabó la guerra no cesó el conflicto. Y no acabó para todos igual, no hubo paz, sino victoria del fascismo. La dictadura impuso una rendición incondicional, con un ensañamiento que desató una violencia genocida, de masacre sistemática.

Los hechos violentos producen en los humanos experiencias traumáticas de gran complejidad, porque, además de sufrimiento y muerte, comportan la destrucción de ideales, de valores, del modelo social, y del mundo familiar. Destruyen la confianza en el otro y provocan una gran impotencia, un enorme desamparo, y provocan situaciones traumáticas:

El término Trauma Psíquico, deriva del griego y significa herida en efracción (es decir, fractura). *“Traumática es una vivencia que en un breve lapso provoca en la vida anímica un exceso tal en la intensidad de estímulo que su tramitación o finiquitación por las vías habituales y normales fracasa, de donde por fuerza resultan trastornos duraderos para la economía energética.”* (Freud, 1915).

Esta situación genera problemas psíquicos que afectan a los sujetos, a la red social y a las generaciones. Debemos considerar que se trata de una *catástrofe social*, cuyas consecuencias llevan a que la vida se torne incoherente, incomprensible e inasible.

El trauma es una herida que está, permanentemente, en efracción, es una herida contundente, una situación que modifica toda la representación de la realidad. Y a su vez, el trauma es imposible de modificar ni de gobernar. Y ello porque en el caso que nos ocupa, no se trató solo de una violencia contra el semejante, sino que atentó contra el *genus*, lo que llevaría a muchos estudiosos a considerarlo como un genocidio, ya que se proponían destruir lo que tiene en sí mismo valor humano. (Miñarro y Morandi, 2012).

Durante la dictadura

Durante la dictadura el terror toma diversas formas, incluida la tortura: represión física,

represión económica, represión ideológica, represión laboral y represión de todo tipo de actividad política. Todo este maltrato afecta a la constitución del sujeto y a la transmisión inter y transgeneracional.

Dice Todorov:

“La tortura es peor que el asesinato, porque, al torturar a un ciudadano, no me conformo eliminando a quien me estorba, sino que obtengo una satisfacción de su sufrimiento, de su exclusión de la humanidad, y este disfrute dura mientras él viva. La tortura deja una marca imborrable en el torturado, pero también en el torturador”.

Y esta tortura institucional es peor aún que la tortura individual, porque subvierte el fundamento mismo de toda idea de justicia y de derecho. Con agresiones y violencias, el ciudadano queda sometido a un colapso de las relaciones entre lo psíquico, lo social, lo temporal y lo espacial, que le llevará obligatoriamente a una vivencia traumática.

La violencia es destructiva y desestructurante, tanto a nivel subjetivo como a nivel comunitario, porque atenta a la integridad del sujeto, porque ataca el vínculo psíquico de la filiación y de la afiliación, porque ataca a la intersubjetividad, y porque daña el narcisismo del sujeto.

Dice Freud (1915): *“Cuando se produce una situación de catástrofe social, el sujeto, desde el punto de vista del narcisismo, se daña en un doble sentido, a sí mismo y en tanto que miembro de una cadena a la que debe contribuir”.*

Todo ello hizo que muchas mujeres tuvieran que enfrentarse, cara a cara, con un silencio espeso, más pesado que una inmensa piedra, y sobre todo con el miedo como emoción intensa. El miedo indica que el significado que el sujeto atribuye a la situación en la que se encuentra, es de peligro, y la percibe y comprende como una amenaza vital. En algunos casos el miedo derivó en conductas sociales menos reconocidas, subjetiva y socialmente, y produjo una privatización obligada del dolor manteniendo encubiertos los malestares y los efectos psíquicos, especialmente en terceras y cuartas generaciones.

Y aparecieron los síntomas

No cabe duda de que la violencia, la exclusión y el trauma son el origen de los impactos psíquicos que producen importantes fenómenos de desestructuración, melancolía, depresiones graves, trastornos de ansiedad, dificultad en el funcionamiento social y en las relaciones interpersonales y conductas autodestructivas.

Aislamiento social, abuso de sustancias, dificultades para elaborar la culpa vinculada al hecho de haber sobrevivido y vivido; insomnios diversos, pesadillas, imágenes de muerte y enfermedad y alteraciones del sueño durante años, y también confusión mental. Apatía, dolor de cabeza, cansancio y situaciones de irritabilidad y de explosión; desamparo, inseguridad, falta de iniciativa y de interés; disminución de la capacidad de pensar y sentir; cambios constantes en la personalidad y necesidad de dar sentido a la vida.

Otras ciudadanas han presentado enfermedades psicosomáticas, úlceras, trastornos gastrointestinales, piedras en el riñón, colitis, trastornos respiratorios, cardiovasculares e hipertensión, fibromialgia, envejecimiento prematuro, angustia y agitación que incluye tensión interna y sentimientos de no valía y, a la vez, dificultades para estar sola y tendencia a estructurar situaciones paranoicas.

Y principalmente:

Una importante incapacidad para realizar los duelos, a veces impedidos, a veces congelados, inhibidos y/o reprimidos, que ha favorecido una vida de sufrimiento continuado, y que, sin saberlo, han transmitido a hijos/as, nietos/as.

Es decir: Alteraciones de la conciencia, amnesia, episodios disociativos, despersonalización; Alteraciones en la percepción de sí mismo, sensación de indefensión o parálisis; Alteración en la percepción del perpetrador; Alteraciones en la relación con los demás y Alteraciones en los sistemas de significado, Indefensión y desesperación. Freud (1915) en *La aflicción y la melancolía*, define el vocablo duelo como un “pasar normal” ante reacciones anormales a la pérdida (melancolía). Afirmaba que el papel del duelo consiste en recuperar la energía emotiva investida en el

objeto perdido para reinvertirla en otras cosas queridas.

Destacaba como rasgos del duelo, un profundo abatimiento, falta de interés por el mundo exterior, poca capacidad de amar, o una inhibición de la actividad, entre otros. De todos modos, la intensidad del duelo no depende de la naturaleza de lo perdido, sino del significado, del valor que le atribuimos, es decir, de la inversión afectiva que hemos depositado en aquello perdido. Por lo tanto, a más vínculo, más dolor.

En el caso de los duelos no elaborados como consecuencia de la guerra del 36, después de ochenta años, a diferencia de aquellas personas situadas del lado de los vencedores a los que sí se les ha reconocido la pérdida, hablamos en muchos casos, de una situación de duelo enmascarado y evitado, que significó una gran dificultad para el desarrollo afectivo, una dificultad para la expresión de las emociones y una gran inhibición.

Especialmente difíciles resultaron los duelos en los niños y en las niñas, porque el duelo es una cuestión de la afectividad. En el caso de los duelos en niños y niñas, la reacción más importante es la aflicción, y aparece de forma muy distinta a como lo hace en los adultos.

La infancia puede realizar duelos por acontecimientos que para un adulto serían aparentemente intrascendentes, un juguete roto, o cualquier otro objeto. Sin embargo, debemos tener presente que el dolor en la infancia no es de menos relevancia clínica, como podría pensarse. Los niños y las niñas pueden presentar, entre otros síntomas, inquietud psicomotriz que pretende mostrar que ellos sí que están vivos, como si se tratara de un movimiento que no pueden expresar con palabras.

Como hemos ido diciendo, el horror, el terror y las situaciones traumáticas se transmiten, aunque la transmisión no se realiza al azar, sino que también hay una elección subjetiva. En el caso de la guerra, la postguerra, la dictadura y la transición, encontraremos siempre una enorme catástrofe social generadora de múltiples pérdidas, de múltiples maltratos, de múltiples represalias y, en consecuencia, de numerosas dificultades para poderlas tramitar, y podemos encontrar

muchas familias con marcas y espacios sin simbolizar que permanecen como deudas, como si se produjera una identificación a algo que es de otro. La herencia –dice Recalcati (2014) en El complejo de Telémaco–, no es un movimiento pasivo en el que se transmiten identificaciones y genes, sino un movimiento recíproco en el que el padre ofrece algo que el hijo puede o no recoger.

