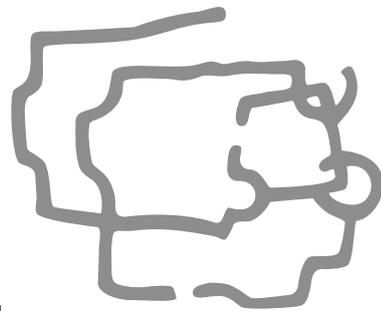


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XIX nº 70 Enero 2024



Autor portada: Jorge Barrón. Acrílico. "Manos no tan blancas".

Volumen XIX



Nº 69



Nº 70

Volumen XVII



Nº 63



Nº 64



Nº 65

Volumen XVIII



Nº 66



Nº 67



Nº 68

Volumen XV



Nº 57



Nº 58



Nº 59

Volumen XVI



Nº 60



Nº 61



Nº 62

Volumen XIII



Nº 51



Nº 52



Nº 53

Volumen XIV



Nº 54



Nº 55



Nº 56

Volumen XI



Nº 45



Nº 46



Nº 47

Volumen XII



Nº 48



Nº 49



Nº 50

Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42



Nº 43

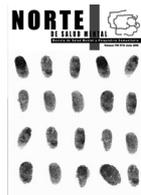


Nº 44

Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



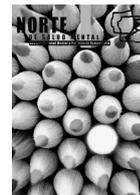
Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Aparicio, Helena
Artigue, Jordi
Domínguez, Iria
Fuster, María
Grande, Élica
Jiménez, Ana María
Kuhalainen, Javier
Lalana, José Manuel
Vera Barrios, Eduardo
Villasante, Olga

Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	Esteban, M. Luz	Lasa, Alberto	Redero, José María
Álamo, Cecilio	Esteban, Ramón	Levav, Isaac	Rendueles, Guillermo
Albi, Inmaculada	Estévez, Juan Antonio	Marín, Mónica	Retolaza, Ander
Álvarez, José M ^a	Fernández Liria, Alberto	Marqués, M. José	Rodríguez, Beatriz
Aparicio, Víctor	Ferrera, Beatriz	Marquínez, Fernando	Rodríguez Pulido, Francisco
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	Olabarria, Begoña	Thornicroft, Graham
Cifre, Antonia	Hernández, Mariano	Pacheco, Luis	Tizón, Jorge Luis
Colina, Fernando	Hernández Padilla, María	Pérez, Alicia	Valverde, Mikel
Comelles, Josep M ^a	Huertas, Rafael	Pérez-S, Pau	Vecino, Antonio
Del Rio, Francisco	Inchauspe, Jose Antonio	Polo, Cándido	Villarreal, Berna
De la Rica, José Antonio	Insua, Patricia	Prego, Roque	
Desviat, Manuel	Lamas, Santiago	Pradana, M ^a Luz	

✓ 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 Acces Journals (DOAJ)
- e-revist@s
- IME (Indice Médico Español)
- MEDicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatria.com
- Psiquiatría Sur
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental
Vol XIX n.º 70, enero 2024 <https://ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/>

Realización y Administración:

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

revistanorte@ome-aen.org

Autor portada: Jorge Barrón.

Acrílico. "Manos no tan blancas".

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida.

Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN.

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 70. Enero 2024.

Editorial	5
• De crisis, oportunidades y salud mental: un camino empedrado de buenas intenciones. <i>Jose G.-Valdecasas, Amaia Vispe.</i>	7
Originales y revisiones	13
• Psicoterapia grupal operativa con jóvenes: características y factores terapéuticos grupales. <i>Victoria de Felipe García-Bardón, Elena Vázquez Ramo.</i>	15
• Familias que enferman, familias que se sanan: experiencia de establecimiento de un grupo de familiares en comunidad terapéutica de salud mental. <i>Laura Rivera Megías, Isabel María Morillas García, María Villasante Holgado, David Briones Marquina.</i>	30
• El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) desde la perspectiva jurídica. <i>Luis Fernando Barrios Flores.</i>	39
• Grupo para pacientes candidatos a cirugía bariátrica. <i>Juan Antonio Membrive, Nuria Expósito Cuenca, Candela Navarro Hernández, Jorge Alcazar Beltrán, Leyre Hidalgo López.</i>	56
Pre-ocupaciones	67
• La polifonía de la pandemia COVID-19 y trauma colectivo. Efectos de sus impactos. Segunda parte. <i>Begoña Olabarría González.</i>	69
• Introducción a las primeras conferencias sobre la psicoterapia y cultura. "El cuerpo". <i>Javier Alejandro Kuhalainen Munar.</i>	86
• Intervención en Crisis en Hospital de día: Del Individuo al Grupo. <i>Pablo Feito Fernández, Giovanni Oriolo, Josep Marcet Bartra, Natalia Navea Rosa.</i>	89
Historia	99
• Hace ya algún tiempo: Alois Alzheimer (1864-1915) y la enfermedad que lleva su nombre. <i>Sonsoles Pacheco Larrucea, Reda Rahmani El Ouachekradi, Juan Medrano Albéniz, Oscar Martínez Azumedi, Iñaki Markez Alonso, Luis Pacheco Yáñez.</i>	101
• De la microfobia a la micofilia: Apuntes para una historia de los hongos psicoactivos en España. <i>Juan Carlos Usó Arnal.</i>	111
Actualizaciones	121
• Vocabulario de psicopatología. <i>José María Álvarez (Dtor.) y VV.AA.</i>	123
• ¿El robo de niños en democracia? Ensayo sobre la indefensión de las familias ante las declaraciones de desamparo. <i>Fernando Pérez del Río.</i>	126
• La reforma psiquiátrica. El porvenir de una ilusión. <i>Jorge L. Tizón.</i>	127
• Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Sumario).	128

Summary

NORTE de salud mental 70. January 2024.

Editorial	5
• Of crisis, opportunity and mental health: A cobbled path of good intentions. <i>Jose G.-Valdecasas, Amaia Vispe.</i>	7
Original and reviews articles	13
• Operative group psychotherapy with young people: characteristics and group therapeutic factors. <i>Victoria de Felipe García-Bardón, Elena Vázquez Ramo.</i>	15
• Families that fall ill, families that heal: experience of establishing a group of relatives in a mental health therapeutic community. <i>Laura Rivera Megías, Isabel María Morillas García, María Villasante Holgado, David Briones Marquina.</i>	30
• The Assertive Community Treatment (ACT) from a legal perspective. <i>Luis Fernando Barrios Flores.</i>	39
• Group for patients candidates for bariatric surgery. <i>Juan Antonio Membrive, Nuria Expósito Cuenca, Candela Navarro Hernández, Jorge Alcazar Beltrán, Leyre Hidalgo López.</i>	56
Concerns Challenges	67
• The polycrisis of the covid 19 pandemic and collective trauma. Effects of its impacts (part 2). <i>Begoña Olabarría González.</i>	69
• Introduction to de first conferences about psychotherapy and culture. "The body". <i>Javier Alejandro Kuhalainen Munar.</i>	86
• Crisis Intervention in Day Hospital: From the Individual to the Group. <i>Pablo Feito Fernández, Giovanni Oriolo, Josep Marcet Bartra, Natalia Navea Rosa.</i>	89
History	99
• Some time ago: Alois Alzheimer (1864-1915) and the disease that bears his name. <i>Sonsoles Pacheco Larrucea, Reda Rahmani El Ouachekradi, Juan Medrano Albéniz, Oscar Martínez Azumedi, Iñaki Markez Alonso, Luis Pacheco Yáñez.</i>	101
• From mycophobia to mycophilia: Notes for a history of psychoactive mushrooms in Spain. <i>Juan Carlos Usó Arnal.</i>	111
Book reviews	121
• Vocabulario de psicopatología. <i>José María Álvarez (Dtor.) y VV.AA.</i>	123
• ¿El robo de niños en democracia? Ensayo sobre la indefensión de las familias ante las declaraciones de desamparo. <i>Fernando Pérez del Río.</i>	126
• La reforma psiquiátrica. El porvenir de una ilusión. <i>Jorge L. Tizón.</i>	127
• Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Sumario).	128



EDITORIAL

De crisis, oportunidades y salud mental: un camino empedrado de buenas intenciones.

Of crisis, opportunity and mental health: A cobbled path of good intentions.

Jose G.-Valdecasas. Psiquiatra.

Amaia Vispe. Enfermera especialista en salud mental.

Comenzaremos reconociendo que escribir “crisis” y “oportunidad” en el título de este editorial nos obliga a una disculpa y a una aclaración previas.

La disculpa es por contribuir a fomentar el erróneo tópico de que el término “crisis” significa “oportunidad” en griego, como queriendo dar a entender que, de ella, acabará surgiendo un estado preferible al previo. Tal etimología es incorrecta: “crisis” significa más bien “decisión” o “juicio”, un análisis de algo roto, un sacar la mejor parte de algo, un punto de inflexión. De todo ello, podemos efectivamente salir más fortalecidos, o bien podemos acabar de la peor manera (es el término que se emplea también en medicina para designar el punto cumbre de una enfermedad, a partir del cual llega la muerte o la curación). Es decir, puede ser que una crisis sea una oportunidad, pero puede perfectamente ser la antesala del fin.

Por otra parte, la aclaración necesaria es que, por desgracia para todos, el término crisis es totalmente ambiguo y precisa una puntualización posterior acerca de a qué crisis nos referimos, de las muchas que hemos atravesado o que aún nos atraviesan. Por comentar solo las más evidentes, en los últimos quince años hemos sufrido la crisis económica que se inició en 2008 y de la que nunca llegamos a salir, con el estallido de la burbuja inmobiliaria, el rescate con dinero público (jamás devuelto en su mayor parte) de los grandes bancos que se habían lucrado al parecer sin riesgo alguno, y los recortes que sufrimos en nuestro nunca del todo desarrollado estado del bienestar, que está inmerso en una lenta agonía desde entonces. En 2020 llegó la pandemia mundial de COVID, con sus terribles consecuencias en términos de mortalidad, morbilidad y repercusiones sociales a múltiples niveles, que estábamos empezando a superar cuando la invasión rusa de Ucrania hizo aparecer una guerra en el horizonte europeo, con también múltiples derivadas en la esfera económica, por ejemplo, la gran inflación de precios y la repercusión en la disponibilidad de gas. Por no hablar de, en estos mismos momentos, las masacres diarias que está cometiendo el estado israelí contra la población civil concentrada en la franja de Gaza o, aunque lo mencionemos en último lugar, la más grave de todas las crisis pasadas o futuras, ya que nunca va a dejar de empeorar mientras nuestra sociedad siga funcionando como funciona: la crisis climática y ecológica que, tras décadas de ser anunciada, podemos decir sin duda alguna que está entre nosotros y cada vez nos va a hacer más daño.

En este panorama que hemos esbozado en las líneas previas, y no sin relación con el mismo, vivimos en los últimos años un extraordinario auge de la preocupación de la opinión pública y nuestros representantes políticos por el campo de la salud mental. Después de décadas de cierto ostracismo y aún con cierto estigma que cargaban muchas personas por ser usuarias de servicios de salud mental, esto sin duda supuso un cierto soplo de aire fresco. Este cambio parecía haber llegado, motivado también por el sufrimiento que supuso la pandemia mundial y el confinamiento que trajo aparejado, así como por las repercusiones psicosociales que ambos han ocasionado.

El caso es que cada vez vemos más presente, en los discursos de nuestros representantes políticos y en la opinión pública y publicada, la preocupación por la salud mental, sobre todo -nos parece- en lo referente a lo que podríamos denominar, no sin dejar de reconocer el gran sufrimiento que causan, *trastornos mentales menores*, es decir, aquellos catalogables en los amplios grupos de trastornos depresivos o de ansiedad. Cada vez más personas -con nutrida representación de personajes públicos de diferentes ámbitos- salen de este armario y reconocen la *depresión* o *ansiedad* que han sufrido o sufren.

Este reconocimiento, este hacer público, implica una desestigmatización de dichos padecimientos, lo que sin duda es positivo, pero también una declarada petición de ayuda al sistema público de salud. La asunción básica es definir estos malestares como trastornos mentales necesitados de atención sanitaria. Es cierto que, al menos en parte, se está también criticando la excesiva psiquiatrización (ya previamente existente) que llevaba a tratar todo este grupo de malestares con tratamientos psicofarmacológicos de eficacias dudosas y riesgos de efectos secundarios y dependencias bien presentes (1). Pero esta crítica al abuso de psicofármacos para condiciones en las que apenas van a suponer una ayuda parece implicar ahora la necesidad ineludible de una atención esta vez psicológica. Una llamada casi colectiva a solucionar nuestros malestares vitales, nuestros sufrimientos, con consultas psicológicas (o psicoterapéuticas en sentido amplio), que deberán ser accesibles para toda la población.

Esto se está viendo incluso en mayor medida en lo referente a la población infanto-juvenil. Como sabrán si se han dedicado al campo de la salud mental durante unos cuantos años (nosotros llevamos ya más de veinte y lo vemos con claridad), la disponibilidad de medios y profesionales para atender los padecimientos psicopatológicos de la población infantil y adolescente se ha incrementado de forma exponencial en los años previos y, al menos en algunas comunidades, de forma aún más importante tras la pandemia. Hemos visto surgir unidades de salud mental infanto-juveniles, hospitales de día, unidades de agudos, de hospitalización a domicilio, etc. Todo ello motivado, entre otros factores, por un claro aumento del malestar y las alteraciones de conducta, especialmente en forma de autoagresiones de diversos tipos, en esta población infanto-juvenil.

No entraremos a comentar la ley de cuidados inversos de Tudor (por la cual, el acceso a la atención sanitaria varía en relación inversa con las necesidades de una población) en lo referente a que son los pacientes con los llamados *trastornos mentales graves*, los psicóticos o *locos* de toda la vida, los que apenas han visto aumentar la disponibilidad de recursos sociosanitarios para su atención, a pesar del auge -también presupuestario- que está viviendo la salud mental en estos años. Cuando son las personas no solo afectadas de condiciones más graves e invalidantes, sino también las que posiblemente más se pueden beneficiar de una mejora en su atención.

Vivimos un tiempo en el que la demanda de atención psicológica a la población se ha convertido en un mantra obsesivo, con peticiones -sin duda bienintencionadas- de disponibilidad de atención psicológica en atención primaria para todos. Haremos un inciso para señalar que semejante demanda ha sido aprovechada por los servicios de salud de varias comunidades autónomas para la contratación de psicólogos sanitarios en lugar de psicólogos clínicos (que aprueban un examen de gran dificultad para luego formarse de forma supervisada durante cuatro años). Nos parece que las administraciones públicas deben asegurarse de contratar a personal con la mejor formación posible. De la misma manera que no aceptaríamos para la atención en salud mental a médicos generales en vez de psiquiatras, tampoco podemos aceptar psicólogos sanitarios en vez de clínicos. Ni tampoco deberíamos aceptar, como por desgracia sucede habitualmente en nuestro entorno, el no priorizar la contratación de enfermeras especialistas en salud mental frente a enfermeras generalistas.

No obstante, más allá del nivel formativo del personal sanitario que trabaja en salud mental, no nos parece que esta petición generalizada de psicólogos para todo y para todos deba ser considerada de sentido común sin alguna reflexión previa. Porque en este nuestro campo sanitario, a veces cuesta distinguir (por parte de la opinión pública pero también a distintos niveles profesionales) la diferencia entre no implementar una determinada medida por simple política de ahorro o no implementarla porque no sea adecuada desde un punto de vista de beneficios y riesgos o de coste-beneficio.

Nos tememos que el contar con atención psicológica generalizada no provocaría otra cosa que la lógica psicologización de cualquier tipo de malestar, aunque este fuera adaptativo (es decir, que la persona podría resolverlo por sí misma y con su red de apoyo de forma natural) o de índole social (ni todos los psicólogos del mundo serán capaces de remediar el malestar generado por la pobreza, la precariedad o la marginación, que requerirían medidas sociales y no sanitarias). Toda esta psicologización (y también la psiquiatrización generalizada que vivimos, con cifras escalofriantes y en aumento de prescripción de antidepresivos y ansiolíticos) ocasiona por un lado una clara iatrogenia, en forma de dependencia, no solo química, sino también interpersonal, infantilizando a la población, a quienes se les transmite el mensaje de que, ante cualquier crisis, es imprescindible el recibir una atención profesional en salud mental. Iatrogenia que para nada parece que vaya a ser compensada con una eficacia segura.

Se están haciendo públicos recientemente distintos estudios (2,3,4) que no encuentran beneficio en los grupos de personas que reciben psicoterapia, en estos contextos, frente a aquellas que no lo hacen. Se ha formulado la hipótesis de que se está provocando que las personas conceptualicen su sufrimiento, tenga este el origen que tenga, en términos de síntomas, es decir, en el lenguaje de la salud mental. Una conceptualización que termina por ser totalmente desresponsabilizadora, pero para nada útil, y que conlleva que se plantee como imprescindible el concurso de un experto para avanzar en su solución. La hipótesis conduciría a pensar que, en ausencia de dicha psicologización, muchas de estas personas podrían superar su malestar por sí mismas, junto a su red de apoyo social. Evidentemente, no negamos que existirá sin duda un grupo de pacientes que sí presenten psicopatología grave que requiera de un abordaje profesional, pero si estamos ocupados intentando atender a toda la población, difícilmente podremos dedicar nuestra atención a ese grupo más pequeño que no solo nos necesita más, sino para el que posiblemente podríamos resultar más útiles.

Además, esta petición de consultas generalizadas de psicología en atención primaria implica, como cualquier actividad sanitaria, un coste de oportunidad. Es decir, por cada psicólogo contratado en un centro de salud, se va a dejar de contratar un médico o dos enfermeras. En nuestra opinión, lo que falta y mucho en nuestros centros de salud son precisamente médicos y enfermeras, y sería la contratación de ese personal lo que realmente mejoraría la atención sanitaria a la población.

No es un tema sencillo ni es fácil posicionarse ante él. Creemos imprescindible una reflexión sosegada que tenga en cuenta los pros y contras de toda esta oleada de opinión positiva hacia la salud mental. Insistimos en que no dudamos del carácter bienintencionado de las peticiones de más atención psicológica y psiquiátrica hacia la población, pero como no hay que olvidar nunca, el camino hacia el infierno está empedrado de buenas intenciones. Es necesario pararse a pensar qué tipo de atención a la salud mental queremos y qué tipo de atención a la salud mental necesitamos. Y averiguar si ambas están cerca una de otra. Y luego, será necesario ponerse en marcha para implementarla, con desarrollos interesantes recientes que ya anticipan posibilidades futuras (5).

Hay que señalar también que toda esta demanda de atención en salud mental está claramente relacionada con las crisis que mencionamos al principio de este escrito. No estamos en una sociedad floreciente, con una mejora constante de la calidad de vida, con gentes que miran con optimismo al futuro y cuya preocupación por la salud mental sea cosa de moda pasajera. Para nada. Tenemos claro que la preocupación por la salud mental y la búsqueda de ayuda en ese campo obedece a que la sociedad en que vivimos ya acabando el primer cuarto del siglo XXI es oscura y asusta. La pobreza y la precariedad cada vez aumentan más, el precio de la vivienda la convierte en algo inasequible para amplias capas de la población, ya sea en venta o en alquiler, la atención sanitaria pública cada vez está más saturada, con listas de espera que no dejan de aumentar y todo ello en nuestro llamado primer mundo, porque si nos molestáramos en echar un vistazo más allá, veríamos situaciones mucho peores, imposibles de vivirse, y que explican con claridad por qué tantas gentes se lanzan a los mayores riesgos para intentar llegar a nuestras costas buscando desesperadamente aprovechar algo de las migajas que aquí no queremos.

Los y las adolescentes, cuya salud mental tanto nos preocupa, viven en este mundo en crisis y no han conocido otro. Un mundo en el que la mayoría da por hecho que va a vivir peor que sus padres, en el que sus posibilidades de independizarse, vivir dignamente de su trabajo y formar una familia, son cada

vez más complicadas. Un mundo atrapado en una crisis climática, energética y ecológica que -ellos lo saben mejor que nosotros- no va a dejar de empeorar y que va a hacer pequeñas a las crisis previas que nos han ocupado a los adultos en estos años, que quedarán como notas a pie de página ante el desastre a que estamos conduciendo al planeta y que cada vez se está haciendo más patente. Y todo ello sin que los adultos estemos haciendo nada para solucionarlo, permitiendo el mantenimiento de un sistema económico capitalista que solo busca el crecimiento infinito (algo imposible en un planeta finito, como sabría cualquier niño o niña de más de cinco años), aunque para ello deba consumir todos los recursos naturales que tenemos, ahogar al planeta en basuras y desechos y emitir a la atmósfera cantidades inmensas de gases de efecto invernadero que ninguna tecnología imaginaria será capaz de retirar.

En este contexto, ¿nuestra solución al malestar de nuestros adolescentes es llevarles al psicólogo para que les relaje y les enseñe a aceptar las cosas?, ¿lo es llevarles al psiquiatra a que les mande dos o tres psicofármacos?

Las personas que ahora contamos más de 40 años somos en líneas generales las que dominamos el mundo, los puestos de poder, las influencias. Somos además personas que aún tuvimos ocasión -no todos, sobre todo aquellos que veníamos de familias ya bien situadas, no se crean que existe algo parecido a la meritocracia- de encontrar trabajos estables con sueldos dignos. Nosotros, en nuestra propia adolescencia, crecimos en un mundo presa del miedo a la guerra nuclear que acabaría con todo. Y, si son más jóvenes no lo creerán, pero era un miedo muy real. Ahora bien, la bomba tenía una peculiaridad: podía caer o no caer. Si caía, era el fin de todo y además en un instante. Pero si no caía, el mundo seguiría existiendo y posiblemente mejorando. Y ese miedo pasó, acabó la guerra fría, nos sentimos a salvo (al menos nosotros, en nuestro precioso Occidente). La bomba seguía existiendo, pero ya no asustaba. Pues bien, la crisis climática y ecológica no funciona así, no se trata de que pueda ocurrir o no: va a ocurrir sin duda alguna y, de hecho, ya está ocurriendo. Todos lo sabemos y los adolescentes saben que eso es real y que lo van a tener presente, y a peor, toda su vida.

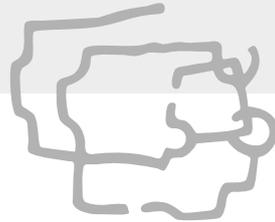
Lamentablemente, ese temor no se calma yendo al psicólogo, sino que precisa medidas políticas audaces pero inevitables, que ya se están teorizando (6): abandonar el sistema capitalista y su consumo desaforado de recursos, instaurar un sistema decrecentista, que asegure las mayores cotas de bienestar posibles dentro de un contexto de consumo local, sin obsolescencia, con bienes comunitarios, etc. Un mundo en algunos aspectos más duro, sin duda, pero que podría ser mejor en otros, si somos capaces de fortalecer lo común, la sanidad, la educación, el transporte, la energía, sabiendo compartir. Una sociedad comunitaria donde precisamente lo común sea lo que nos sostenga, lo que haga que nos sostengamos unos a otros. Una sociedad que podría incluso ser mejor que la actual, ser lo suficientemente buena para poder tener -así sí- una mejor salud mental.

Bibliografía

1. G.-Valdecasas, J. y Vispe, A. (2023). *Postpsiquiatría*. Editorial Herder. Barcelona.
2. Andrews, J.L., Birrell, L., Chapman, C. y otros. Evaluating the effectiveness of a universal eHealth school-based prevention programme for depression and anxiety, and the moderating role of friendship network characteristics. *Psychological Medicine*. 2023; 53(11): 5042-5051.
3. Dunning, D., Ahmed, S., Foulkes, L. y otros. The impact of mindfulness training in early adolescence on affective executive control, and on later mental health during the COVID-19 pandemic: a randomised controlled trial. *Evidence-Based Mental Health*. 2022; 1-7. 10.1136/ebmental-2022-300460.
4. Foulkes, L. y Andrews, J.L. Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? A call to test the prevalence inflation hypothesis. *New Ideas in Psychology*. 2023; Volume 69, 101010.
5. Tizón, J.L. (2023). *La reforma psiquiátrica*. Editorial Herder. Barcelona.
6. Saito, K. (2022). *El capital en la era del antropoceno*. Ediciones B. Barcelona.

Desde este ejemplar de **Norte de salud mental**, el nº 70, esta publicación de la AEN/Profesionales de Salud Mental, pasará a estar accesible exclusivamente en formato on line dejando la edición en papel. El cambio se verá acompañado de mejoras en su presentación, mayor comodidad en su manejo, desde el índice a cada artículo, con opción de color y en la mejora con los enlaces a los artículos y, en estos, con sus referencias bibliográficas. Esperamos favorezca su uso en la actualización, investigaciones o momentos de *ocio científico* en nuestro campo psi.

Nota de la Redacción.





ORIGINALES Y REVISIONES

Psicoterapia grupal operativa con jóvenes: características y factores terapéuticos grupales.

Operative group psychotherapy with young people: characteristics and group therapeutic factors.

Victoria de Felipe García-Bardón y Elena Vázquez Ramo.
Psicólogas clínicas, Hospital Universitario de Guadalajara.

Resumen: Los jóvenes son una población vulnerable, que no recibe asistencia mental hasta que manifiestan un peligro severo. La mayoría de la psicopatología del adulto se inicia en la infancia, la adolescencia y la juventud. Por consiguiente, se recomienda focalizar la atención en estos años y promover una mejor transición a los equipos de salud mental de adultos. La juventud es también un periodo crítico, una fisura, una grieta óptima para la psicoterapia. Este trabajo reflexiona sobre la psicoterapia de grupo operativa para jóvenes y además evalúa los factores terapéuticos grupales en jóvenes (en comparación con adultos). Acabamos concluyendo que en jóvenes y adultos la psicoterapia grupal operativa desde las 12 sesiones es percibida por la mayoría de los pacientes como de ayuda y eficacia grupal. Además, los factores terapéuticos grupales obtienen diferente calificación en función de la edad, justificándose un dispositivo terapéutico específico para población joven.

Palabras clave: Sistema Público de Salud, Servicios de Salud Mental, psicoterapia de grupo jóvenes, psicopatología jóvenes, factores terapéuticos grupales, Grupo Operativo.

Abstract: Young people are a vulnerable population, who do not receive mental assistance until they show severe danger. The majority of adult psychopathology begins in childhood, adolescence and youth. Hence, it is recommended to focus attention on these years and promote a better transition to adult mental health teams. Youth is also a critical period, an optimal fissure for psychotherapy. This work reflects on operational group psychotherapy for youth and also evaluates group therapeutic factors in youth (compared to adults). Our conclusion is that in young people and adults, group psychotherapy operative from 12 sessions is perceived by the majority of patients as helpful and group effective. Furthermore, group therapeutic factors obtain different ratings depending on age, justifying a specific therapeutic device for young population.

Keywords: Public Health System, Mental Health Services, youth group psychotherapy, youth psychopathology, group therapeutic factors, Operative Group.

Introducción

El propósito general de este trabajo es evaluar y reflexionar sobre las características de la psicoterapia de grupo para pacientes jóvenes que realizamos en la Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA). Nos apoyamos en la Teoría de Grupo Operativo (creada por Pichon Riviére) (1-3) para realizar esta tarea y en determinados aportes teóricos de la misma. También realizamos un estudio sobre los factores terapéuticos grupales en la psicoterapia grupal con jóvenes.

La Organización Mundial de la Salud se refiere a la juventud como el período que abarca los momentos intermedios y finales de la adolescencia y los primeros de la edad adulta; comprende grupos de

edad entre 15 y 25 años. En esta fase predominan los logros (o frustraciones) durante la madurez de la personalidad, socialización, y comienzo de la integración en la producción dentro de la sociedad, predominan los procesos de interacción social, de definición de identidad y la toma de responsabilidad y su condición varía por tanto de acuerdo al grupo social que se considere (4). Papalia y Wendkos (5) dicen que el joven se encuentra enfocado en el yo, y tiene como tareas la construcción de un proyecto vital (profesional, pareja, personal) con un desprendimiento de la familia de origen.

Desde la Concepción Operativa de Grupo (COG) la mirada a la conducta individual o grupal es desde la complejidad, tal como plantea Bleger (6), la conducta (normal o patológica) del ser humano no es una cualidad que emerge de un algo interior y que se despliega en un afuera, sino que las cualidades de un ser humano derivan siempre de su relación con el conjunto de condiciones totales y reales. Especialmente útil en este análisis resulta la Teoría de los ámbitos. Suárez (7) plantea que la Psicología de los ámbitos de Bleger nos provee de un modelo que permite una aproximación a la "situación", y facilita una sistematización de los diversos fenómenos observados que la componen. Según Vallejo (8) la teoría de los ámbitos plantea que la conducta es un emergente que se da en un campo (en el que aparecen un conjunto de elementos coexistentes e interactuantes). Lo interesante de este esquema es pensar las relaciones entre unos ámbitos y otros y ver cómo todos están presentes y participan en mayor o menor medida en la construcción de una determinada situación (7). Los ámbitos se refieren al psicosocial o individual, el socio-dinámico o familiar, el institucional y el comunitario (Montecchi incluye la globalización) (9). En la atención psicológica a los jóvenes que acuden a la consulta, analizaremos y contemplemos dichos ámbitos.

Respecto al **ámbito comunitario** que incluye lo colectivo-social tendremos en cuenta la influencia del momento actual en la subjetividad de los jóvenes y, por lo tanto, en los síntomas por los que consultan.

Todo momento histórico tiene su complejidad y su influencia en la subjetividad. Fernández (10) señala que, avanzados los años 90, la crisis (no solo económica) se expandió a amplios sectores sociales (incluyendo a los licenciados) con escasa estabilidad de empleo, precariedad, lo que impedía la posibilidad de planificación, la capacidad de ilusionarse en el futuro y pensar a largo plazo un proyecto laboral, dando paso a la apatía y el desinterés ya que se trataría de no invertir aquello que en algún lugar se sabe que no se podrá acontecer. Jasiner (11) revisa los planteamientos de Sloterdijk, el cual dice que el sujeto de nuestros días oscila entre la ansiedad de un hacer permanente (estrés) y el enmismamiento (evasión) que se presenta en clave de depresión, siendo dos grandes temas de la agenda asistencial actual y del padecimiento del sujeto del s XXI. Fabris (12) señala modos de sufrimiento y estructuraciones psicopatológicas nuevas, desplazándose el panorama desde las estructuraciones patológicas tradicionales (caracterizadas por rigidez y disociación) hacia trastornos que se vinculaban con angustias de fragmentación y vacío, como las que se encuentran en la adicción, la anorexia y la bulimia y otros cuadros que daban cuenta de una identidad difusa o disgregada. Errasti y Pérez (13) hablan de tiempos difíciles para la infancia y la adolescencia, observando una contradicción en la crianza de los niños, se quiere que sean hipercompetentes (escuela, deportes) y a la vez se vulnerabilizan (mimados y consentidos no fueran a tener traumas o perder autoestima). Los niños terminan por ser vulnerables y frágiles, como muestra la creciente ansiedad y depresión de la infancia.

Por último, no nos podemos olvidar en estos momentos de la amenaza de una nueva guerra, y que el mundo está saliendo de una pandemia, un real arrasador que habrá que subjetivar, una dimensión de incertidumbre y desamparo que en sus múltiples facetas está conmoviendo a la humanidad, como plantea Jasiner (14).

En el ámbito institucional Fernández (10) reflexiona sobre las instituciones, que parecen las mismas, pero funcionan ahora vacías de sentido, estamos lejos de recibir seguridad de la sociedad y esto podría dar cuenta de algunas modalidades de malestar de la consulta en la actualidad, a principios del S. XX era la histeria, ahora son las crisis de pánico. Si el mundo no proporciona el ancla que nos permita mecernos con placer y sin sobresaltos, no hay madre (aun con la mejor capacidad) que alcance para evitar los desasosiegos (10). Una institución importante en la infancia y juventud es la educativa, vemos que el paso por la institución escolar está muy presente en los jóvenes que acuden a la consulta, y

en concreto en el acoso escolar sufrido por muchos de ellos ya que se ha demostrado la implicación reiterada en conductas de maltrato y su relación con trastornos psicopatológicos en la juventud y edad adulta, de hecho, la ansiedad, la depresión, la ideación suicida y los síntomas psicósomáticos son más frecuentes entre el grupo de agresores/víctimas (15). Las investigaciones realizadas ponen de manifiesto que todos los alumnos implicados en situaciones de maltrato en cualquiera de los roles (agresores, víctimas o espectadores) están en mayor situación de riesgo de sufrir desajustes psicosociales y trastornos psicopatológicos en la adolescencia y en la vida adulta y en necesitar tratamiento en salud mental (16).

En el ámbito del grupo familiar se toma al grupo como unidad, y observamos al sujeto en su grupo familiar. Como sabemos, el grupo familiar es el intermediario entre el individuo y la sociedad ya que el individuo hace el pasaje a lo social a través del grupo familiar, pero también a través del grupo familiar lo social se introduce en el individuo, lo forma, lo determina en su desarrollo (17). La familia es el escenario e instrumento de nuestra constitución como sujetos, en un tránsito que va de la dependencia absoluta, cuando nacemos, a la autonomía, de la simbiosis a la individuación. El sujeto se constituye en esa estructura interaccional, en cuya interioridad construirá sus primeros modelos de aprendizaje y relación (18).

Trabajamos con el relato familiar que traen los jóvenes siendo los temas más repetidos situaciones de maltrato, la inversión de roles con los padres, el miedo al cambio de rol (por ejemplo, miedo a crecer e irse de casa). También encontramos la repercusión del paro de sus padres.

Los cambios sociales también atraviesan las nuevas familias, muchos padres están muy desorientados en su función de padres, la figura del padre autoritario se aleja del modo de crianza en la actualidad y a veces nos encontramos con padres que se han pasado al otro lado de la balanza, situados ante sus hijos de igual a igual (19).

En el ámbito individual estudiamos al individuo en sí mismo, desde el vínculo. De la interacción dialéctica de los diferentes ámbitos a lo largo del desarrollo dependerá la situación del individuo. En cada joven algunos aspectos serán más relevantes en su psicopatología, pero lo que todos tienen en común es que la juventud es un período complejo en el que se solapa el final de la adolescencia y principio de la edad adulta y en el que se ponen en juego múltiples aspectos (individuales, familiares, sociales...) relacionados con la definición de la identidad, influyendo todos y cada uno en la buena resolución y pasaje por este tránsito. Las dificultades en esta etapa de madurez y construcción de un proyecto vital se refieren a conflictos no resueltos en etapas previas del desarrollo, derivados muchas veces de situaciones familiares complicadas y de problemáticas en contextos más relacionales, con grupos de amigos, sin olvidarnos de la influencia de factores propios de la sociedad actual y del propio individuo.

Desde las aportaciones psicoanalíticas se incide en la comprensión de los momentos de cambio y su repercusión en la constitución de la identidad y en la importancia de la resolución de la crisis de la adolescencia (20). Desde el individuo también tendremos en cuenta en este análisis el nivel de desarrollo de su personalidad, Bleger plantea que se necesita tener un cierto grado de dependencia simbiótica en el vínculo (en la infancia) para el adecuado desarrollo de la personalidad del sujeto y este desarrollo influirá en el desarrollo de las relaciones interpersonales en la vida adulta, en la posibilidad o no de la desvinculación de la familia durante la adolescencia (21).

En la comprensión y atención de los jóvenes que acuden a la consulta tendremos en cuenta todos los ámbitos implicados, lo que proporcionará una mirada amplia para detectar y resolver los obstáculos y conflictos que influyen en los síntomas por los que consultan, ya que como plantean Santos e Irazábal (22) muchos de los jóvenes que atendemos son consecuencias y emergentes de malestares familiares, institucionales y comunitarios ("jóvenes con daño psicosocial"). Todos estamos atravesados por los ámbitos si bien pensamos que precisamente por ser jóvenes es posible que el efecto de los factores implicados en los ámbitos sea aún mayor. Por ejemplo, por transitar el momento biográfico en el que

imaginar y apostar al futuro resultaría esencial y podría poner en acción toda la potencia del deseo, sea en ellos que esta situación social afecta más (10). O por ejemplo la influencia del grupo familiar es mayor y los roles aprendidos en ese grupo se actúan de modo más estereotipado (debido a que aún no se han podido desarrollar experiencias reparadoras). El grupo operativo, en la medida que indaga, en un mismo tiempo y espacio, lo vertical del sujeto y lo horizontal del grupo, permite vivenciar y reflexionar acerca de las lógicas que conectan lo intrasubjetivo y lo intersubjetivo (12).

Factores terapéuticos grupales (FTG). Evaluación de la percepción de ayuda y eficacia grupal

Ribé y colaboradores (23) retoman la definición de Bloch (1981) sobre los factores terapéuticos grupales como aquel elemento que ocurre en terapia de grupo por la intervención del terapeuta, del paciente o de ambos y que contribuye a la mejoría del paciente.

Hay antecedentes del concepto FTG antes que apareciera la conceptualización actual del término en los años 50 (24), siendo un tema que ha ido ganando en importancia hasta nuestros días, siendo en la actualidad uno de los elementos claves dentro de las investigaciones sobre el proceso terapéutico. Uno de los autores más emblemáticos sobre los FTG es Yalom, que además de su labor como investigador y difusor del concepto de FTG, nos aporta la clásica clasificación de 11 FTG. Posteriormente Zukerfeld (25), agrupa los 11 FTG en tres principios que serían semejanza, identificación y confrontación y crea la Escala de Funcionamiento Grupal (EFG-25). Dicha escala consta de 25 preguntas, una puntuación superior a 60 indica que el grupo ha sido percibido como de ayuda y eficacia y se analiza además los principios que influyen en el resultado (estos principios se dan cuando se cumplen una serie de factores terapéuticos grupales). Los tres principios serían: 1. *Semejanza*: se basa en la relación entre la semejanza de problemática y posibilidad de eficacia terapéutica, sería el valor terapéutico del paso de la individualidad a la grupalidad (del "a mí me pasa" al "a nosotros nos pasa") (incluye los FTG de cohesión, universalidad, esperanza, altruismo e imitación); 2. *Identificación* (o modelización): se basa en la relación entre claridad, explicitación y consenso de la propuesta terapéutica y la posibilidad de la eficacia terapéutica (al "nosotros" se añade "nosotros con este modelo que construimos") (incluye los FTG: información, resocialización y factores existenciales); 3. *Confrontación*: se basa en la relación entre el enfrentamiento de realidades negadas y su intento de transformación y la posibilidad de eficacia terapéutica, existiendo un valor terapéutico completo "nosotros con este modelo que construimos transformamos esta realidad que nos afecta" (incluye los FTG de catarsis, experiencia emocional correctiva y aprendizaje interpersonal). Para Zukerfeld estos tres principios se convierten en principios para el logro de la eficacia terapéutica, y del cómputo de los tres principios describe la medición de la eficacia terapéutica grupal.

La investigación sobre los factores terapéuticos grupales nos parece una vía de acceso muy interesante a la experiencia y la vivencia del paciente en grupo, por ello hemos investigado sobre ello (26, 27, 28). Hay consenso en considerar los FTG como un factor común a la psicoterapia de grupo, independientemente de la orientación teórica. Sin embargo, la interacción, frecuencia de aparición e importancia son variables (23). Vinogradov y Yalom (29) ya describían tres tipos de fuerzas modificadoras que influyen en los mecanismos terapéuticos en el grupo: el tipo de grupo (por ejemplo, si se trata de pacientes ingresados o ambulatorios, la orientación teórica, la duración del grupo, si es abierto o cerrado...), la fase de la terapia, y las diferencias individuales entre los pacientes. Ribé y colaboradores (23) describen diferentes estudios que sugieren que la elección sobre los FTG puede variar según aspectos sociodemográficos (edad y el nivel cultural), el diseño del grupo (contexto de intervención), su tipología, los objetivos, el tamaño, la composición, la duración, el estadio del desarrollo grupal, la manera de ser y la habilidad de los terapeutas en fomentarlos. En relación a la edad, no encontraron diferencias estadísticamente significativas (pero sí cierta tendencia o asociación) observándose que a mayor edad se valoraban más la catarsis, los factores existenciales y la conducta imitativa (23).

En este artículo, a través de la investigación de los FTG queremos responder a la pregunta de qué valoran los jóvenes como terapéutico de la psicoterapia grupal y si esto es diferente a lo que valoran los adultos como terapéutico de la psicoterapia.

Psicoterapia grupal operativa con jóvenes en la USMA

Proponemos la psicoterapia de grupo como una buena opción terapéutica, además de por su eficacia y por los factores terapéuticos grupales por la posibilidad de realizar en condiciones óptimas el tratamiento psicológico, en relación a frecuencia y duración. Lo ideal en psicoterapia de grupo es que el rango de edad no sea muy amplio entre los integrantes, que sean de una misma generación, especialmente en población joven en que cuanto más jóvenes son los pacientes de un grupo menos diferencia debería haber (30). Jasiner (14) propone que los pequeños grupos pueden resultar espacios subversivos a la subjetividad de la época, en los que resulte posible alojar al sujeto en un tejido habitable.

En una publicación anterior (31) planteábamos que el grupo de jóvenes era un espacio de elaboración de pérdidas y conflictos previos (de infancia). Seguimos pensando lo mismo, pero con los años hemos visto que también el propio espacio grupal es muy importante para que puedan relacionarse con otros jóvenes de su edad (muchos de ellos están aislados socialmente, han tenido muy malas experiencias con los iguales por haber recibido acoso escolar), un espacio de resolución de lo anterior y mirada al futuro, de aprendizaje y acompañamiento en la tarea de hacer el pasaje a este otro rol adulto.

El grupo de jóvenes, como plantean Santos e Irazábal (32), supone darles un espacio protegido para contar sus cosas, para estar mejor, para reconocerse como capaces de ayudarse a sí mismos y aumentar la confianza en sí mismos y en el otro. Por otra parte, teniendo en cuenta las experiencias vividas por muchos de los jóvenes que acuden a la consulta, la psicoterapia grupal ofrece algo fundamental, tal como plantean Rodríguez-Zafra y Gil (33) cuando se refieren a la importancia de reparar las experiencias dolorosas o desestructurantes vividas en los primeros grupos de pertenencia, en otros grupos que reaccionen adecuadamente y que puedan ayudar a la reestructuración de esas experiencias infantiles primarias. Por su parte, Ávila (34) señala las necesidades humanas que facilita el grupo, como el sentimiento de pertenencia y de reconocimiento y que son tan fundamentales en los jóvenes, pues como dice el autor "no hay posibilidad de avance hacia la identidad madura sin la Validación / Espequearización que se recibe naturalmente desde el contexto grupal".

El encuadre

El encuadre del grupo de jóvenes es el corredor terapéutico (diseñado por Bauleo) (35), se trata de un espacio de psicoterapia permanente en la institución, a modo de grupo semiabierto, en el que se evalúa la entrada y salida de los pacientes cada tres meses, es decir, cada 12 sesiones se cierra el grupo y se abre otro en el que participarán algunos integrantes que han realizado psicoterapia y otros nuevos. El número de integrantes oscila entre 8 y 10, la frecuencia es semanal con una duración de hora y media. La coordinadora es una psicóloga clínica, siempre la misma, y los observadores rotan en cada encuadre, haciéndose cargo de dicha función los residentes de psicología clínica.

En el grupo de jóvenes incorporamos técnicas dramáticas a la concepción operativa. Santos e Irazábal (32) consideran que el movimiento y la acción es una forma de acercarse a ellos, de facilitar el trabajo sobre sus dificultades y su autoconocimiento y un modo de aumentar la confianza y cohesión grupal y poder pensar desde aspectos más lúdicos que eviten el bloqueo. Destacan la importancia de que acudir al grupo sea un momento agradable en sus vidas y Fernández (10) plantea que dichos recursos dramáticos ayudan en la interrogación sobre aspectos de su subjetividad, muchas veces complicado en algunos de los jóvenes que acuden a la consulta.

Equipo terapéutico. Equipo coordinador (coordinador y observador)

Mantenemos dos funciones tal como plantea la Teoría de Grupo Operativo, coordinador y observador con lectura de emergentes 20 minutos antes de finalizar cada sesión.