El silencio

Esta situación llevó a convertir el silencio, esa pesada losa, en la metáfora de todos los horrores sufridos; el silencio como posibilidad de sobrevivir porque no hay palabras para lo invisible y porque lo innombrable es la huella del exilio forzado de la palabra.

Los duelos del exilio, tanto el interno como el externo, afectan siempre a la identidad. Cuando se ha sufrido el horror y el terror del fascismo y el exilio obligado, aparecen dificultades importantes que se agudizaron al llegar al país de exilio, ya que llenaron éste de un significado negativo y obligado. El exilio no representó solo la pérdida de lo vivido, sino que progresivamente significó una pérdida de lo que uno era, es decir, de la propia individualidad. Este duelo está también muy cercano a la melancolía.

El duelo y la melancolía son como heridas abiertas que impiden volver hacia uno mismo y vacían al sujeto hasta el empobrecimiento total, con la aparición de síntomas y malestares. Según Freud (1915) la melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí, que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones, y se extrema hasta una delirante espera de castigo.

Testimonio

A propósito del silencio y los exilios (Associació Les Dones del 36, 2006; Miñarro, 2014)

Josefina tenía cuatro años, cuando una noche de febrero de 1939 subió la montaña, lentamente, sin decir nada⁴, cogida de la mano de su madre, con unos zapatos de charol y su muñeca, hacia

un lugar no elegido, sino a la búsqueda de su padre y como única salida para poder sobrevivir.

Tendrían que transcurrir más de cincuenta años, para que Josefina pudiera hablar.

Sufrió dos exilios: uno voluntario y secreto al que llamaremos exilio interior y que aparece después de sufrir un bombardeo en Figueres en 1939; y un exilio forzado a la búsqueda del padre que se había exiliado un poco antes por sus ideales anarquistas, altamente investidos.

Sufrieron dos campos de concentración, trabajos durísimos, clandestinidad, dos guerras, incompreensión, maltrato y desamparo como extranjeros en Francia. Tal como ella me decía, fue tratada en Francia como, a menudo, algunos tratan, ahora y aquí, a muchos inmigrantes.

Sabemos que a partir de ese momento, Josefina nunca más volverá a dormir bien, y que en la comida encontrará su mayor refugio y consuelo, porque la vincula a los momentos en que su madre podía pasar con ella, cuando, pocas veces, descansaba de su tarea en una cocina.

El exilio forzado y el silencio, instrumentalizan el miedo, el desconcierto, la soledad y la tristeza. Aparece entonces el trauma, que es la base para el desarrollo de los síntomas. Y el trauma es una gran herida, una experiencia que aporta en poco tiempo un aumento de excitación importante a la vida psíquica, especialmente en una niña pequeña.

El silencio, el exilio interior, es la gran promesa, es el pacto que hizo con ella misma. Decidió encerrarse manteniendo un silencio voluntario, – que ella vivía, pensaba, como protector–, nunca más hablaría y mantendría esta promesa durante cincuenta años. Decidió pensar y aceptar que era una niña vencida y que no tenía herramientas para entender lo que le estaban haciendo. No quería hablar de lo que había sufrido y no solo no quería hablar, sino que si podía, lo negaba todo. Pero el olvido no existe y lo recordaba todo. El silencio encontraba formas de explotar en forma de síntomas e impregnado por la imposibilidad de realizar el duelo y por la melancolía.

Sabemos que la intensidad de lo perdido por Josefina fue muy importante y le impedía expresar sus emociones, y ello le llevó a la inhibición. Por

tanto, afectó a su identidad y obligó a la aparición de la melancolía.

Este silencio, sumado al exilio exterior, el forzado, le imposibilitó realizar un duelo “normal”, natural. Le significó un gran esfuerzo adaptarse al nuevo país, no pudo idealizar el nuevo lugar porque ella no tenía ni nombre: en la escuela la llamaban “la española de mierda”. Todo ello le significó una crisis personal donde quedaba claro que la emigración no había sido una elección, sino la única salida para poder sobrevivir, especialmente por la imposibilidad de volver, de forma inmediata, a su país querido.

Había perdido muchos y diversos objetos muy valorados por ella, la casa donde había nacido (donde hoy descansan sus cenizas), su abuela, el resto de su familia, la cultura, la lengua, las costumbres, pero sobre todo a su padre, por espacios importantes de tiempo.

Todas estas pérdidas estaban vinculadas a recuerdos y a afectos intensos y generaban muchos sentimientos de culpa y angustias depresivas, que la llevaban continuamente a sentirse abandonada y no querida.

Josefina vivió más de cincuenta años en absoluto silencio, por lo que la palabra que mejor describe este tiempo es el desamparo, porque el lugar que la acogió (a excepción de su única amiga, Françoise) la recibió como una intrusa, con rechazo, humillación y desconfianza. Nunca pudo expresar sus miedos, no hacía preguntas y se escondía para llorar. El silencio ocupó todo el espacio. No quiso nunca hablar, con el fin de no tener contacto con aquello real que le pasaba, y eso significó una gran dificultad entre lo que se podía decir y lo que no.

Los psicoanalistas sabemos que ante una catástrofe social como la que circuló por este país, ella escogió el silencio, especialmente porque para la pequeña Josefina no existían palabras suficientes que pudieran explicar ni el terror ni el horror. Su situación traumática se constituyó en una piedra. A los 50 años de silencio pudo comprender el significado de la piedra calentada en el hogar por su madre.

A pesar del maltrato recibido y de la enorme experiencia traumática y lo que le significó, pudo recuperarse del estado de desorganización que

le había comportado: su ansiedad, sus trastornos del sueño, sus pesadillas, sus fobias y su enorme tristeza, las diversas manifestaciones psicósomáticas, las vivencias de miedo, de desamparo, de angustia y de persecución. A pesar de la marca imborrable del trauma, al cabo de cincuenta años pudo romper el silencio, decidió poner palabras al maltrato, permitió que los fantasmas salieran a la luz, y no fue fácil, al contrario, muy doloroso.

Todos aquellos que pudieron escucharla, pudimos también comprobar el acompañamiento que había recibido de su madre, así de la presencia de su padre (solo a veces), y que este acompañamiento la había ayudado a disponer de herramientas suficientes para elaborar y simbolizar y para comprender. Fue en este momento en el que su potencial creativo hizo que apareciera su renacimiento. Estamos hablando de una mujer rebelde, valiente, constante, luchadora sin descanso, sin rendición, en la difícil lucha por la recuperación de la Memoria de este triste y miserable país. Tal como si durante esos cincuenta años se hubiera producido una especie de disociación, es decir, como si una parte de Josefina se hubiera quedado fijada en el trauma y en el país de origen, y otra se hubiera mantenido con mucha capacidad de trabajar, de amar y de luchar.

A pesar de que su tiempo de silencio y de exilio le significó desconcierto, sordera, y bloqueo, finalmente pudo encontrar la ventana adecuada para articular las palabras clausuradas. Como diría Benedetti (2015), Josefina tenía un valor a prueba de balas, y en otros momentos no tenía fuerza suficiente para el desencanto.

Su historia atraviesa el siglo XX. Es la historia de una generación de mujeres de clase baja y muy luchadoras, como ella. Una generación que tuvo que exiliarse sin escogerlo. Por ello, aunque pasen mil años, su sufrimiento no se borrará y no se extinguirá su dolor hasta que la Verdad, la Justicia y la Reparación se puedan conquistar. Como decía B. Brecht 5, si luchas un día eres bueno, si luchas un año eres muy bueno, pero si luchas toda la vida, como Josefina, eres imprescindible.

Las heridas fueron profundizando

No poder hablar, pensar, expresarse a nivel ideológico y, en relación a afectos y vivencias,

empeoró las heridas psíquicas heredadas de la guerra, e impidió cualquier posibilidad de elaboración de duelos y psi(c)atrización de heridas de todo tipo.

Aparición de duelos patológicos

Los duelos patológicos son aquellos que, además de otras situaciones, se suelen presentar cuando se han sufrido abusos y/o violaciones.

Se presentan en estados de miedo, de indefensión, de impotencia, de inferioridad y/o de incapacidad. Donde todo es amenazador y donde pueden aparecer desorganizaciones y *acting-outs*. En el duelo patológico aparece el miedo como resultado de la comparación entre la representación del sujeto y la del objeto, y tiene como consecuencia la culpa y el autocastigo.

En cualquier caso, la experiencia clínica indica que no todos los sujetos expuestos a la misma situación traumática presentan alteraciones en la salud mental posterior y relacionadas con el hecho. Y cuando lo hacen, son de diversa naturaleza, calidad y magnitud. La huida en el olvido es impracticable, porque no se puede borrar la experiencia. El recuerdo vuelve siempre, como podemos oír en todas las entrevistas escuchadas.

La salud mental y las mujeres durante la dictadura

Los profesionales más cualificados se exiliaron o fueron obligados a callar. La dictadura obligó al exilio a numerosos profesionales y a su vez, otros fueron represaliados. Es preciso rescatar a otros muchos como Pere Folch Mateu o Júlia Coromines que continuaron participando en la lucha antifranquista, siguieron pensando, trabajando y arriesgándose para cambiar el estado de cosas en el campo de la salud mental.

Sin embargo, la dictadura prohibió el psicoanálisis y toda la obra de Freud, y nunca más se habló de la educación sexual de los niños; no se consideró como sujeto a la mujer, no hubo igualdad de sexos, y la moral sexual estuvo en manos y bajo el poder absoluto de la iglesia.

¿Quizás el psicoanálisis era subversivo e inquietante?

Cuestionar, interrogar, reunirse en grupos para pensar y buscar y cambiar las condiciones subjetivas del ser humano, nunca ha gustado a aquellos dueños que, unidos por una ideología, desde el nazismo al franquismo, a Videla, Pinochet o Hussein, han considerado el psicoanálisis como peligroso. Efectivamente el psicoanálisis opera a favor de la rememoración, permite transmitir la historia de lo vivido, autoriza la palabra y da voz al silencio impuesto por la represión social y política.

Contrariamente, subsistió una psiquiatría, que podemos llamar de la represión, entregada al régimen fascista. Vallejo Nájera, jefe de los servicios Psiquiátricos del ejército de Franco, fundó y dirigió el gabinete de investigaciones psicológicas para estudiar la personalidad de los prisioneros republicanos.

“El simplismo marxista y la igualdad social que propugna favorece su asimilación por inferiores mentales y deficientes, incapaces de ideales espirituales, que hallan en los bienes materiales que ofrecen el comunismo y la democracia la satisfacción de sus apetencias animales.” (Vallejo et al., 1939).

Los prisioneros fueron considerados como grupo de elevada incidencia de temperamentos degenerativos, inteligencias mediocres y personalidades sociales innatamente revolucionarias. Estos rasgos, según él, eran aún más importantes en el caso de las prisioneras por su inferioridad psicológica, y llegó a pensar que debía efectuarse una investigación específica en marxistas femeninas y, por lo tanto, delincuentes, que efectivamente llegó a efectuar con cincuenta prisioneras en Málaga.

Este psiquiatra escribió mucho sobre las mujeres, aunque solo quiero transmitir unos pocos ejemplos (Vallejo et al., 1939): *“Para comprender la activísima participación del sexo femenino en la revolución marxista, es preciso recordar:*

- *su labilidad psíquica*
- *su debilidad de equilibrio mental*
- *su menor resistencia a las influencias ambientales.*
- *Su inseguridad en el control sobre la personalidad y su tendencia a la impulsividad.*

- *Todo ello acarrea anormalidades en la conducta social y sumen a la mujer en estados psicopatológicos”.*

Y sigue

“las mujeres lanzadas a la política no lo hacen arrastradas por sus ideas, sino por sus sentimientos, que alcanzan proporciones sin moderación, e incluso psicopatológicas, debido a la irribilidad propia de la personalidad femenina”.

Es así como no cabe ninguna duda de que, en manos de la psiquiatra franquista, los síntomas, los diagnósticos, incluso los instrumentos de diagnóstico, se convirtieron en armas de propaganda política y difusión de estereotipos sexuales. Permanentemente buscando la asociación enfermedad – violencia, con el fin de encontrar explicaciones a la Republica.

La estigmatización

La Psiquiatría de la represión, y a su cabeza Vallejo Nájera, fue la encargada de estigmatizar como enfermos mentales a aquellos que disentían o que se habían adherido a la república, fueron mujeres, rojos, homosexuales o locos.

Querían una mujer sometida al hombre, dedicada exclusivamente al hogar, sin ideales y sin sexualidad, a la vez que responsable y encargada de transmitir estos valores de sometimiento, que hoy todavía podemos encontrar en el imaginario de muchos hombres. Esto explicaría que, a pesar de tratarse de mujeres muy jóvenes, agentes del cambio social, convencidas de su fuerza y su capacidad, y a sabiendas de que las mujeres habían sido, por lo general, parte activa durante la guerra, la posguerra, la dictadura y la transición, fueran necesarios muchos años para que comenzase su reconocimiento y su visibilidad.

Hasta los años setenta solo había sido atractiva la mujer miliciana, mientras que la que hizo trabajo en la retaguardia fue invisibilizada, infravalorada, y su labor fue considerada dentro del ámbito privado, es decir, no hubo lectura política. Hasta el año 1999 no se realizaron unas primeras jornadas; y empezó a romperse el silencio de las mujeres. Y hubo que esperar hasta el nacimiento de la Asociación “Les Dones del 36” (traducción: Las Mujeres del 36) para que se produjera un punto de inflexión.

Ellas rompieron el silencio, tomaron la palabra, explicaron y acercaron sus vidas a muchos otros ciudadanos, que desconocían su papel en la guerra. Pero todo este tiempo había ido profundizando el trauma psíquico, el silencio y la invisibilidad, la insignificancia, de las mujeres. Es evidente que debe continuarse la reflexión sobre el más profundo silencio interior de la mujer republicana represaliada dentro y fuera del país, a veces incluso por sus propios compañeros y las propias estructuras de partidos de izquierda.

En este escenario de terror, de silencio y de represión, se hizo difícil ayudar, y hubo que plantearse empezar a investigar y a trabajar, aunque muchos años después. Hubo que situar al sujeto en el centro, tal como lo entiende el psicoanálisis, habitado por el deseo, por la sexualidad, por el amor y la muerte, es decir, cruzado por el lenguaje y el conflicto permanente.

Todo ello a partir de lo comunitario como suma de subjetividades, porque allí también está en juego el inconsciente, y con una reflexión sobre Memoria y Olvido, y sobre Memoria y Verdad, y sobre Memoria comunitaria. Esta, como dice Moses Finley (2011), *“no es más que la transmisión a muchos, de la memoria de un hombre o de unos cuantos, pocos, repetida multitud de veces. Es decir que el acto de conservación de la memoria no es espontáneo e inconsciente, sino deliberado, dirigido a servir un propósito conocido por el ciudadano que lo realiza”.* Se trata, pues, de recordar con una finalidad: *“invariablemente obrará y hará algo, intentará conseguir el efecto que desea o persigue. Si no tiene lugar esta acción consciente y deliberada, la memoria del evento desaparecerá con el paso del tiempo”.*

¿Y que pudieron hacer con tanto dolor y tanto malestar?

¿Por qué el valor del testimonio es tan importante?