Algunos aspectos técnicos, adaptados al grupo de jóvenes serían la mayor flexibilidad en las intervenciones, algunos jóvenes pueden requerir un analista más activo debido a sus dificultades para el análisis de su experiencia, teniendo cuidado de no querer ir demasiado lejos superando el interés del analizado de abrir el interrogante sobre sí mismo (10). También es importante tener presente la dificultad que puede darse en cuanto a las relaciones interpersonales pues muchos jóvenes acuden con escasas o disfuncionales habilidades sociales, en general aislados en grupos de iguales, lo cual creen que obliga al coordinador a estar más atentos, facilitar la cohesión, la confianza, y ayudarles a salir del estereotipo de aprendizaje y relación con los otros y ellos mismos (36).

Asimismo, es fundamental incluir en la terapia los temas centrales de esta etapa, como por ejemplo el tema del rol adquirido en el grupo familiar y la necesidad del cambio de este rol, algo que hemos visto en pacientes que han vivido en familias con padres con enfermedad mental o muchas dificultades, en las que se ha producido una inversión de roles y presentan en estos momentos dificultad para la diferenciación en la familia. En otras ocasiones, es la primera vez que se reflexiona sobre la historia familiar, y el hacerlo es fundamental para promover una visión más sana de uno mismo, de los demás y de las circunstancias familiares. La emigración y las dificultades de adaptación de la familia a la sociedad han sido temas que han marcado a muchos jóvenes. El tema del acoso escolar es recurrente, o la situación académica actual y su preocupación por el futuro siendo que muchos pacientes han dejado los estudios y no saben qué camino seguir. Alonso y Sanahuja (20) plantean que en los grupos de psicoterapia con adultos jóvenes el trabajo sobre el futuro, la independencia y la autonomía es algo principal. Además, en muchos de estos pacientes la ansiedad ante el futuro es elevada presentando mecanismos defensivos regresivos a través de sintomatología, siendo el espacio grupal como espacio clave para el desarrollo del proyecto, como plantean las autoras que para sentir legítima la proyección de uno mismo en el futuro se ha tenido que sentir que el mundo es confiable y, por tanto, haber podido ocupar una relación de confianza.

A veces trabajamos algo tan simple (o no) como los malos hábitos (de sueño, alimentación, inactividad, uso excesivo pantallas, sustancias). También aspectos sanos y normales para su edad como las relaciones de pareja, la imagen a través de las redes sociales, los complejos físicos, el efecto de la emergencia de nuevas realidades (feminismo, diversidad sexual).

En relación con la transferencia, es posible que la transferencia central hacia el terapeuta con un significado de padre, que en otros grupos se produce en los inicios del grupo (23), se mantenga en este tipo de grupo durante todo el proceso grupal, habrá que ver qué efectos puede tener esto en la psicoterapia grupal y en cada individuo. En relación con este tema Santos e Irazábal (22) plantean que la transferencia sentida hacia ellos como coordinadores como de "padres", tiene un carácter positivo, prevaleciendo un sentido constructivo y reparador, una esperanza de una relación no conflictiva con el adulto. En sentido inverso, el terapeuta también puede ser más impactado por el grupo a nivel contratransferencial, especialmente si se tienen hijos jóvenes (22). En relación con el papel del coordinador Santos e Irazábal plantean que con respecto a otros grupos es más activo, debido a la pasividad de ellos, además es frecuente que en el trabajo grupal se despisten más fácilmente de un grupo centrado en la tarea (22). Fernández (10) plantea que en el trabajo con jóvenes el que se posiciona como analista no solo intervendrá cuando aparezca alguna formación del inconsciente, sino que exigirá mayor presencia y por ende mayor riesgo de operar no conscientemente desde maternajes y/o posicionamientos de género, clase, opción sexual, clase etaria...

Material y método

Objetivos

1. Evaluar la percepción de ayuda y eficacia grupal de un grupo de psicoterapia breve de 12 sesiones en pacientes jóvenes
2. Analizar los principios terapéuticos más valorados por los pacientes de un grupo de psicoterapia breve de 12 sesiones en pacientes jóvenes

3. Comparar la percepción de ayuda y eficacia grupal de un grupo de psicoterapia breve de 12 sesiones en pacientes jóvenes con pacientes adultos
4. Comparar los principios terapéuticos más valorados por los pacientes de un grupo de psicoterapia breve de 12 sesiones en pacientes jóvenes con pacientes adultos.

Instrumento

Escala de Funcionamiento Grupal EFG-25 (25) que valora la percepción de eficacia del grupo y los factores terapéuticos grupales.

Método

Se trata de una investigación descriptiva de corte transversal. Se comparan dos muestras de pacientes que realizan psicoterapia de grupo de 12 sesiones, un grupo de pacientes jóvenes y grupo de pacientes adultos.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 20.0. En primer lugar, se comprobó si las variables a analizar seguían una distribución de normalidad mediante la prueba Kolgomorov-Smirnov. Como indican los resultados de dicha prueba, la muestra no sigue una distribución de datos normal, por lo tanto, para el análisis de los datos se determinó realizar pruebas no paramétricas para dos muestras independientes mediante el Mann-Whitney U test para comparar los principios terapéuticos entre las dos muestras de pacientes jóvenes y adultos y la prueba de Friedman para comparar los principios terapéuticos de cada muestra. Se ha tenido en cuenta para todos los análisis estadísticos el nivel de confianza del .05. Además, se utilizaron distribución de frecuencias y descriptivos (principalmente, medias y desviaciones típicas) y pruebas de independencia Chi-Cuadrado.

Muestras

En la tabla 1 y 2 se puede ver la descripción de las **variables sociodemográficas y clínicas** respectivamente de la muestra de jóvenes y de la de adultos.

En relación a los **Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE_v)** (según los criterios del eje IV del DSM-IV-TR) (37) vividos por los pacientes y se encuentra que:

Jóvenes

El 74,5% han tenido situaciones estresantes importantes en la infancia de los cuales el 36,2% han sufrido experiencias de maltrato (acoso escolar (34,0%), maltrato físico (10,6%) y maltrato emocional (4,3%)). Ningún paciente expresa haber sufrido abuso sexual en la infancia. El 27,75% refieren enfermedad de familiar del grupo primario, el 14,9% conflictos en las relaciones familiares. 7 pacientes (14,9%) han tenido algún intento de suicidio.

Adultos

El 57,6% han tenido situaciones estresantes importantes en la infancia siendo un 28,8% que han sufrido experiencias de maltrato sobre todo físico (9,1%) y sexual 9,1% El 18,2% refieren enfermedad mental de familiar del grupo primario, el 13,6% conflictos en las relaciones familiares. 7 pacientes (10,6%) han tenido algún intento de suicidio.

Resultados

Percepción de ayuda y eficacia de la psicoterapia (EFG-25) (25). El 67,4% de los jóvenes y el 78,8% de los adultos han obtenido una puntuación mayor de 60 en la Escala EFG-25 (25), lo que indica una percepción subjetiva de ayuda y eficacia grupal.

Principios terapéuticos valorados por la EFG-25 (25) Se muestran en la tabla 3.

Relaciones entre las variables. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en variables sociodemográficas (sexo, residencia, nivel de estudios) lo que indica que son muestras homogéneas respecto a estas variables.

Respecto a la psicopatología el 95,7% en jóvenes y 96,9% en mayores tienen diagnóstico según CIE-10 (38). No hay diferencias significativas en los diferentes diagnósticos, tampoco en intentos autolíticos.

Respecto al tratamiento previo en salud mental, no hay diferencia estadísticamente significativa, aunque los jóvenes recibieron más tratamiento psicoterapéutico que los adultos con una tendencia a la significación ($p=0,052$). No se encuentra diferencia estadísticamente significativa respecto a la toma de psicofármacos.

Analizamos los AVEs en infancia siguiendo el eje IV del DSM IV-TR (37) y son los jóvenes quienes presentan más situaciones estresantes ($p=0,07$), también refieren más situaciones de maltrato en la infancia frente a los mayores ($p=0,029$).

En cuanto a la percepción de ayuda y eficacia grupal (EFG-25) no se encuentra diferencia estadísticamente significativa.

Respecto a los principios terapéuticos valorados por la EFG-25 encontramos diferencia estadísticamente significativa ($p=0,032$) en el principio de identificación, siendo el grupo de adultos quien más valora dicho principio terapéutico. Al comparar los principios terapéuticos dentro de cada grupo, encontramos que en el grupo de jóvenes no hay diferencia estadísticamente significativa entre los tres principios, en adultos sí, es significativa identificación respecto a los demás ($p=0,004$).

Discusión y conclusiones

El propósito de este trabajo es reflexionar acerca de un grupo de psicoterapia con pacientes jóvenes en la USMA. Justificamos dicho grupo de psicoterapia en las características particulares de la juventud, que nos encaminaron a pensar un escenario terapéutico específico para este grupo de población. Por otra parte, la gravedad de los síntomas de los jóvenes que acuden a la consulta hacía necesaria una intervención psicoterapéutica eficaz, los jóvenes son una población vulnerable y de alto riesgo, que no recibe asistencia hasta que manifiestan un peligro severo para sí mismos o para los demás (39). Otros autores en esta misma línea Catalá y colaboradores (40) plantean la importancia de focalizar la atención durante los años de la infancia, adolescencia y comienzo de la edad adulta dado que el 75% de la psicopatología del adulto se inicia en estas etapas. En nuestra experiencia, la juventud es un periodo crítico, una fisura, una grieta óptima para la psicoterapia, un momento especialmente idóneo para la generación de cambios, prevención de psicopatología, toma de decisiones sanas en el mundo exterior. Por otra parte, el inicio de la sintomatología a edades tan tempranas supone un estancamiento o una mayor dificultad para poder abordar un proyecto vital satisfactorio, por lo tanto, en estas edades es fundamental una adecuada intervención.

Se realiza psicoterapia grupal ya que su eficacia es la misma que la individual (41-43) y además los dispositivos grupales son facilitadores de que se pueda manifestar y tomar conciencia de los procesos

de acomodación patológica en los que está instalada la persona (34). La orientación teórica es la concepción operativa y el psicoanálisis y, en esta ocasión, nos parecía relevante mencionar la teoría de los ámbitos como instrumento que guía el análisis y comprensión de los factores que influyen en la psicopatología y terapéutica, máxime si tenemos en cuenta las características de la población atendida con la multiplicidad de factores que influyen en la sintomatología ya que la psicopatología es emergente de las problemáticas personales, de las contradicciones y ambigüedades del sujeto, y también efecto de los conflictos intersubjetivos, grupales e institucionales, como señala Gómez Esteban (44). Se adapta la técnica al dispositivo y a las características del grupo, así nos parecía importante resaltar la inclusión de técnicas dramáticas cuando el grupo estuviera en una posición más pasiva. Asimismo, remarcar la importancia de flexibilidad en cuanto a la mayor o menor actividad del terapeuta, teniendo muy presente que cuanto más intervención mayor exigencia debe autoimponerse éste de indagar no sólo su transferencia sino también los diferentes planos de implicación (la indagación de las naturalizaciones o invisibilizaciones de la expresión de sus criterios de vida, de sus posicionamientos de género, de opción sexual, de clase etaria...) (10). La psicoterapia evaluada es breve, 12 sesiones, abordaje adaptado a las características de la demanda en los servicios públicos de salud. Además, los tiempos que se trabajan en psicoterapia son diferentes en función de la edad del paciente (45).

Realizamos una investigación para poder articular la teoría con la práctica, la COG concede una importancia central a la praxis a la síntesis entre la teoría y la práctica, Pichon-Rivière (1) señala que la experiencia de la práctica realimenta y corrige la teoría mediante mecanismos de rectificación y ratificación, logrando una objetividad creciente.

La descripción y análisis de las muestras nos aporta información interesante, encontramos un porcentaje similar en cuanto a la derivación de Atención primaria y psiquiatría. Es importante pararnos en el grupo de jóvenes que vienen derivados de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) (17,8%) ya que son pacientes graves, de años de evolución y que mantienen un malestar psicológico al llegar a la edad adulta, momento en que son derivados a la Unidad de Salud Mental de Adultos con una dinámica y funcionamiento diferentes. En los últimos tiempos se presta especial atención a la importancia de promover una mejor transición a los equipos de adultos, potenciando la continuidad de la intervención y el cuidado; teniendo en cuenta tanto la vulnerabilidad de los pacientes en el paso a la vida adulta como la persistencia de la psicopatología (46).

Otro hallazgo sorprendente, más de la mitad de los pacientes de la muestra, tanto jóvenes como adultos, cuando acuden a la consulta de psicología clínica por primera vez ya han recibido tratamiento en salud mental, nos preocupa la posible cronificación de los síntomas y tratamientos así como la necesidad de una atención adecuada en los Servicios públicos de salud contemplando la influencia de los diferentes ámbitos en la salud mental, ya que si no cambia el medio (familiar, escolar, sociolaboral) es difícil que mejoren los síntomas psicológicos. Es importante resaltar que los jóvenes han recibido más tratamiento psicoterapéutico que psicofarmacológico en el pasado. Si nos centramos en el momento actual comprobamos que el grupo de jóvenes está toma psicofármacos sin diferenciarse con los adultos. Está claro que cuando la psicopatología es grave y el nivel de sufrimiento alto es necesaria la prescripción psicofarmacológica, pero tendremos que pensar qué efectos puede tener en el afrontamiento de los problemas psicológicos que un porcentaje tan alto de pacientes estén medicados (66,7% jóvenes y 66,2% adultos).

Respecto a la psicopatología, en ambos grupos el porcentaje de pacientes con diagnóstico según la CIE-10 (clasificación utilizada en el SESCOAM) es similar en ambos grupos.

Nos parece importante señalar que los AVE_s sufridos en la infancia por el grupo de jóvenes es muy elevado (74,5%), datos que concuerdan con otros estudios en los que se constata la existencia de diversos eventos adversos en la infancia del individuo que inciden en el posible desarrollo de los trastornos mentales (47). Las experiencias adversas se refieren principalmente al ámbito familiar y escolar a los que hacíamos mención al principio del artículo siendo importante el número de casos que han sufrido alguna experiencia de maltrato (36,2%) sobre todo de acoso escolar siendo numerosos los estudios que demuestran la asociación entre ser víctima de acoso escolar en la

niñez y diferentes trastornos en la edad adulta (15,16). También es importante la elaboración de situaciones adversas en la infancia, maltrato, enfermedad de alguno de los padres y fallecimiento o abandono. Es de destacar el porcentaje de jóvenes que han tenido algún intento de suicidio, datos que confirman la importancia de una psicoterapia de calidad, por lo que la psicoterapia grupal nos parece idónea. Diferentes escuelas psicológicas, han mostrado la posibilidad de que otros grupos de referencia en los que se den las condiciones adecuadas, pueden llegar a paliar, revertir y/o sanar los comportamientos, sentimientos, actitudes y las imágenes de uno mismo y de los demás que se vieron distorsionadas en los primeros grupos de referencia (48). De modo que es pertinente pensar e investigar sobre qué pertenencias pueden ser dañinas o beneficiosas y sobre qué tipo de organización y estructura grupal ayuda realmente a las personas.

Se estudia la percepción de ayuda y eficacia, así como los FTG más valorados por los pacientes, en la línea de lo que plantea Gómez Esteban (49) en relación al grupo como el agente principal de cambio en el campo terapéutico por su capacidad de generar FTG. De acuerdo con Cuenya y Ruetti (50) el estudio de los fenómenos del comportamiento requiere que se planteen interrogantes que dirijan y orienten el análisis del problema, pero también es preciso contrastar esas preguntas con los hechos de la realidad. En este sentido nos preguntamos si una psicoterapia grupal breve con la orientación teórica expuesta es percibida como de ayuda y eficacia por los pacientes jóvenes que la realizan, también nos preguntamos qué factores de la psicoterapia grupal son más valorados por los jóvenes que acuden a nuestra consulta. Comparamos ambas preguntas con un grupo de psicoterapia breve de pacientes adultos.

Los resultados hallados nos indican que un porcentaje elevado de los dos grupos, jóvenes y adultos, perciben la psicoterapia breve operativa y psicoanalítica como de ayuda y eficacia lo que nos anima a continuar con este encuadre, pero es interesante observar que en el caso de los adultos es el principio de identificación el que perciben como de mayor ayuda, tanto en comparación con los dos otros dos principios dentro de dicho grupo como en la comparación con el grupo de jóvenes, en todos los casos con diferencias estadísticamente significativas. Los jóvenes, por el contrario, en nuestro estudio, conceden la misma importancia a todos los principios. Ribé y colaboradores (23) ya encontraron diferencias en la valoración de los FTG de Yalom en función de la edad.

Yalom (51) señala que, una vez identificados los factores curativos básicos de la terapia, los terapeutas deberían hacer todo lo necesario para facilitar la emergencia y maduración de estos factores. Los resultados encontrados en relación a la valoración de los FTG en esta investigación, y en relación a la diferencia encontrada entre jóvenes y adultos en la valoración de los FTG nos reafirman en la decisión de realizar dispositivos diferentes para jóvenes y adultos dado que parece que se trata de un escenario terapéutico con diferencias. Por otro lado, es normal, dada la edad de los jóvenes, y por desconocimiento, que el principio de identificación (que se basa en la relación entre claridad, explicitación y consenso de la propuesta terapéutica y la posibilidad de la eficacia terapéutica) no sea tan valorado como en adultos en la línea de la sugerencia de Fernández (10) de adaptar el dispositivo analítico a los jóvenes.

Señalar finalmente que este estudio se refiere a un encuadre concreto, psicoterapia breve y corredor terapéutico, y con una orientación teórica determinada con unas características que seguro influyen en los principios más valorados, como ya observamos en investigaciones previas (27).

Conclusiones

- La importancia de seguir investigando y mejorando los dispositivos de psicoterapia para jóvenes.
- La mayoría de los pacientes jóvenes (al igual que los adultos) valoran la psicoterapia operativa desde las 12 sesiones como de ayuda y eficacia.
- Los FTG valorados por los jóvenes difieren de los de los adultos, lo que justificaría la creación de dispositivos específicos de psicoterapia grupal.

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variables	Jóvenes (n=48)	Adultos (n=66)
Edad	edad media 21,9	edad media es 41,4 29
Sexo	mujeres 72,3% hombres 27,7%	mujeres 71,2% hombres 28,8%
Lugar de residencia	medio urbano 59,6% medio rural 40,4%	medio urbano 59,1% medio rural 40,9%
Estado civil	solteros 89,4%	solteros 28,8% casados 48 % pareja estable 13,6% separados el 9,1%.
Nivel educativo	universitarios 21,3% bachillerato o grado superior 42,6% ESO o grado medio 36,2%	universitarios 27,3% bachillerato o grado superior 28,8% ESO o grado medio 43,9%
Situación laboral	estudiantes 74,5%	activos 38,5% incapacidad 23% paro 33,8%

Tabla 2. Variables clínicas

Variables	Jóvenes (n=48)	Adultos (n=66)
Derivación	MAP 37,8% Psiquiatría 35,6% USMIJ 17,8%	MAP 39,3% Psiquiatría 39,3% Especializada 8,2%
Tto psicológico previo	58,1%	39,1%
Tto psiquiátrico previo	45,7%	47%
Trat. Psicol y/o psiq. previo	58,7%	57,1%
Psicofármacos en la actualidad	66,70% (58,1%, antidepresivos, 37,2% ansiolíticos y 4,7% neurolépticos).	66,2% (59,1% antidepresivo, 47% ansiolíticos y 3% neurolépticos)
psicopatología	95,7% CIE-10 34,9% trastornos afectivos 44,2% trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos 20,9% trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	96,95 CIE-10 30,2% trastornos afectivos, 60,3% trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, 9,5% trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

Tabla 3. Principios terapéuticos valorados por la EFG-25

Jóvenes / Adultos	N	Media	Desviación típ	Error típ. de la media
SEMEJANZA				
jóvenes	47	68,5503	15,69922	2,28997
adultos	66	69,1509	19,94857	2,45550
IDENTIFICA				
jóvenes	47	67,5532	16,41422	2,39426
adultos	66	73,5606	17,73231	2,18270
CONFRONT				
jóvenes	46	65,9647	18,89100	2,78533
adultos	66	70,7860	18,41440	2,26666
SUMA				
jóvenes	46	67,3971	15,33813	2,26148
adultos	66	71,1658	17,10334	2,10528

Contacto: Elena Vázquez Ramo ✉ elenavazquez_ramo@hotmail.com

Bibliografía

1. Pichon-Rivière E. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I). Buenos Aires: Nueva Visión, 1980.
2. Pichon-Rivière E. La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social (II). Buenos Aires: Nueva Visión, 1980.
3. Pichon-Rivière E. Teoría del vínculo. Buenos Aires: Nueva Visión, 1980.
4. Silva I. La adolescencia y su interrelación con el entorno. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Injuve. [Internet]. Injuve.es. [citado el 27 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2022/06/la_adolescencia_y_su_interrelacion_con_el_entorno.pdf
5. Papalia DE, Wendkos O. Psicología Social. Chile: McGraw-Hill, 1998.
6. Bleger J. Psicología de la conducta, Buenos Aires: Paidós, 1973.
7. Suarez, F. En torno a la idea de "diagnóstico de situación". Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. NÚMERO ESPECIAL. Congreso Internacional "Actualidad del Grupo Operativo". 2006; 1-12. Disponible en: <http://www.area3.org.es/uploads/Diagnostico-FSuarez.pdf>
8. Vallejo F. Teoría de los ámbitos. Revista Huellas. 2013; 3: 1-11. Disponible en: https://apop.es/revista/rh_2013_3/pdf/8_teoría.pdf
9. Montecchi L. Globalización y salud mental. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. 2003; 9: 1-4. Disponible en: <http://www.area3.org.es/sp/item/12/L.%20Montecchi:%20Globalizaci%C3%B3n%20y%20salud%20mental>

10. Fernández AM. Jóvenes de vidas grises. Psicoanálisis y biopolíticas. Buenos Aires: Nueva Visión, 2013.
11. Jasiner G. La trama de los grupos: dispositivos orientados al sujeto. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2019.
12. Fabris F. Manuscrito no publicado. Psicopatología: una perspectiva dialéctica y vincular (primera parte). 2022; 1-26.
13. Errasti J y Pérez M. Nadie nace en un cuerpo equivocado. Éxito y miseria de la identidad de género. Barcelona: Deusto, 2022.
14. Jasiner J. Los grupos en el horizonte de nuestros días. Cuadernos de Psiquiatría. Comunitaria. 2023; 20: 78-81. Disponible en:
<https://aen.es/wp-content/uploads/2023/05/cuad-de-psiquiatria-vol-20-5-COMPLETA-1.pdf>
15. Collell J y Escudé C. El acoso escolar: un enfoque psicopatológico. Anuario de Psicología Clínica y de la salud. 2006; 2: 9-14. Disponible en
https://tsadiestramiento.weebly.com/uploads/1/0/5/1/105_11980/el_acoso_escolar.pdf
16. Kumpulainen K, Räsänen E y Henttonen I. Children involved in bullying: Psychological disturbance and the persistence of the involvement. Child abuse & neglect, 1999; 23(12), 1253-1262.
17. Berstein M. Psicología de la vida cotidiana en el grupo familiar. Aportaciones a la terapia. En Canevaro A (director). Terapia Familiar. Estructura, patología y terapéutica del grupo familiar. Buenos Aires: ACE S.R.L,1982; pp. 29-57. Disponible en:
http://www.elseminario.com.ar/Biblioteca/Terapia_Familiar_5_9.pdf
18. Fernández A. M. Estructura Familiar y Procesos de Aprendizaje. Rol de la Familia en la Génesis de las matrices de Aprendizaje. Disponible en:
<http://bibliopsicosocial.blogspot.com/2010/05/estructura-familiar-y-procesos-de.html>
19. Saéz I. Para entender a los adolescentes. La adolescencia y sus claves. Hogar y familia. Guía Burros. Madrid: Editatum, 2019.
20. Alonso M, Sanahuja C (2020). La psicoterapia de grupo como espacio de vivencia de futuro en adultos jóvenes. En De Castro MJ, Gómez E, De la Hoz A (2020). Clínica Grupal en los servicios de salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios, 2020; pp. 235-238.
21. Bleger J. Criterios diagnósticos. Área, 3, Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. 1999; 7: 1-8. Disponible en: <http://www.area3.org.es/uploads/a3-7-Criterios-Bleger.pdf>
22. Santos MA, Irazábal E. Grupo terapéutico de jóvenes en tiempos difíciles. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. 2013; 17: 1-12. Disponible en:
http://www.area3.org.es/Uploads/a317_Grupoj%C3%B3venes.ASantosyElraz%C3%A1al.pdf
23. Ribé, JM, Mercadal J, Carrió A, Sánchez J, Ramilans C, Alberich C. Factores terapéuticos en psicoterapia grupal: un estudio sobre la perspectiva de los participantes. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2018; 38 (134): 473-489. Disponible en:
<https://revistaaen.es/index.php/aen/issue/view/1337/numero%20134>
24. Tarí A. Factores terapéuticos y antiterapéuticos grupales. Una mirada desde la concepción operativa de grupo. Área 3 Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. 2015; 19: 1-14. Disponible:
<http://www.area3.org.es/uploads/a3-19-factoresterapeuticos-ATari.pdf>
25. Zukerfeld R. Salud mental y enfermedad crónica: dispositivos grupales y autogestión. Vertex, Revista Argentina de psiquiatría, 1999; X: 91-99.
26. de Felipe V, Vílchez F, Larrosa A. Análisis cualitativo sobre los vectores del cono invertido en Psicoterapia grupal. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. 2018; (Extra nº3): 1-20. Disponible en:
<http://www.area3.org.es/uploads/a3-E3-analisiscualitativovectorespsicoterapia-vvaa.pdf>
27. de Felipe V, Vílchez F, Erdocia A, Vázquez E. Factores Terapéuticos grupales en Psicoterapia Operativa Psicoanalítica. Teoría y práctica grupoanalítica: Investigación y Psicoterapia de Grupo (II). 2018; 8 (1): 89-99.

28. de Felipe V, Vázquez E y Simón V. La psicoterapia grupal operativa psicoanalítica como tratamiento de elección en la Unidad de Salud Mental. Evaluación del proceso a través de los factores terapéuticos grupales. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. 2019; 23: 1-15. Disponible en:
<http://www.area3.org.es/uploads/a3-23-Evaluacionfactoresterapeuticos-VdeFelipe-etall.pdf>
29. Vinogradov S y Yalom ID. Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona: Paidós, 1996.
30. Ribé J. Técnica en psicoterapia analítica grupal. Barcelona: Herder, 2021.
31. Vázquez E, Romero S, De Felipe V, Vilchez F. Psicoterapia grupal con jóvenes: reflexiones desde el análisis de emergentes y los factores terapéuticos grupales. En De Castro MJ, Gómez E, De la Hoz A. Clínica Grupal en los servicios de salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios, 2020; p. 317-320.
32. Santos MA, Irazábal E. La reina del silencio consigue salvar al grupo. Terapia grupal con jóvenes. En Irazábal I y Hernández M (Coords.). Experiencias terapéuticas grupales. Madrid: Editorial Grupo 5, 2013.
33. Rodríguez-Zafra M y Gil Escudero G. (2022). Psicoterapia psicodinámica y psicoterapia de grupo: Conceptos e intervenciones terapéuticas. Revista de Psicoterapia, 33(121), 27-40. Disponible en:
<https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1118>
34. Ávila Espada, A. La psicoterapia de grupo desde la perspectiva relacional del psicoanálisis. Revista de Psicoterapia. 2022; 33(121): 65-69. Disponible en: <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1121>
35. De Felipe V, Vázquez E. El encuadre "corredor terapéutico" en psicoterapia grupal operativa: revisión del concepto y hallazgos. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2022; 42(142): 217-234. Disponible en:
<https://www.revistaaen.es/index.php/aen/issue/view/num-142/2>
36. Santos A. Allá donde se cruzan los caminos: grupo terapéutico/grupo whatsapp. En Irazábal E (coord.). Situaciones grupales difíciles en salud mental. Madrid: Editorial Grupo 5. 2014; p. 187-197.
37. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Elsevier Masson, 2002.
38. CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
39. Sallés M. Grupo de jóvenes: una oportunidad relacional para salir del aislamiento. Teoría y práctica grupoanalítica. 2013; 3(2):195-207. Disponible en:
<https://www.grupoanalisis.com/la-revista-de-grupo-analisis/>
40. Catalá-López F, Gènova-Maleras R, Álvarez-Martín E, de Larrea-Baz NF y Morant-Ginestar C. Carga de enfermedad en adolescentes y jóvenes en España. Revista de psiquiatría y salud mental. 2013; 6(2): 80-85. Disponible en <https://medes.com/publication/84542>
41. Smith ML, Glass GV, Miller TI. The benefits of Psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1980.
42. McRoberts C, Burlingame GM y Hoag MJ. Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. Group Dynamics: Theory, Research, and Practice. 1998; 2(2): 101-117. doi: 10.1037/1089-2699.2.2.101
43. Leichsenring F. Psychodynamic psychotherapy: A review of efficacy and effectiveness studies. En Levy RA y Ablon JS (Eds.). Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy. Current clinical psychiatry. Humana Press. 2009; p. 3-27. doi: 10.1007/978-1-59745-444-5_1
44. Gómez Esteban R. la Clínica Grupal Operativa: un potente instrumento para una Psicología/ Psiquiatría clínica, comunitaria y social. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria. 2023; 20 (1): 34-63. Disponible en: Disponible en:
<https://aen.es/wp-content/uploads/2023/05/cuad-de-psiquiatria-vol-20-5-COMPLETA-1.pdf>
45. Morenilla E. Psicoterapia de grupo en la infancia y la adolescencia. Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2021; 25: 1-14. Disponible en:
<http://www.area3.org.es/uploads/a3-25-Psicotgrupro-infanciayadolescencia-EMorenilla.pdf>

46. Segura-Frontelo A, Álvarez R, López de Lerma V, Rincón F y Baca-García E. Transición de la atención en salud mental infantil y adolescentes a la atención en adultos: un desafío no resuelto y una oportunidad. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2020; 13(4): 180-183. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-pdf-S1888989120300720>
47. Capitán M y Artigue J. Estudio y detección de factores de riesgo en la infancia: un estudio retrospectivo a través del cuestionario LISMEN. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2020.; 40 (137):93-108. Disponible en: <http://www.revistaen.es/index.php/aen/issue/view/1340/numero%20137>
48. Rodríguez-Zafra M. y García L. La cohesión grupal: Factor terapéutico y requisito para la creación de un grupo de terapia. *Revista de Psicoterapia*. 2022; 33(121):71-84.
49. Gómez Esteban R. En la clínica grupal, el grupo es el principal agente terapéutico, por la producción de factores terapéuticos grupales. *El discurso grupal. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. 2022; 26: 1-20. Disponible en: <http://www.area3.org.es/uploads/a3-26ElGrupoelprimeragenteterapeutico-RGomezEsteban.pdf>
50. Cuenya L y Ruetti E. Controversias epistemológicas y metodológicas entre el paradigma cualitativo y cuantitativo en psicología. *Revista Colombiana de Psicología*. 2010; 19 (2) 271-277. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/804/80415435009.pdf>
51. Yalom ID. *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós, 1998.

- Recibido: 02/11/2023.
- Aceptado: 28/12/2023.

Familias que enferman, familias que se sanan: experiencia de establecimiento de un grupo de familiares en comunidad terapéutica de salud mental.

Families that fall ill, families that heal: experience of establishing a group of relatives in a mental health therapeutic community.

Laura Rivera Megías. P. I. R. - 3.

Isabel María Morillas García. P. I. R. - 2.

María Villasante Holgado. P. I. R. - 4.

David Briones Marquina. F. E. A. Psicología Clínica.

Comunidad Terapéutica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Resumen: Este artículo recoge la demanda de los familiares de pacientes de la Comunidad Terapéutica del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada de un espacio de contacto, acompañamiento y ventilación emocional, sumado al trabajo terapéutico grupal, para estas familias. Presenta las primeras fases de su creación, adaptación y recorrido a lo largo de tres ediciones hasta su formalización e introducción en la cartera de servicios de Comunidad Terapéutica gracias al trabajo conjunto de profesionales y familiares, reflexionando sobre los beneficios de esta intervención en pacientes con TMG y las líneas de actuación terapéutica que propuestas comunitarias abren.

Palabras clave: salud mental, comunidad terapéutica, grupos de familiares, familia.

Abstract: This article presents the demand from the relatives of patients at the Therapeutic Community of the Virgen de las Nieves University Hospital in Granada for a space of contact, support, and emotional ventilation, in addition to group therapy work, for these families. It describes the initial phases of its creation, adaptation, and progress over three editions until its formalization and inclusion in the portfolio of services of the Therapeutic Community, thanks to the collaborative efforts of professionals and family members. It reflects on the benefits of this intervention for patients with mental health disorders and the therapeutic approaches that community proposals open up.

Key words: mental health, Therapeutic Community, group psychotherapy, family.

1. Introducción

A lo largo de la historia de la psiquiatría se ha tendido a excluir a la familia del tratamiento de los pacientes con trastorno mental. Es tras la reforma psiquiátrica cuando se comienza a señalar la importancia del papel de los familiares en el curso y evolución de la enfermedad y el tratamiento (1). En concreto, en Andalucía no es hasta los años 1980-1990 cuando se da inicio a este proceso de desinstitutionalización, y se empieza a reflexionar sobre cómo el enfoque de tratamiento imperante hasta ese momento para

las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) fallaba a la hora de ofrecer un apoyo adecuado que pudiera satisfacer todas las necesidades de estos pacientes (1). Debido a estos cambios y a las nuevas formas de atención ofrecidas a las personas con trastorno mental grave, la familia pasa a tomar un papel más activo y central en el tratamiento (2). Ya que se genera un cambio en la concepción de este elemento y se empieza a ver necesario incluirla de forma más activa, considerándola un factor de apoyo en el tratamiento de los pacientes (3).

La irrupción de un diagnóstico relacionado con la salud mental, especialmente si se trata de un trastorno mental grave, genera en la familia nuevos temores, mucha incertidumbre y preguntas, suponiendo una importante fuente de estrés en las personas que lo sufren y en los familiares (2). Esta nueva realidad puede promover cambios en la entidad familiar, tanto en la forma de relacionarse con el paciente, como en la propia dinámica familiar, pudiendo crearse nuevos conflictos que debilitan e incluso provocan rupturas en la familia, poniendo a prueba la capacidad de afrontamiento y las estrategias usadas hasta el momento (4). Relacionado con esto y muy presente en estas familias, aparece el concepto de Emoción Expresada, que hace referencia a la forma en la cual la familia se relaciona con la persona con un trastorno mental. Está caracterizada, especialmente, por comentarios críticos, un clima hostil y una alta implicación emocional (5). Todo esto es fundamental para poder entender la importancia que tiene el entorno familiar en la evolución clínica de las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave, ya que la emoción expresada se relaciona con las recaídas, los empeoramientos clínicos del paciente y con la forma de responder a las nuevas dificultades (5).

Las familias son el nexo fundamental del paciente, especialmente como fuente de protección y recuperación (2), y ante estas situaciones suelen encontrarse desbordadas. Lo que genera que soliciten ayuda, escucha, comprensión y pidan información sobre la clínica, sobre tratamientos específicos y psicosociales, así como recursos sociales y comunitarios disponibles (4). Es esencial, cuidar a esta familia y prevenir el desgaste emocional que puede producirse cuando un miembro de la misma es diagnosticado de un trastorno mental grave, ya que es innegable la función primordial que la familia tiene, pero en ocasiones, se sienten desatendidas por el sistema sanitario (3). Al igual que el paciente, la familia es un elemento que tiene necesidades propias, ya sea por temores e inseguridades acerca de los cuidados necesarios o debido a las dudas sobre el inicio y desarrollo del trastorno mental. Tratando de integrar las necesidades del paciente y la familia, se hace necesario crear espacios donde poder encontrarse con apoyos que cubran sus necesidades de "cuidadores que se olvidan de ellos mismos" (3).

En base a esto, surge el espacio grupal destinado a las familias en la Comunidad Terapéutica del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, ya que multitud de estudios confirman la importancia y eficacia de los espacios de expresión de emociones y sentimientos en la reducción de las recaídas y en la mejora de la sintomatología (4). La posibilidad de disponer de estos espacios de escucha, donde poder compartir sus emociones y preocupaciones con otras personas que están pasando por una situación similar, así como poder solucionar sus dudas sobre los síntomas, las posibles causas o el afrontamiento de esta situación, es vital para mantener y aumentar la calidad de vida de las familias y de las personas con un diagnóstico de salud mental. Así, compartir experiencias y vivencias de cada núcleo familiar favorece la universalidad y comprensión, al ser situaciones muy semejantes y compartidas (6).

La Comunidad Terapéutica del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada es una unidad de atención hospitalaria de media y larga estancia para personas con un diagnóstico de trastorno mental grave. El objetivo primordial es la reintegración en la sociedad y normalización de la vida de los pacientes, proporcionando atención activa y continuada con orientación biopsicosocial y con un equipo multidisciplinar. La finalidad es la creación de un ambiente terapéutico participativo y dinámico en el que se promueve la toma de decisiones por parte de los pacientes hospitalizados. La cartera de servicios que ofrece se divide por áreas. El área familiar y red social de pertenencia se basa en: intervenciones familiares (orientación y apoyo), intervenciones domiciliarias (valoración, intervención en crisis, "enganche", supervisión de alojamientos protegidos, entrenamiento para la vuelta a casa), psicoeducación y terapia familiar; recuperación, ampliación e intervención en la red social. El área social atiende: prestaciones socioeconómicas, actividades de ocio, salidas culturales, actividades físico-deportivas, talleres de terapia ocupacional, acompañamiento, asambleas. Para los cuidados y las

actividades de la vida diaria cuenta con: programas de autocuidados, educación para la salud, taller de cocina, piso de entrenamientos, taller de habilidades comunitarias. Finalmente, el área terapéutica se fundamenta en: psicoterapia (individual y grupal), tratamiento psicofarmacológico, psicoeducación, rehabilitación cognitiva, habilidades sociales y de afrontamiento (7).

En el presente trabajo se pretende describir el desarrollo y la experiencia vivida en la creación de un grupo de apoyo para los familiares de las personas que están en tratamiento en la Comunidad Terapéutica. Se coloca un especial énfasis en la necesidad de escuchar a estas familias, ya que se trata normalmente de personas con un largo recorrido por los servicios de salud mental, pero que en muchas ocasiones continúan tan desbordadas como al inicio, demandando ayuda y comprensión. De igual manera, se abordan las dificultades encontradas a lo largo del proceso de creación de este espacio grupal y las diferentes soluciones que se han intentado poner en marcha.

2. Presentación y descripción del grupo: el surgir de las familias

2.1. Historia del Grupo

La historia de este espacio grupal se inicia en el año 2021, al reflexionar residentes de psicología clínica y tutores sobre la necesidad de crear un espacio para las familias de las personas ingresadas en la Comunidad Terapéutica que forme parte de la actividad asistencial realizada en la atención continuada de los residentes. En este primer momento, se crea un espacio grupal coordinado por un residente de primer año y otro de segundo año, realizado de forma quincenal en horario de tarde y supervisado por los tutores en los espacios mensuales de docencia, en los cuales se abordan las dudas y las dificultades acontecidas a lo largo de este proceso.

Las personas a las que nos referimos son pacientes de media-larga evolución, en los que ya están cubiertas las necesidades clínicas, pero han quedado desatendidas las necesidades de sus familias. Así, se crea el grupo de familiares de Comunidad Terapéutica, el cual se inicia facilitado por el interés de las familias y el agradecimiento a los profesionales, sirviendo de espacio “individual” para las familias, donde inicialmente traen preocupaciones sobre el enfermo, siendo el objetivo final el trabajo sobre ellos mismos. Se pretende salvar la trampa del silencio y aislamiento del trastorno en la familia, promoviendo un acercamiento a la enfermedad por medio de la experiencia grupal que provoque menos temor y buscando promocionar un espacio en el que se sientan libres de comentar las experiencias vividas y compartir la historia de vida del núcleo familiar. Se proyecta crear un grupo donde la interacción emocional sea auténtica y adecuada, con la seguridad y confianza de ser un espacio donde cada uno de los miembros tiene algo en común.

Este primer grupo se desarrolla durante los meses de septiembre y diciembre de 2021. Incluye familiares de pacientes de las diferentes modalidades terapéuticas disponibles en la Comunidad Terapéutica, desde personas que acuden en régimen de hospital de día, a personas que están en modalidad de ingreso total, así como aquellas que acuden únicamente a citas de seguimiento con sus facultativos referentes de dicho servicio. Junto con los facultativos del servicio, se seleccionan a aquellas familias más interesadas y que desean involucrarse en dicho espacio grupal. Los familiares interesados en asistir son en su mayoría madres y padres, pero también hermanos y otros familiares implicados en el cuidado del paciente. Se configura como un grupo semiestructurado psicoeducativo cuyo contenido más teórico se basaba en manuales destinados a las familias sobre manejo y comprensión de la enfermedad mental (“Entender las psicosis: Hacia un enfoque integrador”, Tizón, 2013 y “Familia y psicosis: Cómo ayudar en el tratamiento”, Tizón, 2014), pero en el cual se trata de fomentar el diálogo y la descarga emocional de los participantes. De esta forma se intenta que, aunque se resuelvan dudas sobre la clínica y se ofrezca información sobre síntomas y aspectos teóricos relacionados con los trastornos mentales graves, sea un espacio donde compartir preocupaciones, experiencias, miedos y donde sentirse escuchado, acompañado y comprendido. Antes de terminar la sesión grupal, se realiza una lectura final a modo de resumen de los temas que se han tratado.

Este primer acercamiento al trabajo con los familiares, a pesar de haber sido muy demandado por los mismos, cuenta con una escasa asistencia a la mayoría de las sesiones, lo que lleva a replantear el grupo en los meses venideros.

A partir de enero del año 2022, se cambia la frecuencia del espacio a mensual y se decide que puedan asistir todas las familias de la Comunidad Terapéutica, siendo la asistencia libre y voluntaria. Se desecha la estructura psicoeducativa y se apuesta por un espacio de acompañamiento, descarga emocional, escucha y debate libre, ya que, tras el desarrollo grupal previo, se concluye que este es el formato que prefieren las familias. Cada sesión se destina a una temática, elegidas en base a sus demandas y a los temas que tratan de forma más frecuente. De este modo se pretende que cada familia pueda asistir el día que se trate un tópico de su interés. Las temáticas elegidas son: el origen de la enfermedad y la irrupción del diagnóstico; cuidar a los que cuidan: atención a las familias, recursos comunitarios; convivencia: manejo de crisis y conflictos cotidianos; tránsito: recuperación, recaídas, trabajo e independencia; lo social: los amigos, el rol de cuidador, el rechazo y la soledad. Nuevamente, la asistencia al espacio grupal es moderada, lo que lleva al grupo a una dinámica reiterativa en la que las mismas familias asisten y repiten los mismos temas día a día, mostrando mínima escucha y nexo entre ellas y solo una tenue ventilación emocional, siendo las temáticas acordadas completamente ignoradas en muchas ocasiones.

En mayo de 2022, teniendo en cuenta la experiencia hasta este momento, se vuelve a replantear la concepción del grupo. El motivo principal para continuar intentando mejorar este espacio grupal es que muchas de las familias continúan mostrando interés por este espacio, como lugar en el que compartir y calmar la angustia. Paralelamente, desde la Comunidad Terapéutica se concibe este trabajo grupal como una parte fundamental para el tratamiento de las personas que allí se atienden. Debido a esto, se replantea nuevamente el grupo, se decide primar la función de ventilación emocional en cada sesión, si bien será dirigida por las coordinadoras y en ningún caso ocupará el grueso de la sesión. También se acuerda con los facultativos de la Comunidad Terapéutica realizar reuniones periódicas en las cuales poder hablar y reflexionar sobre el espacio grupal, los familiares y los pacientes.