Porque todos los testimonios de mujeres torturadas y represaliadas son imprescindibles. Para constatar que la raza humana es capaz de perpetrar crímenes abominables mientras construye cultura. Pero sobre todo porque es quien puede decir: *“eso pasó, eso tuvo lugar”.* Que, al menos una, pueda decirlo tiene una función esencial: de transmisión, de reconocimiento. Si su voz calla, con ella la verdad se silencia.

Testimoniar es devolver la palabra a las maltratadas, a las silenciadas.

Es pues básico el poder hablar, contar las vivencias propias y ser escuchada por otros. Esto significa un reconocimiento social, una manera de darle lugar a lo acontecido, de compartirlo. Es la única posibilidad de elaborar duelos por lo perdido: el país, en el caso de los exiliados; los familiares fusilados, la humillación sufrida por haber sido derrotados; la pérdida de trabajo, de casa, de pertenencias, de afectos, de juventud, y un largo etcétera.

Saber hacer algo con eso tan terrible y doloroso, dependerá del bagaje propio de cada cual, y de las herramientas con las que se cuente. Poder formularse una pregunta: *¿qué puedo hacer con lo que me han hecho?*, es salir del lugar de víctima pasiva. Para ello, los traumas deben ser reconocidos, hablados, recordados, o transformados. Solamente así se puede dar la construcción a posteriori del pasado, tratando de evitar la repetición de *lo mismo* (por ejemplo: una y otra vez revivir la misma escena angustiante). Y esa evitación corresponde, no a mirar hacia otro lado, sino a la elaboración del trauma, a la posibilidad de realizar el paso a paso del trabajo de duelo, y así tomar distancia, enfrentarse al dolor por la pérdida, inscribiendo una marca diferente, simbólica.

Para producir cambios es necesario el reconocimiento social. Y, es importante porque, a diferencia de aquellos nombrados como vencedores, visibilizados, a quienes se les reconocen muy pronto las pérdidas y pueden iniciar sus duelos, encontramos el maltrato a los vencidos, quienes, después de ochenta años, continúan siendo maltratados y sin reconocimiento. El abordaje asistencial en este tipo de situaciones hubiera debido ser múltiple, incluyendo el individual, familiar, grupal, medio ambiental e institucional. Pero tal como hemos dicho, la psiquiatría de la represión también lo impidió y dejó silencios, agujeros y enormes vacíos.

Testimonio

Trini nació en Madrid el 28 de octubre de 1913 en una portería del barrio de Salamanca que regentaba su abuela. Su madre, costurera, y su padre

un guardia civil que no sabían que era anarquista. Su padre fue confinado y Trini creció sin padre, aunque su abuela, intentó, en todo momento, suplir la ausencia de su padre.

Trini trabajó y estudió hasta conseguir los títulos de enfermera, practicante y matrona.

En el año 1934 colaboró con los socialistas para ayudar a los niños de los represaliados en Asturias que estaban refugiados en Madrid, y en el año 1935 ingresó en el Partido Comunista.

El 18 de julio de 1936 formó parte del Comité que se constituyó en el Hospital San Carlos de Madrid, para convertirlo en hospital de sangre. Pasó toda la guerra en el frente de Madrid como enfermera militar, hasta el final, por la llamada Junta de Casado.

El 13 de abril fue denunciada e ingresó en la cárcel de Ventas con su madre y su abuela de ochenta y siete años. Fueron juzgadas y condenadas a treinta años. Posteriormente las trasladaron a la cárcel de Amorebieta (Vizcaya). Salió indultada y desterrada en setiembre de 1941, pero en febrero de 1942 la volvieron a detener en Alicante, mientras trabajaba en una clínica.

Fue condenada por las mismas acusaciones por las que había sido indultada y estuvo en la cárcel hasta 1945.

Más tarde consiguió trabajo en Baena (Córdoba) y en Alcahuete de la Sierra (Jaén), y, por auxiliar a unos guerrilleros que estaban en el monte, la volvieron a detener en enero de 1947. La juzgaron por auxilio a bandoleros.

En total estuvo siete años en la cárcel, trabajando siempre de enfermera y de matrona, pero en 1951 fue desterrada.

Llegó a Barcelona sin salvoconducto y sin derecho a trabajo oficial hasta 1969.

Esta heroína junto con otras compañeras fue fundadora de "Les Dones del 36" y ocupó el cargo de presidenta.

La experiencia traumática en las mujeres víctimas de violencia es fisiológica y psicológica. Estas mujeres suelen vivir sus cuerpos como una fuente de vulnerabilidad, de humillación, los

maltratadores las han golpeado, violado, y torturado. Aunque también pueden sentirlo ajeno a sí mismas, en ocasiones como una fuente de malestar, de dolor y enfermedad, de reexperimentación traumática, cuando sienten los dolores, los ahogos, los vómitos o las contracturas en el cuerpo mientras eran torturadas.

El trauma afecta la capacidad de la víctima para formar y mantener relaciones íntimas tanto sexuales como emocionales en general. Las supervivientes de torturas y de malos tratos pueden aparecer como personas sociables y simpáticas, pero su identidad es muy frágil y se bloquea cuando se trata de relaciones íntimas, porque aparecen todos sus miedos. En consecuencia, muchas causas hacen que lo vivido, a veces, no esté integrado en la memoria consciente con la misma claridad que cualquier otro recuerdo.

Los profesionales de salud mental están obligados a posibilitar que la damnificada pueda comunicar su dolor y así superarlo, y deben tratar de evitar que la crueldad disruptiva del mundo externo la enajene crónicamente.

Por eso, **NO DEBE OLVIDARSE CUALES SON LAS OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL:**

- Acompañar a las CIUDADANAS maltratadas.
- A familiares, de todas las generaciones, de ciudadanos desaparecidos, fusilados.
- Las víctimas, y su sufrimiento soterrado, son los principales exponentes que deben atenderse desde nuestro oficio.
- Y todo esto, porque no hay ningún motivo que justifique esta desatención, y es, además, una razón de Derechos Humanos.

Deberíamos pensar si el psicoanálisis puede realizar alguna contribución en el ámbito público, y responderíamos que se interesa por toda práctica social donde pueda encontrarse un sujeto que hable, implementando y proponiendo la interpretación de lo que dice, y que el psicoanálisis contribuye a realzar el ámbito público desde la interpretación del “hablar” del sujeto, y que el hablar del sujeto es, inevitablemente, su eje, lo que le estructura como tal.

Porque el castigo de las mujeres fue mucho más lejos; utilizando sus hijos como instrumento, negando la patria potestad; generando historias de separación y pérdida horripilantes; privando a las mujeres de criar a sus hijos; cambiando los nombres propios si no figuraban en el santoral (Libertad, Natura, Armonía) y, sobre todo, haciendo que los hijos considerasen a las madres como “malas personas”.

Los franquistas llamaron a todo esto “ejercicio de caridad y misericordia”, eso es, a la violencia de las autoridades; a la usurpación de hijos de republicanos; a no dejar constancia de los nombres de hijos e hijas en los libros de registro de los centros penitenciarios; a situar los niños y niñas en situación de extrema indefensión, de tal modo que los secretos y las desapariciones estaban justificados.

Muchas de las mujeres torturadas, maltratadas y encarceladas no volvieron a ejercer una acción política clandestina activa, pero sobre todo no ocuparon ningún tipo de responsabilidad política en las estructuras de sus respectivas organizaciones. El reducido número de ellas que prosiguió en contacto con su organización y actuó, lo hizo en tareas de mantenimiento logístico y sin capacidad de decisión política.

También todo ello significó un retroceso, esa tarea callada las llevó de nuevo a la insignificancia dentro de las propias organizaciones de izquierda y, por tanto, al hundimiento de una generación política femenina. (Vinyes, 2004).