2.2. Dinámica actual, desde mayo de 2022 hasta la actualidad

En esta última edición del grupo para familiares, se programan 9 sesiones grupales con una duración de 90 minutos y frecuencia mensual, el último martes de cada mes en Comunidad Terapéutica, al igual que en los grupos anteriores.

Se decide que sea un grupo de carácter cerrado, siendo las familias participantes seleccionadas previamente junto con los facultativos del servicio. Solo se cuenta con las familias que acuden a la primera y excepcionalmente a la segunda sesión, aplazando la posible incorporación del resto de interesados a la siguiente edición del grupo. En base al aprendizaje y la experiencia de las ediciones anteriores, y recogiendo las quejas expresadas por los participantes del grupo a lo largo de los meses de desarrollo del espacio, se les hace particular hincapié en la importancia de comprometerse con la asistencia al grupo, y se acuerda que si no se cuenta con un mínimo de tres familias no se realizará la intervención grupal, intentando de esta forma aumentar el compromiso de los participantes. También se les vuelven a explicar las normas necesarias para la correcta realización del grupo, como son, aparte de la ya mencionada asistencia, la puntualidad, la escucha, el respeto y la confidencialidad.

Se mantiene la lectura del resumen y temas tratados durante la misma antes de terminar la sesión, si bien no se reintroduce el carácter psicoterapéutico, sí se estructuran y regulan las sesiones de modo que se delimitan espacios temporales para cada tema, siendo los contenidos acotados por las coordinadoras y previamente pactados con el grupo, sin detrimento de los temas actuales que los propios participantes puedan aportar espontáneamente al grupo en los espacios diseñados a este fin. Tras 5 sesiones se reevalúa el desarrollo del grupo, pudiendo introducirse cambios, salidas de familia y entradas de otras, a modo de corredor terapéutico.

Las sesiones se dividen en tres espacios: en primer lugar, se dedica un tiempo a la ventilación emocional y acompañamiento grupal, compartiendo las familias las complicaciones, preocupaciones y conflictos del último mes, esta parte se denomina *"en todos lados se cuecen habas"*. En un segundo momento del grupo se trata de exponer la realidad de cada familia, quién son y cómo se ha modificado su forma de relacionarse y comportarse en familia, a lo que se ha llamado *"cada familia es un mundo"*. Para finalizar, se da un espacio para hablar sobre los momentos de inseguridad y dudas en los cuidados de sus familiares, este último momento grupal se ha nombrado como *"los malos cuidadores"*.

Asimismo, se plantean formalmente los objetivos de este grupo terapéutico, siendo el primero de ellos tratar de proporcionar a los familiares un conocimiento adecuado sobre el trastorno mental y su papel como interventores, así como recursos disponibles para su afrontamiento. También se intenta crear un espacio de debate y escucha, donde los familiares puedan compartir experiencias, preocupaciones, miedos, angustias y esperanzas; estableciendo un lugar donde liberar el bloqueo emocional y experiencial que se ha generado tras la aparición del trastorno mental. De la misma manera, se trata de que las familias puedan expresarse libremente y explorar sus preocupaciones sobre su papel en el desarrollo y evolución del trastorno mental y sobre su rol de cuidadores.

Esta última edición del espacio grupal, se desarrolla con más éxito en lo relativo al compromiso con la asistencia, así como participación activa en el mismo y en las diferentes dinámicas establecidas. Tanto ha sido el éxito y la satisfacción de las familias con el trabajo grupal, que han demandado insistentemente dar inicio a un espacio grupal multifamiliar, al cual puedan asistir familias y pacientes de la Comunidad Terapéutica. Esta petición ha sido muy bien recibida por parte de las coordinadoras del grupo, así como de los facultativos de la Comunidad Terapéutica. En el momento actual se está planteando desarrollar este nuevo espacio grupal, que contará con un equipo de coordinación formado por los dos psicólogos clínicos de la unidad y residentes de psicología clínica.

3. Recorrido y evolución grupal

Durante las dos primeras ediciones del grupo, la falta de asistencia y de compromiso con el espacio dificulta su desarrollo, provocando incluso que en alguna ocasión no pueda realizarse. Esto genera que, en muchas ocasiones, el espacio grupal se convierta en un lugar destinado únicamente para la queja y para relatar repetidamente la historia de la enfermedad de su familiar, intentando buscar los motivos que justifiquen la evolución sufrida. Por ejemplo, haciendo referencia al consumo de drogas, situaciones de violencia de género en los progenitores o divorcios complicados *"es una persona débil"*, *"eso es por los porros"*, *"nosotros no hemos tenido esos problemas, siempre hemos sido una familia tradicional"*, *"no hemos tenido problemas económicos"*, *"eso es por no tener un padre y una madre"*.

Durante estas primeras etapas del grupo, no solo el equipo coordinador es consciente de esta dificultad, las propias familias convocadas a participar en este espacio expresan su malestar con esta situación y hacen comentarios como *"nosotros no fallamos nunca"*, *"aquí no viene nadie"* o *"siempre cuenta lo mismo"*.

Tras seis meses de reuniones mensuales en el nuevo formato grupal, se configura un espacio duradero, que cuenta siempre con la asistencia de tres familias, inclusive parejas en las que un miembro acude aun cuando el otro no puede, suponiendo para muchas de ellas un esfuerzo adicional al tratarse de progenitores de avanzada edad que dependen de transporte público desde pueblos alejados. El grupo incluye familias de largo recorrido (más de veinte años de enfermedad, más de tres años en Comunidad Terapéutica), junto con familias recién llegadas a este recurso y con menos años de enfermedad (tres años de enfermedad, dos semanas en Comunidad Terapéutica), forjándose dinámicas de maternaje, acompañamiento y sostén emocional recíprocas. Las familias veteranas aportan información y experiencia, las nuevas; ilusión y diálogos diferentes, caracterizándose las interacciones por un marcado clima de respeto, escucha y validación emocional.

En las familias de mayor recorrido suelen asistir en parejas de progenitores o de forma individual acudiendo solo la madre. Cuando son parejas toma la voz principal la madre, refiriendo los padres en muchas ocasiones *"no tengo nada que decir, ya lo ha dicho todo mi mujer"*. Cuando esta dinámica se rompe, se pueden observar cambios en la comunicación y en la información que se aporta al grupo, como ocurrió en una ocasión en la cual solo acudió el padre de la pareja de progenitores más veterana. Aportó una nueva imagen y un nuevo discurso en el que se desvelaron nuevas ideas que no se habían escuchado en el grupo hasta el momento, como lo relacionado con la sexualidad: *"mi hijo se enfermó, las medicinas le producían disfunción eréctil y dejó a su pareja por esto, después la medicación, y esto ha sido motivo de gran frustración para él y desaliento para nosotros"*. Por el contrario, en familias de reciente incorporación (menos de un año), se observa una forma de participación en el grupo más igualitaria y con un lenguaje común acerca de la repercusión de la enfermedad en la vida familiar.

Desde que se inicia este espacio grupal para las familias, hay una serie de temáticas y preocupaciones que se tratan de forma recurrente. La primera de ellas es la preocupación por el curso y desarrollo del trastorno mental, preocupaciones sobre el futuro del familiar y su desarrollo y realización personal. Al tratarse de progenitores de avanzada edad, es muy frecuente expresar estos miedos con frases como *"el futuro preocupa, hay que dejarlo todo arreglado para él"*, *"te queda poca madre"*, *"el día que yo me vaya, que me lo cuiden"*, *"conmigo no le ha faltado de nada, que lo tengan atendido"*, *"qué será de él cuando yo me muera"*, así como la expresión de sentimientos de culpa al sentir que cuando fallezcan tendrá que asumir los cuidados otro miembro de la familia *"no quiero dejarle esta carga a sus hermanos"*, *"yo estoy con él porque es mi hijo, si no, no estaría"*. Relacionado con esto, se trata en múltiples ocasiones la preocupación por si sus hijos y familiares podrán llevar una vida independiente y autónoma en el futuro, expresando su incertidumbre sobre si podrá retomar sus estudios o encontrar un trabajo digno: *"me da miedo que esté siempre mal"*.

Otro tema que aparece de forma muy frecuente es el relacionado con el estigma. Hablando sobre cómo se ha respondido y responde el círculo más cercano de familiares y amigos ante la aparición de un trastorno mental, como se puede ver en intervenciones como *"hemos tapado demasiado"*, *"te quedas solo, te das cuenta de quién estaba de verdad"*, *"antes había casos en la familia, pero de eso no se hablaba"*, *"te dejan solo"*, *"le dije a mi hijo "está enfermedad va a ser tu desgracia y la nuestra"*, y a mi hija le dije que se casara y se fuera de casa, que si no se iba a volver loca ella también". Son numerosas las ocasiones en las que se expresa la queja de falta de comprensión y de ayuda por parte de la sociedad *"la salud mental es lo último"*, así como la sensación de no sentirse escuchados, apoyados ni ayudados por parte de los servicios sanitarios a lo largo del desarrollo del trastorno mental de su familiar *"yo no entendía nada andaba porque tenía que andar, comía porque tenía que comer vas como flotando, como un zombie, nadie te ayuda"*.

Asimismo, se abordan en múltiples ocasiones las dudas y el desconocimiento acerca de los efectos derivados de la toma de medicación (*"la clozapina es un antidepresivo"*, *"lo mejor el risperdal"*, *"con esa inyección parecía una planta"*), llevando en ocasiones a un desconocimiento de la conducta propia de su familiar, la derivada de la enfermedad y la derivada de la toma de medicación *"esta enfermedad los vuelve holgazanes"*, *"tontos no son, se enteran de lo que les interesa"*, *"le falta vida con la medicación, llega a casa y no hace nada"*. También surgen dudas relacionadas con la convivencia, con cómo resolver los conflictos del día a día, preguntando cuál es la mejor forma de tratar a sus familiares, expresando mucho miedo a poder hacer o decir algo que empeore los síntomas (*"¿qué solución habría para sobrellevar un poco más esto?"*, *"quizá es más blando porque lo sobreprotegimos"*, *"le hablo como amiga, como madre ya no sabes cómo ayudarlo"*). Todo el trabajo grupal se ve atravesado por el desarrollo del duelo por el hijo ideal perdido, que sigue vigente incluso tras varias décadas de enfermedad (*"mi hijo ya no es mi hijo, y tú querrías que volviera"*, *"estaba enfermo y engañó a los del tribunal médico así de listo era, tenía varias carreras, lo pretendían todas las jóvenes del pueblo"*, *"no se le puede hacer caso a nada porque no está bien"*) pudiendo dar paso progresivo a la integración de la persona *"mi hijo siempre ha sido muy listo, antes de que pasara esto, y ahora"*, *"él es muy noble, aun enfermo se preocupa mucho por mí"*, *"ahora dice que quiere retomar los estudios, y me da miedo por si vuelve a ponerse peor... pero tenemos que apoyarlo, es su vida"*, *"si yo hubiera estado como él, me habría deprimido como él"*, *"hay que darles confianza, ver el trabajo que están haciendo"*.

En esta última etapa del grupo también se trabaja en lo relacionado con el tiempo en familia, refiriéndose con esto a las actividades de ocio y tiempo compartido en familia, se proponen planes para hacer durante el mes con el familiar que luego comparten con el grupo (*"incluso cuando una persona está normal, el no hacer nada es malo", "ha venido por primera vez en 6 años a pasar las vacaciones a casa", "ahora sonrío y habla con la gente, ha soplado las velas de su cumpleaños"*).

La máxima de Moreno, *"sanamos en grupo"* (8), queda patente en la tímida pero tenaz asistencia de los participantes, especialmente por parte de la familia más veterana, en la que, de modo progresivo, la madre de un paciente ha podido moverse de una postura defensiva y lejana a la enfermedad (*"esto es algo que nos ha tocado, no es culpa mía"*), a una progresiva ruptura en sesión con sostén del resto de familias (*"tuve que sacarlo de casa porque me iba a enfermar yo también", "atranco la puerta por la noche para dormir porque esta gente es peligrosa"*). Para pasar en el momento actual, al surgimiento de nuevas cogniciones respecto a la enfermedad, su familiar y sí misma (*"me arrepiento de no haberle exigido menos, yo me di cuenta de que no estaba bien", "él siempre ha sido una persona muy inteligente... incluso ahora lo es"*).

Se encuentran las mismas preguntas y miedos en ambos tipos de familia, enriqueciéndose ambas de la confluencia de múltiples puntos de vista, como son los sentimientos de responsabilidad de un padre hacia sus hijos, el estigma, el abandono y las oscilaciones entre indulgencia y exigencia. Destacando los familiares con frecuencia su agradecimiento con los profesionales y con la existencia de este recurso, así como la queja por la desatención comunitaria y escasez de recursos, el estigma social y la desvinculación familiar, el duelo por el hijo ideal y el miedo por el devenir de un hijo muchas veces experimentado como frágil y dependiente, cuando no peligroso para sí mismo y los otros. En este punto, es fundamental la coordinación con profesionales de la de la salud mental, que despejan dudas farmacológicas, emocionales y conductuales, ya que en muchas ocasiones se plantean dudas relacionadas con si son vagos o están inhibidos por la medicación, o demasiado aterrados por la producción sintomatológica, si siguen *"estando ahí"*, bajo la medicación y los síntomas psicóticos o si son otras personas después de la enfermedad. Igualmente es de gran importancia, la conexión con recursos comunitarios como actividades formativas que fomenten la curiosidad y motivación que los familiares anhelan para sus hijos, ayudas económicas y sociales, acceso a vivienda y empleo protegidos y redes de encuentro.

La dinámica que atraviesa al grupo a lo largo de su realización supone el progresivo agotamiento de la queja y establecimiento de un enemigo común exterior (*"esta gente está enferma y no hay recursos, no los entienden"*), la fantasía del tratamiento en Comunidad Terapéutica (*"aquí saben qué hacer con ellos, es otro desde que está aquí, vuelve a casa y no lo puedo controlar"*) y, finalmente, la asunción de agencia y reconocimiento (*"creo que lo que tienen aquí son límites, reconocer una autoridad, tareas que los motivan y distraen vuelve a casa y entramos en la rutina de siempre, quizá lo he sobreprotegido, seguro que pude haberlo hecho mejor, pero sé que a día de hoy hay cosas que hago bien"*).

4. Dificultades y conflictos encontrados a lo largo del proceso de creación del grupo

Pese a la progresiva adherencia de familias al grupo, y, por tanto, del grupo a la institución, se han presentado numerosas dificultades en la creación y mantenimiento de este espacio.

La primera dificultad que ha surgido a lo largo del desarrollo de este espacio grupal ha sido la relacionada con la representación física y simbólica del espacio grupal. No existe un espacio físico para llevar a cabo el trabajo grupal formal en Comunidad Terapéutica, sino que se utiliza un salón de reuniones, comúnmente conocido como *"sala de la tele"*, ya que se trata de una zona de ocio que se utiliza para realizar la mayor parte de las reuniones llevadas a cabo por los profesionales del servicio. Tras más de un año de trabajo en este espacio, aún son numerosos los profesionales que desconocen su existencia,

aún más su función. Por lo que no solo se trata de una falta de espacio físico propio, sino también de una escasa representación simbólica en los profesionales sanitarios que trabajan en este servicio. Esto se puede explicar por la gran variación y movimiento de personal, especialmente entre el turno de mañana y de tarde del servicio. Esto ha ocasionado numerosos problemas a la hora de establecer una línea fluida de comunicación entre familiares-Comunidad Terapéutica-responsables del grupo. Para intentar solucionar esta cuestión, se han promovido múltiples reuniones con los facultativos del servicio, así como con el personal de enfermería y auxiliares. También se ha recurrido a utilizar carteles informativos, reparto de trípticos con las fechas y horario de desarrollo del espacio, y elaboración de protocolos de comunicación.

Otro de los obstáculos que han surgido a lo largo del desarrollo del grupo ha sido el escaso compromiso y la escasa asistencia por parte de las familias, a pesar de haber demandado este espacio. Muchas veces explicada por el problema de representación, pero también por la dinámica grupal, y por las características de las propias familias. Pese a la selección familiar de esta última edición, muchos participantes tienen dificultades de desplazamiento, gran carga familiar, sentimientos de culpa resistenciales, variada complejidad socio-económica que les impide comprometerse con una asistencia regular.

Debe a esto sumarse el efecto que para muchos familiares produce el ingreso de su familiar en Comunidad Terapéutica: una instancia para dejar reposar un vínculo que se ha podido ver dañado por las dificultades de convivencia derivadas de la enfermedad, un cese al cuestionamiento de su valía personal como cuidadores, al delegar en la institución para esta tarea. Esta es una posible explicación de la con frecuencia encontrada falta de contacto entre el paciente y sus familiares, que en el trabajo grupal surge como problemas de captación de interesados y escasa implicación en el trabajo.

Durante estos meses de trabajo se ha hecho patente lo pionero de la creación de este espacio grupal y la escasa conexión que tiene con el resto de actividades asistenciales realizadas en el servicio. A pesar de las nuevas aspiraciones de Comunidad Terapéutica, no existe modo de reflejar la asistencia o trabajo con los familiares, ni en la historia clínica de los pacientes ni en ningún otro espacio. No existe comunicación fluida entre profesionales, revisión de casos multidisciplinaria, no existe un enfoque para abordar al paciente en su familia, quedando el trabajo grupal de sus familiares limitado a la intervención sobre estas, sin posibilidad de integrarlo en un cuidado del paciente, ni de la familia como sistema.

Son la insistencia de las familias asistentes junto con la defensa de la necesidad y utilidad de estos espacio movida por las residentes de psicología clínica, amparadas en la escucha de los profesionales de Comunidad Terapéutica, especialmente los psicólogos clínicos de la unidad entre los que se encuentra el tutor de residentes, las que están permitiendo un diálogo abierto en la línea familiares-Grupo de familiares-Comunidad Terapéutica, planteándose por primera vez la integración de este espacio grupal en la cotidianeidad de los servicios de Comunidad Terapéutica.

5. Conclusiones y líneas futuras

La Comunidad Terapéutica del Hospital Universitario Virgen de las Nieves impulsa desde hace años la conceptualización de este recurso como punto de inflexión en el tratamiento del Trastorno Mental Grave, suponiendo un espacio de cuidado intensivo que devuelva a pacientes con trastornos graves, pero importantes aptitudes de mejoría, de vuelta a la comunidad, la de fuera de la institución, a una vida funcional y adaptada; en oposición al residual concepto de las comunidades terapéuticas como herederas de un modelo asistencial clásico desplazado del psiquiátrico. Es por esto que se ha encontrado un incremento del perfil de familias con pacientes en su veintena, que comparten en igual medida expectativas de reintroducción en la comunidad como miedo a la magnitud de la enfermedad, y que destacan el papel orientativo del grupo, versus familias más antiguas, que destacan el papel de sostén y acompañamiento. Es compartida por todas las demandas de mantener este espacio, que se constituye más sólidamente cada mes en esta nueva concepción de la comunidad terapéutica, más comunitaria que nunca.

Tras el trabajo realizado en la creación, adaptación y consolidación de este grupo terapéutico, queda patente su demanda sostenida por parte de familiares, dando visibilidad a multiplicidad de familias, angustias y encuentros. Desbloqueando una visión de Comunidad Terapéutica y comunidad basada en lo reiterativo y estancado, siguiendo la corriente de recuperación e integración, de la que la familia toma parte activa, viéndose esto en el grupo en la reciente petición de espacios multifamiliares, en los que las familias puedan encontrarse auténticamente completas, incluyendo a los familiares por los que asisten.

Del mismo modo, desde Comunidad Terapéutica se han impulsado reuniones multidisciplinares que reúnen a todos los profesionales y suponen un abordaje y seguimiento integral de los pacientes, planteándose interrogantes y respuestas por parte de unos y otros.

Si se entiende al paciente como pieza de un sistema familiar implicado en su recuperación, y con esta premisa se lo introduce en un espacio de tratamiento intensivo, es consecuente entonces sanar igualmente la relación con su red en este espacio. Fomentando un diálogo entre profesionales que, a modo de familia sanadora, recojan al paciente y lo devuelvan a la comunidad, a la familia.

Contacto: Laura Rivera Megías ✉ laura.rivera.megias.sspa@juntadeandalucia.es

Referencias bibliográficas

1. Análisis histórico de la Reforma Psiquiátrica andaluza: los inicios y el proyecto José Carmona Calvo Francisco del Río Noriega Servicio Andaluz de Salud. Cuadernos de Trabajo Social no 4 (1991-1992).
2. Tizón J.L. (2014). Familia y psicosis: Cómo ayudar en el tratamiento. Barcelona: Herder.
3. Ribé Buitrón J, Valero Valverde M, Pérez-Testor C. Grupo de familiares de pacientes con trastorno mental severo: Aspectos dinámicos, técnicos y reflexivos a partir de una experiencia terapéutica grupal (Nota 1). Avances en salud mental relacional. 2011; 10 (2).
4. Cabrera J, Fuertes J, Rodríguez A. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). (2000). La esquizofrenia de la incertidumbre a la esperanza: la esquizofrenia en la familia.
5. Brown G, Monk E, Carstairs G, Wing J. The influence of family life on the course of schizophrenic illness. British Journal of Preventative Social Medicine, 1962; 16, 55-68.
6. Vinogradov, S. and Yalom, I.D. (2012) Guía Breve de Psicoterapia de Grupo. Paidós.
7. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. (15 de marzo de 2023). Comunidad Terapéutica de Salud Mental Virgen de las Nieves. Recuperado de: https://www.huvn.es/asistencia_sanitaria/salud_mental/unidades_de_salud_mental/comunidad_terapeutica_de_salud_mental_virgen_de_las_nieves
8. Moreno, J. L. (1934). Who Shall Survive? A new Approach to the Problem of Human Interrelations. Beacon House.

- Recibido: 09/08/2023.
- Aceptado: 05/12/2023.

El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) desde la perspectiva jurídica.

The Assertive Community Treatment (ACT) from a legal perspective.

Luis Fernando Barrios Flores.

Doctor en Derecho. Colaborador honorífico de Derecho Administrativo. Área de Derecho Administrativo. Departamento de Estudios Jurídicos del Estado. Facultad de Derecho. Universidad de Alicante.

Resumen: El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) es un modelo de asistencia psiquiátrica que viene implementándose en varios países, entre ellos España (Modelo Avilés). La propia Ley General de Sanidad apuesta por el tratamiento en el ámbito comunitario, el cual favorece la inclusión social del paciente y su participación en el proceso terapéutico. En este artículo se analizarán los aspectos jurídicos del TAC, concluyéndose que este modelo de atención es respetuoso con el marco legal nacional y con los instrumentos de referencia internacional sobre salud mental.

Palabras clave: Discapacidad psíquica. Tratamiento asertivo comunitario (TAC). Aspectos jurídicos.

Abstract: Assertive Community Treatment (ACT) is a psychiatric care model that has been implemented in several countries, including Spain (Avilés Model). The General Health Law itself is committed to treatment at the community level, favoring social inclusion of patients and their participation in the therapeutic process. This paper analyzes the legal aspects of the ACT and concludes that this care model is respectful both of the national legal framework and international regulations on mental health.

Key words: Mental disability. Assertive Community Treatment (ACT). Legal aspects.

1. El modelo constitucional y legal de atención de la salud mental

Nuestra Constitución (CE), reconoce el derecho a la protección de la salud (art. 43.1) (1-2), derecho igualmente reconocido en el art. 10.1 del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (TRLGDPD). Este reconocimiento está en sintonía con el art. 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (adoptado en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966) (PIDESC) que proclama "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".

Corresponde a los poderes públicos "organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios" (art. 43.2 CE).

Mas, el denominado derecho a la protección de la salud, no es un derecho fundamental, sino un principio rector de la política social y económica. En consecuencia, el reconocimiento, respeto y protección de este principio, informará la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos (art. 53.3 CE).

En base al precitado art. 53.3 CE, el art. 13.2.g) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS), dispone que la atención especializada comprenderá la atención a la salud mental, especificando tiempo antes, el art. 20.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) que “la atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario”.

Pese a esta decidida apuesta por el modelo de atención comunitaria, en caso necesario se puede producir la hospitalización del paciente en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales (art. 20.2). Bien entendido que deben potenciarse previamente “los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización” (art. 20.1 LGS). E incluso, cabe la hospitalización involuntaria “de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí” (arts. 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil –LEC–), 212-4 a 212.6 de la Ley 25/2010, de 29 de julio, del libro segundo del Código Civil de Cataluña, relativo a la persona y la familia y 36 Decreto Legislativo 1/2011, de 22 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba, con el título de Código del Derecho Foral de Aragón, el Texto Refundido de las Leyes civiles aragonesas.

El ingreso involuntario aparece reconocido en el art. 5.1.e) del Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, de 4 de noviembre de 1950 (CEDH), del Consejo de Europa (CoE). La posición sobre el tema de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) no es homogénea, ya que mientras la Convención sobre derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas, de 13 de diciembre de 2006 (CDPD) (art. 14) y sus instrumentos de desarrollo¹ se muestran contrarios a la privación de libertad de una persona discapacitada, el Comité de Derechos Humanos la admite, si es proporcionada².

El dispositivo asistencial en salud mental está encomendado a las Comunidades Autónomas (art. 51.1 LGS), salvo las excepciones de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla (cuyo sistema está gestionado por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria –INGESA–, art. 2.b) Real Decreto 118/2023, de 21 de febrero, por el que se regula la organización y funcionamiento del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria). En este sentido, las Comunidades Autónomas siguen la senda del art. 20.1 LGS, al apostar por el modelo de tratamiento ambulatorio/comunitario³.

1 Observación General núm. 1 (2014) y Directrices del Comité de Derechos de las Personas con Personas con discapacidad (2015).

2 Observación 35 del Comité de Derechos Humanos al art. 9 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (2014), § 19.

3 Andalucía: art. 18.2 Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

Aragón: art. 53.1 Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.

Asturias: art. 24.3 Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud.

Baleares: art. 17.1.b) Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears.

Canarias: Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023.

Cantabria: art. 9 Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria

Castilla-La Mancha: Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025.

Castilla y León: Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León 2003-2007.

Cataluña: Estratègies 2017-2020. Pla Director de Salut Mental i Adiccions; Plan de Salud Mental de Barcelona 2016-2022.

Comunidad Valenciana: art. 4. quater.1 Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana.

Extremadura: III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020.

Galicia: Plan de Saúde Mental de Galicia PostCovid-19 2020-2024.

La Rioja: art. 6.2.g) Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias.

Madrid: art. 16.b) Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Murcia: Programa de Acción para el Impulso y Mejora de la Salud Mental en la CARM 2019-2022.

Navarra: Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023.

País Vasco: Estrategia en Salud Mental de la CAPV 2010; Plan Estratégico de la Red de Salud Mental de Araba 2018-2022; Plan Estratégico 2018-2021 de la Red de Salud Mental de Bizkaia; Plan Estratégico 2018-2022 de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa.

La implementación de los postulados antedichos sobre salud mental se refleja en las llamadas estrategias, planes o programas en Salud Mental. Según establece el art. 64 LCCSNS, tanto la Administración Central, como las Autonómicas, deben elaborar planes integrales de salud “sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”. Dichos planes integrales establecerán criterios organizativos para una atención integral de las patologías, determinarán los modelos básicos de atención (prevención detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y especificarán actuaciones de reconocida efectividad, identificando los modelos de atención.

Debe señalarse que, aunque sin fuerza jurídica vinculante, existen instrumentos de organizaciones internacionales (ONU, Organización Mundial de la Salud –OMS- y CoE, en particular), que son referentes obligados y constituyen una especie de *soft law* o derecho blando. De diferente naturaleza son otros instrumentos que sí vinculan a España, en base a lo dispuesto en nuestra legislación⁴. Por otro lado, las Declaraciones de asociaciones internacionales, tales como la Asociación Médica Mundial (AMM) o la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP), tienen un valor deontológico.

2. Aspectos jurídicos del Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)

La elección de un modelo de atención en el ámbito comunitario de modo preferente, está justificada, desde una perspectiva jurídica, por los siguientes motivos:

2.1. Es un modelo no intrusivo de la libertad personal

El TAC es coherente con el principio *favor libertatis*. En otros términos, es respetuoso con el principio de restricción mínima. El principio de *favor libertatis* es característico del Derecho administrativo (3-4). Este principio está íntimamente relacionado con el principio de proporcionalidad –al cual haremos después referencia–, el cual tiene una estrecha relación con los derechos fundamentales (5-6), sirviendo para una adecuada interpretación de éstos (7-8), e igualmente con la actuación administrativa (9). No es principio exclusivo de nuestro Derecho, sino que también está reconocido en el Derecho comparado y en el Derecho comunitario (10-12).

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) (PONU’1991) consagran el derecho del paciente “a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros” (Principio 9.1).

En la misma línea, el CoE, ha reconocido el principio de restricción mínima, al disponer el art 8 de la Recomendación (2004) 10 del Consejo de Europa⁵ (Rec (2004) 10) que “las personas aquejadas de trastornos mentales deben tener el derecho de ser cuidadas en el entorno disponible menos restrictivo posible y beneficiarse del tratamiento disponible menos restrictivo o que implique menor intrusión, teniendo en cuenta las exigencias derivadas de su estado de salud y de la seguridad de terceros”.

4 En virtud de lo dispuesto en los arts. 96.1 CE y 1.5 del Código Civil, los Tratados y Convenios válidamente celebrados por España, una vez ratificados y publicados, forman parte de nuestro Derecho interno. Es el caso, por ejemplo, del PIDESC, del CEDH, del Convenio de Oviedo del Consejo de Europa y de la CDPD.

5 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 (adoptada por el Comité de Ministros, el 22 de septiembre de 2004, en el curso de la 896ª reunión de los Delegados Ministeriales).

También se ha pronunciado a este respecto la AMP⁶ cuando afirmó: “Los psiquiatras deben seleccionar intervenciones terapéuticas mínimamente restrictivas para la libertad del paciente”; incluso la intervención compulsiva debe llevarse a cabo con el principio de restricción mínima⁷.

Hay que dejar constancia no obstante de la postura de algunos autores norteamericanos que enfatizan un cierto carácter coercitivo del TAC (13-14). Sobre ello volveremos más adelante.

2.2. Favorece la autonomía e independencia del paciente

Nuestro ordenamiento jurídico reconoce el principio de autonomía del paciente en varias ocasiones.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006), ya enuncia en su Exposición de Motivos (apdo. 1), que “la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados”, lo que se justifica en base a la especial vulnerabilidad de estas personas. Se define en este texto legislativo la autonomía como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” (art. 2.1). Y, a su vez, la situación de dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (art. 2.2). Concluyendo que es precisa “la promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible” (art. 3.h).

Los PONU’1991 establecen que “el tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal” (Ppio 9.4).

Así mismo la CDPD reconoce “la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones” (Preámbulo, n). Estableciendo, además, en su art. 3.a) que uno de los principios de esta Convención es “la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas”. Aspecto que se recalca en el art. 26.1 CDPD.

Martínez Jambrina expone que el modelo TAC (15): a) pretende conseguir la máxima autonomía del paciente; b) es asertivo, ya que el equipo se limita a ofrecer su atención; c) es participativo, ya que la implicación del paciente en el mismo es activa.

2.3. En cierta medida es una modalidad de paternalismo justificado

Desde hace tiempo vienen contraponiéndose el paternalismo médico y la autonomía del paciente. Pero desde la perspectiva iusfilosófica, existe un amplio reconocimiento del llamado “paternalismo justificado”.

6 Proposición y Puntos de Vista de la AMP sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales (adoptada por la Asamblea General de la AMP en Atenas, Grecia, 17 de Octubre, 1989).

7 Apdo. 1 Declaración de Madrid (aprobada por la Asamblea General de la AMP, en Madrid, España, el 25 de Agosto 1996).

Es más, desde la perspectiva sanitaria, no escasean los ejemplos de paternalismo justificado. Así, el consentimiento por sustitución/representación, ciertas medidas de apoyo (guarda de hecho, curatela o defensor judicial), el internamiento psiquiátrico (civil) involuntario, incluso las instrucciones previas constituyen una manifestación del paternalismo, pues, aunque en éstas haya mediado el consentimiento de un sujeto –cuando poseía competencia básica– se aplica cuando carece de la misma. Es decir, el ámbito sanitario no se ha desprendido del todo de ciertas intervenciones paternalistas que, eso sí, han de estar justificadas.

Existen varios tipos de paternalismo. Feinberg hizo una interesante distinción entre paternalismo duro/fuerte (la protección de adultos competentes contra su voluntad) y lo que el denominó “antipaternalismo débil/blanco” (la intervención del Estado para proteger de conductas dañosas no voluntarias o necesarias para evaluar la voluntariedad), justificando solo el segundo, precisamente el que se aplicó al propio autor cuando perdió sus facultades psíquicas (16). Por su parte, Engelhardt distinguió entre: a) paternalismo con el incompetente (menores, discapacitados intelectuales y enfermos mentales); b) paternalismo fiduciario, bien explícito (instrucciones previas), bien implícito (internamiento para evaluación) y c) paternalismo de lo que más conviene. Descartó la justificación sólo del último (17). Falleció por Alzheimer.

Entre los filósofos del Derecho existen interesantes aportaciones sobre la justificación, en ciertos casos, del paternalismo (18-25). En síntesis estos autores defienden una intervención paternalista siempre que concurren los siguientes requisitos: a) si concurre una situación de incapacidad básica del sujeto; b) si se pretende evitar un daño a sí mismo o un incremento del riesgo de daños; c) si la medida es idónea y necesaria; d) si se puede presumir que el sujeto prestaría su consentimiento si no estuviera en una situación de incapacidad básica; e) si con la intervención se busca hacer justicia, es decir, alcanzar la igualdad básica.

La capacidad básica o la ausencia de esta son conceptos clave en esta cuestión. En palabras de Garzón se carece de competencia básica, entre otros casos, cuando las facultades mentales están temporal o permanente reducidas. Por consiguiente, “si el paternalismo jurídico supera o contribuye a superar los déficits de igualdad y autonomía que padecen los incompetentes básicos, entonces quienes defienden los valores de la igualdad y la autonomía tendrán que admitir que es éticamente justificable”. Hay que advertir no obstante que, para evitar cualquier arbitrariedad, debiera exigirse un fundamento objetivo (19-20). Y es que la autonomía, mal entendida, supone en la práctica menoscabar la misma (26).

En el tema aquí analizado, habrá que reconocer que la justificación del paternalismo ciertamente se complica a la hora de compatibilizarlo con los principios fundamentales bioéticos (27).

Obviamente el paternalismo justificado que pudiera predicarse del TAC es considerablemente menos intenso que las figuras antecitadas, ya que respeta en mayor medida la autonomía del paciente y requiere su participación. De ahí que hablemos de que en el TAC el paternalismo justificado está presente sólo “en cierta medida”. Pudiera entenderse que la intervención en el TAC está a caballo entre la seducción y la persuasión, en los términos expresados por Dieterlen (19).

2.4. Es respetuoso con el principio de proporcionalidad

Según describe Robert Alexy (6 y 28), el principio de proporcionalidad está integrado por los subprincipios de idoneidad, necesidad y de proporcionalidad en sentido estricto. Los subprincipios de idoneidad y necesidad tienen que ver con las posibilidades fácticas; el subprincipio de proporcionalidad en sentido estricto con las posibilidades jurídicas.

El principio de idoneidad “excluye la adopción de medios inidóneos que obstruyan la realización de los principios o fines para los cuales ha sido adoptado”. El subprincipio de necesidad implica

que entre dos medios igualmente idóneos para alcanzar un fin debe elegirse el menos lesivo de otro principio que pudiera estar involucrado o, dicho en otros términos, debe elegirse la alternativa menos gravosa de entre las idóneas. Una vez llevados a cabo los juicios de idoneidad y necesidad, procede abordar el subprincipio de proporcionalidad en sentido estricto. El Tribunal Constitucional ha establecido al respecto que la medida por la que se opte sea “proporcionada o equilibrada por derivarse de la misma más beneficios o ventajas para el interés general que perjuicios sobre otros bienes o valores en conflicto” (por ej. STC 207/1996, de 16 de diciembre). El Tribunal Europeo de Derechos Humanos tiene una consolidada doctrina sobre este principio (29), y también nuestro Tribunal Constitucional (30).

La proporcionalidad de la medida de atención sanitaria, en lo que aquí interesa, está directamente ligada a las “necesidades de apoyo”, las cuales están definidas como “las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad” (art. 2.4 Ley 39/2006).

Por consiguiente, el TAC es idóneo, porque permite alcanzar el fin pretendido –el tratamiento del paciente–. Es necesario, al comportar una alternativa menos gravosa (que, por ejemplo, el internamiento o el tratamiento involuntario). Y es proporcionado, ya que de él se derivan más beneficios o ventajas que perjuicios.

2.5. Se incardina en el sistema de apoyos y de ajustes razonables de la CDPD

El reconocimiento de la autonomía personal no es obstáculo para que se lleven a cabo ajustes razonables a fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación (art. 5.3 CDPD) e incluso implementar medidas de apoyo que se puedan precisar para el ejercicio de la capacidad jurídica (art. 12.3 CDPD).

El sistema de apoyos está incorporado a nuestro ordenamiento tras la Ley 8/2021 (31). El apoyo admite grados, tal como reconoce el apartado j) del Preámbulo de la CDPD, cuando habla del reconocimiento de “la necesidad de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas que necesitan un apoyo más intenso”. Aspecto este de especial interés a los efectos que aquí nos ocupan.

Pues bien, la intervención del ETAC constituye, en sí misma, una medida de apoyo a la persona con discapacidad psíquica, que además es compatible con la instauración de un régimen de apoyos como la curatela⁸, y también lo es, mientras se aplica una medida cautelar previa a un procedimiento de aplicación de medidas de apoyo⁹.

En el supuesto de que esté implementado un sistema de apoyos (medidas voluntarias, guarda de hecho, curatela, defensor judicial), la persona que los presta debiera participar en el proceso de toma de decisiones, ya que como señala el art. 250, pfo. 2º del Código Civil “la función de las medidas de apoyo consistirá en asistir a la persona con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica en los ámbitos en los que sea preciso, respetando su voluntad, deseos y preferencias”.

8 SAP Asturias, Sec. 5ª (Civil), 10.6.2021, Pte. Pueyo Mateo (ROJ: SAP O 2226/2021); SAP Granada, Sec. 5ª (Civil), 16.11.2021, Pte. Molina Romero (ROJ: SAP GR 2429/2021).

9 SAP Asturias, Sec. 6ª (Civil), 30.11.2018, Pte. Rodríguez-Vigil Rubio (ROJ: SAP O 1300/2018).

2.6. Facilita la participación del paciente

Cabe recordar que el art. 9.7 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP), establece: "El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento".

La CDPD considera que "las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente" (Preámbulo, o). La Organización Mundial de la Salud (OMS, en adelante), también postula "ofrecer a las personas con problemas de salud mental la posibilidad de elección y de implicación en su autocuidado, siendo sensibles a sus necesidades y a su cultura"¹⁰.

También el CoE ha resaltado la relevancia de la participación del paciente en su tratamiento. Así, el art. 6.3, pfo. 2º del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, estipula que "la persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización [del tratamiento]".

Obviamente la participación del paciente requiere que éste sea informado previamente a la instauración del TAC. Así lo reconoce el arts. 3 y 4.1 LAP y la AMP¹¹.

Precisamente por la relevancia que tiene la participación del paciente en la toma de decisiones debiera apostarse por un modelo deliberativo (32-34), adoptándose decisiones compartidas (35-39). Y ello porque "el paciente debe ser aceptado en el proceso terapéutico como un igual por derecho propio", debiendo basarse la relación terapeuta-paciente en la confianza y el respeto mutuo¹².

2.7. Se basa en la asistencia comunitaria

Los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en comunidad son de variado tipo (40). En lo esencial, todos ellos comparten ser "intervenciones que consisten en acompañar a la persona en su medio de vida, proponerle una relación de ayuda para superar las dificultades que surgen a diario, y para sortear las barreras internas y externas que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social" (41). Pero aquí hemos centrado nuestra atención en uno de estos programas, el TAC, iniciado en España en Avilés por Martínez Jambrina (15) y luego extendido a otros lugares de España.

Dicha intervención tiene lugar en el medio comunitario. La atención comunitaria se ha ido implantando, en lo que aquí particularmente interesa en Europa, en las últimas décadas (42), hasta alcanzar amplia difusión (43-44). Es precisamente esta característica la que diferencia el TAC de otros dispositivos asistenciales, es decir su carácter "móvil" (visitas domiciliarias) (15).

10 Apdo. 10.V Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre salud mental: *Declaración de salud mental para Europa: enfrentando desafíos. Construyendo soluciones*, Helsinki (Finlandia), 12-15 enero 2005.

11 Apdos 4 y 5 Declaración de Hawaii/II (aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Viena, Austria, Junio 1983)

12 Apdo. 3 Declaración de Madrid (aprobada por la Asamblea General de la AMP en Madrid, España, 25 de agosto de 1996).

El TAC es un instrumento de asistencia en el ámbito comunitario, tal como prescribe el art. 20.1 LGS. Además, es un modelo coherente con la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Estrategia Nacional) (45), ya que la línea estratégica 4 se refiere precisamente a la “Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario”. Las Comunidades Autónomas también aluden en concreto al tratamiento asertivo comunitario en sus programas y planes estratégicos (46)¹³.

En concreto, la Estrategia Nacional establece la priorización de los apoyos en el contexto comunitario, a través de equipos de tratamiento asertivo comunitario y equipos de atención domicilia interdisciplinar (apdo. 4.1.4), estableciendo como objetivo la potenciación de los ETAC (4.2.1).

La ONU, en sus 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) (PONU'1991), estipula en su Principio 3: “Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad”, reiterando en su Principio 7.1: “Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive”. Por su parte, la OMS también apuesta decididamente por “desarrollar servicios comunitarios que sustituyan la atención institucionalizada”¹⁴.

Posteriormente, la CDPD, en su art. 19.a) y b), tras reconocer “el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad”, establece que debe asegurarse que “las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás” y, además tener “acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta”. También apuesta por el modelo de atención comunitaria la AMP¹⁵.

La residencia en un piso tutelado es compatible con la intervención del ETAC¹⁶. Indicar además que, en alguna ocasión, las visitas domiciliarias del ETAC han permitido descubrir un delito del que ha sido víctima una persona con discapacidad¹⁷.

13 Andalucía: III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020.

Aragón: Plan de Salud Mental 2017-2021.

Asturias: Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030.

Baleares: Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022.

Canarias: Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023.

Castilla y León: Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León 2003-2007.

Comunidad Valenciana: Estrategia Autonómica de salud mental 2016-2020.

Extremadura: III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020.

Galicia: Plan de Saúde Mental de Galicia PostCovid-19 2020-2024.

La Rioja: III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja.

Madrid: Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2022-2024.

Murcia: Programa de Acción para el Impulso y Mejora de la Salud Mental en la CARM 2019-2022.

Navarra: Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023.

País Vasco: Plan Estratégico 2018-2022 de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa.

14 Apdo. 10.XI Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre salud mental: *Declaración de salud mental para Europa: enfrentando desafíos. Construyendo soluciones*, Helsinki (Finlandia), 12-15 enero 2005.

15 Proposición y Puntos de Vista de la AMP sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales (adoptada por la Asamblea General de la AMP en Atenas, Grecia, 17 de Octubre, 1989).

16 SAP Asturias, Sec. 5ª (Civil), 12.4.2011, Pte. Pueyo Mateo (ROJ: SAP O 608/2011).

17 SAP Las Palmas de Gran Canaria, Sec. 6ª (Penal), 5.4.2022, Pte. Moya Valdés (ROJ: SAP GC 982/2022). La víctima de un delito de lesiones fue una madre, con esquizofrenia paranoide, que había sido golpeada por su hijo.

Simplemente reseñar que el modelo TAC está alejado con las propuestas sobre Tratamientos Ambulatorios Involuntarios, sobre las que ya en su día mostré mi escepticismo, que aún mantengo (47).

En definitiva, el modelo de atención comunitaria es un instrumento básico para evitar la exclusión del paciente mental.

2.8. Comporta una atención individualizada

El principal deber del médico, según la AMM, es “promover la salud y el bienestar de los pacientes individuales”¹⁸, debiendo siempre el tratamiento guiarse por el mejor interés de estos¹⁹. Por consiguiente, la intervención ha de ser individualizada (15). La asistencia personal es el “servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal” (art. 2.7 Ley 39/2006).

El art. 10.i) de la Recomendación (2004) 10 del CoE, estipula la obligación de los Estados de, teniendo en cuenta los recursos disponibles, de “proveer de servicios de calidad apropiada a fin de responder a las necesidades en materia de salud mental a las personas aquejadas de trastornos mentales, teniendo en cuenta las diferentes necesidades según las categorías de dichas personas, asegurando un acceso equitativo a tales servicios”.

Dicha necesidad de proporcionar los servicios que precisen las personas con discapacidad también aparece recogida en el art. 25.b) CDPD.

2.9. La atención tiene un carácter integral

Este modelo de atención está en consonancia con su carácter integral, tal como preceptúa el art. 20.3 LGS y se considera prioritario por la OMS²⁰. Juega un muy relevante papel el apoyo sociosanitario (48) y en particular la labor de los trabajadores sociales (49). Y alcanza aspectos de amplio espectro (50).

Pues bien, los programas de TAC disminuyen los reingresos hospitalarios, ya que afrontan los déficits de que adolecen los programas de tratamiento tradicionales: a) al abordar las necesidades básicas del individuo (alojamiento, manutención y acceso a los recursos materiales esenciales; b) proporcionar habilidades para afrontar las demandas de la vida comunitaria; c) incentivar la motivación de los pacientes; d) coadyuvar a la adherencia al tratamiento; e) disminuir las relaciones patológicas de dependencia y f) involucrar a los familiares y miembros del entorno (41).

18 Apdo. 1 Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, octubre 1949. Enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sidney, Australia, agosto 1968, la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983, la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006, y por la 73ª Asamblea General de la AMM, Berlín, Alemania, octubre 2022 (CIEM).

19 Apdo. 4 Declaración de Madrid (aprobada por la Asamblea General de la AMP en Madrid, España, 25 de agosto de 1996).

20 Apdos. 7.III y 8.VII Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre salud mental: *Declaración de salud mental para Europa: enfrentando desafíos. Construyendo soluciones*, Helsinki (Finlandia), 12-15 enero 2005.

2.10. Implica la intervención de un equipo multidisciplinar

Es característico de los programas de TAC el trabajo en equipo, diferenciándose del trabajo individual propio de algunas modalidades de “case management”. La interdisciplinariedad goza hoy de amplio reconocimiento (43). Y así es aplicada en lugares de nuestro país donde está implementado el TAC (15).

Efectivamente el TAC aparece configurado mediante la intervención de los ETAC, en la línea seguida por el art. 12.1 TRLGDPD, que establece: “Los equipos multiprofesionales de atención a la discapacidad de cada ámbito sectorial deberán contar con la formación especializada correspondiente y serán competentes, en su ámbito territorial, para prestar una atención interdisciplinaria a cada persona con discapacidad que lo necesite, para garantizar su inclusión y participación plena en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás”. La apuesta también por la configuración interdisciplinar de los ETAC está recogida en el apdo. 4.2.1 de la Estrategia Nacional.

2.11. Tiene comprobada eficacia y calidad

Uno de los principios del actuar administrativo es la eficacia (art. 103.1 CE). Tradicionalmente se relaciona el principio de eficacia con la actuación administrativa general. Sin embargo, tal principio también es predicable de la atención sanitaria (51). De hecho, aparece reconocido en el art. 7 LGS y también por la OMS²¹.

Según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, eficacia es la “capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera”. Y habrá que reconocer que el modelo de TAC sí ha mostrado su eficacia. Así lo confirman varios autores. Por ejemplo, Hernández Monsalve ha escrito: que estos programas “son un modo (el más efectivo) de proporcionar atención comunitaria integral y continuada a pacientes mentales, a fin de que puedan alcanzar el máximo nivel de integración social, calidad de vida y de relaciones interpersonales, y evitar las circunstancias de rechazo, marginación-exclusión social que tradicionalmente se han cernido como máximos riesgos de fracaso y sufrimiento añadido en las vidas de estos pacientes” (41). Otros autores también han resaltado la efectividad de estos programas (52).

Pero, es más, estos programas pueden ser aplicados a diversos subgrupos de pacientes: pacientes sin hogar, pacientes con esquizofrenia, pacientes con patología dual... (41). Y en particular pacientes con trastorno mental grave (40, 45, 50, 52-56). En programas implementados de TAC existen diversas posibilidades para la integración en los mismos (15). En consecuencia, se produce una cierta “universalización de la asistencia”.

La calidad, según el Diccionario antecitado es, en su 1ª acepción, la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor” y constituye uno de los objetivos de la LCCSNS. En concreto, su art. 2.d) señala que uno de los principios que informan esta Ley es “la prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad, en los términos previstos en esta ley y en la Ley General de Salud Pública”. A la calidad del sistema sanitario hace asimismo mención su art. 5.f).

Los Estados, según proclama el art. 25.d) CDPD, deben garantizar que los profesionales “presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas”. Así mismo la

21 Apdos. 7.III y 8.VII Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre salud mental: *Declaración de salud mental para Europa: enfrentando desafíos. Construyendo soluciones*, Helsinki (Finlandia), 12-15 enero 2005.

AMP enfatiza que “todo psiquiatra debe ofrecer al paciente la mejor terapia que esté a su alcance”²², pues no debe olvidarse que los médicos son “guardianes de la calidad de la atención médica”²³, debiendo tenerse en cuenta que “la calidad del tratamiento depende también del ambiente físico, del personal y de los recursos adecuados”²⁴

Relacionada con la calidad está la continuidad asistencial, a la que alude el art. 13.1 LCCSNS. Aunque cabe reconocer que la realidad de los recursos asignados provoca limitaciones horarias de atención (15). No obstante, allende nuestras fronteras, hay propuestas para disminuir la intensidad de la asistencia, especialmente en el aspecto temporal (57).

2.12. Posee una adecuada correlación coste-beneficio

La implementación de un TAC proporciona una correlación coste-beneficio plausible. Cuando se habla de esta correlación se tiene en cuenta, de un lado, el coste; de otro el beneficio. Es esta una lógica del principio de eficacia y eficiencia antes descrito.

Tradicionalmente el “coste” se sitúa en la esfera económica, pero se minusvalora frecuentemente algo muy relevante, el coste social. Y cuando se habla de beneficios, asimismo, cabe incluir más de una categoría, el beneficio económico, el beneficio social (por ej. para las familias y allegados del paciente) y el beneficio personal (para el propio paciente).

Abordar pues esta cuestión requiere una visión omnicomprensiva del tema. Sobre el costo económico hay análisis que dan como resultado que el TAC tiene un menor costo económico que la hospitalización –salvo cuando el sistema habitacional se basa en el uso de viviendas tuteladas, aunque el aspecto más relevante es el mayor beneficio clínico del paciente (58-59). Y de hecho está verificada la notable disminución de los ingresos, tanto en general (60), como en los involuntarios (61), e incluso hay estudios que corroboran la mejor adherencia al tratamiento del paciente incluido en un TAC a largo plazo (62). Cabe concluir que el coste-efectividad de los programas de TAC es positivo (41, 63).

A mayor abundamiento, el médico debe comprometerse con la primacía de la salud y el bienestar del paciente (14 CIEM) y es este aspecto cualitativo el que debe preponderar, dentro de sus justos límites, es decir, buscando la optimización de los recursos sanitarios (3 CIEM).

2.13. La hospitalización tiene un carácter subsidiario

La hospitalización constituye la *ultima ratio* de la asistencia en salud mental, máxime cuando es de carácter involuntario. Obsérvese que el ya citado art. 20 LGS aboga por reducir “al máximo posible la necesidad de hospitalización”. Y el art. 763.1 LEC reserva esta última modalidad a una persona “que no esté en condiciones de decidirlo por sí”.

22 Apdo 2 Declaración de Hawai/II (aprobada por la Asamblea General de la AMP, Viena, Austria, Junio 1983); Apdo. 1 Declaración de Madrid (aprobada por la Asamblea General de la AMP en Madrid, España, 25 de agosto de 1996).

23 Apdo. 7 Declaración de la AMM sobre el acceso a la atención médica (adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial, Viena, Austria, septiembre 1988 y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006).

24 Proposición y Puntos de Vista de la AMP sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales (adoptada por la Asamblea General de la AMP en Atenas, Grecia, 17 de Octubre, 1989).

Por consiguiente, el criterio básico de atención sanitaria, se centra en que toda intervención sanitaria precise el consentimiento del paciente (art. 8.1 LAP) y sólo se pueda producir dicha intervención, sin contar con dicho consentimiento si el paciente tuviera un riesgo inmediato grave para su integridad física o psíquica y no fuera posible conseguir su autorización (art. 9.2.b) LAP) o en caso de que un tercero otorgara el mismo (en los supuestos del art. 9.3 LAP).

El carácter subsidiario de la hospitalización involuntaria es una derivada de los principios de *favor libertatis*, restricción mínima y proporcionalidad.

La Recomendación (2004) 10 del CoE (art. 10.ii), establece que los Estados deben “establecer, en la mayor medida posible, alternativas al internamiento y al tratamiento involuntario”.

En definitiva, la decidida apuesta es por el tratamiento voluntario²⁵, y desde esa perspectiva, la hospitalización vendría a constituir un elemento más del conjunto de dispositivos de atención comunitaria (41).

Pues bien, el TAC constituye un modelo de atención al paciente en el medio comunitario. Mas pueden concurrir situaciones de crisis que hagan precisa la hospitalización involuntaria.

Dicha hospitalización pueden solicitarla familiares o allegados, y también los miembros del ETAC. Procedería entonces pedir autorización judicial para llevar a efecto la misma (ingreso ordinario). En la práctica, es más usual el ingreso urgente, que exige que, producido el ingreso, el centro en el que se produzca lo comunique al órgano judicial para su ratificación, dentro del plazo de 24 horas, debiendo dicho órgano decidir en el plazo de 72 horas (art. 763.1, pfo. 2º LEC). En caso de ingreso ordinario, el Juez competente lo será el de 1ª Instancia del lugar donde resida la persona afectada (art. 763.1, pfo. 1º LEC); en el caso del internamiento urgente lo será el del Juzgado de 1ª Instancia del lugar donde radique el establecimiento (art. 763.1, pfo. 2º LEC).

En ambos casos el ETAC puede solicitar a la Policía Nacional o Local su concurso para el traslado de un paciente que no acuda a las citas programadas para la administración de la medicación prescrita²⁶.

2.14. Es aplicable como medida de seguridad no privativa de libertad de tratamiento médico externo

Es aplicable como medida de seguridad de tratamiento médico externo. El art. 20.1º del Código Penal (CP) señala que está exento de responsabilidad criminal “el que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”.

En tal caso, al Juzgados le caben dos opciones: o bien imponer una medida de internamiento para tratamiento médico (64), cuyo modelo vigente en España es más que cuestionable (65), o bien una de las medidas previstas en el art. 96.3 CP. Entre tales medidas se encuentra la libertad vigilada (art. 96.3.3º CP) (66). En otros términos, le es dable imponer una medida de seguridad privativa de libertad (el internamiento) o una medida de seguridad no privativa de libertad (la libertad vigilada).

25 Proposición y Puntos de Vista de la Asociación Mundial de Psiquiatría sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales (Adoptada por la Asamblea General de la AMP en Atenas, Grecia, 17 de Octubre, 1989).

26 SAP Asturias, Sec. 6ª (Civil), 30.11.2018, Pte. Rodríguez-Vigil Rubio (ROJ: SAP O 1300/2018).

La libertad vigilada comprende un elenco de medidas, entre las que cabe destacar aquí el tratamiento médico externo (art. 106.1.k) CP), comúnmente denominado tratamiento ambulatorio.

En el supuesto de imponer la medida de internamiento, el Juez de Vigilancia Penitenciaria debe elevar al Tribunal sentenciador, al menos anualmente, una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la misma (art. 98.1 CP). La práctica demuestra que, en realidad, las propuestas se circunscriben al mantenimiento o la sustitución. Esta última implica sustituir la medida de seguridad por otra que se estime más adecuada, entre las previstas para el supuesto de que se trate (art. 97.c) CP). Y ahí es donde puede entrar en juego el tratamiento médico externo antes mencionado.

Pues bien, no hay obstáculo alguno para que el TAC sea aplicable como modalidad del tratamiento médico externo, ya que el legislador penal no opta por modelo alguno de intervención sanitaria. Eso sí, el ETAC –de asumir el tratamiento médico externo– tiene las siguientes obligaciones básicas:

- a) Cumplir su cometido de intervención profesional.
- b) Emitir los informes que le solicite el Juez o Tribunal sentenciador “acerca de la situación y la evolución del condenado, su grado de rehabilitación y el pronóstico de reincidencia o reiteración delictiva” (art. 98.2 CP).
- c) Poner en conocimiento de la citada autoridad judicial el quebrantamiento de la medida de tratamiento médico externo (por ej. no cumplimiento de las consultas programadas, obstaculización de las visitas domiciliarias). En este caso, el Juez o Tribunal podrá sustituir la medida de tratamiento médico externo por el internamiento (art. 100.2 CP).

Es este un tema que en el futuro debiera abordar la doctrina española, al igual que lo viene haciendo la anglosajona (67-74).

4. A modo de conclusión

El TAC posee un sólido fundamento legal y es respetuoso con los principios jurídicos que presiden la intervención en salud mental: es un modelo de atención no intrusivo de la libertad personal, favorece la autonomía e independencia del paciente (aún pudiendo calificarse de paternalismo justificado), respeta el principio de proporcionalidad, se incardina en el sistema de apoyos de la CDPD y facilita la participación del paciente. Además de lo cual, responde a los criterios más avanzados de atención psiquiátrica (asistencia comunitaria –teniendo un carácter subsidiario la hospitalización–, individualizada y de carácter integral a cargo de un equipo multidisciplinar). Está comprobada su eficacia y calidad y responde a una adecuada correlación coste-beneficio. Es más, no hay obstáculo a que pudiera constituir una medida de seguridad no privativa de libertad de tratamiento médico externo, como medida alternativa al internamiento penal –tanto en el momento de la sentencia, como con posterioridad a ésta–.

Contacto: Luis Fernando Barrios Flores ✉ luisfbarrios2@gmail.com

Área de Derecho Administrativo. Dpto. de Estudios Jurídicos del Estado.
Facultad de Derecho. Universidad de Alicante.

Campus de San Vicente del Raspeig. Ap. 99. E-03080 Alicante.

Bibliografía

1. Escobar G. Los derechos fundamentales sociales y la protección de la salud. UNED. Revista de Derecho Político. 2008; 71-72: 113-48.
2. Santiago K. Artículo 43. En: Rodríguez-Piñero M, Casas ME, directores. Comentarios a la Constitución Española. Tomo I. Madrid: Wolters Kluwer-Boletín Oficial del Estado-Tribunal Constitucional-Ministerio de Justicia; 2018. p. 1345-59.
3. Fernández-Valverde R. El principio *favor libertatis*. En: Santamaría JA, director. Los principios jurídicos del Derecho administrativo, Las Rozas (Madrid): La Ley; 2010. p. 799-839.
4. López-González JI. El principio general de proporcionalidad en Derecho administrativo. Sevilla: Instituto García Oviedo-Editorial Universidad de Sevilla; 2016.
5. Martínez-Pujalte AL. Ámbito material de los derechos fundamentales, dimensión institucional y principio de proporcionalidad. Persona y Derecho. 2006; 54: 75-116.
6. Alexy R. Los derechos fundamentales y el principio de proporcionalidad. Revista Española de Derecho Constitucional. 2011; 91: 11-29.
7. Perelló I. El principio de proporcionalidad y la jurisprudencia constitucional. Jueces para la Democracia. 1997; 28: 69-75.
8. López-Sánchez R. El principio de proporcionalidad como criterio hermenéutico en la justicia constitucional. Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho. 2011; 23: 321-337.
9. Arroyo L. Ponderación, proporcionalidad y Derecho administrativo. 2009; 2.
10. Barnés J. Introducción al principio de proporcionalidad en el Derecho comparado y comunitario., Revista de Administración Pública. 1994; 135: 495-522.
11. Galetta DU. El principio de proporcionalidad en el Derecho comunitario. Cuadernos de Derecho Público. 1998; 5: 75-118.
12. Chano L. Igualdad y principio de proporcionalidad en el Derecho europeo: Especial referencia a los derechos fundamentales. Revista Universitaria Europea. 2015; 23: 151-174.
13. Gomory T. Effectiveness of assertive community treatment. Psychiatric Services. 2002; 1: 103.
14. Moser LL, Bono GR. Scope of agency control: Assertive community treatment teams' supervision of consumers. Psychiatric Services. 2009; 60(7): 922-928.
15. Martínez-Jambrina JJ. El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: un pacto con la realidad. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2007; 7(2): 147-159.
16. Feinberg J. Legal Paternalism. Canadian Journal of Philosophy. 1971; 1: 106-124.
17. Engelhardt HT. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidós; 1995.
18. Camps V. Paternalismo y bien común. Doxa. 1988; 5: 195-202.
19. Dieterlen P. Paternalismo y Estado de bienestar. Doxa. 1988; 5: 175-194.
20. Garzón E. ¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico? Doxa. 1988; 5: 155-173.
21. Garzón E. Sigamos discutiendo sobre el paternalismo. Doxa. 1988; 5: 215-219.
22. Atienza M. Discutamos sobre paternalismo. Doxa. 1988; 5: 203-214.
23. Alemany M. El concepto y la justificación del paternalismo. Doxa. 2005; 28: 265-303.
24. Canimas J. Decir por otro a veces es necesario. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas. 2016; 39: 13-31.
25. Alemany M. El debate teórico sobre el paternalismo y la libertad en salud. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas. 2019; 52: 16-29.
26. Loewy EH. In Defense of Paternalism. Theoretical Medicine and Bioethics. 2005; 26: 445-468.

27. Ramos J. Paternalismo y autonomismo en la relación de ayuda: una reflexión desde la salud mental. *Revista Folia Humanística*. 2021; 4 (2): 1-21.
28. Alexy R. *Teoría de los derechos fundamentales*. 2ª edic. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; 2007.
29. Fassbender B. El principio de proporcionalidad en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *Cuadernos de Derecho Público*. 1998; 5: 51-73.
30. González-Beilfuss M. *El Principio de Proporcionalidad en la Jurisprudencia del Tribunal Constitucional*. Cizur Menor (Navarra): Thomson Reuters-Aranzadi; 2015.
31. Vaquer A. Capítulo 18. El sistema de apoyos como elemento para el ejercicio de la capacidad jurídica de la persona con discapacidad. En: Lledó F, Ferrer, MP, Egusquiza, MA, López-Simó, F, coordinadores. *Reformas legislativas para el apoyo a las personas con discapacidad. Estudio sistemático de la Ley 8/2021, de 2 de junio, al año de su entrada en vigor*. Madrid: Dykinson; 2022: p. 505-38.
32. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*. 2001; 117: 18-23.
33. Gracia D. Teoría y práctica de la deliberación moral. En: Feito L, Gracia D, Sánchez M, editores. *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Triacastela; 2011. p. 101-54.
34. Seoane JA. Argumentación jurídica y bioética: examen teórico del modelo deliberativo de Diego Gracia. *Anuario de Filosofía del Derecho*. 2016; 32: p. 489-510.
35. Villagrán JM, Lara I, González-Saiz F. El proceso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de la capacidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2014; 34 (123): p. 491-506.
36. Villagrán JM, Lara-Ruiz Granados I, González-Saiz F. Aspectos conceptuales sobre el proceso de decisión compartida en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2015; 35 (127). p. 455-72.
37. Ramos-Pozón S. Las decisiones compartidas en salud mental: mitos, barreras y beneficios. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2016; 9 (3). p. 175-76.
38. De las Cuevas C, Mundal I, Betancort M, Lara-Cabrera ML. Assessment of shared decision-making in community mental health care: Validation of the CollaboRATE. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2020; 20, p. 262-70.
39. Buedo P, Luna F. Toma de decisiones compartidas en salud mental: una propuesta novedosa. *Medicina y Ética*. 2021; 32 (4), p. 1087-1110.
40. Alonso M, Bravo MF, Fernández-Liria A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2004; 92: p. 25-51.
41. Hernández-Monsalve M. Tratamiento asertivo comunitario. En: Verdugo MA, López-Gómez D, Gómez-Sánchez A, Rodríguez-López M, coordinadores. *Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo. Actas II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental. II Congreso Ibérico de Saúde Mental*. Salamanca: Publicaciones del INICO. 2003. p. 127-51.
42. García-González J. Revisión del marco conceptual y de los fundamentos de la atención comunitaria en salud mental. En: Verdugo MA, López-Gómez D, Gómez-Sánchez A, Rodríguez-López M, coordinadores. *Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo. Actas II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental. II Congreso Ibérico de Saúde Mental*. Salamanca: Publicaciones del INICO. 2003; p. 15-28.
43. Hernández-Monsalve M. La psiquiatría comunitaria. En: López-Ibor JJ, Leal C, Carbonell C, editores. *Imágenes de la psiquiatría española*. Barcelona: Glosa. 2004; p. 585-602.
44. Saiz-Galdós J, Chévez A. La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Intervención psicosocial*. 2009; 18 (1). p. 75-88.
45. *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026*. Madrid: Ministerio de Sanidad-Secretaría General Técnica-Centro de Publicaciones; 2022.

46. Mesa-Velasco R, García-Navarro B, Nieto-Campos A, San Román-Mata S. El tratamiento asertivo comunitario en pacientes de Salud Mental en España: Características y situación actual. *Journal of Sport and Health Research*. 2021; 13 (3). p. 347-62.
47. Barrios LF. La propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario en España: una posición escéptica. En: Ventura S, Santos F, directores. *La respuesta judicial ante la enfermedad mental*. Cuadernos de Derecho Judicial. Madrid: Consejo General del Poder Judicial. 2006; 62. p. 311-425.
48. Rivas F. La psicosis en la comunidad y el espacio sociosanitario: Nuevos retos y nuevos protagonistas para la vieja reforma psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2003; 22 (85). p. 59-73.
49. Morago P. Tratamiento comunitario asertivo: práctica, consideraciones éticas y rol del trabajador social. *Cuadernos de Trabajo Social*. 2006; 19.p. 7-23.
50. Rodríguez-Pulido F, Rodríguez-García MA, González-Dávila E, Méndez ME. Las personas con trastorno mental grave en un programa de alojamiento supervisado por un Equipo Comunitario Asertivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2022; 42 (142). p. 49-66.
51. Cortázar I. Análisis del principio de eficacia administrativa: Especial consideración de la sanidad. *Gabilex*. 2015; 4. p. 37-69.
52. López-Santiago J, Blas LV, Gómez M. Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2012; 17 (1). p. 1-10.
53. McGrew JF, Bond GR, Dietzen L, McKasson M, Miller LD. A multisite study of client outcomes in assertive community treatment. *Psychiatric Services*. 1995; 46 (7). p. 696-701.
54. Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. *Cuadernos Técnicos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2002; 6.
55. Jurado S, Jara JA, López-Rubia EM. Tratamiento asertivo comunitario en personas con trastorno mental grave. *Revista de Enfermería y Salud Mental*. 2017; 8. p. 25-33.
56. Luengo MA, Gutiérrez B, Rodríguez-Suárez N. Personas con trastorno mental severo sin hogar. La exclusión sanitaria y social. Reflexiones teórico-prácticas. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2018; 15 (1). p. 42-62.
57. Finnerty M et. al. Clinicians perceptions of challenges and strategies of transition from assertive community treatment to less intensive services. *Community Mental Health Journal*. 2015; 51.p. 85-95.
58. Latimer EA. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literatura. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1999; 44 (5). p. 443-54.
59. Hastrup LH, Aagaard J. Costs and outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: 4-year register-based follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2017; 69 (2). p. 110-17.
60. Santos AB, Hawkins GD, Julius B, Deci, PA, Hiers TS, Burns BG. A pilot study of assertive community treatment for patients with chronic psychotic disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 1993; 150 (3). p. 501-4.
61. Aagaard J, Tuszeski B, Kolbaek P. Does Assertive Community Treatment Reduce the Use of Compulsory Admissions?. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2017; 31 (6). p. 641-46.
62. Vidal S, Perroud N, Correa L, Huguelet Ph. Assertive Community Programs for Patients with Severe Mental Disorders: Are Benefits Sustained After Discharge?. *Community Mental Health Journal*, 2020; 56 (3). p. 559-67.
63. Phillips SD et al. Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*. 2001; 52 (6). p. 771-79.
64. Barrios LF. La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. *Revista Criminalidad*. 2015; 57 (1). p. 45-60.

65. Barrios LF. El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro. *Norte de Salud Mental*. 2021; XVII (64). p. 25-38.
66. Sierra MV. *La medida de libertad vigilada*. Valencia: Tirant lo Blanch; 2013.
67. Lamberti JS, Weisman RL, Faden DI: Forensic assertive community treatment: Preventing incarceration of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*. 2004; 56. p. 1285-93.
68. McCoy ML, Roberts DL, Hanrahan P, Clay R, Luchins DJ. Jail linkage assertive community treatment services for individuals with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2004; 27. p. 243-50.
69. Weisman RL, Lamberti JS, Price N. Integrating criminal justice, community healthcare, and support services for adults with severe mental disorders. *Psychiatric Quarterly*. 2004; 75. p. 71-85.
70. Morrissey J, Meyer P, Cuddeback G. Extending assertive community treatment to criminal justice settings: Origins, current evidence, and future directions. *Community Mental Health Journal*. 2007; 43. p. 527-44.
71. Cuddeback GS, Morrissey JP, Cusack KJ. How many forensic assertive community treatment teams do we need?. *Psychiatric Services*. 2008; 59. p. 205-8.
72. Lamberti JS, Weisman RL. Forensic assertive community treatment: Origins, current practice, and future directions. En: Dlugacz, H, editor. *Reentry planning for offenders with mental disorders*. 1st edit., Kingston (New Jersey): Civic Research Institute; 2010. p. 121-45.
73. Cuddeback GS, Morrissey JP. Program planning and staff competencies for forensic assertive community treatment: ACT-eligible versus FACT-eligible consumers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2011; 17. p. 90-7.
74. Lamberti JS, Deem A, Weislan, Laduke C. The role of probation in forensic assertive community treatment. *Psychiatric Services*. 2011; 62. p. 418-421.

- Recibido: 08/07/2023.
- Aceptado: 01/12/2023.

Grupo para pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

Group for patients candidates for bariatric surgery.

Juan Antonio Membrive. P. I. R. - 2.

Nuria Expósito Cuenca. P. I. R. - 4.

Candela Navarro Hernández. P. I. R. -1.

Jorge Alcazar Beltrán. Psicólogo Clínico.

Leyre Hidalgo López. Psicóloga Clínica.

Unidad de Hospitalización. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen: La cirugía bariátrica es uno de los procesos médicos más utilizados y eficaces para la pérdida de peso en personas con obesidad. Sin embargo, se trata de un proceso complejo y que no abarca otros factores de corte emocional y psicosociales implicados en la ganancia y mantenimiento del peso. En este artículo se presenta la descripción de una intervención psicoterapéutica grupal para pacientes candidatos a cirugía bariátrica llevada a cabo en el área de psicología clínica de enlace del Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Se centra en el desarrollo de las temáticas más relevantes para el trabajo grupal abordadas en este (ineficacia de dietas, miedos asociados a la operación, dificultades interpersonales y la función de la comida en sus vidas como regulador emocional), así como el devenir en el proceso de implantación del espacio grupal en el hospital.

Palabras clave: cirugía bariátrica; intervención psicoterapéutica de grupo; obesidad; psicología clínica de enlace.

Abstract: Bariatric surgery is one of the most used and effective medical intervention for weight loss in obese people. However, it is a complex process and it forgets emotional and psychosocial factors related to regain and maintenance of obesity. In this article, we introduce a description of a group process for patients candidates for bariatric surgery, carried out in the Hospital Virgen de las Nieves, interconsultation area, Granada. We focus our work in the development of salient themes for the group work (ineffective diets, operation related fears, interpersonal difficulties and the use of food in their lives as a process of emotion regulation), as well as an explanation of the difficulties experienced by therapists in the group implementation and development of it.

Key words: bariatric surgery; group psychotherapy; obesity; consultation-liaison psychology.

Introducción

El importante aumento de población con obesidad acontecido en las últimas décadas es actualmente motivo de preocupación para los sistemas sanitarios. Según la Encuesta Europea de Salud en España, un 16,5% de hombres y un 15,5% de mujeres de más de 18 años padecen obesidad (1). Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud, la obesidad se describe como: "una enfermedad crónica y compleja

definida por un exceso de adiposidad" (2). Se trata de una condición multifactorial de especial relevancia dadas sus consecuencias para la salud, con una alta tasa de morbilidad y mortalidad asociada (3). En lo que atañe al ámbito de la salud mental, los pacientes con obesidad presentan una elevada comorbilidad de sintomatología psiquiátrica y un importante deterioro en su calidad de vida a consecuencia de esta (4).

En este marco, pese a la existencia de múltiples tratamientos biomédicos, es evidente que nos encontramos ante una enfermedad multifactorial y con diversas implicaciones para la salud, tanto a nivel físico como mental.

De entre los tratamientos quirúrgicos para la reducción de peso, la cirugía bariátrica es uno de los que ha demostrado más eficacia (5), siendo en muchas ocasiones el tratamiento de elección para aquellos pacientes que, a través de la dieta u otro tipo de procedimientos menos invasivos, no han conseguido reducir su IMC. Sin embargo, en la bibliografía científica existe constancia acerca de varias de sus limitaciones: la presencia de un subgrupo de pacientes que, o bien recupera su peso inicial tras la operación bariátrica (aproximadamente entre el 20-25%), o bien no consiguen perder la suficiente cantidad de peso (6-8), la invasividad y riesgos asociados al procedimiento (9). Así mismo, la aproximación exclusivamente biomédica olvida aquellos factores psicosociales implicados tanto en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, como consecuentes a ella.

En esta línea, existe evidencia que constata la existencia de patrones de alimentación disfuncionales entre pacientes con obesidad y sobrepeso (10), como es la alimentación emocional, la cual se define como: "una tendencia a sobrealimentarse en respuesta a emociones negativas, la cual se ha asociado con aumento de peso a lo largo del tiempo y dificultades en la pérdida de peso" (11). También es destacable la presencia de trastornos de la conducta alimentaria como el trastorno por atracón (12-14), de síntomas depresivos (15), alta prevalencia de desregulación emocional (16) y otros factores psicopatológicos como ansiedad, bajo nivel de control de impulsos y baja autoestima (14).

Muchos de estos factores relacionados con la salud mental se mantienen presentes después de la cirugía, llevando a repetidas intervenciones quirúrgicas ineficaces (17) y, en consecuencia, manteniendo el deterioro de la calidad de vida de este tipo de pacientes al mantenerse diferentes formas de sufrimiento y malestar, siendo en ocasiones la ganancia de peso consiguiente sólo la punta del iceberg de estos malestares no abordados. En los casos en los que se produce una recuperación de peso post-cirugía, se genera una ruptura de expectativas con emociones difíciles de gestionar para estos pacientes, entre las que destacan: desesperanza, vergüenza y frustración (18), repitiéndose el bucle disfuncional entre emoción negativa y conducta alimentaria. En definitiva, son múltiples los hándicaps a los que se enfrenta la persona con obesidad candidata a cirugía bariátrica en el proceso de mejorar su salud y calidad de vida.

En este contexto, cobran especial relevancia las intervenciones de corte psicoterapéutico dirigidas a elaborar estas dificultades reactivas al proceso de cirugía bariátrica, el malestar consecuente a intentos infructuosos de pérdida de peso, con el objetivo de trabajar sobre el uso de la alimentación para la regulación de malestares emocionales (19-20) y, en definitiva, mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Dentro de estas, destacan las intervenciones en formato grupal (21-23), las cuales constituyen un método eficaz y eficiente de intervención, permitiendo la puesta en marcha de factores terapéuticos específicos del dispositivo grupal (24), algunos de ellos asociados con un mejor manejo del peso post-cirugía, como el apoyo social (25).

En el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) surge la necesidad de ofrecer un tratamiento multidisciplinar, en línea con la evidencia científica mencionada en la literatura, con el objetivo de mejorar la eficiencia de las intervenciones quirúrgicas realizadas tras detectar que, en algunos pacientes, los beneficios obtenidos tras la operación no se sostenían a largo plazo con re-ganancia de peso, vuelta a hábitos poco saludables, etc. Es por esto que, con la idea de ofrecer un tratamiento más integral que pudiera mejorar el pronóstico de estos pacientes, se propone incluir el trabajo grupal pre-cirugía sobre los factores psicológicos que no solo influyen sobre los hábitos en la alimentación, sino que ejercen como moduladores de la evolución, antes y después, de la intervención quirúrgica.

Este artículo pretende dejar constancia de los aspectos más experienciales y cualitativos que describen el trabajo grupal, con el fin de arrojar luz sobre las vivencias emocionales de estos pacientes y del proceso de cambio, no sólo físico, sino también psicológico, por el que pasan estos pacientes. Invitando del mismo modo a abrir un espacio de reflexión sobre lo importante de incluir este tipo de intervenciones psicológicas como parte del tratamiento integral de los pacientes que se encuentran en este proceso.

Descripción del grupo

El trabajo grupal que se presenta en este artículo forma parte del protocolo existente entre salud mental y cirugía bariátrica del HUVN. Desde su inicio, en 2018, y a lo largo de las distintas ediciones, se han producido diversas modificaciones en el encuadre para adaptarse a circunstancias tanto institucionales como asistenciales.

La propuesta inicial de intervención psicológica incluía la realización de una intervención grupal pre-cirugía de 12 sesiones, de frecuencia semanal, que incluía a todos los pacientes candidatos para la intervención quirúrgica. Dado el gran número de derivaciones, se tomó la decisión de considerar como candidatos únicamente a aquellos pacientes en los que se detectaba, por parte de los especialistas de los servicios de nutrición y cirugía, un patrón irregular en el proceso de pérdida de peso, se evidenciaban dificultades para seguir las pautas ofrecidas o se sospechaba de la influencia de factores psicológicos en la tórpida evolución. Con el objetivo de asegurar el buen funcionamiento y aprovechamiento del grupo, se establecieron una serie de criterios de inclusión siendo necesaria la motivación y orientación al cambio, así como disponer de recursos cognitivos para poder participar de manera grupal. De este modo, quedan excluidos de la posible intervención grupal aquellos que no reúnan estos requisitos.

A pesar de la definición de criterios de inclusión y exclusión, así como de la reducción de la población diana de la intervención tras varios meses de experiencia con este formato, el número de derivaciones para la intervención grupal generaba una lista de espera que enredaba el proceso habitual hacia la intervención, retrasando en algunas ocasiones la realización de la cirugía al ser la participación en el grupo un criterio necesario para poder ser intervenidos. Ante esto, se tomó la decisión de reformular la intervención psicológica hacia un formato más breve y sostenible asistencialmente. De este modo, se adaptó el programa de intervención a 8 sesiones, permitiendo de este modo poder ofrecer dicho tratamiento a un mayor número de candidatos en menos tiempo.

El objetivo de esta intervención psicológica prequirúrgica es tratar de cambiar aquellos hábitos que influyen en el desarrollo de la enfermedad, como podrían ser unos malos hábitos alimentarios o un estilo de vida sedentario. En esta línea, se pretende detectar conductas inadecuadas asociadas a la alimentación como comer con ansiedad o de manera compulsiva con la finalidad de mejorar la regulación emocional y el manejo del estrés, reconduciendo la función patológica de la comida, consiguiendo así un mejor y mayor autoconocimiento, como también aceptación de uno mismo, que permita recuperar el autocontrol. Durante el proceso de pérdida de peso, el paciente va a necesitar ajustar su dieta, así como conocer estrategias que le permitan evitar la ingesta excesiva, y adaptar su vida a las nuevas condiciones tras la intervención quirúrgica. El grupo trata de acompañar a los pacientes en este proceso, trabajando de forma paralela sobre miedos y mitos relacionados con la intervención y sus resultados.

Durante las primeras ediciones del programa, el espacio grupal tenía un formato más estructurado, con una mayor carga de contenido psicoeducativo. Fue llamativo que, en aquellas sesiones, los pacientes valoraran por encima de los contenidos informativos, la experiencia de compartir con otros pacientes las emociones y vivencias generadas en su proceso personal. A lo largo de las siguientes ediciones, se ha ido reduciendo la estructuración, dejando mayor espacio para la descarga y trabajo emocional, donde poder hablar de lo que supone para cada uno de ellos presentar un problema con el peso y lo que supone encontrarse en el proceso de una intervención de cirugía, atendiendo a lo que los pacientes referían. De este modo, de manera inicial durante la primera sesión se les proponen temas y

objetivos a tratar, invitando a que el curso de las sesiones se plantee como un diálogo interactivo que permita hacerse preguntas y aprender sobre cuestiones relacionadas con la cirugía, peso e imagen, alimentación, hábitos de vida, regulación emocional, preocupaciones, temores y dificultades que surgen en el proceso.

Desde hace ya varias ediciones, se ha incorporado la lectura de las anotaciones del observador unos 30 minutos antes de la finalización de cada sesión, para invitar a la reflexión y poder facilitar que se puedan llevar una idea de lo trabajado durante la sesión.

Del funcionamiento del grupo, así como de los objetivos de este, como de las fechas de realización y horario de las sesiones, se les informa a todos los participantes en la entrevista individual que se realiza previamente al inicio del grupo. Esta entrevista inicial suele realizarse telefónicamente para mayor comodidad de los pacientes, con el objetivo de evitar el desplazamiento al hospital, ya que muchos de estos viven a una distancia considerable dada la alta dispersión geográfica de la población y, en otras muchas ocasiones, presentan problemas de movilidad. En este primer contacto, se insiste en la necesidad de mostrar su compromiso con el grupo, señalando la importancia de la asistencia para obtener el máximo beneficio de la intervención.

De cara a cuantificar los resultados de la intervención, se les facilita el acceso a una serie de instrumentos de evaluación breves que se han digitalizado para permitirnos un mejor manejo de la información obtenida y que permita obtener datos estadísticos con los que trabajar en el futuro. Estos instrumentos son: la Escala de Adicción a los Alimentos de Yale (YFAS 2.0) que permite conocer la presencia de conductas adictivas con la comida, el Cuestionario de Comedor Emocional (CCE) que evalúa la manera en la que las emociones se relacionan con la alimentación, el Cuestionario de Calidad de vida de MOOREHEAD-ARDELT II que adaptado a las personas con obesidad mórbida, pretende obtener una valoración de la calidad de vida en diferentes ámbitos y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff que permite conocer el grado de bienestar general.

Tras la finalización de la intervención grupal, estos instrumentos son administrados de nuevo, junto con la Escala de Satisfacción del Tratamiento Recibido (CRES-4), en la que los participantes pueden dar a conocer la satisfacción con la intervención y la experiencia grupal. En esta línea, durante la última sesión de intervención grupal se invita a que manifiesten cualquier sugerencia que consideren de cara a mejorar el espacio y funcionamiento grupal. Estos datos, que quedan registrados de forma anónima, nos ayudan a identificar qué factores cambian a lo largo de las sesiones. El deseo del equipo es poder hacer análisis cuantitativo de resultados y difusión de estos en el futuro para lo que los pacientes serían contactados de nuevo para recoger los consentimientos informados pertinentes.

El grupo se ha ido desarrollando en diferentes espacios del complejo hospitalario del HUVN, que han ido cambiando en función de la disponibilidad de los espacios. Actualmente, y durante las últimas ediciones, se está llevando a cabo en una de las aulas de formación del edificio del Hospital de Traumatología. Al igual que el espacio, el horario de realización ha ido variando, teniendo en cuenta la disponibilidad de pacientes y profesionales que se han hecho cargo de la intervención grupal. Estos cambios de encuadre se han intentado limitar al máximo dentro de cada edición para evitar que interfiriera en el ambiente y dinámicas grupales.

Los encargados de dirigir el grupo son una Psicóloga Clínica y un residente de Psicología Clínica, brindando esta experiencia una oportunidad de aprendizaje para el residente en formación quién tiene la posibilidad de participar en una intervención psicoterapéutica grupal de manera supervisada.

Tanto de manera previa (pre-grupo) a cada una de las sesiones como tras la finalización de cada una de ellas (post-grupo), se realiza una pequeña reunión informal en la que comentar el curso de las sesiones, así como para poder reflexionar el contenido de las sesiones y entender los procesos que se van sucediendo en la intervención.

Desarrollo y experiencia grupal

El grupo presentado en este artículo presenta la peculiaridad de ser un grupo donde el participante no es el que demanda una intervención psicológica por voluntad propia, o a petición de algún familiar o allegado que detecta un problema y considera que podría ser beneficioso que recibiera atención, si no que es derivado a través de un comité profesional que analiza las dificultades y necesidad de trabajar aspectos psicológicos relacionados con la alimentación y con la tórpida evolución en el proceso de pérdida de peso de cada paciente. Este hecho influye de manera directa en la predisposición y motivación para el trabajo grupal de los participantes, quienes suelen preguntarnos en el primer contacto telefónico: *"¿para qué sirve esta intervención?", "¿en grupo?, ¿no puede ser individual?"*. No hay que perder de vista que, para la gran mayoría, esta intervención es su primer contacto con el mundo de la salud mental, apareciendo de este modo muchas reticencias a formar parte del grupo de intervención psicológica, como muestran expresiones como las siguientes: *"a mí ya me hicieron la valoración los psiquiatras y salí como apto", "yo creo que a mí no me hace falta, ya sé qué es lo que tengo que hacer para perder peso"*.

En esta línea, es destacable el cambio observado en cuanto al aprovechamiento del espacio grupal a lo largo de las ediciones tras retirar la obligatoriedad del grupo como requisito para la operación. Durante las primeras ediciones, notamos el efecto que suponía la obligación de pasar por el grupo en los participantes, muchos de los cuales venían con actitud reluctante, no participando de una manera activa y desaprovechando la experiencia y oportunidad grupal para trabajar sus dificultades y compartir su experiencia. Este hecho influía inevitablemente de forma negativa en el proceso grupal del resto de participantes. La retirada de la obligatoriedad de participación dejó sobre los participantes la toma de responsabilidad sobre su proceso, invitándoles a tomar un papel menos pasivo. A lo largo de las ediciones, se ha detectado una mayor asunción de roles más activos por parte de los pacientes, mostrando mayor tendencia a la implicación en su proceso de pérdida de peso, así como en la participación y aprovechamiento del espacio grupal.

Aun así, cabe destacar que uno de los primeros temas a tratar en el grupo es cuál es el papel y la función de la intervención psicológica grupal dentro del proceso de la cirugía bariátrica, interrogando los participantes por las consecuencias que va a tener en su desarrollo particular hacia la cirugía, su participación o no en la experiencia grupal, manifestando cierta incredulidad respecto a los efectos que un abordaje psicológico pueda tener en su proceso de pérdida de peso.

Parte de estos miedos surgen de su experiencia personal de pasos adelante y retrocesos en el proceso, con pérdidas importantes de peso y ganancias tras estas, que por supuesto, tiene consecuencias en su evolución, sintiendo que su intervención se pospone en el tiempo, sin olvidar que ya de por sí el tiempo de espera desde que se inicia el seguimiento hasta el momento de la intervención es largo. Ante esto aparecen verbalizaciones que demuestran sentimientos de frustración e indefensión en cuanto al proceso de pérdida de peso, como las siguientes: *"He bajado de peso y lo he recuperado. Así una y otra vez. ¿Por qué cuesta tanto cambiar de hábitos?", "Lo malo es que te cansas y cada vez necesitas más esfuerzo", "Casi es más difícil mantenerse que perder... te vas dejando, inconscientemente", "Llega un momento que esto te atrapa, te sientes atrapado en el peso", "No me salen las cosas como yo quiero, me salen al revés"*.