Convendría reflexionar acerca de la paradoja que nos permite darnos cuenta de dos cuestiones centrales respecto a mujer y política. En primer lugar permite darnos cuenta que el movimiento de emancipación femenina ha aspirado y aspira a armonizar dos movimientos de la democracia moderna, pero que no siempre han ido equilibrados: la universalidad de los derechos humanos y la dualidad de los sexos, es decir, mientras buscamos conquistar lo universal en nombre de la primera diferencia humana, la diferencia de los sexos, la relación política de paridad pretende, de hecho, la unidad sin eliminar la dualidad de los sexos (Fraisse, 2016). Olvidar esta complejidad es lo que induce a pensar que el reconocimiento de la libertad fe-

menina es asimilable a la mera igualdad de derechos, como si todas las verdades importantes sobre lo que está bien y lo que está mal solo pudieran formarse en el lenguaje que tenemos. Este lenguaje sería el de unos derechos que pueden reconocerse a todo el mundo, a pesar de no haber sido otorgados a todos los seres humanos. Ello explicaría porque la diferencia femenina, al ser considerada, incluso por los compañeros de partido, como vacía de contenido, ha sido utilizada políticamente, y así se encontraron con la dificultad de dar una definición del sujeto de mujer.

Ya en aquel momento las mujeres dejaron de considerar necesario “dar alas al vuelo de la queja”. M.M. Marçal (1982). Y ahora practican formas de intervención política más allá de la política de la igualdad.

Por tanto, cuando hablamos de atentados contra la libertad femenina, no estamos hablando de discriminación, es decir, de desigualdad, sino de violencia, de auténticos intentos de mantener un control físico y social sobre el cuerpo de las mujeres y de sus movimientos.

Y esa violencia, y todo este maltrato, este “quedar fuera del campo de visión”, como hemos constatado, se transmite, porque en la primera generación hay algo que “no se puede decir”, en la segunda “no se puede nombrar”, mientras que en la tercera “no se puede pensar”.

¿Y qué ha podido hacerse?

Recordar y decir la verdad sobre situaciones traumáticas, estas son las tareas esenciales para recuperar la Salud Mental. Porque recuerdos tan traumáticos no se borran, aunque pasen los años y porque deben convertirse las experiencias traumáticas en conocimiento.

Pese a la duda de algunas teorías sobre la capacidad del lenguaje para trasladar el horror vivido, los testimonios hablan porque quieren dejar constancia de lo que pasó, no para mirar hacia atrás, sino, también, para que quede inscrito en la memoria y en la historia colectiva. Y porque como dice Freud (1919) “Cuando trabajamos a favor de la cultura, lo estamos haciendo contra la guerra”.

Así la narración testimonial es necesario que se convierta en una alternativa para romper la barrera del silencio, porque ayuda a la reintegración de las experiencias traumáticas y promueve el bienestar general.

Porque no solo hace función terapéutica, el testimoniar hace función pedagógica para el conjunto de la sociedad, porque la memoria es también una construcción mental que utilizamos los sujetos para dar sentido a la experiencia traumática, y porque el poder terapéutico de la palabra señala los estrechos vínculos existentes entre lenguaje y curación.

Es un instrumento efectivo que reduce los síntomas y, por lo tanto, produce mejoría. Convierte las sensaciones e imágenes en palabras, y las memorias traumáticas de los que sobrevivieron pierden su toxicidad. Y también, porque nos ayudan a comprender el comportamiento humano en situaciones extremas.

Podemos, pues, confirmar la hipótesis que “*los traumas vividos, sobre todo en situaciones de catástrofe social, no se agotan en la generación que sufrió directamente la experiencia, sino que se transmiten a sus descendientes y afectan a segundas, terceras y cuartas generaciones*” (Puget y Kaës, 2006).

Así el siglo XX será, paradójicamente, la era de las masas y la del sujeto, será la era del testimonio, como recuerda Annette Wieviorka (2002), pero, sobre todo, la era de la violencia, del maltrato y, por lo tanto, la era del trauma.

Tal como dice Enzo Traverso (2008) “*sería imposible ser ciudadano, en el sentido más noble de la palabra, sin ser portadores de la memoria del siglo XX y sin ser conscientes de la parte de responsabilidad histórica que nos concierne como europeos que vivimos en un continente con un pasado de extrema violencia*”.

Notas

Nota 1: Se utiliza en este texto el vocablo genocidio aplicado al exterminio planificado, que se prolonga mucho más allá de la guerra, por parte del régimen fascista instaurado en 1936, contra no solo sus adversarios políticos sino también

contra toda la población que no mostrase fidelidad incondicional al régimen.

Con el uso de ese vocablo seguimos la línea de investigación de los prestigiosos hispanistas Paul Preston (2011) e Ian Gibson (2015), y de anteriores trabajos nuestros (Miñarro et al., 2012).

Nota 2: Traducción de la cita por parte de la autora de este trabajo.

Nota 3: No se ha podido verificar la exactitud de la cita. El texto es atribuido a la Instrucción re-

servada número 1 de 25 de mayo de 1936 que no se ha publicado ni es de acceso al público, por lo que el texto citado se extrae por referencia de otras fuentes distintas a la original. Otras fuentes niegan que en la citada Instrucción aparezcan estas palabras exactas, aunque mencionan otras similares.

Nota 4: Estas palabras evocan un poema de Pere Quart (1949).

Nota 5: Frase extraída de Cita-logía (Palomo, 2013).

Contacto

Anna Miñarro ✉ annaminy@copc.cat

Bibliografía

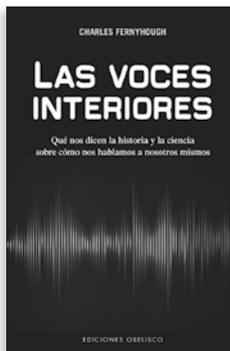
- Arendt, H. (1958). *Rahel Varnhagen. Lebensgeschichte einer deutschen Jüdin aus der Romantik*. München: Leo Baeck Institut.
- Associació Catalana de Juristes Demòcrates. (2009). *Conclusions Jornades “Les Dones a la Guerra Civil i a la Dictadura”*. Recuperado el 14/04/2020 de <http://donesjuristes.cat/web/documents/dones%20republica.pdf>.
- Associació Les Dones del 36. (2006). *Les Dones del 36. Un silenci convertit en paraula*. Barcelona: Generalitat Catalunya.
- Bartra, A. (1974). *Crist de 200.000 braços*. Barcelona: Edicions Proa.
- Benedetti, M. (2015). *Primavera con una esquina rota*. Barcelona: Debolsillo.
- Brodskij, I. (2013). *Poemes escollits*. (J. Díaz, Trad.). Barcelona: Edicions 1984.
- Cummings, E.E. (1955). A Poet's Advice to Students. En G. Firmage (ed.). Recuperado el 14/04/2020 de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/002216787201200207>
- Faulkner, W. (2004). *Las Palmeras Salvajes*. Barcelona: Edhasa.
- Finley, M. (2011). *Vieja y nueva Democracia*. Barcelona: Ariel.
- Fraisse, G. (2016). *Los excesos del género. Concepto, imagen, desnudez*. Madrid: Cátedra.
- Freud, S. (1915). *Duelo y melancolía*. Obras Completas (OC). Vol. II, pp. 2091-2100 (4ª ed., 1981). Madrid: Biblioteca Nueva.
- — (1919). *Introducción al simposio sobre las neurosis de guerra*. OC. Vol. III, pp. 2542-2544 (4ª ed., 1981). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gibson, I. (2015, septiembre). Entrevista en *Diario Público* 24/09/2015. Recuperado el 14/04/2020 de <https://www.publico.es/culturas/ian-gibson-lorca-ayudo-derribar.html>
- González Duro, E. (2012). *Las rapadas. El franquismo contra la mujer*. Madrid: Siglo XXI.
- Marçal, M.M. (1977). *Cau de Llunes*. Barcelona: Edicions Proa.
- — (1982). *Sal Oberta*. Barcelona: Llibres del Mall.