En relación al miedo a que la intervención pueda retrasarse por distintos motivos, aparecen quejas frecuentes hacia el sistema sanitario, por el que se sienten abandonados, engañados e incluso rechazados. Es frecuente que manifiesten haberse sentido juzgados por los profesionales sanitarios en diferentes ocasiones en que han consultado por problemas de salud que aparentemente nada tenían que ver con las consecuencias de su peso, señalando que estos han encontrado en su obesidad la justificación para cualquier problema de salud, restando importancia a sus distintos malestares. En esta línea, también describen cierta sensación de desconocimiento respecto a cuál es el proceso a seguir hacia la cirugía, compartiendo entre ellos su camino particular desde el día que acudieron a su médico pidiendo ayuda para bajar de peso. A lo largo de las sesiones, describen su recorrido personal entre especialistas de endocrinología, nutrición, salud mental y cirugía. Las diferentes

versiones generan en el grupo una sensación de confusión que suele finalizar con la petición de mayor información por parte de los profesionales y mayor claridad en sus pautas y objetivos. Es en dicho momento en el que muchos de los participantes deciden compartir la experiencia de haber seguido las pautas indicadas por sus referentes y conseguir el peso meta prescrito, sorprendiéndose en la siguiente revisión con la petición de mayor pérdida ponderal como requisito para poder pasar a la lista de espera para la intervención, derivando de este hecho marcados sentimientos de indefensión. Estas son algunas de las expresiones recogidas a lo largo de las ediciones en relación a esto: *"He hecho incluso más de lo que me han pedido, y no ha servido para nada"*, *"Eso no era lo que a mí me dijeron, me han hundido"*, *"Siempre que llego a consulta me posponen 6 meses más"*, *"Siento frustración, rabia, ¿cuando me tratarán como un adulto y me dirán las cosas claras?"*, *"¿Hasta dónde tengo que llegar? Ya he pasado por endocrino, nutricionista, psiquiatra, cirujano"*. Compartir este tipo de experiencias y sentimientos hacia la institución facilita el proceso de identificación y cohesión entre los participantes, logrando un clima de empatía que ellos mismos reconocen no tener fuera de este espacio grupal.

La experiencia de poder compartir y verse reflejados en las palabras y vivencias de otros participantes crea un clima de confianza, en el que poder sentirse comprendido y normalizar las experiencias relacionadas con el proceso siendo este el factor más valorado por los participantes a lo largo de todas las ediciones, destacando el papel motivador y motor para el cambio de esta experiencia, como reflejan algunas de las siguientes expresiones: *"Aquí puedo hablar de esto y de todo lo demás"*, *"Me siento comprendido, es distinto"*, *"Es un alivio sentir que a uno lo comprenden"*, *"Qué bien me ha sentado ver que no soy el único bicho raro"*.

Es curioso cómo, tras las primeras sesiones en las que predomina el discurso culpabilizador hacia los profesionales, facilitado por una mayor cohesión y confianza entre los participantes, estos pueden empezar a permitirse hablar sobre sus dificultades personales. Es entonces cuando pueden reconocer cómo su posición ante éstas repercute en su estado emocional, y cómo aparece la comida en este proceso actuando como elemento regulador.

Es en esos momentos en los que hablan sobre los sentimientos de culpabilidad cuando en algún momento del proceso se saltan la dieta o comen alguno de los alimentos que consideran prohibidos. En relación a esto, manifiestan sentirse atrapados en dietas muy rígidas, con la sensación de que nunca podrán volver a comer sin pensar en el valor calórico de cada alimento. Esto puede verse reflejado en verbalizaciones como: *"el otro día comí algo que no debía, y desde entonces la cabeza me decía que al día siguiente no podía comer"*, *"deberíamos poder comer de todo en su justa medida, pero es muy difícil conseguir el equilibrio"*, *"¿qué voy a hacer si lo que más me gusta en la vida es comer y no voy a poder hacerlo como quiero?"*, *"no deberíamos sentirnos culpables cada vez que comemos"*.

En un primer momento es frecuente que caigan en la dinámica de darse consejos de aquellas cosas que a ellos les son útiles en el proceso de pérdida de peso y consideran podrían ser beneficiosas para el resto de integrantes, llegando incluso a intercambiar alguna receta. Las intervenciones del terapeuta en estos momentos, señalando este aspecto, dan paso, posteriormente, a una posición más reflexiva en la que poder interrogarse sobre las funciones que tiene la comida en sus vidas, pudiendo valorar qué factores influyen y les hacen sentir más vulnerables a la hora de dejar de lado la dieta. Es frecuente que entre estos factores señalen déficits en habilidades asertivas, describiendo dificultades para poder poner límites a su entorno, tender a hacerse cargo de un gran número de responsabilidades, no saber decir que no y anteponer las necesidades de otros a las propias, justificando en estas situaciones la aparición de sentimientos de ansiedad que les derivan en gran parte de las ocasiones a acabar, como ellos dicen, *"en el frigorífico"*. Algunas verbalizaciones que reflejan esto son: *"yo soy comedor emocional, como por los problemas"*, *"para mí la comida es calma"*, *"yo estoy seguro de que mi relación con la comida es para bajar la ansiedad"*, *"¿por qué necesitaré comer para arreglar mis problemas?"*, *"yo antes lloraba mucho cuando me pasaba algo, ahora no lo hago y acabo en el frigorífico"*, *"he tenido que aprender a manejar mis frustraciones con algo que no fuera la comida"*.

Es llamativo, que a lo largo de las ediciones, ha habido una mayor derivación de mujeres que de hombres para la intervención grupal, no explicándose este sesgo de género por las estadísticas de prevalencia de sobrepeso y obesidad, lo que nos hace preguntarnos qué factores están influyendo en esta diferencia: bien podría deducirse que las mujeres podrían estar presentando una mayor dificultad en la pérdida de peso cuando deciden someterse a una intervención quirúrgica para solventar sus problemas de obesidad. O, por el contrario, que tal y como ocurre en otras especialidades médicas, existe un sesgo de género al asociar síntomas de salud mental leves a problemas orgánicos con mayor frecuencia en mujeres que en hombres (26).

Dificultades

Algunas de las dificultades identificadas en el proceso de puesta en marcha y desarrollo del espacio grupal para pacientes candidatos a cirugía bariátrica han sido:

El espacio grupal institucional

En las diferentes ediciones del formato grupal presentado, este se ha encontrado con una barrera de corte físico: la del espacio en el que este se asienta, el cual no se encontraba adaptado a las necesidades de este y de sus pacientes. Ejemplos de ello son el uso de salas de formación médica no adaptadas a la realización de terapias grupales, con un espacio físico limitado, así como la ausencia de sillas adaptadas a las condiciones físicas de nuestros pacientes.

El peso como un asunto desligado de su responsabilidad personal

Pueden destacarse las bajas expectativas de algunos pacientes candidatos a cirugía bariátrica para formar parte de una intervención psicológica, exponiendo una concepción según la cual sus dificultades con el peso no tienen nada que ver con dificultades emocionales/motivacionales y que la solución a su problema vendrá de la mano de la tecnología biomédica. Esta circunstancia fomenta que se planteen una mayor cantidad de dudas respecto a la utilidad del espacio grupal.

Ante esta situación, es importante señalar cómo la comida, a lo largo de la historia, ha cumplido funciones muy diferentes a la de la alimentación, y cómo este hecho está presente también en nuestra sociedad y, por ende, influyendo también en su modo de relacionarse con la comida. En este sentido, el grupo también supone la deconstrucción de preceptos sociales asociados a la comida.

Percepción del grupo pre-cirugía como un nuevo "obstáculo"

El proceso de cirugía bariátrica implica una larga lista de espera, así como la realización de múltiples pruebas y revisiones médicas (endocrinología, cirugía, salud mental). Este largo y lento proceso institucional conlleva que se perciba el paso por el grupo como una nueva barrera en su meta deseada de acceder a la intervención quirúrgica. En ocasiones, esto ha implicado que el enfado por la imprevisibilidad y duración del proceso, así como con la institución por la falta de información, se manifieste en la intervención psicológica como falta de implicación con el trabajo grupal siendo un obstáculo para su implicación con los objetivos grupales planteados.

Esta problemática, que inevitablemente se repite edición tras edición, se trabaja a lo largo de las sesiones tratando de buscar paralelismos entre dicha situación y otras experiencias vitales con el objetivo de ver cómo suelen enfrentarse a los sentimientos de frustración e indefensión y cómo sus actuaciones influyen en su relación con la alimentación.

La percepción del grupo como un espacio de evaluación de su aptitud para la cirugía bariátrica

Esta dificultad se evidencia en comentarios del tipo "¿hemos aprobado todos?" o "¿nos aprobaréis?" al equipo que dirige el grupo, derivada de la percepción fantaseada de ser juzgados en el propio grupo, según su participación. Esta percepción de evaluación puede ser una barrera que coarte a los pacientes a expresar más libremente sus malestares y preocupaciones, dificultando un clima de confianza que genere un ambiente grupal óptimo para lograr alguna mejoría.

En esta línea, es importante recordar que el grupo es un espacio de seguridad y totalmente confidencial, donde poder elaborar todo tipo de preocupaciones.

Expectativas irreales respecto a los resultados de la operación

Muchos pacientes llegan al grupo habiendo colocado sobre la intervención quirúrgica unas expectativas exacerbadas de mejora vital, esperando que la pérdida de peso buscada resuelva todas sus dificultades emocionales, interpersonales y de autoestima personal. Esto se constituye, en ocasiones, como un impedimento para abrir canales psicoterapéuticos de elaboración, autoconocimiento personal, trabajo y mejora.

En esta línea, es importante trabajar sobre dichas expectativas, devolviendo la responsabilidad sobre la resolución de otras áreas problemáticas de sus vidas a ellos mismos y subrayando que la intervención quirúrgica, en el mejor de los casos, únicamente resolverá su problema de obesidad.

Conclusiones

Tal y como se expone en la introducción, la obesidad es una problemática de salud pública acuciante en nuestros tiempos que requiere respuestas integrales y multidisciplinarias para abordar su complejidad (28). Dadas las limitaciones mencionadas de la intervención por cirugía bariátrica, se destaca la relevancia del trabajo psicoterapéutico sobre aquellos elementos moduladores del mantenimiento de hábitos insanos y malestares emocionales asociados, principalmente de aquellos de carácter psicológico (29), que faciliten el éxito de la intervención, con el objetivo de promover una mejoría en la calidad de vida y disminución del porcentaje de reintervenciones quirúrgicas (30).

Dentro de estos elementos psicológicos a abordar, destaca el uso de la comida como elemento regulador de emociones (31), así como la necesidad de aprendizaje de nuevos estilos de afrontamiento (emocional e interpersonal) y cambios en el estilo de vida. El trabajo psicoterapéutico sobre estos factores psicológicos, así como aquellos involucrados en el desarrollo y evolución postquirúrgica, facilita una mejor adaptación al entorno familiar, social, laboral y sexual, mejorando así la calidad de vida del paciente, su autoconcepto y favoreciendo la asunción de un rol activo y responsable sobre su estado de salud.

En relación con el proceso grupal presentado en este artículo, desde una perspectiva más experiencial que cuantitativa, más enfocada en el proceso que en el resultado, se evidencian diferentes temáticas comunes entre los pacientes que se repiten edición tras edición: ineficacia de dietas rígidas, sentimientos de indefensión respecto al proceso biomédico, la función de la comida en sus vidas como regulador emocional o falta de asertividad.

Trabajar estos aspectos en grupo parece facilitar su elaboración y toma de responsabilidad en la mejora de la calidad de vida, bienestar subjetivo y salud psicológica de los participantes (32).

Como se ha podido ver, en este artículo se ha optado por una presentación cualitativa y centrada en la experiencia y relato de los pacientes, de forma que se mostrase en primer plano la vivencia de

los pacientes en este proceso y aquellos aspectos psicoterapéuticos grupales que ellos mismos han referido como más valiosos. Sin embargo, esperamos disponer en el futuro de datos cuantitativos indicativos de la evolución de indicadores de bienestar psicológico tras el proceso grupal, de manera que permitan reforzar de manera más objetiva los resultados beneficiosos del trabajo psicológico en el proceso de intervención de cirugía bariátrica.

Específicamente, dentro de la psicología bariátrica, hay un terreno amplio a trabajar de manera multidisciplinaria, siendo importante la elaboración de guías de trabajo, así como instrumentos de medición con la intención de mejora en el abordaje integral de estos pacientes. En esta línea, aparece también nuestra propuesta de realizar próximamente un trabajo grupal tras la intervención quirúrgica de cara a mejorar el acompañamiento tras la operación y favorecer el mantenimiento de los objetivos conseguidos.

Para finalizar, cabe destacar la relevancia de la figura del psicólogo clínico en interconsulta y enlace, dentro de equipos multidisciplinarios, para el abordaje de diversas patologías orgánicas de carácter multifactorial, como es el caso de la obesidad, tal y como expresan Woods y Magyary (33), figura sin la cual los resultados beneficiosos para el paciente serían limitados, así como la calidad de los servicios sanitarios. Como expresa Hornero (34), en el campo de la cirugía bariátrica es necesaria la colaboración entre profesionales de distintas ramas, donde la salud mental va a tener mucho que aportar en el tratamiento de una población que cada vez demanda más este tipo de procedimientos.

Contacto: Juan Antonio Membrive ✉ jantonio.membrive.sspa@juntadeandalucia.es

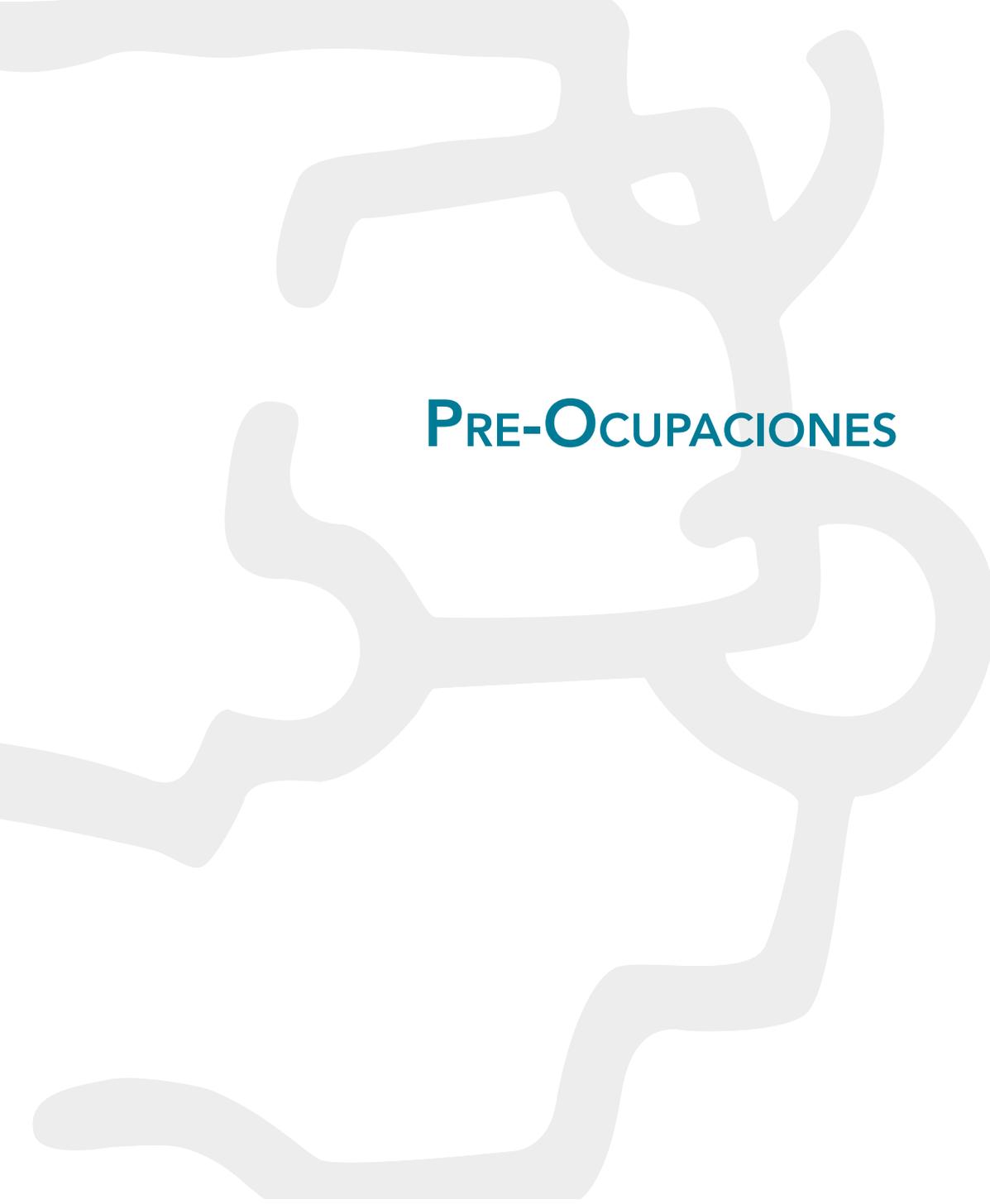
Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Determinantes de salud (sobrepeso, consumo de fruta y verdura, tipo de lactancia, actividad física). [consultado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/>
2. Instituto Nacional de Estadística. Determinantes de salud (sobrepeso, consumo de fruta y verdura, tipo de lactancia, actividad física). [consultado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/> World Health Organization. ICD-11. [consultado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://icd.who.int/en>
3. Pi-Sunyer, F. The Obesity Epidemic: Pathophysiology and Consequences of Obesity. *Obesity Research*. 2002, 10(12): 97-104.
4. Magallares A, Benito P, Irles J, Bolaños-Ríos P, Jauregui-Lobera I. Psychological well-being in a sample of obese patients compared with a control group. 2014, 30(1): 32-36.
5. Colquitt J, Pickett K, Loveman E, Frampton G. Surgery for weight loss in adults. *COchreane Database Syst Rev*. 2014, 8.
6. El Ansari W, Elhag W. Weight regain and insufficient weight loss after bariatric surgery: Definitions, prevalence, mechanisms, predictors, prevention and management strategies, and knowledge gaps-a scoping review. *Obes Surg*. 2021, 31(4):1755–66.
7. Karmali S, Brar B, Shi X, Sharma AM, de Gara C, Birch DW. Weight recidivism post-bariatric surgery: a systematic review. *Obes Surg [Internet]*. 2013, 23(11):1922–33.
8. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res [Internet]*. 2005;13(4):639–48.
9. Arterburn DE, Telem DA, Kushner RF, Courcoulas AP. Benefits and risks of bariatric surgery in adults: A review: A review. *JAMA*. 2020; 324(9):879–87.

10. Rodríguez Santamaría A, Amigo Vázquez I, Paz Caballero D, Fernández Rodríguez C. Eating habits and attitudes and their relationship with Body Mass Index (BMI). *Eur J Psychiatry*. 2009;23(4).
11. Frayn M, Livshits S, Knäuper B. Emotional eating and weight regulation: a qualitative study of compensatory behaviors and concerns. *J Eat Disord*. 2018; 6(1):23.
12. Smith KE, Orcutt M, Steffen KJ, Crosby RD, Cao L, Garcia L, et al. Loss of control eating and binge eating in the 7 years following Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2019; 29(6):1773–80.
13. McCuen-Wurst C, Ruggieri M, Allison KC. Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Ann N Y Acad Sci*. 2018; 1411(1):96–105.
14. Van Hout GCM, Leibbrandt AJ, Jakimowicz JJ, Smulders JF, Schoon EJ, Van Spreuwel JP, et al. Bariatric surgery and bariatric psychology: general overview and the Dutch approach. *Obes Surg*. 2003; 13(6):926–31.
15. Blasco BV, García-Jiménez J, Bodoano I, Gutiérrez-Rojas L. Obesity and depression: Its prevalence and influence as a prognostic factor: A systematic review. *Psychiatry Investig*. 2020; 17(8):715–24.
16. Raman J, Spirou D, Jahren L, Eik-Nes TT. The Clinical Obesity Maintenance Model: A theoretical framework for bariatric psychology. *Front Endocrinol*. 2020; 11:563.
17. Pinto-Bastos A, Conceição EM, Machado PPP. Reoperative bariatric surgery: A systematic review of the reasons for surgery, medical and weight loss outcomes, relevant behavioral factors. *Obes Surg*. 2017; 27(10):2707–15.
18. Tolvanen L, Christenson A, Surkan PJ, Lagerros YT. Patients' experiences of weight regain after bariatric surgery. *Obes Surg*. 2022; 32(5):1498–507.
19. Rudolph A, Hilbert A. Post-operative behavioural management in bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials: Post-operative behavioural management. *Obes Rev*. 2013; 14(4):292–302.
20. Kalarchian MA, Marcus MD. Psychosocial interventions pre and post bariatric surgery: Psychosocial interventions. *Eur Eat Disord Rev*. 2015; 23(6):457–62.
21. Cheroutre C, Guerrien A, Rousseau A. Contributing of cognitive-behavioral therapy in the context of bariatric surgery: A review of the literature. *Obes Surg*. 2020; 30(8):3154-66.
22. The benefits of cognitive behavioral groups for bariatric surgery patients [Internet]. *Bariatrictimes.com*. [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://bariatrictimes.com/the-benefits-of-cognitive-behavioral-groups-for-bariatric-surgery-patients/>
23. Saunders R. Post-surgery group therapy for gastric bypass patients. *Obes Surg*. 2004; 14(8):1128–31.
24. Yalom ID, Vinogradov S. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Ediciones Paidós Iberica; 1996.
25. Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, et al. Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery?: a systematic review: Social support and bariatric surgery. *Obes Rev*. 2011;12(2):142–8.
26. Chesler, P. (1998). *Women and Madness. Four Walls Eight Windows*.
27. Lavalle, K, Zhang, X, Schneider, S, Margraf, J. (2021). Obesity and Mental Health: A longitudinal, cross-cultural examination in Germany and China. *Frontiers in Psychology*, 12, 712567.
28. Sierra Murguía MA. El rol del psicólogo en el equipo Interdisciplinariasciplinario de cirugía bariátrica. *Interdiscip Rev Psicol Cienc Afines*. 2013; 30(2):191–200.
29. Bauchowitz AU, Gonder-Frederick LA, Olbrisch M-E, Azarbad L, Ryee M-Y, Woodson M, et al. Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. *Psychosom Med*. 2005;67(5):825–32.
30. Hindle A, De la Piedad Garcia X, Hayden M, O'Brien PE, Brennan L. Pre-operative restraint and post-operative hunger, disinhibition and emotional eating predict weight loss at 2 years post-laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg* [Internet]. 2020;30(4):1347–59.

31. Ríos MBP, Sánchez RM, Guerrero HM, et al. El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. *Cir Gen.* 2010;32(2):114-120.
32. Paul L, van der Heiden C, van Hoeken D, Deen M, Vlijm A, Klaassen RA, et al. Cognitive behavioral therapy versus usual care before bariatric surgery: One-year follow-up results of a randomized controlled trial. *Obes Surg.* 2021;31(3):970–9.
33. Woods NF, Magyary DL. Translational research: why nursing's interdisciplinary collaboration is essential. *Res Theory Nurs Pract.* 2010;24(1):9–24.
34. Hornero JP, Tilve MJG, Matos RB. Psychological Evaluation After Bariatric Surgery [Internet]. Disponible en: <https://www.papelesdelpsicologo.es/English/2916.pdf>

- Recibido: 08/07/2023.
- Aceptado: 21/11/2023.



PRE-OCUPACIONES

La policrisis de la pandemia COVID-19 y trauma colectivo. Efectos de sus impactos¹. Segunda parte.

The polycrisis of the covid 19 pandemic and collective trauma. Effects of its impacts (part 2).

Begoña Olabarría González.

Vayamos a los efectos de los impactos de la pandemia COVID-19 en la Salud Mental

La pandemia ha estado erosionando la salud mental de millones de ciudadanos. Confinamientos, angustias financieras, distanciamiento físico y social, temor al contagio, preocupación por familiares y amigos, incertidumbre... Las dificultades y obstáculos cotidianos no es corta: Piezas periodísticas, estudios académicos y opiniones de expertos presentan un panorama cuesta arriba.

Según el estudio de Santomauro y cols. publicado en 2021 en The Lancet los casos de depresión grave y ansiedad se incrementaron un 28% y un 26% respectivamente en todo el mundo. Los más afectados, las mujeres y los jóvenes. Uno de cada siete jóvenes entre los 10 y los 19 años sufre un trastorno mental diagnosticado, una situación que se considera vinculada al confinamiento, la pérdida de seres queridos y el miedo. En mayo de 2021, el número de trabajadores de la salud que se habían infectado con COVID-19 en América Latina y el Caribe superaba los 1,8 millones, mientras que 9000 habían muerto a causa del virus. Además, el 53% de los trabajadores de la salud pública de los Estados Unidos informaron de síntomas de al menos una "condición de salud mental" en las dos semanas anteriores, incluyendo depresión (32%), ansiedad (30,3%), estrés postraumático (36,8%) y pensamientos suicidas (8,4%). En España los datos referidos tanto a niños y adolescentes (Amorós-Reche, 2022), como en población general (Sandín, B et al. 2020), son así mismo relevantes. Los estudios de los efectos del confinamiento de la pandemia en población española de Sandín et al. (2020 y 2021) presentan singularidades al mostrar, junto a los negativos, aspectos positivos que suponen incorporaciones saludables.

El daño en ciertos perfiles de población

Pero veamos algunos de los perfiles de grupos de población en que el impacto de la pandemia ha producido daños singulares contrastados:

1. La primera línea del enfrentamiento colectivo de la pandemia: la asistencia sanitaria del personal a cargo de salvar vidas. Un comienzo sin conocimiento del virus y de los vectores de su propagación, sin vacunas, sin adecuadas y suficientes ropas, útiles y medidas de protección, con demanda disparada cualitativa y cuantitativamente, camas hospitalarias llenas, UCIs llenas, otros problemas de salud quedan sin ser atendidos, compañeros sanitarios que se contagian (algunos mueren), muertes de pacientes –aislados sin compañía ni despedida de familiares– a los que se busca apoyar, miedo de contagio y de llevarlo a casa, morgues hospitalarias (y no hospitalarias) llenas, decisiones sobre a qué pacientes había atender y a cuáles no... Situaciones vividas con continuidad y largas jornadas, con alta implicación y entrega de los equipos, que juegan un papel relevante de apoyo y pertenencia, de exigencia e inclusión.

1 Este artículo cuenta con una 1ª parte publicada en el nº anterior de *Norte de salud mental*, el nº 69.

El contacto de los sanitarios de primera línea con los familiares: Escuchar la angustia, el dolor de familiares de enfermos al borde de la muerte y de fallecidos dando la instrucción (y resistiendo las presiones, al tiempo que prestaban apoyo) de que no podían acudir a despedirse y/o a llevarse el cuerpo de su familiar (padres, madres, hij@s, herman@s, amig@s...). Vivir la frustración de no alcanzar la cura de sus pacientes pese a todo el esfuerzo desarrollado teniendo que "normalizar" la muerte de sus múltiples ingresados que viven su muerte aislados, sin acompañamiento, lo que en múltiples ocasiones buscan personalmente paliar en lo posible. Enfrentar la soledad de la acción sanitaria desde el desconocimiento de múltiples factores. Empezar a vivir síntomas de estrés postraumático y avergonzarse por ello buscando su ocultación. En definitiva, los trabajadores sanitarios de primera línea (desde médic@s y enfermería a personal de limpieza), han enfrentado mayores riesgos físicos, altas exigencias laborales (internas y de necesidades de la población, de los servicios sanitarios y de los equipos) y valoración/estigmatización social, debiendo responder de manera inmediata. Diversos estudios muestran que el personal de salud que trabaja en primera línea en la pandemia de Covid 19 puede experimentar síntomas como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, miedo e ira.

El estudio de Brooks publicado en *The Lancet Psychiatry* en 2020, cuenta con el mayor número de participantes y están realizados en plena pandemia. Así mismo el estudio sobre población en China (Bo, H-X, 2020) en China. En ellos se observó que la tasa de ansiedad en el personal de salud fue del 23,04%, mayor en mujeres que en hombres y mayor en enfermeras que en médicos. Y en la población general se observó un 53% de impacto psicológico de moderado a severo; un 16,5% de síntomas depresivos, un 28,8% de síntomas ansiosos y un 8,1% de estrés, todos entre moderados y severos. Los perfiles asociados con los niveles más altos de impacto psicológico, estrés, ansiedad y síntomas depresivos fueron: sexo femenino, ser estudiante, tener patologías físicas y una percepción de baja salud.

Así mismo otros colectivos de trabajadores de primera línea de atención en urgencia (ejército, policía) y de población socialmente marginada y en situación de dependencia económica completa e institucional, según algunos estudios parecen presentar problemas de salud mental por impacto y agotamiento emocional (Altungy, 2022).

1. En marzo de 2020, más de 154 millones de niños (el 95% de los matriculados) en América Latina y el Caribe, estaban fuera de la escuela debido a la COVID-19. Un año después, 114 millones de estos niños aún no habían regresado a la escuela.

Además del cierre de las escuelas en gran parte de los países con pandemia, que altera las rutinas diarias, el aprendizaje y la socialización, la imposibilidad de establecer relaciones con sus iguales al margen de las conexiones online (para muchos inaccesible), los niños y adolescentes se han enfrentado a la pérdida de seres queridos y a una mayor adversidad en sus entornos familiares, incluido un mayor riesgo de violencia doméstica. En 2020, el 27% de los adolescentes y jóvenes encuestados en América Latina y el Caribe declararon sentir ansiedad y el 15% depresión. Incremento de problemas graves (intentos de suicidio, autolesiones, trastornos alimentarios, etc.) se han visto incrementados en los servicios, multiplicándose las demandas de atención, pero no así los recursos. Así mismo en población adolescente española (Sendin et al. 2020 y 2021).

2. El estudio de Amy Tausch et al. publicado en *The Lancet* en 2022 presenta datos sobre la Salud Mental de los pacientes Covid-19. Se analizan además las consecuencias para la salud mental de las personas que padecieron el coronavirus. "Los datos existentes sugieren que a un tercio de las personas que sufrieron COVID-19 se les ha diagnosticado un trastorno neurológico o mental", dijo la autora principal del documento de la OPS, Amy Tausch. "Esperamos que el aumento de la carga de la salud mental pueda ser uno de los efectos más importantes de la COVID-19 a largo plazo", expresó con esperanza.

En las personas sin antecedentes psiquiátricos, el diagnóstico de COVID-19 se asoció con una mayor incidencia de un primer diagnóstico psiquiátrico en los siguientes 14 a 90 días.

La pandemia también ha contribuido a la recaída y a la exacerbación de los síntomas de salud mental en personas con psicopatología diagnosticada preexistente. Además, se descubrió que las personas con un diagnóstico reciente de un trastorno mental tenían un mayor riesgo de infección por COVID-19 y también una mayor frecuencia de resultados adversos, lo que representa un factor de riesgo adicional para el empeoramiento de la salud mental.

3. La situación de las maltratadas ha sido más angustiosa cuando se han producido los confinamientos por la pandemia Covid: menos asesinadas, pero no menos violencia, aunque cayeron casi todos los indicadores aportados por profesionales o demanda propia, menos las llamadas de auxilio al tf. 016 (servicio que pasó a prestarse 24h) que se incrementaron un 60% en abril 2020 respecto al mismo mes del año anterior. Se registraron 10.000 denuncias menos en el primer semestre de 2020 que en el del 2019. Los delitos enjuiciados cayeron de 26.433 a 16.908, según datos del Consejo General del Poder Judicial. Hubo un millar menos de órdenes de protección, hasta las 14.925. En el confinamiento se suspendieron parte de los procedimientos. Es decir, las víctimas “han tenido más dificultades para pedir ayuda, para salir. Han soportado muchos más delitos sin denunciar”, ha señalado Ángeles Carmona, presidenta del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del CGPJ. En el primer semestre de 2020, según datos del CGPJ, hubo un 12,4% menos de denuncias que en el mismo periodo de 2019, hasta un total de 70.723 denuncias. En el tercer trimestre, un descenso del 5,08% (42.854).

Es decir, el maltratador controlaba desde dentro de la casa en la convivencia diaria durante muchas más horas ante la imposibilidad de salir: el impacto mental es innegable. La fatiga mental en este largo proceso con sus muchos avatares, amenaza el incremento de trastornos.

En el trabajo hasta ahora de mayor envergadura sobre el tema, sus conclusiones confirman la gravedad del asunto: Jude Mary Cénat es profesor de Psicología Clínica en la Universidad de Ottawa y líder del grupo de expertos que llevó a cabo una investigación sobre la Covid 19 publicada en la revista científica *Psychiatry Research*. El equipo canadiense efectuó un metaanálisis referido a trastornos mentales con datos de cincuenta y cinco estudios internacionales (con más de 190.000 participantes) realizados entre enero y mayo del año anterior. Gran parte de esta información provenía de China, pero también utilizaron cifras de trabajos desarrollados en Italia, Estados Unidos, Perú, España, Irán, entre otros países. Hallaron que la prevalencia del insomnio fue del 24%, la de signos del trastorno por estrés postraumático alcanzó el 22%, de la depresión el 16% y la de la ansiedad llegó al 15%. El artículo subraya que los datos referidos a los síntomas de ansiedad y depresión fueron, respectivamente, cuatro y tres veces más frecuentes en comparación con lo que habitualmente reporta la Organización Mundial de la Salud (OMS). Indica Cénat en su análisis que los problemas para conciliar el sueño eran dos veces más pronunciados entre los trabajadores sanitarios. Y añade: “Necesitamos seguir investigando para comprender mejor esta diferencia. (...) Sin embargo, otro trabajo que realizamos sobre la salud mental a raíz del terremoto en Haití nos brinda pistas. Constatamos que los niveles de depresión y ansiedad eran mayores entre los haitianos que salieron rápidamente del país en comparación con los que se quedaron. Cuando estás en las primeras líneas, no puedes permitirte bajar los brazos. Y el insomnio es una forma en que se manifiestan tus temores y preocupaciones”.

El trabajo de los canadienses sostiene –tomando en cuenta investigaciones anteriores (Cukrowicz, KC et al., 2006) que, en esta población, en términos de proceso, el insomnio puede ser antesala de otros problemas posteriores, tales como depresión e ideas suicidas. De esta forma, Jude Mary Cénat y su equipo advierten del riesgo para la salud mental de los trabajadores de la sanidad conforme progresivamente estos individuos estén menos expuestos a la pandemia. Cénat menciona que un estudio que realizaron en la República Democrática del Congo mostró que los problemas de salud mental entre el personal que se batió contra el ébola aumentaron después de que los casos de la enfermedad fueron disminuyendo. Era ahí cuando los síntomas de estrés postraumático y depresión se hacían más presentes. “Es necesario acompañar a estos trabajadores. Llevar a cabo un seguimiento, crear una red de apoyo, detectar quiénes requerirán de ayuda”, concluía Cénat.

Otro aspecto central a considerar es la fatiga mental, cuya presencia ha empezado a aparecer de manera relevante en nuestras poblaciones afectadas por la pandemia covid-19.

Los servicios y las prestaciones de Salud Mental ante la pandemia

En octubre, la OMS señaló que la crisis por la Covid 19 ha perturbado o paralizado los servicios de salud mental críticos en el 93% de los países del mundo. El organismo subrayó igualmente que la sostenida emergencia sanitaria ha ido aumentando la necesidad de estos servicios. “Los líderes mundiales deben actuar con rapidez y decisión para invertir más en programas de salud mental que salvan vidas, durante la pandemia y más allá”, declaró Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS. “Estos servicios se redujeron o se suspendieron en un periodo de gran impacto sobre la salud mental, tanto para las personas que ya tenían problemas como para otras que comenzaron a sufrirlos. Debimos dar muestras de mayor comprensión e innovación”, señala Cénat.

Respecto a este último punto, un estudio publicado a principios de noviembre en [The Lancet Psychiatry](#) arrojó que el 18% de los pacientes en Estados Unidos que contrajeron el coronavirus se les diagnosticó un problema de salud mental entre 14 y 90 días después de dar positivo a la Covid 19.

Según el estudio de la OMS antes mencionado, la pandemia de COVID-19 ha perturbado o paralizado los servicios de Salud Mental esenciales del 93% de los países del mundo, afectando la atención a personas que recibían tratamientos. Pero es que, además, aumenta la demanda de atención de Salud Mental. El estudio, que abarca 130 países, aporta los primeros datos mundiales acerca de los efectos devastadores de la COVID-19 sobre el acceso a los servicios de Salud Mental y pone de relieve la necesidad urgente de incrementar la financiación señalando anteriormente el problema crónico de la financiación del sector de la Salud Mental: antes de la pandemia, los países destinaban menos del 2% de sus presupuestos nacionales de salud a la Salud Mental y tenían dificultades para responder a las necesidades de sus poblaciones.

“Una buena salud mental es absolutamente fundamental para la salud y el bienestar en general”, ha dicho el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud. “La COVID-19 ha venido a interrumpir la atención prestada por los servicios de Salud Mental esenciales de todo el mundo justo cuando más se los necesitaba. Los dirigentes mundiales deben actuar con rapidez y determinación para invertir más en programas de Salud Mental que salven vidas, mientras dure la pandemia y con posterioridad a ella”.

Sin atención sanitaria suficiente de salud mental en la mayor parte de países y sin adecuación por el incremento de necesidades en la mayor parte de aquellos que cuentan con un sistema público eficaz de salud en un momento en que la atención y el tratamiento son imprescindibles, la publicación señala continuas interrupciones en los servicios esenciales para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en más de la mitad de los países de la región. “La falta de acceso a los servicios, la menor disponibilidad de atención en persona y el cierre de escuelas han limitado las formas en que las personas pueden recibir apoyo en materia de salud mental, dejando a muchos aislados, vulnerables y en mayor riesgo”, consideró el doctor Renato Oliveira, jefe de la Unidad de Salud Mental y Consumo de Sustancias de la OPS.

De hecho, la salud mental ha sido históricamente un área descuidada de la salud pública (Adhanom, 2020), también en países considerados desarrollados (así ocurre globalmente en España). “Los gobiernos deberían aprovechar la pandemia por COVID-19 como una oportunidad para reforzar sus servicios de salud mental y hacer las inversiones necesarias para reconstruir mejor y en forma más justa”. Los autores piden que se actúe de inmediato para reforzar los sistemas y servicios de salud mental, con especial atención a la integración del apoyo psicosocial en sectores y entornos como la atención primaria de salud, la educación, los servicios sociales y los sistemas de apoyo comunitario. Para mitigar el impacto de la pandemia, los autores subrayan que la salud mental debe incorporarse a los planes de preparación, respuesta y recuperación ante emergencias.

Antes de la pandemia, se había calculado que los trastornos mentales costarán a la economía mundial 16 billones de dólares en 2030 si no se abordan. Se necesitan urgentemente inversiones adicionales,

y a medida que los países aumentan las inversiones en servicios de salud mental, los autores instan a dar mayor prioridad a los grupos en situación de vulnerabilidad.

Como decía con antelación, la pandemia está provocando un incremento de la demanda de servicios de salud mental. El duelo, el aislamiento, el encierro sostenido sin “ventilación” relacional, la pérdida de ingresos y el miedo están generando síntomas o agravando trastornos de salud mental: aumento de consumo de alcohol o drogas, crecientes problemas de insomnio y sintomatología de ansiedad. Por otro lado, la misma COVID-19 puede traer consigo complicaciones neurológicas y mentales, como estados delirantes, agitación o accidentes cerebrovasculares. Las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos o derivados del consumo de drogas también son más vulnerables a la infección del SARS-CoV-2 y podrían estar expuestos a un mayor riesgo de enfermedad grave e incluso de muerte.

Pero los servicios de salud mental esenciales “han sufrido graves perturbaciones”: El estudio fue llevado a cabo entre junio y agosto de 2020 en 130 países de las seis regiones de la OMS con el objetivo de evaluar las alteraciones sufridas por los servicios de salud mental, neurológicos y de tratamiento de las toxicomanías como consecuencia de la COVID-19, determinar los tipos de servicios que han sufrido perturbaciones y analizar las medidas tomadas por los países para adaptarse y hacer frente a estos problemas.

Se encontraron perturbaciones generalizadas de muchos tipos en los servicios de salud mental esenciales:

- Más del 60% de los países señaló perturbaciones de los servicios de salud mental destinados a las personas vulnerables, incluidos los niños y los adolescentes (72%), las personas mayores (70%) y las mujeres que requieren servicios prenatales o postnatales (61%).
- El 67% observaba perturbaciones en los servicios que hacen prestación de psicoterapia; el 65% en los servicios esenciales de reducción de riesgos; y el 45% en los tratamientos de mantenimiento con agonistas de opiáceos para los adictos a estos.
- Más de un tercio (35%) señaló perturbaciones en las intervenciones de urgencia, incluidas las destinadas a personas afectadas por convulsiones prolongadas, síndromes de abstinencia severos relacionados con el consumo de drogas y estados delirantes.
- El 30% señaló perturbaciones en el acceso a los medicamentos destinados a tratar trastornos mentales, neurológicos y derivados del consumo de drogas.

Aunque numerosos países (70%) están incorporando instrumentos de la telemedicina y/o la teleterapia para subsanar las perturbaciones de los servicios de atención presenciales, se observan disparidades relevantes en la adopción de estas intervenciones. Más del 80% de los países de altos ingresos declararon haber recurrido (con grandes diferencias cuantitativas y cualitativas) a la telemedicina y la teleterapia para paliar las dificultades de los servicios de salud mental, porcentaje que no llega al 50% en el caso de los países de bajos ingresos.

Si bien el 89% de los países señalaron, en el marco del estudio, que la salud mental y el apoyo psicosocial formaban parte de sus planes nacionales de respuesta a la COVID-19, apenas el 17% de esos países disponen de una financiación adicional suficiente para sufragar esas actividades. España no se encuentra ni se ha encontrado entre ellos.

Una línea necesaria a implementar: Programa de autocuidado

Es preciso ofertar de manera suficiente Programas de Autocuidado para los profesionales de ayuda, acompañamiento e intervención de primera necesidad urgente (también ejército y policía) dirigidos

a crear “espacios seguros” para compartir experiencia en el lugar de trabajo y ante la vuelta a casa, preferiblemente durante los desafíos diarios y extraordinarios del trabajo. El autocuidado como prevención ante las experiencias difíciles y la relación cuidar-cuidarnos, como focos.

El autocuidado supone actitud y comportamiento en el trabajador y en el profesional; es responsabilidad suya también, pero precisa de los Programas ofertados por los servicios. Supone que los tiempos y energías hemos de equilibrarlos con los cuidados, tanto los que damos a los demás, como los que recibimos de nuestras redes de apoyo, de la organización en la que se trabaja, y de las condiciones materiales con que contamos.

Como desde diferentes ángulos Michael Mahoney (2005), Marisol Filgueira (2014) y Beatriz Rodríguez Vega (2019) han propuesto, es preciso en ellos:

- Definir la relación de ayuda, identificar las emociones que surjan durante el desempeño profesional, especialmente el impacto específico de la emergencia sanitaria y desde luego de las emociones que surgen al llegar a casa (miedo a contagiar, culpa por el cansancio y por el riesgo que portan, inseguridad, etc., que resultan de mayor impacto en las mujeres en un sector “feminizado” donde son mayoría).
- Favorecer su identificación/aceptación/expresión.
- Detectar y definir las dificultades para ejercer el autocuidado, principalmente las ligadas al mecanismo de rechazar las emociones y su legitimidad.
- Definir los equilibrios ejercicio-de-cuidados-en-el-trabajo/autocuidado.
- El cuidado de los equipos.
- Definir los recursos propios favoreciendo la resiliencia.