- Miñarro, A. y Morandi, T. (Comps.). (2012). *Trauma psíquic i Transmissió intergeneracional*. Barcelona: Fundació Congrés Català de Salut Mental.
- Miñarro, A. (2014, octubre). *Homenatge a Josepina Piquet*. Intervenció en l'acte "El viatge de l'oreneta. El compromís amb la memòria i els valors democràtics", Barcelona.
- Mola, E. (1936). *Instrucción reservada número 1 de 25 de mayo 1936*. Madrid:3
- Naciones Unidas (2000). *Resolución 1325 de 31 de octubre de 2000 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas*. Recuperado el 1/04/2020 de [https://www.un.org/womenwatch/ods/SRES-1325\(2000\)-S.pdf](https://www.un.org/womenwatch/ods/SRES-1325(2000)-S.pdf)
- Palomo, E. (2013). *Lucha. Cita-logía*, p.188. Sevilla: Punto Rojo Libros. Pere Quart. (1949). *Corrandes. Poesia de Pere Quart*. Barcelona: Aymà.
- Preston, P. (2011). *El Holocausto Español. Odio y Exterminio en la Guerra Civil y Después*. Madrid: Debate.
- Puget, J. y Kaës, R. (Comps.). (2006). *Violencia de Estado y psicoanálisis*. Barcelona: Lumen.
- Queipo de Llano, G. (1936). Charla en Unión Radio Sevilla, 23 de julio 1936. Consultado en I. Gibson. *Queipo de Llano, Sevilla verano 1936*. (1986). Barcelona: Grijalbo.
- Recalcati, M. (2014). *El complejo de Telémaco*. Barcelona: Anagrama.
- Todorov, T. (2009). *Sobre la tortura*. Barcelona: Centre de Cultura Contemporània de Barcelona.
- Traverso, E. (2008). *De la memòria i el seu ús crític / De la mémoire et de son usage critique / De la memoria y su uso crítico*. (G. Muñoz, Trad.). Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Vallejo Nájera, A. y Martínez, E. (1939). Investigaciones psicológicas en marxistas femeninas delincuentes. *Semana médica española: revista técnica y profesional de ciencias médicas*, 25, 194-200.
- Videla, J. (1979, diciembre). Conferencia de prensa. *Crónica en Diario Clarín*, 15/12/1979, Buenos Aires. Recuperado el 14/04/2020 de https://www.youtube.com/watch?v=wB3elGsef_w
- Vinyes, R. (2004). Sobre la destrucción y memoria de las presas en las afueras de la prisión. *Historia del presente*, 4, 13-30.
- Wiewiorka, A. (2002). *L'Ère du témoin*. Paris: Hachette Pluriel.

- Recibido: 22/11/2020.
- Aceptado: 21/12/2020.



ACTUALIZACIONES



Las voces interiores. Qué nos dicen la historia y la ciencia sobre cómo nos hablamos a nosotros mismos.

Autor: Charles Fernyhough

Edita: Ediciones Obelisco • Barcelona, 2018

ISBN: 978-84-9111-310-2 (Edición impresa) • 849111310X (ebook)

Charles Fernyhough es uno de los investigadores más relevantes dentro del campo de los procesos de pensamiento, a los que ha dedicado más de veinte años de estudio e indagación. Previamente publicó «Private Speech. Executive Functioning, and the Development of Verbal Self-Regulation» (2009) sobre la cuestión aquí tratada y también otro libro en torno a la memoria, editado en español, «Destellos de luz: La nueva ciencia de la memoria» (Ariel, 2013). Desde su posición en la Universidad de Durham dirige un proyecto interdisciplinario denominado «Hearing the voice», que se centra en lo que se suele denominar, desde un modelo de enfermedad, «alucinaciones auditivas», que involucra también a usuarios de servicios de salud mental. Sobre la escucha de voces mantiene una larga colaboración con Simon McCarthy-Jones, otro científico prominente en el campo, autor de «Hearing Voices: The Histories, Causes and Meanings of Auditory Verbal Hallucinations», un libro fundamental, que ya presentó su trabajo y su perspectiva en Madrid, en el contexto del Curso Anual de Esquizofrenia de 2013, mediante dos interesantes conferencias.

La obra que nos ocupa se centra en el habla interna, un tipo de actividad mental no exenta de dificultades conceptuales. El objeto de estudio se acota mediante ciertas características de esta actividad cognitiva: es consciente en el sentido que la persona sabe lo que piensa, está ligado al lenguaje de diversos modos, es privado en el sentido que los otros no acceden a él, es coherente en el sentido que encaja en un flujo de ideas, y es activo, en el sentido de que es algo

que se hace, y uno la reconoce como propia. La obra resume el campo del conocimiento sobre el pensamiento, entendido como habla interna. Seguramente nadie más apropiado que este autor para hacerlo.

El libro se estructura mediante un desarrollo lineal y gradual, mostrando una narrativa del campo coherente, que engarza cada capítulo sobre los anteriores que lo sustentan. En el transcurso de la obra se hace patente una gran diversidad metodológica al abordar las distintas temáticas, que transmite una visión poliédrica de las áreas de saber, las preguntas, y los métodos de investigación pertinentes.

Las preguntas abordadas son del tipo: ¿es normal hablarnos?, ¿cómo es el habla privada?, ¿el habla privada es igual entre las personas y entre distintos momentos?, ¿qué funciones cumple?, ¿el habla privada es una voz?, ¿hay pensamiento sin lenguaje?, ¿cómo se relaciona el habla interior con las emociones?, ¿qué clase de fenómeno es oír voces, cuál es su origen, y cómo se explica?, etc.

Todo ello se acomete desde una perspectiva de estudio científica, razonando las preguntas, e intentado comprobar las hipótesis mediante los ensayos pertinentes, y se trazan diáfaramente las respuestas y las incógnitas. Esto significa establecer estrategias y métodos para evaluar las actividades cognitivas, algo que se puede hacer de formas más diversas que lo que suele ser habitual en las ciencias neurocognitivas habituales.



Claro que medir el habla interna no parece sencillo, pero se recoge y se desarrolla un método peculiar, y el libro arranca con su exposición y sus resultados. Las personas saben que tienen la cabeza llena de pensamientos pero no suelen pararse a ver cómo piensan y a comunicarlo, incluso muchas veces ni siquiera saben cómo ha llegado un pensamiento a la cabeza, ni lo que había antes de él. Se trata entonces de recoger lo que una persona está pensando en un momento dado y reportar su contenido y sus formas. Para ello se realiza una monitorización curiosa, que consiste, tras un ligero entrenamiento, en reportar inmediatamente lo que hay en la cabeza mediante anotaciones, cada vez que surja una señal en un mensáfono, que lleva el sujeto de estudio, en su vida diaria. El método se denomina Muestreo Descriptivo de Experiencias, desarrollado por Russ Hurbult, siendo una alternativa que parece superar los cuestionarios de habla interna o los métodos de enumeración de pensamientos previos, ya catalogados como no acertados. Se deduce que los pensamientos, en contenido y en forma, son muy distintos entre las personas, algunos son breves y sintéticos, en otros casos se parecen a autoinstrucciones, a orientaciones, etc.

Se defiende la tesis de que el habla interna es un proceso constante, aunque flexible y variante, que tiene funciones vitales para todas las personas. Las palabras que resuenan dentro parecen tener un papel fundamental en la vida de las personas, ya que ayudan a regular la conducta, a dirigirse hacia la acción, a evaluar la actividad, y a ser conscientes de uno mismo. Se aprecia también que los correlatos neuronales del habla interior son los mismos que los sistemas de la comunicación con otros.

Así, el habla interior parece una forma de comunicación con uno consigo mismo. La idea de que el pensamiento interior es un diálogo se ve reforzado por numerosos otros detalles, y lleva al autor a defender un modelo sobre el habla interior que denomina Pensamiento Dialógico, una perspectiva que también se extiende al fenómeno de las «alucinaciones auditivas», en muchos otros autores.