Programas necesarios en los equipos de ayuda a seres humanos y específicamente en los sanitarios con especial prioridad en los de Urgencia y primeras líneas de atención. Los servicios de SM han de proveerlos en los dispositivos sanitarios y favorecer su creación y desarrollo en otras redes de servicios de ayuda.

Todo ello pone de manifiesto la necesidad de desarrollar el subsistema sanitario de la Salud Mental. Destinar el 2% de los presupuestos nacionales de Salud en Salud Mental resulta muy insuficiente.

No favorezcamos los “nichos de negocio” dejando agujeros en la atención pública de la SM a cubrir por intereses privados. Estimaciones previas a la COVID-19 cifran en casi un billón de dólares las pérdidas anuales de productividad económica causadas únicamente por la depresión y la ansiedad. La quiebra de los principios de solidaridad y de equidad de los Sistemas o Servicios Nacionales de Salud están en juego.

Conocer para afrontar: los tipos de angustia sufridos por la población en la pandemia

Son muchas las publicaciones que dan cuenta de que la ansiedad viene creciendo en la población de manera significativa (se dan instrucciones ante la presencia de sus signos y consejos de comportamiento generales en torno a ellos) y que hay un incremento de la demanda y aumento de prescripción y consumo de psicofármacos en los servicios sanitarios de Atención Primaria y de Salud Mental, tanto a nivel mundial como en nuestro país. Pero pocos trabajos se dirigen a examinar la angustia “no sanitizada” que vive la población en general. Y menos aún en esta pandemia. A este aspecto voy a referirme a continuación.

Voy a presentar, siguiendo principalmente a Recalcati y una propuesta de Gómez Beneyto, los 5 tipos de angustia que en la pandemia se han presentado colectivamente en la población, sin que ello signifique patologización, sino la vivencia, la experiencia colectiva de angustia, que podemos identificar diferenciando tanto sus tipos, como su frecuente presentación en fases progresivas. Pero conviene dejar señalado antes de continuar, que las dificultades para la elaboración y encauzamiento de estas ansiedades en ciertas situaciones internas y contextos, han podido precipitar daños con efectos traumáticos.

Veamos estos tipos de angustia:

- La 1ª, la angustia persecutoria o angustia de intrusión.
- La 2ª, la angustia depresiva.
- La 3ª, la angustia de convivencia.
- La 4ª, la angustia de recidiva.
- La 5ª, la angustia conspiranoica, o de agresividad pasiva.

La angustia persecutoria o de intrusión

Se produce como señal de angustia por un impacto inidentificable, sin imagen, sin defensa, que deja a su alcance nuestro hábitat, que pasa rápidamente de tener una condición de seguridad casi omnipotente en nuestras sociedades "avanzadas y seguras", a la de impotencia, indefensión y desvalimiento.

Es preciso considerar dos características de la vivencia de la pandemia COVID19:

1. La inminencia y omnipresencia de la infección
2. La indeterminación/ilocalización

A ello añadiremos la imposibilidad de fuga completa, la imposibilidad de separación por anulación del peligro: Movimientos inseguros de separación, siempre incompleta de manera indefinible, de esta presencia con inminencia.

La imposibilidad de fuga fractura el esquema defensivo del ser humano, que separa lo familiar de lo extraño: el amigo, el familiar puede ser ahora el lugar de la máxima oscuridad, del peligro. Las relaciones de confianza y "seguras" del contexto significativo dejan de ser vividas como tales.

La metáfora de la guerra ha venido utilizándose como parte de un esfuerzo colectivo que trata de definir con ella un afrontamiento compartido para abordar esta angustia, pero se trata de una incorrecta respuesta y, por tanto, inútil: la metáfora de la guerra tiene la tarea/objetivo de restituir el límite y diferenciación máximos entre lo conocido y lo desconocido, lo amigable y lo enemigo. Pero ese límite no se podía definir en la pandemia. Además, la metáfora de la guerra no permite el duelo que toda guerra precisa. Así esta metáfora de la guerra no sólo no contiene, sino que abunda en los efectos de la angustia paranoica o de intrusión. No tenemos guerra: tenemos miedo, que es un efecto de esta angustia.

Respuesta psicológicamente funcional y pertinente ante esta angustia es el confinamiento, como manera de restituir un lugar seguro ("mi casa"). Atención a excepciones: No es así en la violencia intrafamiliar y, de otra manera, en los adolescentes, cuya fase de desarrollo requiere de la relación principal con "los iguales", de las *salidas* de las reglas y el contexto familiar.

Giorgio Agamben (2021) abandera una posición que discute parcialmente la anterior desde la influencia de Foucault. Plantea el recorrido introspectivo/colectivo de los meses de caos dentro de la sociedad italiana, que estaba enfrentándose a una inesperada y nueva realidad, así como a las implicaciones de esta nueva realidad sobre derechos y garantías ciudadanos en una sociedad europea "avanzada". Describe cómo la credibilidad de la pandemia con sus múltiples datos mostrados diariamente, contaba con potentes resquebrajamientos que enfrentaban a sectores de la población en el marco de la irrupción primera y de las sucesivas "olas" en la cotidianeidad generando una nueva realidad rutinaria. A partir de esta, las medidas normativas que suponían limitaciones considera que establecían un clima de irracionalidad y frenesí facilitadoras del pánico colectivo y sus distorsiones a través de los medios de comunicación. Hace consideraciones respecto a las implicaciones de vivir en la situación de emergencia y cómo será la vida después de haber sido superado este capítulo, así mismo profundiza en la relación entre el ser humano y la pandemia, ahondando en la pasividad de la sociedad al permitir que las distintas esferas de su vida sean modificadas o básicamente anuladas por las medidas de excepción instauradas y las implicaciones éticas y sociales de su instauración por el impacto que tengan sobre éstas. Sus observaciones en cuanto al distanciamiento social generado con el confinamiento y tras el mismo en grandes capas de la población le acerca al cuestionamiento/denuncia de lo que denomina una "comodidad del conformismo" que considera abriría la puerta a sostener exceso tolerancia en pérdida de derechos. Así considera que se alcanzó un estado de excepción y la utilización de este como mecanismo de control totalitario, de manipulación de las libertades y garantías democráticas por un indefinible resguardo de salud y su seguridad evanescente.

El confinamiento implica una pérdida fenomenológica de la libertad y como vemos en Agamben, en ocasiones se presenta como medida de una "dictadura sanitaria". Pero podemos pensarlo como otra experiencia de libertad, solidaria y democrática, donde la comunidad es cuidada por mí. Esta experiencia de libertad nueva nos liga al otro desde la solidaridad y la fraternidad.

Una experiencia ética de una nueva libertad colectiva se enfrenta en la pandemia a una concepción de la libertad individual en que cada uno puede hacer lo que desea sin que juegue papel la consideración del "otro". Una versión de la libertad como propiedad individual queda cuestionada éticamente por la pandemia con el confinamiento.

Una cuestión de debate sin duda que nos abre tal vez más que a una elección entre opciones a la consideración de la existencia simultánea de ambas y a los elementos en juego tales como la comprensión relacional, la motivación ante el contexto y la valoración de la propia ubicación en el mismo.

La angustia depresiva

El 2º tipo de angustia es la depresiva: el COVID produce muerte y es una muerte colectiva, donde disminuye la identidad, la singularidad, y surge el número. Además, no se trata en principio (o no sólo) de la posibilidad de muerte de "los míos", es la mirada de la muerte del mundo que conocemos, de "nuestro mundo" y su cotidianeidad. Es también la muerte como número diario que borra el nombre. La muerte como algo cuantitativo y abrumador quiebra la singularidad, introduce la muerte deshumanizada. Con el advenimiento de las nuevas tecnologías, información tanto verídica como sensacionalista estaba a un clic de distancia. Cada cifra, teoría y postura era ampliamente difundida expandiendo a un peligroso ritmo las contradicciones y la tensión en masa. El encauzamiento de la tensión para su elaboración se ha visto afectado.

Esta angustia depresiva no se inscribe en una pérdida concreta (un trabajo, un amor, un ser querido...) cuya existencia se inscribe en un pasado más o menos reciente, sino que esta angustia depresiva de la pandemia en un sentido sustantivo se inscribe en el futuro, pues el objeto perdido es el mundo que conocemos y que ya no volverá a ser. Así se produce una colonización paradójica: tenemos lo real de algo que acaba, pero sin representación de su pérdida. La pandemia del Covid-19 supone una experiencia de lo inimaginable. Por esto precisamos el contacto a través de las pantallas y por ello el poder terapéutico de lo virtual.

La angustia de la convivencia con la infección y la compartimentación de los tiempos

El tercer tipo de angustia es la de la convivencia y guarda relación con un segundo tiempo de la pandemia. Supone una concepción ingenua o infantil, simplista, de la "sanificación", de la cura colectiva, como una superación del tiempo-1 de la pandemia, el tiempo de la infección. Pero esa superación contiene irrealidad, porque estamos obligados a convivir con la infección mientras ésta se afronta con las vacunas, sus etapas y prioridades sucesivas, las olas posteriores de nuevas infecciones por mutaciones del virus, que generan desconcierto, inseguridad, pasos adelante y atrás en el *tiempo de la infección* versus el *tiempo de la superación*. No cabe una progresión completa hasta la eliminación total, sino que hemos de convivir con el virus y su infección. Así que el tiempo-2 no es el de la superación hasta la aniquilación, sino el de revivir continuamente el tiempo-1, el de la infección dando pasos inseguros entre uno y otro tiempo en deslizamientos que no son uniformes entre los ciudadanos.

Se hace preciso por tanto realizar el trabajo psíquico de la integración de ambos tiempos y, desde ahí, abrirse al "otro" buscando la condensación de la intensidad del "encuentro"-comunicativo. Como el arte puede ser efecto de la sublimación de una herida (el "Guernica" de Picasso, por ej.), creando una forma nueva.

Este sería un afrontamiento sano, funcional, de esta 3ª angustia, que por sí misma genera una desoladora confusión: la plasticidad funcional de lo psíquico, que permite la elaboración de duelo frente a la fijación estereotipada y traumática. Conviene aquí decir que siempre tenemos un resto psíquico del impacto emocional que nos conecta con éste, pero que no nos ata si se trata de un resto que ha pasado una elaboración que nos lleva a la vida.

La angustia de la recidiva

La 4ª angustia es la de la recidiva. Su efecto el "negacionismo" como represión de la existencia del mal, de la infección: la vida entonces se afirma aquí como manifestación de la falta del límite, es decir, como un todo magmático vida/muerte/vida/muerte... La 3ª ola de la pandemia con sus reinfecciones en olas sucesivas llevó a la vivencia de una nueva "caída" en el vacío en que la defensa de la angustia podía ser negar, comportarse como si el parámetro de realidad no existiera o fuera ridículo, amputando así nuestra percepción y convirtiéndola en disfuncionante, tanto para nosotros como para los "otros". Negar el límite de nuestra vida, abandonar el cuidado del "otro", vivir una omnipotencia narcisística psicopática. Negar la vuelta del virus para evitar el sufrimiento del vacío. La presencia afectiva y relacional del otro, la dinámica acogedora o no del contexto significativo aquí resulta central para afrontar esta angustia.

La angustia conspiranoica

La 5ª angustia es la conspiranoica. Su naturaleza es parcialmente diferente a las cuatro anteriores y de hecho se experimenta de manera acotada o menos generalizada en la población, generando elementos de identidad compartida. Supone vivir una omnipotencia narcisística desarrollando, desde una definición imaginaria de condición heroico/victimaria, una acusación paranoica con rasgos psicopáticos: grandes poderes invisibles serían agresores propagadores del daño, por lo que habría que desarrollar, junto a campañas movilizadoras contra los datos y cuidados que aporta el conocimiento científico, comportamientos de abandono del autocuidado responsable y de cuidado del otro desde un ejercicio de negación de los propios límites vitales, convirtiendo pragmáticamente el cuidado del otro en un abandono/manipulación.

Hacia la consideración del impacto de la pandemia Covid 19 como trauma colectivo. Disociación, autopercepción-experiencia de fluidez de sí mismo, experiencias-límite en contextos relacionales fragilizados por la pandemia

Volvamos a ver datos para resituarnos ante la crisis de la pandemia que a ha atravesado transversalmente distintos niveles, desde el macrosistémico hasta el microsistema del individuo, poniendo de manifiesto necesidades de cambio global en diversas caras del poliedro de la vida en el mundo y sus dinámicas.

Como hemos visto, los efectos psicológicos de la pandemia Covid 19 cuentan con numerosos estudios y aún se producirán numerosas investigaciones. Las "señales" de impacto de daño desde los primeros meses de la pandemia fueron múltiples: las llamadas de auxilio al 016 aumentaron en un 60% respecto a los años anteriores según la Delegación de Gobierno 2020; la Organización de las Naciones Unidas en 2020 informó del aumento de casos de violencia física y sexual sobre mujeres y niñas en 2019 con 243 millones señalando incremento por la crisis del Covid 19 y sus consecuencias; el Centro Nacional de desaparecidos publicó en su informe anual de 2021 un importante incremento.

Los estudios existentes concluyen que existe un efecto negativo en la salud mental tanto en personas sanas cuando la crisis empezó, como y específicamente en las personas con problemas de salud mental previos y esto independientemente del país del mundo en que se haya realizado el estudio. Además, es preciso considerar la posibilidad de que se hayan puesto de manifiesto con demanda explícita, problemas existentes con anterioridad a la pandemia, que ésta haya favorecido su presentación. Y se han generalizado la carencia/debilitamiento de la asistencia con los pacientes que presentaban problemas previos de salud mental.

Se han disparado factores de riesgo como el miedo, la incertidumbre, el aislamiento, la pérdida de seres queridos, la pérdida de ingresos económicos, la soledad, la inactividad, el acceso limitado a servicios básicos, la disminución de contacto la red de apoyo, la presencia de la muerte masiva y se han producido fenómenos nuevos como el del confinamiento obligado por las autoridades, ansiedades colectivas, impactos emocionales sin encauzamientos adecuado y fatiga mental en amplias capas sociales. Las angustias básicas colectivas presentadas han sido generalizadas en las diversas zonas del mundo afectadas por la pandemia.

Los llamamientos de la OMS señalando la necesidad de atender la salud mental colectiva de la población incrementando los recursos, favoreciendo la prevención y la intervención precoz, alertando de las desigualdades económico-sociales se han mantenido en el tiempo, pero estas recomendaciones han contado con un seguimiento escaso entre los países del mundo. La consideración de que estamos bajo el impacto de un trauma colectivo es contemplada por la Organización Mundial de la Salud.

En algunos países se planteó el objetivo o principio de no dejar atrás a nadie. Las diferencias entre regiones y países del mundo en esta materia han sido enormes y terribles. En aquellos donde las autoridades han realizado planes públicos de vacunación programada a la población, han transmitido información rigurosa acorde con el conocimiento de cada momento y han desarrollado programas de ayuda económica y social, esta protección parece haber jugado un papel preventivo relevante.

Desde la perspectiva/mirada, grandes colectivos humanos se han visto afectados con la pandemia generando debilitamientos internos y procesos que aún están siendo observados en los servicios que atienden a la ciudadanía y que aún requieren de más tiempo para ser suficientemente conocidos. Pero ya conocemos la significativa presencia de la disociación, procesos abiertos con distinto grado de profundidad en muchos, sobre la autopercepción en cuanto a modos de experiencia de fluidez del *self* en colectivos en circunstancias vividas como límite, por ejemplo, en trabajadores sanitarios, pero también en otros aún no suficientemente conocidos.

Así, los trabajadores sanitarios de primera línea de atención Covid-19 hospitalaria, han vivido una experiencia de alta intensidad, compromiso, implicación, apoyo mutuo, reconocimiento exterior, en una situación de altísima necesidad social, desconocimiento de la enfermedad, carencia de instrumentos de protección, cuestionamiento interno en torno a sus prioridades como ser humano, alteración de la organización de sus modos de relación en su contexto profesional y familiar.

Esa agotadora atención con resultado de múltiples muertes alrededor de pacientes solos, intubados, anónimos, acompañaba cada día la llegada a su casa de vuelta del trabajo. El miedo a ser portador de riesgo de muerte en su propia familia, llevó a muchos sanitarios que podían económicamente hacerlo, a abandonar su propio domicilio con el coste añadido entonces de la soledad, de aislarse del apoyo del contacto con "los suyos". Cada día vivían la angustia del miedo a la muerte de sus múltiples pacientes y también a ser posibles transmisores-causantes del enfermar de los suyos, generando en su casa modos de relación muchas veces vividos de manera problemática y cuestionadora, bien desde el exterior ("antepones tu trabajo a tus hijos", por ej), bien desde el interior ("debo alejarles de mí"). Cada día el agotamiento de las jornadas (frecuentemente sin horarios) ponía a prueba su dedicación implicada en las relaciones familiares y en las relaciones con su equipo (que alcanza rasgos de grupo primario), convirtiéndose su vivencia de las lealtades a los objetivos y reglas de ambos en antagónica y de difícil resolución la definición de su implicación. Las dificultades para encauzar el estrés concomitante con sentido y apoyo externo acogedor, resulta marco identificable hacia la quiebra del estrés postraumático posterior.

Alteradas tanto su percepción de sí como su modo de relación en su contexto significativo por el miedo, la incertidumbre, el agotamiento y la culpa, también sus relaciones con compañeros de trabajo, con sus vecinos etc, si la experiencia de que la *vitalidad del yo* quedaba sobrecargada sin elaboración ni encauzamiento por la emoción del miedo a la propia muerte o de la muerte de los "propios" de su casa, o por el abandono de su compromiso en su equipo, es decir, cuestionada internamente su ubicación relacional en su contexto relacional significativo (y/o externamente, por uno o más miembros de este), los riesgos de quedar bajo la sombra del trastorno por estrés postraumático y sus efectos, incluida la disociación, podemos apreciarlos.

La importancia de programas preventivos en el trabajo favorecedores de la comunicación relacional y la relación interna consigo, encauzadores de identificación/descarga emocional, favorecedores del apoyo mutuo en los equipos, ha resultado enorme, si bien su grado de implantación ha sido voluntarista e insuficiente, en parte motivado por la inexperiencia en vincular a los profesionales y trabajadores sanitarios en el autocuidado, muchos de los cuales consideraban inapropiado reconocer(/se) como personas en riesgo (o avergonzarse por ello), lo que favorece mecanismos como la ocultación e incluso la negación, que contienen riesgos.

Otro gran colectivo que ha sufrido graves impactos con efectos de trauma se encuentra en las personas que han tenido familiares que han enfermado de Covid, a quienes no han podido acompañar ni atender ni despedirse (es decir, no han podido realizar transmisiones comunicativas tal vez centrales en la relación) porque estaban aisladas en residencias de mayores o en ingreso hospitalario. A su vez, no han contado con los ritos de acompañamiento y apoyo mutuo de los cercanos, favorecedores de los procesos de duelo funcionales. De hecho, la cantidad de demanda en los servicios por duelo patológico presente en la población, se ha incrementado enormemente.

Los niños y particularmente los adolescentes han presentado colectivamente unos efectos de daño alto, con presencia significativa de reacciones traumáticas. Sus procesos de socialización han quedado gravemente alterados, los encierros con la familia y la convivencia obligada de 24h, el aislamiento, la dependencia de las redes y sus implicaciones, los estudios en casa sin vinculación con el espacio escolar físico y las presiones internas por ello generadas, globalmente han resultado de difícil identificación y encauzamiento en su contexto. Las demandas de atención en los servicios de SM por sintomatología grave se han multiplicado no estando éstos dotados adecuadamente en la mayor parte de los países, desde luego en el nuestro, resintiéndose las prestaciones.

La experiencia del miedo a la ruina inminente, de la familia y del mundo ha tenido consecuencias en la *actividad del yo* en el sentido de déficits en las realizaciones, pensamientos, sentimientos,

acciones, percepciones. Incluso han sido frecuentes las experiencias extremas de ser controlado por otros no exactamente de una manera paranoide sino por determinaciones de cambios en las reglas establecidas por el poder de autoridades legales. La percepción de debilidad yoica, de falta de control sobre sí producido para muchos como robo de capacidades de competencia del propio individuo, habría influido en la *consistencia del yo*, en la calidad de la experiencia como ser humano básicamente coherente, que conoce, soporta, decide, asume sus propias coherencias/incoherencias hasta la llegada del covid19. Estos elementos de la *actividad y la consistencia del yo* han incidido a su vez en la *demarcación del yo*, que sostiene sentido y grado de seguridad interna en el propio ámbito privado en el que experimentamos episodios significativos básicos para la propia identidad y que han podido quedar tocados por déficits en su ejercicio y hasta en su percepción abriendo vertiginosamente cuestionamientos internos de la capacidad del mismo por los límites impuestos por la pandemia. La *identidad del yo* como certidumbre puede abrirse generando una quiebra irreflexiva de la propia individualidad hasta entonces definida, a pesar de los cambios producidos a lo largo de la propia trayectoria vital.

Podemos identificar la existencia de un esfuerzo frente a la amenaza en diferentes colectivos humanos, entre ellos como hemos visto, colectivos de trabajadores donde se han producido alteraciones en todos esos parámetros llegando a alcanzar la propia individualidad más allá del grupo. Se trata de dimensiones básicas del yo que, siendo interrelacionadas, pueden tener una independencia relativa. La disociación parece haber llegado a jugar un papel en determinadas funciones mentales de grandes colectivos humanos.

El proceso de disociación como opción disfuncional cercana a la escisión del *sí mismo* con frecuencia parece haberse encontrado en trabajadores sanitarios y de primera línea de trabajo covid que hablaban de sentimientos de estar desmembrándose, de experimentar pérdida de límites, pérdidas de sí mismos o incluso la ambigua sensación de estar dirigidos por una especie de poderes externos. Se trataría de efectos del impacto traumático de la pandemia en grandes grupos humanos, cercanos, pero distintos, a los que se describen en la sintomatología de fragmentación del yo en la esquizofrenia: Una disociación grave de la experiencia del yo.

La incorporación de la idea del trauma por la crisis del covid de manera innegable ha supuesto una alteración de los marcos relacionales significativos de grandes grupos humanos (profesionales sanitarios, policía, ejército, etc. en primera línea –no todos iguales–) con comportamientos colectivamente marcados por la responsabilidad generosa y solidaria, pero también provocando modos de disociación, de disminución de la capacidad de regular la intensidad de los afectos en el sentido que ya se conoce desde la psicología militar en la *fatiga de combate*.

Como vemos, sí se ha producido un episodio colectivo productor de fenómenos de disociación en algún grado con fisuras internas y relacionales en el contexto significativo al no poder asimilar episodio externo.

La pandemia Covid-19 ha supuesto amenaza colectiva que ha inmovilizado procesos colectivos cognitivos, emocionales y relacionales por la amenaza. Una amenaza que actuaría negativamente generando un conjunto de respuestas defensivas, pero sin poder definir fase previa al encuentro, al ataque, ni en fase posterior al ataque, pues estas tres fases quedarían en nebulosas de desconocimiento, miedo e incertidumbre que pueden generar recuerdos, pensamientos y creencias aterradores –independientemente de la magnitud verdadera en el entorno– un mundo interno fragilizado en un contexto significativo que parece amenazar con quebrarse donde las reglas y el juego relacional se cierran/rigidifican dificultando gravemente la identificación/canalización de tensiones por apoyo mutuo.

Una percepción desde el mundo interno que redefinirá el mundo externo como más inseguro y peligroso. Esas percepciones de amenaza de origen interno y externo han suscitado fenómenos disociativos colectivos por tensiones sin encauzamiento ni elaboración afrontada colectivamente de manera suficiente. Se trataría de una disociación no como consecuencia de alteraciones de procesamiento cognitivo, sino como un proceso que reduciría los malestares de la amenaza (Taylor, 2019). En este sentido podemos destacar que se trataría de un proceso, pero también de un resultado de ese mismo proceso.

Contacto: Begoña Olabarría González ✉ begolagoera@gmail.com

Bibliografía

- Acinas, P. (2020). Pérdidas, muerte y duelo ante pandemias: "Poner amor donde hay dolor". El velo pintado, el amor en tiempos de cólera y la ciudad de la alegría. *Rev. Med. Cine*, 16(e), 293-310.
- ACNUR (2014). *Tendencias de asilo 2014. Niveles y tendencias en países industrializados*. Genova: ACNUR.
- ACNUR. (2015). *Tendencias globales. Desplazamiento forzado en 2015. Forzados a Huir*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2016/10627.pdf?view=1>
- Adhanom, T. (2020). Addressing Mental Health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry*; 19(2):129-30.
- Agamben, Giorgio; D'Meza, M.Teresa y Molina-Zavalía, Rodrigo (2021) *¿En qué punto estamos? La epidemia como política*. Adriana Hidalgo Editora. ISBN:9788416287932.
- Altungi, P., Torres, R., Liébana, S., Sáiz J., Sánchez-Marqueses, M. (2022). *Un estudio exploratorio sobre la salud mental y el agotamiento emocional en los trabajadores sociales de un albergue*. *Rev. Clínica y Salud*. Vol. 33, N° 1.
- Amorós-Reche, V., Belzunegui-Pastor, A., Hurtado G., Espada J.P. (2022). *Los problemas emocionales de los niños y adolescentes españoles durante la pandemia del Covid-19: Una revisión sistemática*. *Rev. Clínica y Salud*. Vol. 33, N° 1.
- Atwell, R. G.-W. (2009). *Resettled Refugee Families and Their Children's Futures: Coherence, Hope and Support*. *Journal of Comparative Family Studies*, 40(5), 677-697.
- Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos M.A., Saiz, J., López Gómez A., Ugidos C. (2021). Estudio longitudinal del impacto psicológico derivado del COVID-19 en la población española (PSI-COVID-19). Primeros resultados. Grupos 5y Universidad Complutense, 2020. Disponible en: <https://www.contraelestigma.com/resource/estudio-covid-resultados-finales/>
- Barudy, J., & Marquebreucq, A.-P. (2006). *Hijas e hijos de madres resilientes. Traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio*. Madrid: Gedisa.
- Bava, S. D. (2010). *Lessons in Collaboration, Four Years Post-Katrina*. *Family Proces*, 49(4), 543-558.
- Blaustein, M. E. y Kinniburgh, K. M. (2010). *Treating traumatic stress in children and adolescents. How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency [Tratamiento del estrés traumático en niños y adolescentes. Cómo fomentar la resiliencia a través del apego, la autorregulación y la competencia]*. The Guilford Press.
- Benjamin, W. (1972/1977). *Para una crítica de la violencia y otros ensayos. Iluminaciones IV*. Madrid: Taurus, 1999.
- Benjamin, W. (2009). *Estética y política*. Buenos Aires: Los Cuarenta.
- Bo H-X., Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, et al. (2021). *Posttraumatic stress symptoms and attitudes toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China*. *Psychol Med*. 2020; 1-2.
- Bonnano, G. E. (2010). *The parameters of disaster: consequences, risks and resilience in individuals, families, communities, and society*. *Psychological Science in the Public Interest*, 11, 1-49.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol.1. [Apego y pérdida: Vol.1.]*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Bretherton, I. y Munholland, K. (1999). *Internal working models in attachment relationship: a construct revisited [Modelos de trabajo internos en relación de apego: una construcción revisada]*. En S. Cassidy y Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 102-127). Guilford Press.

- Brooks S.K., Webster R.K., Smith, L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin G.J., *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence*. *The Lancet* 2020;395 (10227): 912:20.
- Brottveit, A. (2003). Helt naturlig? Sorg og dødsritualer i et krysskulturelt perspektiv [¿Todo natural? Rituales de duelo y muerte en una perspectiva transcultural]. En K. E. Bugge, H. Eriksen y O. Sandvik (Eds.), *Sorg/Grief* (pp. 86–103). Fagbokforlaget.
- Cabodevilla, I. (2007). *Las pérdidas y sus duelos*. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (Supl. 3), 163-176.
- Cassidy, J y Shaver, P. (2016). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3ª ed.) [Manual de apego: teoría, investigación y aplicaciones clínicas]. The Guilford Press.
- Cénat, J.M., Oléa Balayulu-Makila, Derivois D. et al. *El profesional de la salud mental a los pies del virus del Ébola: tratamiento individual y desafíos mentales globales*. Publicado en línea por Cambridge University Press 30 de mayo de 2019.
https://www-cambridge-org.translate.google/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/mental-health-professional-at-the-feet-of-the-ebola-virus-individual-treatment-and-global-mental-challenges/7E79D8383987B1A28B632AE1D7B9B869?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sc
- Cénat, J.M et al. (2020) Prevalencia y factores de riesgo de los síntomas de depresión entre las poblaciones rurales y urbanas afectadas por la enfermedad del virus del Ébola en la República Democrática del Congo: un estudio transversal representativo.
https://bmjopen-bmj-com.translate.google/content/12/1/e053375?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sc
- Centro Nacional de desaparecidos (2021). *Informe anual de personas desaparecidas*. Ministerio del Interior.
[https://cndes-web.ses.mir.es/publico/Desaparecidos/dam/jcr:8939fd82-d875-49af-bbc6-ea339802df7f/INFORME%20ESTADISTICO%202021%20ACCESIBLE%20\(21MB\)_md.pdf](https://cndes-web.ses.mir.es/publico/Desaparecidos/dam/jcr:8939fd82-d875-49af-bbc6-ea339802df7f/INFORME%20ESTADISTICO%202021%20ACCESIBLE%20(21MB)_md.pdf)
- Clark, J. (2015). Surfing uncertainty. Prediction, action and the embodied mind [Surfeando incertidumbre. Predicción, acción y la mente encarnada]. Oxford University Press.
- Condorelli, R. (2017). Surprise of complexity and complexity of surprise: What happened to predictability? Limits and new possibilities of complexity for physical, psychological, and social sciences [Sorpresa de la complejidad y complejidad de la sorpresa: ¿Qué pasó con la previsibilidad? Límites y nuevas posibilidades de complejidad para las ciencias físicas, psicológicas y sociales]. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 7(3), 1-10. <https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000302>
- Cukrowicz, KC, Otamendi, A., Pinto, JV, Bernert, RA, Cracovia, B. y Joiner, TE, Jr. (2006). "El impacto del insomnio y los trastornos del sueño en la depresión y el suicidio". *Dreaming*, 16 (1), 1-10.
<https://doi.org/10.1037/1053-0797.16.1.1>
- Damasio, A. (2018). *The stranger order of things. Life, feeling and the making of cultures* [El extraño orden de las cosas. Vida, sentimiento y hacer culturas]. Pantheon.
- Davidson, R. y Begley, Sh. (2012). *The emotional life of your brain: How its unique patterns affect the way you think, feel, and live, and how you can change them* [La vida emocional de su cerebro: cómo sus patrones únicos afectan la forma en que piensa, siente y vive, y cómo puede cambiarlos]. Avery Edition.
- Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar. El nicho familiar y la superación de las heridas*. Barcelona: Gedisa.
- Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género. Boletín estadístico mensual-Abril 2020. Ministerio de Igualdad.
- De Quiroga, A. P. y Racedo, J. (1993). "Crítica de la vida cotidiana". Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Doka, K. J. (2000). *Living with grief. Children, adolescents and loss* [Viviendo con duelo. Niños, adolescentes y pérdida]. The Hospice Foundation of America.
- Dunbar, R. I. M. (2013). An evolutionary basis for social cognition [Una base evolutiva para la cognición social]. En M. Legerstee, D.W. Haley y M. Bornstein (Eds.), *The infant mind. Origins of the social brain* (pp. 3-18). Guilford Press.

- Eggerman, M., y Panter-Brick, C. (2010). Suffering, hope, and entrapment: Resilience and cultural values in Afganistan. *Social science and medicine*, 71, 71-83.
- El País (2022). Francesco Rocca, Presidente Federación Internacional de Sociedades de la Cruz roja y de la Media Luna Roja.
https://elpais.com/internacional/2022-09-21/francesco-rocca-las-crisis-no-se-arreglan-mandando-comida-para-lavar-nuestra-conciencia.html?event_log=oklogin
- Falicov, C. (2011). Migración perdida ambigua y rituales.
- Filgueira, M. (2014). Síndromes profesionales del psicoterapeuta: Propuestas de autocuidado con psicodrama. *Rev. Psicoterapia y Psicodrama*. Vol. 3, nº 1. Pág. 37-78.
- González-Torres, M.A y Fernández-Rivas, Aranzazu. (2021). Experiencias de espacio y tiempo en el Covid19, pandemia: Carta desde Bilbao. *The American Journal of Psychoanalysis*, 2021, 81, (480–495). Association for the Advancement of Psychoanalysis 0002-9548/21. www.palgrave.com/journals
- Greene, R. R. (2010). Conceptualizing a Holocaust Survivorship Model. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20(4), 423-439.
- Guastello, S., Koopsman, M. y Pincus, D. (2008). Chaos and complexity in psychology. The theory of nonlinear dynamic systems [Caos y complejidad en psicología. La teoría de los sistemas dinámicos no lineales]. Cambridge University Press.
- Guidano, V. F. (1994). El Sí Mismo en proceso. Hacia una terapia postracionalista. Paidós.
- Guribye, E. S. (2011). Communal proactive coping strategies among Tamil refugees in Norway: A case study in a naturalistic setting. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(1),9-21.
- Hammond, C. (2013). Time warped: Unlocking the misteries of time perception [Tiempo deformándose: desbloqueando los misterios de la percepción del tiempo]. Harper Perrenial.
- Hobfoll, S. E. (2011). The limits of resilience: Distresspolitical violence among Palestinians. *Social science and medicine*. Elsevier, 72, 140.
- Hooker, C. (2011). Philosophy of Complex Systems. *Handbook of Philosophy of Science [Filosofía de los sistemas complejos. Manual de Filosofía de la Ciencia]*. North Holland.
- Horn, R. (2009). A Study of the Emotional and Psychological Well-being of Refugees in Kakuma Refugee Camp, Kenya. *Social Care*, 5(4),20-32.
- John, A., Eyles, E., Webb,R., Okolie, C., Schmidt, I., Arensman, E., Hawton, K., O'Connor, R.C., Kapur, N., Moran, P. et al. (2020) The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behavior: update of living systematic review. *F1000Research*, 9, 1097. <https://doi.org/10.12688/f1000research.25522.2>
- John Hopkins University, (2022).
- King, S. M. (2010). Serbian Stories of Translocation: Factors Influencing the Refugee Journey Arising from the Balkan Conflicts of the 1990s. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 4(1), 61-71.
- Kirmayer, L. J. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 959-967.
- Klasen, F. O. (2010). Posttraumatic Resilience in Former Ugandan Child Soldiers. *Child Development*, 81(4), 1096-1113.
- Koch, S. C., y Weidinger-von der Recke, B. (2009). Traumatized refugees: an integrated dance and verbal therapy approach. Elsevier. *The art in psychotherapy*, 36, 289-296.
- Lamata, F. (2020). Los rasgos actuales del modelo de precios y patentes de medicamentos y vacunas. *Revista Asociación Acceso Justo al Medicamento*. <https://accesojustomedicamento.org>, 2020/12
- Laurent, E. (2002). El revés del trauma. *Revista Virtualia*, Año II, 6.
- Lecannelier, F. (2012). Conocimiento y Complejidad. Una perspectiva evolucionista. LOM.
- Lecannelier, F., Guajardo, H. y Kushner, D. (2019a). Organización temprana del sí-mismo desde una mirada de complejidad neuroafectiva. *Revista de Psicoterapia*, 30(112), 43-60.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.283>

- Lewis, D. C. (2010). Cambodian Refugee Families in the United States: "Bending the Tree" to Fit the Environment. *Journal of Intergenerational Relationships*, 8(1), 5-20.
- Liotti, G. (2009). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology [La desorganización del apego como modelo de comprensión de la psicopatología disociativa]. En J. Solomon y C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 318-346). The Guilford Press.
- Lorenzo, A. (2003). "Apoyo psicológico en desastres" [PDF]. University of the West Indies.
- Losada, P. (2006) "Intervención Salud Mental, Tsunami en la India 2005" [PDF], La Habana: Congreso Regional de la Asociación Psiquiátrica Mundial.
- Mahoney M. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Ediciones Paidós; Edición: Translation.
- Manciaux, M. V. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.
- Marsiglia, F. F.-P. (2011). Hopelessness, Family Stress, and Depression among Mexican-Heritage Mothers in the Southwest. *Health & Social Work*, 36(1), 7-18.
- Martín, C. y Díaz, M. (2004). "Psicología Social y Vida Cotidiana/Comunicación, propaganda y publicidad". La Habana: Ed. Félix Varela.
- Ministerio de Sanidad de España (2022). <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>
- Morin, E. (2020). Cambiemos de vía. Lecciones de la pandemia', PAIDOS IBERICA- 9788449337611
- Neimeyer, R. A., Klass, D. y Dennis, M. R. (2014). A social constructionist account of grief: Loss and the narration of meaning [Un relato construccionista social del duelo: la pérdida y la narración de significado]. *Death Studies*, 38(8), 485-498. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.913454>
- Nevado Rey, M. y González, J. (2017). Acompañar en el duelo. De la ausencia de significado al significado de la ausencia. *Desclée de Brouwer*.
- Oliver-Smith, A. (1996). "Anthropological research on Hazards and Disasters". *Annual Review of Anthropology*, 25, 303-328.
- ONU Mujeres (2020). *Violencia contra las mujeres: la pandemia en la sombra*.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2006). "Guía Práctica de Salud Mental en situaciones de desastres".
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2021). *Efectos de la pandemia Covid-19 y Salud Mental* (DOI:<https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>).
- Pincus, D. (2011). Coherence, complexity, and information flow: Self organizing processes in psychotherapy [Coherencia, complejidad y flujo de información: procesos de autoorganización en psicoterapia]. En S. Guastello, M. Koopsman y D. Pincus, D. (Eds.), *Chaos and complexity in psychology. The theory of nonlinear dynamic systems* (pp. 335-369). Cambridge University Press.
- Recalcati, M. (2022). *Los tabúes del mundo: Figuras y mitos del sentido del límite y de su violación: 572 (Argumentos)*. Madrid: Anagrama.
- Rodríguez Vega B. (2019). *Esto de ser humano: contemplando la luz a través de la herida*. Edit. Desclée de Brouwer.
- Rosbrook, B. S. (2010). The meaning of home for Karen and Chin refugees from Burma: An interpretative phenomenological approach. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 12, 159-172.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626-631.
- Sandín, B; Valiente, RM; García-Escalera, J y Chorot, P. Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. 2020. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25 (1), 1-22, 2020 doi: 10.5944/rppc.27569 *J. Psychopathol. Clin. Psychol. / Rev. Psicopatol. Psicol. Clin.* <http://www.aeppc.net> ISSN 1136-5420 <http://revistas.uned.es/index.php/rppc> © Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología.

- Sandín B., Chorot, P., García-Escalera, J. y Valiente, R. M. (2021). Impacto emocional de la pandemia de COVID19 durante el periodo de confinamiento en España: Factores protectores y factores de riesgo/vulnerabilidad [Emotional Impact of the COVID-19 Pandemic during the Spanish National Lockdown: Protective and Risk/Vulnerability Factors]. *Acción Psicológica*, 18(1), 27–44.
<https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29520>
- Santomauro, D.F. y cols. (2021). *Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-13 pandemic*.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02143-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7/fulltext). Publicado el 8 de octubre de 2021 Vol. 398, n° 10312 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Shakespeare-Finch, J. W. (2010). Adaptation of Sudanese Refugees in an Australian Context: Investigating Helps and Hindrances. *International Migration*, 48(1), 23-46.
- Sontag, S. (1996). *El Sida y sus metáforas*. Taurus.
- Taylor, S. (2019). Psychological reactions to pandemics. En *The psychology of pandemics. Preparing for the next global outbreak of infectious disease* (pp. 23-39). Cambridge Scholars Publishing.
- Tausch, A. et al. *Strengthening mental health responses to Covid-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. The WHO Region of the Americas comprises 51 countries and territories, spanning North America, Central and South America, and the Caribbean* (2022). *The Lancet Regional Health- Americas, Health Policy*. Vol. 5, 100118, January 01, 2022.
[https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00114-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00114-9/fulltext)
- Tizón, J. L. (2004) *Pérdida, pena, duelo*. Paidós.
- Tomkiewicz, S. (2004). El surgimiento el concepto. En B. Cyrulnik y otros, *El realismo de la esperanza*. Barcelona: Gedisa.
- Torres Bernal, A. M. (2011). Healing from trauma: Utilizing effective assessment strategies to develop accessible and inclusive goals. *KAIROS Slovenian Journal of Psychotherapy*, 5(1/2), 28-42.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia Familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Wickrama, K., & Kaspar, V. (2006). Family context of mental health risk in Tsunami exposed adolescents: Findings from a pilot study in Sri Lanka. *Social Science and medicine*, 64(3), 713-723.

- Recibido: 31/05/2023.
- Aceptado: 26/09/2023.

Introducción a las primeras conferencias sobre la psicoterapia y cultura. "El cuerpo".

Introduction to de first conferences about psychotherapy and culture. "The body".

Javier Alejandro Kuhalainen Munar.

Psiquiatra adjunto en el Hospital Comarcal de Inca (Mallorca). Responsable del programa de familias del área de Salud Mental Tramuntana (Mallorca).

Resumen: Este texto es una transcripción de la introducción del ciclo de conferencias que tuvo lugar el 12 y 13 de mayo 2023 en la Fundació Pilar i Joan Miró en Palma de Mallorca bajo el título "El cuerpo: primeras conferencias sobre psicoterapia y cultura".

Palabras clave: psicoterapia, cultura, filosofía, psicología, Gorgias, Freud.

Abstract: This texts is a transcription of the introduction of the cicle of conferences held on 12th and 13th may 2023 in Fundació Pilar i Joan Miró in Palma de Mallorca, under the name "The Body: first conferences about psychotherapy and culture".

Key words: psychotherapy, culture, philosophy, psychology, Gorgias, Freud.

Esta introducción pretende sostener la tesis de que la psicoterapia hunde sus raíces en la cultura, encontrando, al menos, en los testimonios escritos de la cultura griega, elementos que nos permiten enlazar pensamiento, acción y emoción en el análisis de hechos míticos que han convocado el pensamiento filosófico durante cientos de años.

En el proceso histórico de creación del relato de lo humano podemos ir encontrando diversos puntos sobre los que pivota aquello que nos define.

Desde el relato oral de los poemas épicos donde la vida es memoria avanzamos como pueblo a civilización por medio de la escritura. Nos liberamos del olvido y, fijadas en piedra, las palabras dictan la vida como pensamiento.

Unos cuantos milenios más tarde la técnica nos libera de los dogmas y nos abre las puertas del redescubrimiento y la reinterpretación. La vida por fin es creación y recreación.

Del Mito obtenemos nuestra imagen y semejanza: así pues, nos identificamos a lo divino y también de Él han sido provistos nuestros atributos. Por mediación de Prometeo obtuvimos la técnica y el fuego, y por compasión de Zeus el pudor y la Justicia, con las que, además de progresar, pudimos convivir.

De la religión obtenemos Leyes, Normas y Castigos. "Te ganarás el pan con el sudor de tu frente, hasta que vuelvas a la misma tierra de la cual fuiste sacado. Porque polvo eres y al polvo volverás (1). A la mujer dijo: En gran manera multiplicaré tu dolor en el parto, con dolor darás a luz a tus hijos; y con todo, tu deseo será para tu marido, y él tendrá dominio sobre ti (2)".

De la filosofía obtenemos el uso acertado de la Palabra y la definición del Amor.

Y de la Palabra y el Amor se trata en psicoterapia, y también desde mucho antes se ha discutido y cotilleado, teniendo en los mitos heróicos del pasado los argumentos sobre los que se sostiene la comprensión del sinsentido del hombre.

Tan lejos en el pasado nos podemos ir para hablar de problemas de Amor y trágicas decisiones como, según Heródoto, hasta más de un milenio A.C. para encontrar a una reina de corazones, de la prensa amarilla del pergamino, una desdichada mujer por cuya culpa ardió Troya. Entonces las mujeres adúlteras no iban al psicólogo. Se hablaba mal de ellas, se las mataba a pedradas, por lapidación u horca, y siempre su maligna y lasciva naturaleza era la causante de la "perdición de los hombres". Siglos después de tan trágica batalla, otro grande de la cultura, Gorgias, en el siglo quinto A.C. decidió argumentar a su favor, sentando en dos de sus cuatro argumentos las bases de lo que posteriormente podríamos llamar el fundamento de la psicoterapia. El filósofo sofista, un charlatán para unos y un relativista y escéptico para otros, acertó en encontrar en la naturaleza de los afectos humanos y el lenguaje las vías de la transformación del hombre y de la polis griega.

Para dar cuenta de la profundidad de su acierto les presento aquí el extracto de dos de los cuatro argumentos por los que, contra todo pronóstico y siglos de tradición, se podría exculpar a Helena como causante de la guerra de Troya, y de paso también a toda mujer u hombre que haya errado en sus decisiones.

Si bien las dos primeras razones por las que podría exculparse a Helena fuera, en primer lugar, la imposibilidad de contravenir el designio de la diosa Afrodita (pues según reza la leyenda fue la Diosa del Amor quien regaló el amor de Helena a Paris) y en segundo lugar, la fuerza bruta de la manada de colegas de Paris que hubieron podido raptar a la devota esposa del castillo de Menelao, la tercera y la cuarta son de naturaleza psicológica. Un par de milenios después alguien pudo decir que "el yo no es dueño de su propia casa" (3). Tan solo, quizás, habita en nosotros el lenguaje y multitud de afectos:

Extracto del texto "Encomio de Helena" de Gorgias de Leontinos (4).

(...)

Si fue la palabra la que la persuadió y engañó a su alma, tampoco en este caso es difícil defenderla y rechazar la culpabilidad de esta manera: la palabra es un gran soberano que, con un cuerpo pequeñísimo y sumamente invisible, consigue efectos realmente divinos; puede ya eliminar el miedo, ya suprimir el dolor, ya infundir alegría, ya aumentar la compasión. Que esto es así voy a mostrarlo.

Es necesario mostrarlo a los oyentes también mediante la opinión; toda poesía la considero y califico como discurso con medida; a quien la escucha le invade un estremecimiento lleno de temor, una compasión bañada en lágrimas y un anhelo nostálgico, y frente a venturas y desgracias de acciones y personas ajenas el alma sufre un sufrimiento peculiar por mediación de las palabras. Y ahora debo pasar de éste a otro argumento.

En efecto, los encantamientos inspirados mediante palabras son inductores de placer y reductores de dolor. Pues, mezclada con la opinión del alma, la potencia del encantamiento la hechiza, persuade y transforma con su magia. De seducción y de magia dos artes se inventaron, que son errores del alma y engaños de la opinión.

(...)

Así pues, ¿qué motivo impide pensar que el relato también hechizase de igual modo a Helena en contra de su voluntad como si hubiese sido raptada por la violencia de unos violentos? Porque la fuerza de la persuasión en modo alguno se parece por su modo de ser a la necesidad, pero tiene su misma potencia. Por tanto, el discurso que persuadió al alma que persuadió la forzó a obedecer las órdenes y a estar de acuerdo con los actos. En consecuencia, el que ha persuadido, por haber forzado, comete injusticia, mientras que la persuadida, por haber sido forzada por la palabra, sin fundamento es difamada.

(...)

Guardan la misma relación la potencia de la palabra respecto de la situación del alma que la prescripción de las medicinas respecto de la naturaleza del cuerpo. Porque, así como unas medicinas expulsan del cuerpo unos humores y otras otros, y unas hacen cesar la enfermedad y otras la vida, así también, de las palabras, unas producen dolor y otras deleite, unas asustan, otras infunden ánimo a los oyentes, otras, con cierta persuasión perversa, envenenan el alma y la hechizan.

Así pues, se ha demostrado que, si fue persuadida por la palabra, no cometió una injusticia, sino que sufrió una desgracia. Ahora voy a exponer la cuarta causa en mi cuarto argumento. Si, efectivamente, fue el amor el que provocó todo esto, sin dificultad rehuirá la culpa de la falta que se dice ha cometido. Pues las cosas que vemos tienen una naturaleza que no es la que nosotros queremos, sino la que a cada una le ha correspondido, si bien mediante la vista el alma es modelada incluso en sus rasgos de carácter.

(...)

Así pues, si la mirada de Helena, disfrutando del cuerpo de Alejandro (Paris), transmitió a su alma deseo y porfía de amor, ¿por qué asombrarse? Sí el amor es un dios, con la fuerza divina de los dioses, ¿cómo el más débil iba a ser capaz de repelerlo y rechazarlo? Y si es una enfermedad humana e ignorancia del alma, no hay que censurarlo como falta, sino juzgarlo como desgracia, pues llega como llega, por trampas que tiende la Fortuna, no por decisiones de la mente, por imperativos de amor, no por cálculos premeditados de un arte.

Así pues, ¿por qué se ha de considerar justo el vituperio de Helena, quien, si hizo lo que hizo estando enamorada o persuadida por un discurso o raptada con violencia o forzada por una fuerza divina, en los cuatro casos escapa a la acusación?

Queda, para finalizar del mismo modo en que empezamos, a modo de jocosa proyección, por evocar las siguientes preguntas:

¿Alguien cree que de aquí 2500 años un experto en el deseo podrá explicar por qué un no joven ni bello príncipe dejó a una joven y bella princesa, madre de sus dos hijos, para irse con una dama ni joven ni bella pero que, por lo que la prensa filtró de sus tórridas conversaciones telefónicas, probablemente sabía lo que él deseaba?

¿Alguno piensa que habrá, de aquí veinticinco siglos, algún paralelismo entre el mito del rapto de Helena y el mito de los cuernos de Diana?

Contacto: Javier Alejandro Kuhalainen Munar ✉ elkuha@gmail.com 📞 629 212 350
📍 C/ Jesús 16, 4º A • 07003 Palma de Mallorca

Referencias bibliográficas

1. Génesis 3:19.
2. Génesis 3:16.
3. Freud, Sigmund. "Obras Completas" Tomo XVII. "Una dificultad del psicoanálisis" (1917). Amorrortu. Buenos Aires. 1979. Pag 135.
4. Gorgias, "Encomio de Helena", recogido en Los sofistas: testimonios y fragmentos, traducción de José Solana Dueso, Madrid, Alianza Editorial, 2013, pp. 192-199.

- Recibido: 30/5/2023.
- Aceptado: 04/12/2023.

Intervención en Crisis en Hospital de día: Del Individuo al Grupo.

Crisis Intervention in Day Hospital: From the Individual to the Group.

Pablo Feito Fernández. Psicólogo clínico.

Giovanni Oriolo. Psiquiatra, MSc, PhD.

Josep Marcet Bartra. Psiquiatra.

Natalia Navea Rosa. Enfermera.

Hospital de Día Còrsega (CPB Serveis Salut Mental). Barcelona.

Resumen: La pandemia y sus efectos han acarreado consecuencias significativas en la salud mental de la población, traduciéndose en una mayor frecuencia de las crisis y en el aumento de las hospitalizaciones y visitas a urgencias. En este trabajo se atiende a la relevancia de estos efectos y de cómo revertirlos desde el ámbito comunitario, siendo el hospital de día un recurso que representa dicho ámbito de intervención y amparándonos en la evidencia que afirma a la comunidad, al grupo, como la base de supervivencia en unos tiempos actuales en los que los vínculos se encuentran frágiles y dañados. En este trabajo se pretende valorar la efectividad del Programa de Intervención en Crisis (PIC) en Hospital de Día, donde el grupo es un elemento terapéutico nuclear. Bajo la definición del estado de crisis, que se define como una reacción emocional a uno o más estresores que potencialmente pueden producir síntomas psicopatológicos de la esfera afectiva y ansiosa, se buscará comprobar si los síntomas psicopatológicos afectivos y ansiosos mejoran tras la realización del Programa de Intervención en Crisis (PIC) y si los cambios mencionados se mantienen en el tiempo.

Palabras clave: Intervención en crisis, grupo, hospital de día.

Abstract: The effects of the pandemic have brought about significant consequences for the mental health of the population, resulting in an increased frequency of crises and a rise in hospitalizations and emergency room visits. This paper addresses the relevance of these effects and how to reverse them within the community, with the day hospital serving as a resource representing this intervention framework. We rely on evidence that emphasizes the community and the group as the foundation for survival in current times when bonds are fragile and damaged. The aim of this work is to assess the effectiveness of the Crisis Intervention Program (CIP) in the Day Hospital, where the group serves as a central therapeutic element. Under the definition of a crisis state, characterized as an emotional reaction to one or more stressors that can potentially produce affective psychopathological symptoms, we seek to verify whether these symptoms improve after the implementation of the Crisis Intervention Program (CIP) and whether the mentioned changes persist over time.

Key words: Crisis intervention, group, day hospital.

Introducción

Desde marzo de 2020, en el contexto de pandemia, se ha observado un incremento significativo en la frecuencia de las crisis, de las hospitalizaciones y de las visitas a urgencias (1). Con respecto al concepto de crisis, éstas se pueden concebir como los momentos en los cuales los procedimientos empleados habitualmente por las personas para mantener su salud mental no resultan útiles, se resuelven o con una pérdida de la salud mental o con el desarrollo de nuevos procedimientos para afrontar nuevos problemas (2). El grupo, la comunidad, se erigen como factores o espacios de interdependencia que confrontan el aislamiento que en muchas ocasiones conlleva el estado de crisis, además de facilitar procesos de comunicación sanadores (3). La literatura científica también sostiene la existencia de factores terapéuticos grupales que conducen al cambio (4). Estableciendo nexos entre el concepto y los factores de cambio llegaríamos al concepto de intervención en crisis, encontrando el texto más citado por los terapeutas españoles (5), que propone una aplicación a las situaciones de crisis de la *terapia multimodal* Arnold A. Lazarus (6). Desde la formulación de la teoría de la crisis se han consolidado una serie de conceptos básicos, que son comúnmente aceptados por quienes practican la intervención en crisis y que Swanson y Carbon (7) resumen en: crisis como experiencias normales en la vida en las que el individuo intenta mantener un equilibrio entre sí mismo y su entorno (8), el estrés que desencadena la crisis puede ser un acontecimiento externo o interno (9), la gravedad de la crisis se relaciona con la percepción del estresor por parte del individuo (10), puede existir conexión entre la situación actual y conflictos del pasado (11), las crisis son acontecimientos autolimitados (4-6 semanas) que se resuelven adaptativa o desadaptativamente (12), en las crisis las defensas están debilitadas y el sujeto está más receptivo a la ayuda (13), la resolución de la crisis permite dominar la situación actual, elaborar conflictos pasados y aprender estrategias para el futuro (8), dicha resolución está más condicionada por procesos presentes que pasados (14), las pérdidas anticipadas o reales suelen ser un importante factor a trabajar (15) y con la resolución adaptativa emergen nuevas fuerzas y nuevas habilidades de resolución de problemas útiles para el futuro. De lo anterior se deduce que la intervención en crisis no sólo ofrece soporte para afrontar la situación actual, examinando los recursos actuales y buscando nuevas estrategias, sino que añade una ayuda para aspectos más permanentes de la salud mental del individuo. La teoría de la crisis representa un bloque que sustenta las condiciones en las que el psicoterapeuta puede poner en juego sus estrategias preferidas de intervención, ya sean de corte psicodinámico, conductual, cognitivas experienciales, integradoras, etc. En este trabajo se hipotetizará sobre el grupo como principal agente inmersivo, interventivo y de cambio.

Metodología

Se trata de un estudio naturalístico longitudinal prospectivo de pacientes ingresados en el programa de intervención en crisis (PIC) en régimen de hospitalización parcial (hospital de día). Se valoraron variables cuantitativas, antes y después de la participación al programa. Tanto en los 6 meses previos al ingreso en el programa como a los 6 meses del cumplimiento de éste, se valoraron el número de visitas a urgencias y hospitalizaciones motivadas por problemas de salud mental.

Descripción del programa

El Programa de Intervención en Crisis (PIC) en Hospital de Día lo compone un equipo multidisciplinar (2 psiquiatras, 1 psicólogo clínico, 1 enfermera, 1 auxiliar clínica y 1 trabajadora social) que recibe pacientes en edad adulta, tras proceso previo de evaluación, de diferentes dispositivos de la red de salud mental. En dicho programa se realiza una intervención donde el formato grupal es la herramienta terapéutica principal. Los diferentes grupos son en formato abierto (en los que se da una continua entrada y salida de pacientes de éstos) y los conforman un máximo de 12 personas. La duración del programa es de 2 meses como promedio, en el que los pacientes asisten diariamente una hora. Los grupos que se realizan son de tipo terapéutico y psicoterapéutico. Con respecto a los primeros, son conducidos por la enfermera y la auxiliar clínica, con una frecuencia de 3 veces a la semana y

orientados al abordaje de la gestión emocional, la reflexión sobre la lectura de un texto y sobre los objetivos semanales. Con relación a los segundos, los grupos psicoterapéuticos, son conducidos por el psiquiatra y por el psicólogo clínico en días alternos, además de la enfermera, que está presente como coterapeuta. Además, cabe señalar que la intervención grupal de este programa se integra con el seguimiento individual a nivel psicoterapéutico una vez a la semana (llevado a cabo por psicólogo clínico o psiquiatra) y, en caso de demandarse, farmacológico por parte de Psiquiatría, soporte por parte de Enfermería u orientación a través de la trabajadora social.

Grupos psicoterapéuticos

El grupo tiene una duración de una hora y una periodicidad de dos días a la semana, conducido por un terapeuta y coterapeuta. En el contexto de la dinámica grupal se trabajan los diversos aspectos relacionados con la crisis y la sintomatología actual. Se trata de un grupo centrado en la utilidad de la relación grupal en sí misma, proporcionando un espacio y un tiempo compartido que acompaña, potencia y favorece los procesos de cambio. Es un grupo de orientación psicodinámica e interactivo, comenzando con la bienvenida a los nuevos integrantes mediante la ayuda de los miembros más veteranos, realizando un breve recordatorio de las normas básicas del grupo. A partir de ahí se expresa alguna breve consigna que da pie a que el grupo exprese algún aspecto o retome alguno anterior, dotando al silencio un papel importante en la armonía grupal. Terapeuta y coterapeuta canalizan la conversación grupal, ya sea aportando desde lo propio, recogiendo de forma global lo que va sucediendo, señalando elementos dinámicos del grupo y regulando los ritmos de expresión de los miembros, recurriendo al bloqueo si es necesario (4).

Grupo de gestión emocional

El grupo de gestión emocional tiene una duración de una hora y una periodicidad semanal, llevado a cabo por la enfermera y la auxiliar clínica. Los objetivos de este tipo de grupo residen en identificar, reconocer y poner significado a las emociones, realizar psicoeducación de las mismas, en específico, las que conllevan ansiedad asociada, fomentar la capacidad de reflexión y el diálogo interno, adquirir una mayor comprensión de las pautas habituales del pensamiento, aumentar la capacidad de escucha activa y receptividad del discurso del otro, trabajar las distorsiones cognitivas y relacionales con la facilitación de material y estrategias para conocerlas, entenderlas y desarrollar un cambio de patrón sobre ellas, minimizando el impacto emocional sobre la persona, incentivar la práctica y la constancia de los ejercicios fuera del horario de hospital de día, trabajar conceptos como la aceptación, los juicios, las resistencias, con tal de poder poner en marcha una buena gestión emocional, activar un plan de acción ante situaciones emocionales intensas o de desbordamiento, aprender a utilizar técnicas de mindfulness y relajación. El grupo se inicia introduciendo el tema de trabajo, para ello se utilizan fichas o fotocopias que facilitan a la persona el entendimiento y poder tomar apuntes sobre lo que se va tratando. La participación de los miembros facilita mucho a la hora de poner ejemplos de su vida cotidiana y así integrar conceptos reflexionando sobre situaciones y experiencias propias.

Grupo de lectura

El grupo de lectura tiene una duración de una hora y una periodicidad semanal, conducido por la enfermera y la auxiliar clínica. Se establecen objetivos relacionados con el trabajo de habilidades cognitivas mediante la lectura (concentración, atención, comprensión lectora), fomentar la capacidad de reflexión, facilitar el planteamiento de opiniones propias y tolerancia hacia las de los otros, ofrecer un espacio que estimule el diálogo y favorecer la introspección. El desarrollo del grupo se inicia desde el reparto del texto por una de las conductoras de la actividad (un relato corto, un artículo, un fragmento literario), es un texto previamente escogido por las conductoras. Los participantes hacen una primera lectura individual y posteriormente se realiza una segunda lectura en común. Tras esto último se abre un espacio al debate reflexivo sobre el texto (identificación de metáforas, mensaje implícito). Se fomenta

que los miembros del grupo relacionen el mensaje del texto con aspectos y vivencias personales. Se cierra el grupo extrayendo conclusiones sobre las reflexiones que ha suscitado la lectura.

Grupo de objetivos

El grupo de objetivos tiene una duración de una hora y una periodicidad semanal, conducido por la enfermera y la auxiliar clínica. La intención es promover la formulación, consecución y mantenimiento de objetivos relacionados con la vida cotidiana de la persona, diferenciar el concepto de objetivo del de propósito o deseo, definiendo correctamente el concepto de "objetivo" (planteándolo en positivo, de forma realista, evaluable), identificar objetivos a corto plazo como medio para alcanzar otros más complejos, promover la organización y la planificación, potenciar la confianza en uno mismo con la consecución de los objetivos planteados y plantear en grupo posibles soluciones en caso de no alcanzarlos. El sujeto decide los objetivos a trabajar y los expone ante el grupo, se le ayuda a definir y desglosar correctamente los objetivos siguiendo unos pasos establecidos. Posteriormente el participante escribe sus objetivos en una hoja de registro. Semanalmente se realiza el seguimiento de los objetivos planteados y se proponen nuevos objetivos o posibles soluciones en caso de no consecución.

Criterios de inclusión

El primer criterio de inclusión tiene que ver con la definición de crisis, entendiéndola como una configuración que comprende un factor precipitante, una respuesta emocional y una intervención. La respuesta personal a una crisis se define como una reacción emocional a un estresor que potencialmente puede producir síntomas psicopatológicos. La intervención en crisis proporciona a los pacientes una atención psicológica y psicofarmacológica aguda, focalizada en la remisión de dichos síntomas psicopatológicos y a la recuperación de los niveles de adaptación y funcionamiento adecuados. El segundo criterio de inclusión se basa en la evaluación clínica de la crisis, explorándose los síntomas asociados a dicha crisis, así como el índice general de enfermedad (CGI>4) y la escala de funcionamiento global (GAF>70). El tercer criterio se relaciona con aspectos diagnósticos, entrando en este plano las crisis suicidas reactivas, trastornos adaptativos severos en los que un abordaje psicoterapéutico intensivo y focalizado facilite una rápida recuperación, trastornos de la personalidad con desajustes en el funcionamiento general, reactivos a circunstancias específicas y del entorno y otras patologías psiquiátricas que requieran un abordaje intensivo y breve como prevención de descompensaciones severas.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión recogen la presencia de fenómenos psicóticos activos, trastornos mentales inducidos por el consumo de sustancias, elevado riesgo suicida, trastorno antisocial de la personalidad, problemas psicopatológicos cronicados graves, dificultades en el control de los impulsos y cuadros clínicos graves que requieran ingreso de 24 horas.

Variables de estudio

Variables cuantitativas, escalas heteroaplicadas

- Datos sociobiográficos (codificados). Hoja estructurada para poder recoger información sociobiográfica.
- Escala de ansiedad y depresión de Hamilton (pre-post).

- Escala de estrés percibido (autoaplicada, pre-post).
- Visitas a urgencias u hospitalizaciones relacionadas con problemáticas de salud mental durante los 6 meses previos al ingreso en el programa y durante los 6 meses posteriores a la finalización del mismo.

Desarrollo y seguimiento

Desarrollo

La inclusión del paciente en el estudio se realizó el día en que ingresó en el programa. La duración del estudio fue igual a la duración del ingreso en el programa (8-10 semanas).

Retrospectiva y seguimiento a los 6 meses

Mediante la información recogida en la historia clínica compartida, se exploró si el paciente acudió a urgencias o si ha requerido algún tipo de hospitalización con relación a problemáticas de salud mental tanto en los 6 meses previos al ingreso en el programa como en los 6 meses posteriores al alta de éste.

Análisis estadístico, muestra y recogida de datos

Análisis estadístico

Se realizó un estudio descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas basales, utilizando análisis estadísticos de medias y frecuencias, histogramas y el test de Shapiro-Wilk para chequear la distribución normal de las variables. Se llevó a cabo un análisis univariado de las variables psicopatológicas antes y después de la realización del programa (t-student o ANOVA para variables continuas, chi-cuadrado para variables categóricas). Se estableció un riesgo alfa de 0.05 y se aplicó la corrección de Bonferroni como corrección de múltiples comparaciones. Se utilizó el programa XLStat, v.23.

Descripción de la muestra

Se ha calculado un tamaño muestral de 30 pacientes que completó el estudio para detectar una disminución en las puntuaciones de la escala de Hamilton de depresión y ansiedad, así como de la escala de estrés percibido y en el número de urgencias/hospitalizaciones por problemáticas de salud mental, con un tamaño del efecto entre 0.8-1.0, con un nivel de significación estadística de 0.05 y con un riesgo alfa del 5%.

En cuanto a aspectos descriptivos de la muestra, se recogieron diferentes parámetros que, más allá de la información arrojada, pueden ser de utilidad significativa de cara a evaluar diferentes grados de interacción en estudios futuros. La media de edad fue de 39 años, siendo el Centro de Salud Mental el dispositivo de procedencia que mayor porcentaje de pacientes representó (50%). Con relación a la asistencia al programa, la mayoría (un 93,3%) asistieron en un porcentaje superior al 80% de la duración del programa (de promedio unos 40 días laborales). Con respecto al género, el número de mujeres (66,7%) fue superior al de hombres. Si hablamos de la situación civil, el estado

de pareja o casado/a fue el de mayor porcentaje de la muestra (40%), siendo el de viudo/a el de menor porcentaje (6,7%). El nivel formativo mostró unos resultados en los que el mayor porcentaje de la muestra alcanzó una formación universitaria o superior (50%). En lo que a la situación laboral respecta, la mayoría de la muestra informó que se encontraba activa o de baja laboral (60%). En conexión con lo previo, la percepción que tiene la muestra de su situación económica se movió entre precaria y aceptable (40% y 43,3% respectivamente). Dirigiéndonos a otro plano descriptivo, como es la situación en domicilio, la mayoría de la muestra señaló que vivía acompañada de alguien de su familia (66,7%), con un porcentaje superior (60%) de apoyo sociofamiliar percibido suficiente, siendo también la presencia de mascotas un elemento frecuente (56,7% de la muestra). La presencia de enfermedades somáticas ocupó un porcentaje del 60 % de la muestra. También se exploraron diferentes áreas de antecedentes; como los psiquiátricos a nivel familiar (con un porcentaje del 56,7 % de la muestra), ideación autolítica encontrada en un porcentaje alto a nivel de antecedentes personales (73,3%) y más distribuida si hablamos de antecedentes autolíticos familiares, tanto ideación como tentativas (40% y 43,3% respectivamente). A nivel de antecedentes personales, los resultados de la muestra reflejaron un porcentaje menor de antecedentes de tentativas autolíticas (43,3%) con respecto a ideaciones (73,3%). En el momento en que se realizó la valoración, la presencia de ideación autolítica apareció en la mitad de la muestra, con un porcentaje reducido que sí llevó a cabo una tentativa (10%). A nivel diagnóstico, el mayor porcentaje de la muestra se codificó como trastorno adaptativo, seguido del diagnóstico de trastorno depresivo mayor (43,3% y 33,3% respectivamente).

Recogida de datos

Los sujetos fueron seleccionados y evaluados en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital de Día. Tras la obtención del consentimiento informado, se valoró a los sujetos en tres ocasiones: antes de comenzar el tratamiento, al finalizar el tratamiento (a las 8-10 semanas) y a los 6 meses de finalizar el tratamiento.

Aspectos éticos

Durante el estudio se siguieron las directrices nacionales e internacionales (código deontológico, Declaración de Helsinki) y se siguió la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley Orgánica 15/1999) del 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal (LOPD). Los participantes en el estudio fueron informados de los objetivos y procedimientos del estudio antes de firmar el consentimiento informado. El estudio contó con la aprobación del Comité Ético del centro.

Resultados

Tras comparar los resultados obtenidos al inicio y al final del tratamiento, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las medidas de depresión (Tablas 1 y 2), ansiedad (Tablas 3 y 4) y estrés percibido (Tablas 5 y 6). Estas diferencias indican una reducción de los síntomas al finalizar el programa.

Después de establecer la comparación entre los 6 meses previos al ingreso en el programa y los 6 meses posteriores al alta de éste, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el número de ingresos hospitalarios y/o visitas al servicio de urgencias motivados por problemáticas de salud mental (Tablas 7 y 8). Estas diferencias reflejan una reducción en ambas medidas durante los 6 meses posteriores a la finalización del programa.

Debilidades y Fortalezas

Con respecto a posibles debilidades detectadas, el diseño naturalístico del estudio reduce la validez interna de los resultados, dejando abierta la interpretación de éstos a la influencia de diferentes variables (por ejemplo, falta de control sobre las mejorías observadas, sujetos que abandonan el programa). El principal criterio de inclusión utilizado fue de naturaleza cualitativa, lo que aumentaría la variabilidad intersujeto. Además, sólo los pacientes que estaban en las condiciones de participar en el programa de intervención en crisis pudieron participar en el estudio, lo que introduciría un posible sesgo de selección. Al no incluir pacientes por el mero uso de sustancias, tuvimos un posible factor de confusión a considerar. Finalmente, algunas variables clínicas fueron recogidas por los mismos terapeutas antes y después del tratamiento, lo que podría reducir la validez de los datos recogidos.

En relación con las fortalezas que puede presentar este trabajo, pone en el punto de mira y cuestiona las formas de tratamiento en el sistema público, resaltando la importancia de lo grupal como psicoterapia. Esto confronta con un contexto cultural en el que la tendencia al individualismo y a la fragilidad de los vínculos se abren camino, siendo este un estudio que cambia la inercia hacia la recuperación de los lazos sociales como eje curativo, al mismo tiempo que puede hacer reflexionar sobre otras formas terapéuticas más allá de la dualidad terapeuta-paciente.

Discusión

Con los resultados obtenidos, en los que se muestra una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la reducción sintomática, se podría contemplar el factor terapéutico que supone el elemento grupal. En este sentido, la reducción sintomatológica se halla atravesada por un programa en el que el ingrediente grupal juega un papel protagonista, por lo que se consideraría pertinente señalar al grupo (y todo lo que este concepto supone) como un agente que funciona terapéuticamente hablando. En esta línea cabría atender al papel significativo de abordar un estado de crisis desde la inclusión en un medio grupal, incidiendo en el plano autístico sufriente y reclamando la naturaleza social del ser humano. Más allá de estas claves, las mejorías presentadas también podrían sustentarse desde los propios factores terapéuticos que incorpora una psicoterapia grupal. Ampliando esto último y conectándolo con las peculiaridades de un estado psicopatológico asociado a una crisis, así como la longitudinalidad relativamente corta de los grupos en este programa (2 meses como promedio), cabría considerar que el peso de lo terapéutico podría recaer en factores relacionados con la universalidad, la transmisión de la información, el altruismo, el comportamiento imitativo, el efecto catártico, la cohesión y el aprendizaje interpersonal (4). De estos factores, se considera importante destacar los elementos que movilizan al paciente de la individualidad a la grupalidad, cohesionándose un lugar seguro que permite la expresión emocional y mostrar la vulnerabilidad como primeros pasos hacia el cambio. Por otro lado, si bien se puede hablar de sesgo de selección, el establecer unos adecuados criterios selectivos para el programa favorece el hecho de que el proceso grupal sea satisfactorio (4). Otro aspecto para tener en cuenta tiene que ver con el equipo terapéutico, atendiendo a su plano multidisciplinar para aportar un mayor soporte a los pacientes, además de enfatizar en una mirada más integrada de éstos.

Si profundizamos en las dimensiones psicopatológicas evaluadas, como fueron la depresión, la ansiedad y el estrés percibido, el hecho de que se hayan encontrado mejorías significativas conlleva otras reflexiones para tener en cuenta. La mejoría percibida no sólo generaría un mayor bienestar en el paciente, sino que podría aumentar su nivel de autoestima y confianza en sus recursos personales de cara a afrontar futuras crisis. La reducción del nivel de estrés percibido podría influir en un menor riesgo de acting out en el futuro, aspecto importante a reseñar, dada la importante prevalencia de esta dimensión problemática en la muestra de este estudio y en la población en general.

Si bien se han nombrado las fuerzas constructivas del grupo, no habría que perder de vista todas esas otras fuerzas que circularon en dirección contraria a la tarea de éste (16), conectadas con ansiedades

inconscientes, con dificultades asociadas a procesos de duelo y transiciones del grupo relacionadas con la acogida y pérdida de miembros grupales. El hecho de poder ayudar al grupo a tomar conciencia sobre ellas facilitó el poder sostenerlas y elaborarlas.

En conexión con las ideas desarrolladas previamente, se podrían encajar los resultados concernientes al número de ingresos hospitalarios psiquiátricos (incluyendo visitas a urgencias) durante los 6 meses previos al ingreso en el programa y la comparación de esos mismos datos en los 6 meses posteriores al alta de éste. En este sentido se ha obtenido una diferencia estadísticamente significativa que refleja una reducción en el número de estos episodios, retornando al elemento grupal del programa no sólo en términos de mejoría sin clave temporal, sino subrayando el concepto de psicoterapia como proceso de aprendizaje que permite sostener las mejorías en el tiempo. En esta línea se alude a la psicoterapia grupal y a la huella que puede dejar en el paciente en términos de conocimiento personal y a través de la mirada interpersonal. Profundizando en esto último, en referencia a los cambios sintomático del paciente, se podría considerar el efecto significativo que han tenido sobre la reducción del acting out en los 6 meses posteriores al paso por el programa. Los elementos relacionados con la autoconfianza, la reducción del estrés percibido, así como una mirada más relacional de los síntomas podrían haber influido en esta dirección. Por otro lado, es necesario destacar la importancia de la intervención en un estado de crisis, viendo éste como la oportunidad de incidir en los esquemas personales (sobrecargados en la situación de crisis) de cara a afrontar situaciones conflictivas futuras. Además, es importante señalar el papel que juegan otros recursos de la red de salud mental comunitaria a la hora de contener el malestar de la población, vehiculizando y dando sentido al proceso ya desarrollado en el programa de intervención en crisis. Relacionado con esto, no sólo se da una contención del malestar desde la vertiente clínica, sino que resulta fundamental ampliar la mirada a la comunidad en el sentido más social de la palabra, donde la persona refuerza su sentimiento de pertenencia a otros grupos, ya sea desde un lugar lúdico, ocupacional o laboral.

Por último, estos datos vuelven a refrendar a la psicoterapia grupal en términos de eficiencia, no sólo como método de intervención en el presente (ratio paciente/profesional), sino como modo de ahorro y de gestión de recursos futuros al reducir el número de episodios clínicos en los hospitales.

Conclusiones

1. Los resultados han mostrado una mejoría sintomatológica significativa.
2. En términos de longitudinalidad, los resultados también han resultado significativos, observándose una reducción en el número de urgencias y hospitalizaciones psiquiátricas al comparar los 6 meses previos al paso por el programa con los 6 meses posteriores al finalizar éste.
3. Estos resultados, por su carácter prometedor, apoyan la necesidad de seguir realizando estudios que abarquen análisis con la inclusión de más variables de cara a valorar el peso del grupo como agente de cambio.
4. Los resultados respaldan la idea de lo grupal como una herramienta fundamental de inclusión en los dispositivos de salud mental. Dicho respaldo se basa en que este trabajo refleja que los grupos (el grupo) generan cambios en la salud de las personas, generan mejorías.
5. Lo que muestra este estudio no sólo va dirigido al paciente, sino también a los profesionales, dado que interpela a la forma de intervenir y de sostener dicha intervención. En cuanto a la forma de intervenir, entra en escena el hecho de pensar en un grupo/equipo terapéutico, y no tanto una figura terapéutica que sostenga toda la responsabilidad del proceso. Si el hecho de intervenir grupalmente favorece mejorías sintomáticas en los pacientes, realizar lo mismo con el equipo de profesionales podría favorecer efectos similares. Con respecto a esto último, quedaría reflejado en

una atención más sostenedora desde un equipo pensante, como puede ser la metodología del equipo reflexivo (17), además de un equipo sostenido por una atención externa, como pueden ejemplificar los grupos tipo Balint (18) u otras tipologías de supervisión externa.

6. Este trabajo también debe resultar de interés para los gestores de recursos en los sistemas públicos de salud mental, las diferentes formas de acompañamiento grupal responden óptimamente en términos de eficiencia, por lo que este estudio resulta sumativo (con relación a la literatura científica previa) a la hora de seguir teniendo en cuenta esta forma de trabajar.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contacto: Hospital de Día Còrsega (CPB Serveis Salut Mental) • Barcelona
Passatge de Còrsega 20 • 08026 Barcelona ☎ 934 592 492

Pablo Feito Fernández ✉ pfeito@cpbssm.org
✉ feito.fernandez.pablo@gmail.com 📞 619 368 448

Giovanni Oriolo ✉ goriolo@cpbssm.org

Josep Marcet Bartra ✉ jmarcet@cpbssm.org 📞 686 504 076

Natalia Navea Rosa ✉ nnavea@gmail.com 📞 600 007 388

Referencias

1. Sáiz P. A., Dal Santo F, García-Alvarez L, Bobes-Bascarán MT, Jiménez-Treviño L, Seijo-Zazo E, Rodríguez-Revuelta J, González-Blanco L, García-Portilla MP, Bobes J. Suicidal Ideation Trends and Associated Factors in Different Large Spanish Samples During the First Year of the COVID-19 Pandemic. *J Clin Psychiatry*. 2022 Mar 7;83(2):21br14061. doi: 10.4088/JCP.21br14061. PMID: 35275455.
2. Fernández Liria, A., Rodríguez Vega, B. (2007). *Intervención en crisis*. Madrid: Síntesis.
3. Foulkes, S. H., Anthony, E. J. (2007). *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Cegaop Press.
4. Vinogradov, S. & Yalom, I. D. (2019). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
5. Slaikeu, K. A. (1988). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.
6. Lazarus, A. A. (2000). *La terapia multimodal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
7. Swanson, W. C. y Carbon, J. B. (1989). Crisis Intervention: theory and technique. En Karasu, T. B. (coord.). *Treatment of psychiatric disorder*. Washington: American Psychiatric Press, vol. 3: 2520-2531.
8. Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
9. Erikson, E. H. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.
10. Rapoport, L. (1962). The state of crisis: some theoretical considerations. *Social Service Review*, 32: 36: 211-217.
11. Hoffman, D. y Rimmel, M. (1975). Uncovering the precipitant in crisis intervention. *Social. Casework*, 56: 259-267.
12. Bloom, B. (1963). Definitional aspects of the crisis concept. *J Consult Clin Psychol*, 27: 498-502.

13. Schwartz, S. (1971). A review of crisis intervention programs. *Psychiatry Q*, 45: 498-508.
14. Paul, L. (1966). Crisis intervention. *Mental Hygiene*, 50: 141-145.
15. Hitchcock, J. (1973). Crisis intervention: the problem in the pool. *Am J Nur*, 73: 1388-1390.
16. Bion, W. R. (2004). *Experiencias en grupos*. Barcelona: Paidós.
17. Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26(4), 415-428.
18. Kjeldmand, D., & Holmström, I. (2014). Los grupos Balint como medio para aumentar la satisfacción laboral y prevenir el agotamiento profesional entre los médicos de atención primaria. *Annals of Family Medicine*, 12(2), 154-161.

Tabla 1. Puntuaciones medias en depresión según la Escala de Hamilton para la Depresión	
	Media
Previo al tratamiento	20,57
Al finalizar el tratamiento	12,93

Tabla 2. Prueba de t de student	
	Depresión
T de student	6,939
Sig. (2-tailed)	0,000*

Tabla 3. Puntuaciones medias en ansiedad según la Escala de Hamilton para la Ansiedad	
	Media
Previo al tratamiento	35,37
Al finalizar el tratamiento	22,03

- Recibido: 17/12/2023.
- Aceptado: 31/01/2023.



HISTORIA

Hace ya algún tiempo: Alois Alzheimer (1864-1915) y la enfermedad que lleva su nombre.

Some time ago: Alois Alzheimer (1864-1915) and the disease that bears his name.

Sonsoles Pacheco Larrucea. Enfermera. Centro DAP de Psicología y Psiquiatría. Bilbao.

Reda Rahmani El Ouachekradi. Psiquiatra. Osakidetza-Red de Salud Mental de Bizkaia.

Juan Medrano Albéniz. Psiquiatra. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Osakidetza-Red de Salud Mental de Araba.

Oscar Martínez Azumedi. Psiquiatra. Sección de Historia de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Sección de Historia de la AEN.

Iñaki Markez Alonso. Psiquiatra. Sección de Historia de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Sección de Historia de la AEN.

Luis Pacheco Yáñez. Psiquiatra. Sección de Historia de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Sección de Historia de la AEN. Osakidetza-Red de Salud Mental de Bizkaia. IIS BioCruces-Bizkaia.

Resumen: Se realiza un estudio biográfico del neuropsiquiatra alemán Alois Alzheimer, detallándose su descubrimiento más importante, que dio nombre a la demencia conocida como "enfermedad de Alzheimer"; así como diversas circunstancias y autores relacionados con su vida y su obra.

Palabras clave: Demencia, Alois Alzheimer, Gaetano Perusini, Francesco Bonfiglio, Konrad y Ulrike Maurer, Solomon C. Fuller.

Abstract: We carry out a biographical study of the german neuropsychiatrist Alois Alzheimer, detailing his most important discovery, which gave name to the dementia known as "Alzheimer's disease"; as well as various details and authors related to his life and work.

Key words: Dementia, Alois Alzheimer, Gaetano Perusini, Francesco Bonfiglio, Konrad and Ulrike Maurer, Solomon C. Fuller.

Su vida

Aloysius Alois Alzheimer nació el 14 de junio de 1864 en el domicilio familiar, situado en el número 273 de Würzburgerstrasse de la localidad alemana de Marktbreit am Main (Baviera), siendo entonces su padre, Eduard Alzheimer (1830-1891), el notario real de la ciudad. Antes de nacer Alois, Eduard se había casado con Eva María Sabina Busch (1840-1862), y fueron padres de un hijo llamado Karl Eduard (1862-1924); pero la mujer murió por fiebres puerperales a las tres semanas del parto y posteriormente el padre se casó, el 1 de octubre de 1863, con Bárbara Theresia Busch (1840-1882), hermana de su mujer. De este segundo matrimonio nació Alois, quién fue bautizado en la religión católica el



Alois Alzheimer en 1915 (año de su fallecimiento).
https://de.wikipedia.org/wiki/Alois_Alzheimer

3 de julio del mismo año y más tarde llegaron Johana (1865-1920), Eduard (1867-1948), Alexander (1870-1942), Elisabeth (1872-1968) y Alfred (1875-1949). En 1882, cuando Alois tenía 18 años, falleció su madre y poco después su padre se casó por tercera vez, en esta ocasión con Martha Katharina Geiger, con la que tendría la octava descendiente y hermanastra de Alois, su hija Eugenia (1884-1950)¹⁻⁴.

Nuestro protagonista realizó la enseñanza primaria en su ciudad natal, entre 1870-1874, y a los 10 años de edad fue enviado por su padre a Aschaffenburg para estudiar el bachillerato, trasladándose allí el resto de la familia cuatro años después¹⁻⁴. Tras acabar estos estudios en 1883, decidió estudiar Medicina. En aquella época la carrera se dividía en ocho semestres académicos durante un total de cuatro años, con un examen tras acabar las preclínicas. Alois se matriculó en octubre de ese año en la Real Universidad Friedrich-Wilhelm de Berlín, donde realizó el primer semestre de la licenciatura y en abril de 1884 se trasladó a la Facultad de Medicina de Würzburg, ciudad donde ya estudiaba su hermano mayor, Karl. En esta facultad realizó el examen preclínico antes mencionado y una vez aprobado este, también cursó allí el quinto semestre, el primero de las asignaturas clínicas. Poco después volvió a cambiar de facultad y se matriculó, en noviembre de 1886, en la Eberhard-Karl de Tübinga, para hacer allí el séptimo semestre, pero, a mediados de 1887, retornó a Würzburg, donde finalmente acaba sus estudios. En síntesis, hizo la carrera en tres facultades distintas: Berlín, Tübinga y Würzburg¹⁻⁴. En 1887 y en esta última ciudad, leyó la tesis doctoral dirigida por Rudolph A. von Kölliker (1817-1905) y titulada "*Sobre las glándulas ceruminosas del oído*"^{1,6}. Por último, el 12 de mayo de 1888 realizó el examen de habilitación en Medicina, obteniendo la calificación de sobresaliente y siendo expedido el título el 4 de junio^{1,2}.

Durante los meses siguientes sabemos que atendió, como médico privado, a una mujer con problemas mentales, pero no hemos encontrado referencias más concretas¹⁻³. En diciembre del mismo año, 1888, comenzó a trabajar en el Hospital Municipal para enfermos mentales y epilépticos de Frankfurt, dirigido entonces por Emil Sioli (1852-1922)^{1,2,7}. El centro contaba con una escasísima dotación de personal para atender a unos doscientos cincuenta pacientes; y prácticamente todos a cargo de Sioli, pues el director anterior y su principal ayudante se acababan de jubilar y un médico asistente estaba a punto de irse en esos días, así que Alois fue admitido sin problemas¹.

El hospital tenía un aspecto palaciego y había sido construido por indicación del anterior y primer director del mismo, Heinrich Hoffmann (1809-1894) -neuropsiquiatra, pero también afamado escritor de cuentos infantiles-, siendo conocido por los lugareños como el "Palacio de los locos"⁹. En marzo de 1889 se incorporó al mismo Franz Nissl (1860-1919) como jefe clínico, con quien Alzheimer acabó manteniendo una intensa amistad y relación profesional a lo largo de su vida^{10,11}.

Pero en 1892 sucedió un hecho que iba a cambiar radicalmente la vida de Alzheimer. Nuestro autor estaba muy interesado en el estudio de la Parálisis General Progresiva (PGP) causada por la sífilis^{1,12}, porque en aquella época numerosos pacientes ingresados en los manicomios padecía dicha enfermedad. En este contexto, Wilhelm H. Erb (1840-1921), famoso neurólogo que entonces era catedrático en Heidelberg, le solicitó acudir a Argelia para que le ayudase repatriar a Alemania a un paciente llamado Otto Geisenheimer, comerciante de diamantes¹. Erb había acompañado durante el viaje a Otto, afecto de PGP, a su mujer Cecilie Simonette Nathalie y a Marion, una hija de cinco años de edad, al parecer afecta también de sífilis⁸. Alzheimer aceptó la invitación de Erb, pero el paciente murió en el sur de Francia durante el regreso y Alois continuó el viaje con Cecilie y con Marion^{1,8}. La relación de amistad se acabó transformando en el matrimonio civil de Alois y Cecilie, el 15 de abril de 1894, refrendado por el matrimonio católico el 14 de febrero del año siguiente, tras convertirse ella desde el judaísmo al cristianismo. Un mes después, el 10 de marzo de 1895, nació su hija Gertrud (1895-1980), apadrinada por Franz Nissl. Al año siguiente nació su hijo Hans (1896-1981) y en 1900 lo hizo María (1900-1977)^{1,2}.

En 1901 Nissl se trasladó a Heidelberg para hacerse cargo del laboratorio del hospital psiquiátrico que entonces dirigía Emil Kraepelin (1856-1926) y más tarde, en 1904, sucedió a este como catedrático extraordinario en dicha ciudad¹⁰. Tras la marcha de Nissl, Alzheimer pasó a ocupar la jefatura clínica que su amigo había dejado vacante en el hospital de Frankfurt¹. El 28 de febrero de 1901 falleció Cecilie, su mujer, y Alois se vio obligado a pedirle a su hermana Elisabeth que le ayudase en la crianza de los

hijos^{1,2}. También en 1901 atendió a quien a la postre fuera su más famosa paciente, "Auguste D", de quien nos ocuparemos después de manera extensa.