Al transcurrir el texto se aprecia la proximidad y el influjo de Lev Vigotsky (1896-1934). Este autor teorizó sobre el habla interna y su función en el

desarrollo en el niño, mostró que el habla interna era una incorporación a la vez que un reflejo del habla externa, y que su función se tenía que ver con el manejo del mundo exterior y de la conducta propia y el autocontrol. Vigotski inspira y orienta las preguntas a responder en todo el libro, y también en lo que hace referencia a la escucha de voces, y en realidad se puede decir que sustenta buena parte de la perspectiva de Fernyhough. Es curioso comprobar la vigencia del autor ruso. En el campo educativo, con el aliento de otro autor fundamental J. Bruner, su trabajo y su influencia sigue estando de actualidad. Y desde hace un tiempo también en la clínica, por ejemplo en los fundamentos de los modelos dialógicos de la práctica psicossocial, como el Dialogo Abierto, pero también en las terapias cognitivas conductuales de tercera generación, como es el caso de la Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora, de Chadwick.

Se resalta la idea de que las conversaciones interiores tienen un propósito autorregulador esencial. Se muestra una gran cantidad de información y datos al respecto. Entre los datos se recogen también los proporcionados por las neurociencias y las imágenes cerebrales. De hecho se nos dice que la mayor parte de los estudios con neuroimagen se centran en realidad en el habla interna. También dedica algunos apartados para referirse a la circuitería neural asociada a la comunicación y al habla interna.

A menudo, aunque no siempre, el habla interior adopta una estructura de preguntas y respuestas, en la que se manifiesta de forma más patente su cualidad dialógica. Se puede considerar que el habla interna concurre con una voz, mejor dicho diversas voces en distintos momentos participan en el flujo interno de pensamientos. Lo que resulta consonante con la noción del self polifónico, defendida entre otros por Seikkula, que refleja los distintos papeles sociales de la persona, y las diferentes voces que concurren en su biografía.

A pesar de que los temas podrían parecer abruptos, el libro tiene un desarrollo comprensible. El lector es dirigido de forma amable y atractiva por el intrincado mundo de las cogniciones relacionadas con el habla interna. Un libro fácil de leer y con mucho contenido para aprender. También

puede interesar de forma especial en el campo de la salud mental, ya que son escasas las obras que recogen el conocimiento de las «alucinaciones auditivas», más allá de la patología. El interesante libro del australiano John Watkins, «Oír voces. Una experiencia habitual. Voces interiores, compañeros invisibles, la voz de la conciencia» (2002), es quizás la excepción, aunque carece de la dimensión investigativa de este que

referimos. Podría también ser útil a las personas interesadas en el campo de la psicopatología que deseen conocer los procesos mentales y conductuales de los «síntomas», e ir más allá de la perspectiva fenomenológica que impregna y constriñe el campo.

Mikel Valverde



Duelo, autolesión y conducta suicida. Desafíos en la era digital.

Autor: Luis Fernando López Martínez

Edita: Letra Minúscula • 194 páginas

ISBN-10: 8418447230 • ISBN-13: 978-84-1844-723-5

«El suicida no desea morir, lo que anhela en lo más profundo de su ser es vivir». Esta y otras verdades atraviesan el texto de *Duelo, autolesión y conducta suicida: desafíos en la era digital*, que busca, desde un lugar de comprensión, de verdad, de investigación, llevar luz a la problemática tan compleja que describe en sus páginas.

Como señalan en el prólogo, es un libro intenso que trata sobre la vida, el ser humano, la mente de las personas o sus miedos y desesperanzas. Está escrito con mucha calidez, mirando hacia el dolor, teniendo muy presentes las TICs, esas tecnologías de la información y comunicación, con sus dispositivos, pantallas y aplicaciones que tanto influyen en nuestros comportamientos, favoreciendo muchos aspectos de la vida cotidiana y, también, situando a muchas gentes en precipicios y prototipos enfermizos. Tenemos por conocer cuál es el mejor uso no invasivo de las tecnologías, aunque sepamos que pueden

ser un factor de riesgo, pero también factor protector o preventivo.

Las redes sociales se han convertido en alternativa a muchas cuestiones, también, en ocasiones, al afrontamiento del dolor por la autolesión, el suicidio o el duelo. Los vacíos, ausencias y pérdidas son acercadas al quien lee este libro que habla de la enfermedad y la muerte de muchas gentes queridas, porque se trata de hablar de la vida digna. En el texto encontramos alusiones a la labor de los medios de comunicación que dedican escasa atención al papel formativo, educativo y de transmisión de información, cumpliendo con su rol de generadores de opinión en base a noticias, no siempre veraces, y de entretenimiento.

Los entornos digitales son parte insustituible de nuestra vida cotidiana, y así como traen, entre otros beneficios, información, conexión o entretenimiento, pueden ser un campo fértil para abrumar a personas que no encuentran



una salida, que están inmersas en dolores y dificultades que no saben cómo manejar.

Se adentra en la importancia de la prevención digital y sabe perseguir los elementos relacionados con el suicidio on line camuflado en las redes. Se cuestiona el autor si las redes sociales son amigas o enemigas para, a continuación, ofrecer vías para un uso más adecuado, incluso su uso terapéutico y favoreciendo otras miradas. Este libro, a través de reflexiones, ejemplos y herramientas de prevención, nos habla del significado y sentido del duelo, de la necesidad de aprender de la pérdida, de curar el amor sin olvidar. Y en ese camino de aprendizaje, nos habla, en definitiva, de la esperanza.

Luis Fernando López Martínez, es Psicólogo, Psicoterapeuta de personas adultas y adolescentes. Co-Director y creador de Proyecto ISNISS del Programa de Doctorado en Psicología de la Salud de la UNED. Investigador de conductas autolesivas y suicidas en entornos digitales, redes sociales e Internet. Técnico Experto en Violencia de Género y PRL. Autor del libro *Peajes Emocionales: un viaje de tu interior* (2019).

Gente mediocre que cree que nunca se equivoca.

Middling people who are never wrong.

Joan Carles March Cerdà.

Granada.

Vivimos en tiempos de pandemia con un grado alto de toxicidad. La toxicidad puede hacer perder de vista la percepción que uno tiene de la realidad y de sí mismo. Estas personas tóxicas son las que se comportan como narcisistas conversacionales, personas que hablan mucho y constantemente de sí mismas, pero que no muestran ningún interés en escuchar y aprender de los demás.

La realidad es que creo y pienso que es buena y necesaria la discrepancia y el confrontar ideas siempre desde el respeto. El problema es que a veces la falta de humildad de algunos, junto a cierto ego les hace encumbrarse en una posición de prepotencia. Y claro el ego de algunos y la falta de respeto no les permite pensar que quien está delante a veces no concuerda con sus ideas. Son esos que consideramos responsables tóxicos.

Hablar de humildad y de ego y unirlos nos permite trabajar desde la humildad para combatir el ego. Y es que la humildad es una forma de sabiduría. La humildad es un modo de estar y de relacionarse que tiende a dejar espacio a los demás. La humildad es la que nos permite valorar los éxitos de los demás y los propios con un rasero similar. ¡Cuánta humildad falta en algunos de estos, que creen que nunca se equivocan, además de ser altivos, bastante mediocres, muy ostento-

sos y claramente intolerantes que gestionan la pandemia!

Es típico de estas personas, el no escuchar a los demás y, además, colgarse medallas que no son suyas, incumplir lo prometido o no reconocer un buen trabajo. No hay nada más decepcionante que un jefe o un responsable en este caso, que no sabe estar a la altura de las circunstancias en un momento delicado como el que estamos viviendo.

Por ello, el nivel de integridad es básico para la mejora y el cambio. Y la realidad nos dice que empezamos a no sentir las cosas con la intensidad necesaria cuando vivimos de como mediocres leales y no como brillantes críticos. ¡Cuántos de nosotros nos basamos en la mediocridad y la chapuza! Y en ese entorno, la ética, el compromiso o la confianza son valores fundamentales que se generan en el día a día, en el quehacer en los proyectos, en la vida. Y por tanto la bondad discreta y cotidiana lucha contra la chapuza y la mediocridad, tan presente en nuestros días.

El término mediocridad designa lo que está en la media, igual que superioridad e inferioridad designan lo que está por encima y por debajo. Personalmente prefiero esas personas que mantienen la empatía (cuanta falta hace en esta covid-19), esas que no se olvidan de cuando em-



pezaron y se acuerdan de lo que entonces ellos pensaban de los de arriba. Me gustan esas personas que saben el esfuerzo que exigen porque antes lo han experimentado desde abajo. También me gustan esos responsables que contienen sus egos y ceden el paso. Los que respetan sin escalafón. Los que lo piden todo por favor y dan las gracias.

Las instituciones, y más hoy en día, necesitan responsables que las protejan de la autocomplacencia y la arrogancia, que sean un ejemplo de cercanía, que escuchen, hagan preguntas y vuelvan a escuchar. No hay humildad que no escuche.

Los responsables humildes saben que lo importante es que la gente pueda crecer. Y la gente se siente crecer cuando aprende y cuando asume más responsabilidad. Aprender y respetarse son lo mejor que hay. Y desde una humildad militante que falta nos hace, puedan gestionar proporcionalmente el no-talento y contundentemente a los que se creen más que los demás y faltan al respeto. Sin respeto no hay comunidad. Drucker decía que es necesario ser intolerante contra la intolerancia. Necesitamos responsables humildes que también sean intolerantes contra la altivez que ofende, como la del responsable que hemos apuntado.

Y es que se pierde el respeto a esta gente altiva e intolerante porque se deja de confiar en su capacidad o en su manera de ser. Y es que el 49% de la ciudadanía denuncia las “faltas de respeto” como la principal lacra procedente de los mandos altivos y mediocres, junto a “prepotencia”, escogida por un 37%, “incompetencia” (por un 29%), “falta de apoyo” (por un 28%) o “ausencia de trato humano” (por un 25%) completan este cuadro presente en muchos de los jefes que tenemos.

Junto a ello, es importante decir que la humildad no es compatible con la ostentación. No hay nada más mediocre que un responsable ostentoso. Y es que la desmedida ambición de algunos es un problema. Pero, junto a la honestidad y la humildad, entre otras, es básico poner el heroísmo en la frente. La clave de heroísmo es tener claro que el cambio empieza por uno mismo, que es necesario planearse una posibilidad de trans-

formar lo que hay, trabajándose el yo conmigo para poder tener un buen yo contigo y junto a ello, un nosotros. Se necesitan héroes y heroínas cotidianas que luchen contra la mediocridad y la chapuza. Para ello, es importante practicar un heroísmo discreto y cotidiano. Este es el tipo de heroísmo que necesitamos: que contagie valor, dignidad, calidad y compromiso. Para ello, es básico: coraje y talento.

Los que triunfan saben que fuera de su organización hay talento y se empeñan en crear instituciones abiertas. Creen que fuera hay quién puede innovar. Por qué se afanan por entender cómo cambia el mundo y cuáles son las tecnologías que les pueden cambiar la partitura a sus productos o servicios. Los humildes aprenden y desaprenden.

Mientras, en otros entornos, hay quien se pregunta: ¿Qué es lo que mejor se le da a una persona mediocre? Y la respuesta es sencilla: Reconocer a otra persona mediocre. Juntas se organizarán para rascarse la espalda, se asegurarán de devolverse los favores e irán cimentando el poder de un clan que seguirá creciendo, ya que enseguida darán con la manera de atraer a sus semejantes. Lo que de verdad importa no es evitar la estupidez, sino adornarla con la apariencia del poder.

En un mundo como el actual que la pandemia ha girado del revés, se requieren responsables que con humildad sepan modificar el rumbo, que no se aferren a sus pronósticos y que sepan leer antes que otros los cambios necesarios. La flexibilidad requiere humildad, saber regresar sobre las propias decisiones y los propios sermones. Solamente dudan los humildes, por eso son confiables. Los grandes desafíos requieren grandes compromisos y la altivez nunca fue la madre de compromisos consistentes.

Un consejo añadido en tiempos de pandemia:

El perdón libera muchas energías positivas y es conveniente practicarlo. Pedir perdón es un paso imprescindible para restablecer la relación de un responsable con la sociedad. Es un gesto de humildad que nos hace ganar. Todos cometemos errores y nos equivocamos. A veces cuando esto sucede nos damos cuenta rápidamente: alguna

gente cuenta con un mecanismo de evaluación que pone en marcha casi de manera automática y que nos insta a pedir perdón. A veces, nuestros fallos perjudican a las personas que queremos, por contradictorio que pueda parecer. Pedir perdón tiene mucho valor y es un paso necesario para reconstruir la confianza perdida. Aunque pedir perdón, sin más, no vale mucho. Es un alivio para la persona que lo expresa e incluso puede tener un efecto paliativo para quien lo recibe, pero no repara el daño; lo importante es corregir y revertir el error, y si se ha perjudicado a personas, compensarlas.

Y junto a ello, un nuevo consejo: El poder curativo del apoyo emocional que reduce miedos y ansiedades, fomenta la expresión emocional y ayuda en la adaptación al problema creado. Mucho apoyo emocional necesitamos en estos tiempos donde la salud mental de mucha gente está afectada.

Apoyemos emocionalmente. Pidamos perdón cuando nos equivoquemos. Reparemos el daño hecho. Compensemos los perjuicios generados. Todo ello imprescindible en esta pandemia. Todo sin mediocridad.

Normas de publicación

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

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

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores, previa a su publicación.

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

Requisitos de los trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de *NORTE de salud mental*: revistanorte@ome-aen.org

Primera página. Incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página. Figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo y palabras clave, en castellano e inglés. Habrá de 3 a 8 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

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

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

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

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

Artículos de revistas

• Artículo normal

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

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

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

- Autor institucional

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

- Sin nombre del Autor

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

Libros y otras monografías

- Indicación de autores personales

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

- Indicadores de directores de edición o compiladores como autores

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

- Indicación de una organización como autor editor

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

- Capítulo de un libro

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

- Actas de congresos

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

- Original presentado en un congreso

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

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

- Tesis doctoral

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

Otros trabajos publicados

- Artículo de periódico

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

- Material audiovisual

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

- Diccionario y obra de consulta semejantes:

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Trabajos inéditos

- En prensa

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

Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico:

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

URL: www.cdc.govncicd/EID/eid.html

Solicitud de Ingreso

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

La cuota anual será de 100 euros. Profesionales en formación y no-facultativos (enfermería, trabaj. sociales, terapeutas, educadores sociales,...) será del 50%. Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la revista *NORTE de salud mental*, libros, Cuadernos Técnicos y otras publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios y socias de las Asociaciones en sus respectivas Autonomías.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Magallanes, 1 sótano 2. 28015 Madrid.

Tel.: 636 725 599 / Fax: 91 847 31 82 • Correo-e: aen@aen.es

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA/PROFESIONALES DE SALUD MENTAL (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D./Dña profesional de la Salud Mental,

con título de

Centro de trabajo

y domicilio en Población

C.P. Provincia Teléfono Correo electrónico

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Autonómica para lo cual es propuesto por los miembros:

D./Dña.

D./Dña.

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado o asociada.

Nombre Dirección

Banco/Caja de ahorros Sucursal

IBAN/Cuenta nº Población

Ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría/Profesionales de Salud Mental.

En el de 20 Firma:

Revista de:



Asociación Castellano Manchega
de Neuropsiquiatría
y Salud Mental

Asociación Extremeña
de Neuropsiquiatría
(AExN)