Al año siguiente E. Kraepelin, influido por Nissl, le pidió que se incorporase al equipo que dirigía en Heidelberg. Alois aceptó y llegó a dicha ciudad en marzo de 1903^{1,8}, trabajando estrechamente con su amigo Nissl, pero permaneció poco tiempo allí, ya que meses después Kraepelin obtuvo la cátedra de Múnich, trasladándose a dicha ciudad para dirigir el Real Hospital Clínico Psiquiátrico Universitario. Alois también le acompañó allí a Kraepelin, para trabajar en el laboratorio de Histopatología, llegando a Múnich en octubre de 1903¹. Sin embargo, en la plantilla no había ninguna plaza para Alzheimer y Kraepelin tuvo que crearle una de "ayudante investigador", aunque la misma no estaba remunerada⁸. Pero Alzheimer gozaba de una buena posición económica desde su matrimonio con Cecilie, por lo que esto no fue un obstáculo relevante para que aceptase el puesto^{1,2}.

Nuestro protagonista había comenzado a preparar en Heidelberg una memoria para su habilitación docente -obligada para acceder al profesorado universitario-, que versaba sobre el diagnóstico diferencial histológico de la PGP y que finalmente presentó en Múnich, en 1904, bajo la dirección de Kraepelin y con la ayuda de su amigo W.H. Erb^{1-3,6,11,13}. Culminó su acceso al profesorado con una lección magistral sobre las "Demencias histéricas", el 23 de julio de 1904^{1,8}, lo que supuso su nombramiento como profesor de la Facultad de Medicina de la Real Universidad Ludwíg-Maximilian de Múnich, el 10 de agosto de 1904^{1,8}. Años más tarde, en 1909, le nombraron catedrático Extraordinario de la misma Universidad lo cual, como veremos después, posibilitó después su traslado como catedrático Ordinario a Breslau (actualmente Polonia).

En Múnich contribuyó a formar uno de los equipos más selectos de la Neuropsiquiatría alemana de la época¹⁴. En 1904 comenzó a trabajar allí Félix Plaut (1877-1940), una de las máximas autoridades en el estudio serológico de la sífilis y la PGP. Al grupo se incorporó, también en 1904, Robert Gaupp (1870-1953), quien había trabajado ya con Kraepelin en Heidelberg; era discípulo de Karl Wernicke (1848-1905) y Karl Bonhoeffer (1868-1948), fue maestro a su vez de Ernst Kretschmer (1888-1964) y acabó siendo catedrático en la Universidad de Tübinga en 1906; dejando para la Historia de la especialidad su famoso análisis de la paranoia, a propósito del "caso Wagner"¹⁵. También llegó a Múnich, en 1907, el suizo Ernst Rüdín (1874-1952), quien en 1933 llegaría a alcanzar la cátedra en dicha universidad^{1,14}.

Esta concentración de notables científicos motivó que muchos profesionales extranjeros acudieran allí a formarse. Por ejemplo, en 1906 lo hizo el insigne neuropsiquiatra bilbaíno, Nicolás Achúcarro (1880-1918), quien permaneció allí unos dos años y medio. Además, en septiembre de 1908, Achúcarro acudió a América tras ser propuesto por Alzheimer para dirigir el servicio de Anatomía Patológica del hospital psiquiátrico de Washington. Estando allí, Achúcarro describió el primer caso de enfermedad de Alzheimer en un paciente americano^{16,17}.

También Gonzalo Rodríguez Lafora (1886-1971), discípulo predilecto de Achúcarro, realizó una estancia en Múnich con Kraepelin y Alzheimer, hacia 1908, y asimismo sustituyó más tarde a Achúcarro en el puesto de Washington, describiendo allí las alteraciones amiláceas ganglionares de la "Epilepsia mioclónica familiar progresiva", que pasaría a la Historia como "Enfermedad de Lafora"¹⁶. Rodríguez Lafora también describió los dos primeros casos de la enfermedad de Alzheimer que fueron publicados en España, en 1911 y en 1914, si bien los pacientes habían sido atendidos en Estados Unidos¹⁸. Sin lugar a dudas, R. Lafora contribuyó de manera relevante a difundir la enfermedad que nos ocupa y muy probablemente su tesis doctoral, titulada "Sobre la enfermedad de Alzheimer o demencia senil prematura con síntomas focales" y leída en Madrid en 1914, fue la primera en España sobre dicha enfermedad¹⁹. Sin embargo, creemos que Maurer¹ comete un error al señalarle como el primer autor en describir la enfermedad en América, pues, como ya hemos señalado, previamente lo había hecho Achúcarro^{16,17}. Otros profesionales que llegaron a ser grandes figuras de la especialidad se formaron asimismo con el equipo de Alzheimer. Entre otros destacan Francesco Bonfiglio (1883-1966), Gaetano Perusini (1879-1915), Solomon C. Fuller (1872-1953), Fritz H. Lewy (1885-1950), Hans G. Creutzfeld (1885-1964), Alfons M^o. Jacob (1884-1931), Constantin von Economo (1876-1931), Karl Kleist (1879-1960), Smith Ely Jelliffe (1866-1945), Ugo Cerletti (1877-1963), etc.^{1-3,6,7}.

Como se ha señalado, en 1906 R. Gaupp, hasta entonces jefe clínico del servicio de Múnich, fue nombrado catedrático en Tubinga y en octubre de dicho año Kraepelin designó a Alzheimer como sustituto de aquél; situación que Alois se vio obligado a aceptar sin mucho entusiasmo, debido a que esto suponía representar al “patrón” en la junta directiva del hospital cuando este se ausentase del mismo, cosa que Kraepelin debía hacer con relativa frecuencia, sobre todo para escribir sus famosos textos. Quizás por ello el maestro le prometió que podría dimitir del puesto en un periodo prudencial, el cual se acabó convirtiendo en 3 años, hasta que Alzheimer perdió la paciencia y a comienzos de 1909 solicitó su cese, el cual se llevó a cabo en marzo, siendo sustituido por Ernst Rüdin^{1,20}.

El 30 de diciembre de ese mismo año Alois fue nombrado catedrático Extraordinario en Múnich, en reconocimiento a su labor como profesor³. Esto le colocó en disponibilidad de acceder a una cátedra independiente, situación que se produciría en julio de 1912, tras ser elegido por un comité de selección para ocupar la cátedra de Psiquiatría y enfermedades nerviosas y la dirección del hospital psiquiátrico de la Universidad de Breslau, vacantes tras el traslado de Karl Bonhoeffer a la de Berlín^{1,3}. Cabe destacar que los colegas que formaban parte de la terna que estudio el comité de selección eran Eugen Bleuler (1857-1939), catedrático de Zúrich y autor del término “*Esquizofrenia*”; Oswald Bumke (1877-1950), catedrático y jefe clínico del hospital de Friburgo y Paul Schröder (1873-1941), catedrático y jefe clínico del hospital psiquiátrico de Breslau. Pero el elegido fue Alzheimer¹.

En agosto de 1912, se trasladó a Breslau, acompañado de casi toda la familia, salvo su hijo Hans, que estaba estudiando interno en otra ciudad¹. Parece que ya entonces habían comenzado algunos síntomas (nefritis, artritis, infecciones...) de la enfermedad que pocos años después le llevaría a la muerte, ya que tras el viaje en tren desde Múnich se le diagnosticó una cardiopatía de la que no se recuperaría¹.

A pesar de todo, su espíritu luchador le llevó a reorganizar un servicio que ya contaba con excelentes colaboradores. Entre ellos destaca Otfried Förster (1873-1941), neuropsiquiatra y neurocirujano de fama mundial, que años después fue llamado a Rusia como médico personal del dirigente soviético Vladímir Ilich Uliánov, “Lenin”, afecto de una hemiplejía¹. Otros eran Ludwig Mann (1866-1936), especializado en trastornos neuróticos y Georg Stertz (1878-1959), que más tarde sería catedrático y yerno de Alois, tras casarse con su hija Gertrud en mayo de 1915, poco antes de fallecer nuestro protagonista¹.

En marzo de 1913 Alzheimer ingresó en un balneario en Wiesbaden, donde se sometió a baños termales, electroterapia, etc., y fue visitado por F. Nissl, en lo que a la postre será el último encuentro de ambos amigos¹. De regreso a Breslau continuó con sus publicaciones y participó en varias reuniones científicas, siendo homenajeado en la reunión de la Asociación de Neurólogos Alemanes, celebrada a finales de septiembre en la ciudad donde residía¹. Kraepelin también acudió a la misma y le encontró físicamente muy deteriorado, siendo este también el último encuentro entre ellos²⁰.

En 1914 estalló la 1ª Guerra Mundial, militarizándose tanto su hijo Hans como su futuro yerno G. Stertz. En 1915 publicó sus últimos trabajos y parece que, con carácter póstumo, en 1916 Walther Spielmeier (1879-1935) editó un trabajo que Alzheimer escribió en 1912^{2,5}.

Finalmente, el 19 de diciembre de 1915 falleció en su domicilio, tras padecer una insuficiencia renal y sin haber cumplido los 52 años de edad. La víspera de Nochebuena fue enterrado, junto a su mujer, en el cementerio principal de Frankfurt¹.

Alois era corpulento y ligeramente obeso, con un amplio bigote y una cicatriz sobre la mejilla izquierda, resultante de un accidente durante una competición de esgrima en su juventud. Parece que fue una persona creativa, optimista, cariñosa, divertida y con un humor expansivo, en contraste con el carácter obsesivo-compulsivo de su gran amigo Nissl³. Se ha señalado que, como científico, era extraordinariamente reflexivo y crítico, buscando la precisión y objetividad en sus trabajos³.

Entre las zonas menos amables de su biografía se señala que fue miembro de la Sociedad Alemana de Higiene Racial (*Deutschen Gesellschaft für Rassen-Hygiene*), fundada por E. Rüdin, su compañero y sustituto como jefe clínico en Múnich, más tarde catedrático de Psiquiatría en la misma ciudad y asesor de Política Demográfica y Racial del Ministerio del Interior del Reich^{3,13,14}.

Su más famosa aportación: El caso de Auguste D

Auguste Deter, que ha pasado a la Historia como “Auguste D”, nacida en 1850 en Kassel (Alemania), ingresó el 25 de noviembre de 1901 en el hospital de Frankfurt donde entonces trabajaba Alzheimer, remitida por su médico de cabecera unos días antes, con síntomas de “...pérdida de memoria, manía persecutoria, insomnio, agitación...” que hacían necesaria la hospitalización. Al decir de su marido, funcionario de la Administración de Ferrocarriles, las alteraciones de conducta y los síntomas de deterioro mental se venían presentando desde el mes de marzo anterior. Hasta entonces, todo parecía haber sido normal. El marido recordaba perfectamente la fecha del primer día de alarma, en que un comentario de la paciente le llamo la atención cuando ella le reprochó que hubiera salido a pasear con una vecina, desarrollando después una gran desconfianza hacia ambos^{1,2}.

La noche de su ingreso la paciente no pudo conciliar bien el sueño y al día siguiente, el 26 de noviembre de 1901, Alzheimer la entrevistó por primera vez. Este es el comienzo de dicha entrevista, según el texto del matrimonio Maurer, del que hablaremos posteriormente (Maurer K, Maurer U. 2006, pág.: 1)¹:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| - ¿Como se llama? | - ¿Cuanto tiempo lleva aquí? |
| Auguste. | Tres semanas... |
| - ¿Apellido? | - ¿Qué sostengo en mi mano? |
| Auguste. | Un cigarro. |
| - ¿Como se llama su marido? | - Correcto. ¿Y esto que es? |
| Creo que Auguste. | Un lápiz. |
| - ¿Su marido? | - Gracias. ¿Y esto? |
| Ah, bueno, mi marido... | Un plumín de acero. |
| - ¿Está casada? | - También correcto. |
| En Auguste... | ¿Esto que es, señora D.? |
| - ¿Sra. D.? | Su monedero, doctor... |
| Si, en Auguste D. | |

Como se ha señalado, en marzo de 1903 Alois fue a Heidelberg para integrarse en el equipo de Kraepelin^{1,20}, lo que le obligó a separarse de Sioli, pero también de Auguste. Por ello, le pidió a su director que le mantuviese informado sobre la paciente, cosa que este hizo periódicamente hasta el 9 de abril de 1906, en que le comunicó que la paciente había fallecido el día anterior por una septicemia resultante de las complicaciones de las úlceras por decúbito, aunque su evolución neurocognitiva había sido nefasta desde, al menos, 1904².

Alzheimer le pidió a Sioli que, además de la historia clínica, le enviase el cerebro de Auguste, para poder analizarlo¹ y según García-Albea¹⁸, en el estudio neuropatológico se apreció que casi una tercera parte de las neuronas de la corteza cerebral habían desaparecido. Al margen, el estudio histológico, realizado fundamentalmente por Perusini y Bonfiglio, discípulos de Alzheimer, mostró, según Ruiz Ezquerro: “...una atrofia de la corteza con citolisis generalizada, una patología extraña de las neurofibrillas, fuertes excrecencias de la neuroglia fibrosa y numerosas células gliales con forma de varilla, además de sedimentos metabólicos en forma de placas en toda la corteza cerebral, con signos leves de neovascularización. Las alteraciones descritas de las neurofibrillas son mucho más pronunciadas que las encontradas en pacientes de edad mucho más avanzadas...” (Ruiz Ezquerro JJ, 2007, pág.: 19)².

Alois comunicó sus primeros hallazgos en noviembre de 1906, en una reunión de neuropsiquiatras en Tubinga (Alemania), titulándolo "*Sobre un proceso patológico peculiar grave de la corteza cerebral*", pero la misma paso desapercibida y no suscitó ningún debate, para decepción de su protagonista. En 1907, la conferencia apareció publicada íntegramente en la revista "*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-gerichtliche Medizin*", con una ligera variación en el título de la misma: "*Sobre una enfermedad peculiar de la corteza cerebral*"^{11,21}, si bien la traducción del título ha sido objeto de un curioso análisis por Berrios¹².

Varios autores piensan que, aunque todo parecía apuntar que la aportación de Alzheimer revelaba una nueva enfermedad -la supuesta demencia presenil, frente a la ya conocida demencia senil-, Alois consideraba que sus datos no eran suficientes aún para delimitarla como tal y creía que la degeneración ateromatosa era la causa de las demencias seniles, al provocar una disminución de las células cerebrales y provocar una atrofia cerebral arterioesclerótica. Sin embargo, esto era propio de la vejez y no encajaba a la edad de esta paciente, por lo que, al principio, pensó que el caso de Auguste era simplemente una forma atípica y precoz de psicosis senil, opinión que parece que también compartía Perusini^{1,22}.

Por todo ello encargó a Perusini y a Bonfiglio que buscaran nuevos casos. Tres de ellos, junto al de Auguste D, fueron publicados por Perusini en 1909^{1,6,12}. Debido a todo ello, algunos autores consideran que el trastorno podría denominarse enfermedad o síndrome de "Alzheimer-Perusini"^{13,23,24}, término que parece que ya fue empleado por Bonfiglio en 1918 y 1926, y posteriormente por numerosos autores italianos; ya que, además, realmente fueron Perusini y Bonfiglio, quienes básicamente realizaron el estudio neuropatológico del cerebro de Auguste D¹³. Curiosamente, la muerte de Alzheimer y Perusini sucedió con pocos días de diferencia, ya que el italiano falleció una semana antes que el alemán, el 8 de diciembre de 1915 y con tan solo 36 años, tras ser herido durante la 1ª Guerra Mundial²⁵.

Alzheimer era extremadamente generoso con sus ayudantes y, en este sentido también permitió que su discípulo S.C. Fuller describiese por primera vez los "*ovillos neurofibrilares*", en la Reunión de la Asociación Médico-Psicológica Americana celebrada en Boston en junio de 1906, meses antes de que el propio Alzheimer presentase el caso de Auguste D. en la reunión de Tubinga²⁶. Fue Kraepelin, sin embargo, quien elevó el nombre de Alzheimer a la Historia de la Medicina, al publicar en la 8ª edición (1910) de su famoso texto ("*Lehrbuch...*") la primera referencia oficial a la enfermedad de Alzheimer en un libro científico^{3,11,13}. Kraepelin describió la enfermedad como una nueva entidad diferente de la demencia senil y varios autores piensan que lo hizo con la intención de adelantarse al grupo de Praga, liderado por Arnold Pick (1851-1924) y Oskar Fischer (1876-1942)^{27,28}, que había sugerido que las lesiones cerebrales diseminadas eran el sustrato anatómico de una forma de demencia llamada "*Presbiofrenia*"; término con el que, en origen, se venía a definir una forma de parafrenia senil²². Otros, sin embargo, consideran que lo que realmente pretendía Kraepelin era enfatizar el carácter "*orgánico*" de las enfermedades mentales, ya que en aquella época las tesis de S. Freud remarcaban la hipótesis "*funcional*" de las mismas y suponían una amenaza para desbancar a la escuela de Múnich del liderazgo de la Neuropsiquiatría¹²; no faltando quienes señalan también un móvil económico, para poder obtener Kraepelin más presupuesto para su propio departamento¹³.

German Berrios gran historiador de la Neuropsiquiatría, afirma que, en términos puramente científicos, había pocas razones para considerar a esta forma "peculiar" de demencia como una enfermedad diferente¹². Según él, lo curioso es que cuando Kraepelin bautizó la enfermedad se habían publicado solo cinco casos similares, pero sobre todo resalta que el primer caso de Perusini, quien informó de cuatro pacientes en su trabajo de 1909, era en realidad el primer caso de Alzheimer, en el que se habían cambiado algunas características (por ejemplo, los resultados postmortem ya no mostraron alteraciones arterioscleróticas); y el cuarto caso de Perusini fue el mismo que había publicado Bonfiglio en 1908¹². Berrios se pregunta por qué el equipo de Alzheimer necesitaba volver a publicar varios casos previamente reportados y se responde con la idea de que, muy probablemente, hubo una gran presión en el laboratorio para acumular evidencia científica a favor de la nueva "enfermedad". Al parecer, gran parte de la comunidad científica se cuestionaba si las demencias de inicio temprano -incluso aunque mostrasen características clínicas severas- justificaban la creación de una nueva entidad, concluyendo Berrios que la enfermedad de Alzheimer es un buen ejemplo de la visión creacionista en la nosología¹².

Sea como fuere, parece que la descripción que Kraepelin hizo en su libro comenzó de la siguiente manera, según el relato de Pérez Trullen¹³: "...Alzheimer ha descrito un grupo especial de casos con muy severas alteraciones celulares. Aquellos conllevan una severa y poco frecuente enfermedad mental de curso lento con los signos de una enfermedad orgánica cerebral. Los enfermos se deterioran gradualmente a lo largo de varios años; llegan a un empobrecimiento de su memoria y de sus pensamientos, están confusos; no se orientan bien, confunden a las personas y pierden sus pertenencias. Más tarde se presenta una cierta agitación; los enfermos hablan mucho, hacen soliloquios, cantan y ríen, se mueven alrededor, almacenan y recogen cosas, lo rompen todo y se hacen sucios. Se observan frecuentemente síntomas de perturbaciones simbólicas y apráxicas; los pacientes no comprenden las órdenes ni los gestos; no reconocen objetos ni imágenes; fracasan en completar cualquier actividad sistemática ni imitan; si se les amenaza, no realizan movimientos de defensa, aunque ellos todavía sienten muy desagradable el pinchazo de una aguja. Igualmente severas son, sobre todo, las alteraciones del lenguaje. Los enfermos pueden todavía pronunciar inteligiblemente palabras simples o sentencias, pero habitualmente caen en una charla carente de sentido..."(Pérez Trullen JM^a, 2010. pág.: 281)¹³.

Como colofón a la historia, debe señalarse que, en 1995, el equipo del neurólogo, psiquiatra y psicoterapeuta Konrad Maurer, descubrió la historia clínica original de "Auguste D", archivada erróneamente entre la documentación correspondiente a 1920 en los sótanos del Hospital Clínico de Psiquiatría y Psicoterapia de la Universidad de Frankfurt, donde K. Maurer era entonces director y catedrático de Psiquiatría²⁹. Ulrike, su mujer, había dirigido desde ese mismo año la rehabilitación de la casa natal de Alzheimer, adquirida por la empresa farmacéutica Eli Lilly para convertirla en un mausoleo³⁰.

El caso es que su hallazgo motivó la publicación de un libro, firmado por ambos y titulado en castellano "Alzheimer: la vida de un médico y la historia de la enfermedad", que relata la historia de Auguste D y a la par la vida de Alois¹. Que nosotros sepamos, es el texto más relevante traducido al castellano sobre la vida de nuestro protagonista, siendo coordinado y presentado por el neurólogo Juan José Ruiz Ezquerro^{8,11}, autor por su parte de un interesante trabajo biográfico sobre Alzheimer². La primera edición del libro se publicó en Alemania en 1998 y en España lo hizo en 2006¹. La obra reconstruye, en más de trescientas páginas -bastante complejas de leer, por los continuos saltos en el tiempo- la historia de la enfermedad desde sus inicios, su periodo de consolidación y las primeras descripciones anatomoclínicas de los casos, contemplando también el posterior desarrollo histórico de la enfermedad.

Creemos que también resulta muy interesante reseñar que, tras una costosa búsqueda, el neuropatólogo M. Graeber, del Instituto Max Planck de Neurobiología de Múnich, logró hallar, entre 1992-1997 y en un subterráneo de esta Universidad, numerosas preparaciones histológicas cerebrales de los casos de Alzheimer, incluyendo el de Auguste D³¹, lo que permitió volver a analizar con técnicas histológicas actuales parte del cerebro de la paciente, a resultas de lo cual se estableció la hipótesis de que padeciese una forma autosómica dominante del trastorno³¹⁻³³. Asimismo, la publicación original de Alzheimer sobre Auguste D, realizada en 1907 en alemán, fue traducida por primera vez al inglés por Stelzmann y cols. en 1995³⁴

Finalmente consideramos que, para completar las descripciones históricas de las demencias, no deben ignorarse las aportaciones -con sus similitudes y diferencias- de otros autores muy relacionados con estas patologías, como son Lewy, Creutzfeldt y Jakob, alemanes y discípulos de Alzheimer, o el checo Pick, aunque por cuestiones de espacio no podemos detenernos en ellas^{22,27,35}.

Agradecimiento

La realización de este artículo debe mucho a los trabajos previos del Dr. Juan José Ruiz Ezquerro, jefe de Servicio de Neurología del Complejo Asistencial de Zamora (Sacyl) y editor de la revista "Neurosciences and History".

Contacto: Dr. Luis Pacheco Yáñez ✉ LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.eus 📞 946 006 920
Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza. c/María Díaz de Haro 58 • 48010 Bilbao

Bibliografía

1. Maurer K, Maurer U. *Alzheimer: la vida de un médico y la historia de la enfermedad*. Traducción de la obra original alemana de 1998 por JJ. Ruiz Ezquerro. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. 2006. pp.: 1-323.
2. Ruiz Ezquerro JJ. *100 años de enfermedad de Alzheimer. Alois Alzheimer: su vida y su obra*. Alzheimer. Real Invest Demenc. 2007; 35: 12-22. Disponible en: <https://docplayer.es/3849854-100-anos-de-enfermedad-de-alzheimer-alois-alzheimer-su-vida-y-su-obra.html>
3. Pérez-Trullén JM^a. *Breve biografía de Alois Alzheimer*. Neurosciences and History. 2013; 1,3: 125-136. Disponible en: <http://nah.sen.es/es/99-revistas/vol1/numero-3/155-breve-biografi-a-de-alois-alzheimer>
4. Tagarelli A, Piro A, Tagarelli G, Lagonia P, Quattrone A.. *Alois Alzheimer: A hundred years after the discovery of the eponymus disorder*. International Journal of Biomedical Science. 2006: 196-204. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3614590/>
5. Contreras-Pulache H. *Esbozo de Alois Alzheimer*. Rev Peru Epidemiol. 2014; 18,1: 1-5. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203131355014.pdf>
6. Graeber MB. *Alois Alzheimer (1864-1915)*. International Brain Research Organization. Neuroscience History. Alois Alzheimer Biography. 2003: 1-11. Disponible en: <https://ibro.org/wp-content/uploads/2018/07/Alzheimer-Alois-2003.pdf>
7. Hippus H, Neundörfer G. *The discovery of Alzheimer's disease*. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2003; 5,1: 101-108. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181715/>
8. Ruiz Ezquerro JJ. *Introducción a la edición española*. En: Maurer K, Maurer U. *Alzheimer: la vida de un médico y la historia de la enfermedad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. 2006. págs.: XIX-XLIV.
9. Dahm R. *Alois Alzheimer and the beginnings of research into Alzheimer's disease*. En: Jucker, M, Beyreuther K, Haass C, Nitsch RM, Christen Y (eds.) *Alzheimer: 100 Years and Beyond. Research and Perspectives in Alzheimer Disease*. Berlín-Heidelberg: Springer. 2006. pp.: 37-49. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-540-37652-1_3
10. Da Mota Gormes M. *Franz Nissl (1860-1919), noted neuropsychiatrist and neuropathologist, staining the neuron, but not limiting it*. Dement Neuropsychol 2019; 13,3: 352-355. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31555410/>
11. Ruiz Ezquerro JJ. *Presentación a la edición española*. En: Maurer K, Maurer U. *Alzheimer: la vida de un médico y la historia de la enfermedad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. 2006. págs.: XIII-XVII.
12. Berrios GE. *Alzheimer's disease: A conceptual history*. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1990; 5: 355-365. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gps.930050603>
13. Pérez Trullen JM^a. *Historia del Síndrome de Alzheimer-Perusini*. Madrid: Grupo editorial Entheos. 2010. pp.: 45-50, 281-283.
14. Hippus H, Müller N. *The work of Emil Kraepelin and his research group in München*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2008; 258, 2: 213-211. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18516510/>

15. Prado M, González P. *El caso Wagner, de Robert Gaupp*. Cuadernos de Criminología: revista de criminología y ciencias forenses. 2011; 12: 30-37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3583931>
16. García-Albea E, Pérez Trullen JM^a. *The Spanish School of Neurology and the First American Cases of Alzheimer's Disease*. Journal of the History of the Neurosciences. 2003; 12:4: 437-445. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1076/jhin.12.4.437.27919?needAccess=true>
17. Pacheco Yáñez L. *Nicolás Achúcarro Lund: Esbozo biográfico del primer neurocientífico vasco*. Gac Med Bilbao. 2020; 117, 4: 263-273. Disponible en: <http://gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/809>
18. García-Albea E. *Lafora y los dos primeros casos de enfermedad de Alzheimer publicados en España*. Rev Neurol. 1998; 27, 157: 515-519. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/96239>
19. Herrera Rodríguez F. *Una lectura de la tesis doctoral de Gonzalo Rodríguez Lafora sobre la "Enfermedad de Alzheimer"*. Lull: Revista de la Sociedad Española de las Ciencias y de las Técnicas. 2014; 37, 80: 205-217. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4882701>
20. Kraepelin E. *Memorias*. Madrid: Edición de los Alienistas del Pisuerga. 2009. pág.: 160.
21. Alzheimer A. *Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde*. Vortrag in der Versammlung Südwestdeutscher Irrenärzte in Tübingen am 3. November 1906. Referiert (Eigenbericht). In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 64. Bd. (1907) S. 146-148. Disponible en: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:%22Über_eine_eigenartige_Erkrankung_der_Hirnrinde%22_\(Alois_Alzheimer,_1906\).jpg?uselang=de](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:%22Über_eine_eigenartige_Erkrankung_der_Hirnrinde%22_(Alois_Alzheimer,_1906).jpg?uselang=de)
22. Berrios GE. *La consolidación de la demencia senil*. En: *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica. 1ª ed. electrónica. 2013 (1ª ed. en papel, 2008). pp.: 214-224.
23. Foley P. *Lipids in Alzheimer's disease: A century-old story*. Biochimica et Biophysica Acta. 2010; 1801; 750-753. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20471492/>
24. Macchi G, Brahe C, Pomponi M. *Alois Alzheimer and Gaetano Perusini: Should man divide what fate united?* Behavioral Neurology. 1997; 10: 105-108. Disponible en: <http://downloads.hindawi.com/journals/bn/1997/930926.pdf>
25. Rosso M, Chu D. *Gaetano Perusini (1879-1915)*. Journal of Neurology. 2021; 268: 4400-4401. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/349720444_Gaetano_Perusini_1879-1915
26. Pérez Trullen JM^a. *La descripción de los ovillos neurofibrilares en la enfermedad de Alzheimer*. Rev Esp Patol. 2007; 40,1: 60-65. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen40/vol40-num1/pdf%20patologia%2040-1/40-01-10.pdf>
27. Kertesz A, Kalvach P. *Arnold Pick and German Neuropsychiatry in Prague*. Arch Neurol. 1996; 53: 935-938. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8815860/>
28. Goedert M. *Oskar Fischer and the study of dementia*. Brain. 2009; 132: 1102-1111. Disponible en: <https://academic.oup.com/brain/article/132/4/1102/284434?login=false>
29. Maurer K, Volk S, Gerbaldo H. *Auguste D and Alzheimer's disease*. The Lancet. 1997; 349: 1546-1549. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(96\)10203-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(96)10203-8/fulltext)
30. Eli Lilly. *Geburtshaus von Alois Alzheimer*. Disponible en: <https://www.marktbreit.de/fileadmin/marktbreit.de/images/Dateien/AlzheimerProspektklein.pdf>
31. Graeber MB. *No man alone: The rediscovery of Alois Alzheimer's original cases*. Brain Pathol. 1999; 9, 2: 237-240. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1750-3639.1999.tb00221.x?sid=nlm%3Apubmed>
32. Graeber MB, Mehraein P. *Reanalysis of the first case of Alzheimer's disease*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 1999; 249, 3: S10-S13. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2FPL00014167>

33. Müller U, Winter P, Graeber MB. *A presenilin 1 mutation in the first case of Alzheimer's disease.* www.thelancet.com/neurology. 2013; February. Vol. 12: 129-130. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1474-4422%2812%2970307-1>
34. Stelzmann RA, Schnitzlein HN, Murtagh FR. *An English translation of Alzheimer's 1907 paper, "Über eine eigenartige Erkankung der Hirnrinde".* *Clinical Anatomy*. 1995; 8: 429-431. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/ca.980080612>
35. Cipriani G, Danti S, Carlesi C. *Three men in a (same) boat: Alzheimer, Pick, Lewy. Historical notes.* *European Geriatric Medicine*. 2016; 7: 526-530. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878764916301061>

- Recibido: 19/02/2023.
- Aceptado: 22/10/2023.

De la micofobia a la micofilia: Apuntes para una historia de los hongos psicoactivos en España¹.

From mycophobia to mycophilia: Notes for a history of psychoactive mushrooms in Spain.

Juan Carlos Usó Arnal. Historiador, Bibliotecario. Castelló de la Plana.

Resumen: El presente trabajo tiene un doble objetivo. En primer lugar, ofrecer un breve recorrido por la historia de los hongos psicoactivos en España, basándose en referencias hemerográficas y bibliográficas y otras fuentes primarias. En segundo lugar, demostrar cómo el fenómeno de la extensión de su consumo durante las últimas décadas, junto con otros factores que simplemente se mencionan, han sido determinantes para que un país en origen micóforo se haya transformado en un país profundamente micófilo.

Palabras clave: micología, micofilia, micofobia, hongos psicoactivos, España, historia de España.

Abstract: The aim of this article is twofold. Firstly, to offer a brief overview of the history of psychoactive mushrooms in Spain, based on hemerographic and bibliographic references and other primary sources. Secondly, to demonstrate how the phenomenon of the spread of their consumption during the last decades, along with other factors that are simply mentioned, has been a determining factor in the transformation of an originally mycophobic country into a deeply mycophilic one.

Keywords: mycology, mycophilia, mycophobia, psychoactive mushrooms, Spain, history of Spain.

Antecedentes históricos

Varias tesis doctorales defendidas en España han puesto de relieve el papel ritual de los enteógenos – incluidos los hongos psicoactivos– como mediadores químicos entre los seres humanos y los dioses en las culturas de la Antigüedad, no solo en la península ibérica, sino en toda la cuenca mediterránea². En este sentido, hay que decir que España pasa por tener uno de los yacimientos rupestres más antiguos en los que aparecen representados unos supuestos hongos psilocibios: el abrigo de Selva Pascuala, próximo al municipio de Villar del Humo (Cuenca), que permitiría conjeturar que el consumo de dichos hongos en el solar hispánico podría remontarse a unos 6.000 años. No son las únicas representaciones fúngicas dentro del arte prehistórico ibérico. Además, existen otras posteriores en el arte prerrománico y en arte románico, más o menos explícitas, por no mencionar las espectaculares muestras de amanitas y otros hongos psicoactivos dentro del modernismo catalán de finales del siglo XIX y principios del XX.

1 “A mi buen amigo David Méndez, él ya sabe por qué”.

2 Becerra Romero, Daniel: *Los estados alterados de consciencia y su papel en las culturas de la antigüedad* (tesis doctoral). Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2002 y García Arroyo, María del Pilar: *Enteógenos, ritual y psicoactivos en el Mediterráneo antiguo: química entre dioses y hombres* (tesis doctoral). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia UNED; 2019.

Sin embargo, el Estado español –con las excepciones de Cataluña y el País Vasco– es o ha sido un país tradicionalmente micófono, y no únicamente con relación a los visionarios, sino a todo tipo de hongos. En este sentido, no se sabe hasta qué punto las alarmantes observaciones realizadas por los misioneros franciscanos Fray Bernardino de Sahagún y Fray Toribio de Benavente, más conocido como Motolinia, pudieron contribuir a este rechazo de los hongos por parte de los españoles.

En cualquier caso, las primeras referencias contemporáneas en España al uso de hongos psicocibios se deben al doctor Antonio Pagador, que pasó bastantes años en México, Cuba, Chile, Perú, Bolivia y Estados Unidos³. Este insigne toxicólogo, en una extensa entrevista concedida al periodista José Luis Barberán que se publicó durante la Segunda República en el diario gráfico *Ahora*, se refirió a ciertos “honguillos” como teonanácatl o “carne de los dioses”. Además, destacó que esa especie vegetal era considerada como una “planta sagrada” y, como tal, “adorada y reverenciada” por los antiguos pueblos indígenas oriundos de México. Por lo demás, el doctor Pagador aseguraba que dichos hongos eran utilizados indistintamente por “sacerdotes, médicos y hechiceros” para provocar una “embriaguez ritual” en su papel de “intermediarios entre los dioses y el común de los mortales”⁴.

La conexión Wasson-Graves

Por otra parte, el Estado español fue escenario de la conexión interpersonal de mayor trascendencia para el devenir de los hongos psiquedélicos. Obviamente, se trata de la fructífera relación –sobre todo epistolar– entre el banquero-micólogo estadounidense Robert Gordon Wasson y el escritor y erudito británico Robert Graves. En efecto, Wasson, que había estado en Madrid tomando clases de castellano, en 1926 se casó con la pediatra de origen ruso Valentina Pavlovna, gracias a la cual se despertó su pasión por la etnomicología. En 1949, su mujer dirigió una carta al escritor Robert Graves –establecido en Deià (Mallorca) desde 1929– en la que recababa su opinión acerca de las circunstancias exactas que concurrieron en el asesinato –mediante setas venenosas– del emperador romano Claudio. Fue el comienzo de una dilatada correspondencia entre los Wasson y el autor de la autobiografía apócrifa *Yo, Claudio*, quien poseía vastos conocimientos sobre Grecia, Roma y el mundo antiguo en general, así como alguna experiencia con hongos, que se remontaba a su infancia. Tanto los Wasson como Graves compartían la sospecha de que la micofobia, o miedo irracional a los hongos, experimentada por gran parte de la humanidad, tenía su origen ancestral en un temor reverencial relacionado con la religión.

En el transcurso de sus investigaciones, los Wasson se interesaron por el papel de los hongos psicoactivos en los orígenes de las religiones, como derivación de tradiciones chamánicas, apoyándose en estudios de etimología, folklore (mitos, leyendas, baladas, proverbios) y trabajos de campo antropológicos. Graves envió a los Wasson una gran cantidad de documentación y compartió con ellos varias opiniones e inspiraciones, poniéndoles sobre pistas que con el tiempo resultaron fundamentales. Concretamente, en septiembre de 1952, Robert Graves envió a Robert G. Wasson una información fortuita aparecida en una revista farmacéutica sobre el papel religioso de ciertos hongos en la zona montañosa de Oaxaca y el valle de México.

En el verano de 1953, Wasson –a quien Graves llamaba cariñosamente “mi hombre fúngico”– organizó su primera expedición –infructuosa– en busca del hongo mágico. A su regreso, se desplazó hasta Deià para conocer y consultar personalmente a Graves y, de paso, “estudiar las tradiciones mallorquinas

3 Usó, Juan Carlos: Dos intentos frustrados de legalizar las drogas en los albores de la prohibición. Apuntes sobre la extraña muerte del médico Antonio Pagador y la iniciativa abortada del presidente Lázaro Cárdenas. *Norte de Salud Mental (Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria)*, vol. XIV, nº 56, enero de 2017, pp. 91-105.

4 Barberán, José Luis: La universal y milenaria manía de los tóxicos. Cómo se ha intoxicado la humanidad en todos los tiempos. El culto religioso de los estupefacientes. El salvaje, tan toxicómano como el civilizado. El caso misterioso de un célebre doctor español, que se supone fue envenenado por los traficantes de estupefacientes. Los paraísos artificiales en América. *Ahora (Diario Gráfico)*, 21 de mayo de 1933, pp. 11-14.

de los hongos". Finalmente, la noche del 29 de junio de 1955, en su cuarto viaje a tierras mexicanas, consiguió disipar el temor y las reticencias de los nativos de la zona. Junto con Allan Richardson, conocido fotógrafo de la sociedad neoyorquina y director de educación visual en la Escuela Brearley, fue iniciado en el culto del teonanácatl en una sesión histórica.

El 3 de junio de 1957, la revista *Life en español* reprodujo la misma extensa crónica que ya había aparecido el 13 de mayo en la versión original en inglés del prestigioso semanario estadounidense, que los Wasson vendieron por la nada despreciable cantidad de 10.000 dólares. En dicha crónica, titulada "Culto de los hongos sagrados. En busca del hongo mágico" ("The discovery of mushrooms that cause strange visions. Seeking the magic mushrooms"), el banquero-micólogo neoyorquino Robert G. Wasson y su mujer Valentina describían con profusión de detalles la intensa experiencia con "hongos alucinantes" de la especie *Psilocybe mexicana* que habían vivido en un pueblo de la sierra de Oaxaca⁵. Aunque el célebre vicepresidente del banco J. P. Morgan & Co. tomó la precaución de cambiar el nombre de María Sabina por el de Eva Méndez y de silenciar intencionadamente el nombre del municipio Huautla de Jiménez, lugar de origen de la famosa chamana y donde tuvo lugar la iniciación de Wasson y su mujer en los misterios fúngicos, no conseguiría evitar que el reportaje en cuestión sentara las bases para la posterior mitificación de la curandera mixteca, hasta llegar a convertirla en símbolo de la cultura psikedélica y en uno de los iconos del movimiento hippy, resultando fundamental para la popularización de los psikedélicos en los Estados Unidos.

En principio, el impacto del referido reportaje en el mundo de habla hispana fue mucho menor que en el anglosajón, ya que, al recibirse la revista por suscripción, perdía gran parte del carácter popular que tenía en el país de origen, resultando una publicación mucho más elitista. Sin embargo, el 3 de agosto de 1962, el catedrático de química Francisco Buscarons Úbeda y un conocido divulgador científico advertían a través de las páginas del diario *La Vanguardia Española* acerca de la "psicotropía" [sic] que podía generar la ingesta de "ciertos cactus y hongos mejicanos"⁶. Y como a veces da la impresión de que los medios de comunicación, más que reflejar la realidad, se reflejan unos en otros, hasta el diario *ABC* difundió la existencia del insospechado "camino del éxtasis" que se había abierto en las serranías de Oaxaca en un artículo titulado "Los hongos alucinógenos", que se publicó el 10 de octubre de 1965 y cuya autoría debemos a un reputado poeta, escritor y periodista de la época⁷.

Con todo, todavía se debe mencionar al receptor más singular e insospechado de la influencia de los hongos psicocibios mexicanos y de la figura de María Sabina durante estos años. Camilo José Cela, premio Nobel de Literatura en 1989, debió de conocer el tema gracias a Robert Graves, a quien trató en Mallorca. Así, en 1965, Cela dio por finalizado un texto experimental que tituló *María Sabina (Oratorio dividido en 1 pregón –que se repite– y 5 melopeas)* y que explicó ante los medios de comunicación con las siguientes palabras: "María Sabina es una vieja india mejicana que, tras la ingestión de hongos alucinógenos, entra en trance y habla y habla ; de su emoción deben juzgar los demás, no yo. Su forma escénica es la de un oratorio; toda la obra es un largo recitado, con muy poca acción"⁸. La cantata de Cela, con música del joven compositor barcelonés Leopoldo Balada, se estrenaría el 17 de abril de 1970 en el Carnegie Hall de Nueva York. A finales de mayo de ese año también se representaría, bajo la dirección escénica de Adolfo Marsillach, en el Teatro de la Zarzuela de Madrid, dentro de la programación del VII Festival de la Ópera, generando una fuerte división de opiniones entre el público asistente, pues los aplausos se alternaron con sonoros silbidos y pataleos⁹.

5 Wasson, Robert G.: Culto de los hongos sagrados. En busca del hongo mágico. En las sierras de México, un banquero neoyorquino participa en antiguos ritos practicados por indios que acostumbran a masticar raros hongos alucinantes. *Life en español*, 3 de junio de 1957, pp. 38-51.

6 Masriera, Miguel: Psicotropía. *La Vanguardia Española*, 3 de agosto de 1962, p. 7.

7 Castroviejo, José María: Los hongos alucinógenos. *ABC*, 10 de octubre de 1965, pp. 39-47.

8 Cela, Camilo José: *María Sabina*. Madrid-Palma de Mallorca: Las Ediciones de los Papeles de Son Armadans; 1967 y Trenas, Julio: Camilo José Cela: estreno teatral en Nueva York. Pasado mañana se representará en el Carnegie Hall su tragifonía 'María Sabina'. Protagonista: una vieja india mejicana que, tras la ingestión de hongos alucinógenos, entra en trance y habla y habla... *ABC*, 15 de abril de 1970, pp. 123-127.

9 Usó, Juan Carlos (2019). ¿Etnopoética del chamanismo en la obra de Camilo José Cela? *Ulises (Revista de viajes interiores)*, n° 21, 2019, pp. 8-19.

La histeria antipsiquedélica y la guerra contra los hongos mágicos

Cabe decir, sin embargo, que antes del estreno de la polémica obra de Cela ya se había desatado la histeria psiquedélica en todo el mundo occidental. En la primavera de 1966, la revista *Life en español* comparaba los efectos de la dietilamida del ácido lisérgico (LSD-25) con los de los “hongos mágicos”¹⁰. Igualmente lo hizo el semanario *Blanco y Negro* al referirse a los que calificaba indistintamente de hongos “alucinógenos” y también “mágicos”¹¹.

Gracias a una información publicada el 20 de agosto de 1969 por el diario *La Vanguardia Española*, quienes leyeron aquella noticia se enteraron de que la policía buscaba a una chica y tres chicos, sospechosos en relación con el asesinato de la actriz Sharon Tate y cuatro personas más en Los Ángeles, entre la grey de hippies que se habían trasladado en masa al Estado mexicano de Oaxaca, al que el rotativo barcelonés calificaba como el “paraíso de los hongos alucinantes”¹². Según informaba el diario *ABC (edición de Andalucía)*, en noviembre de ese mismo año las redadas practicadas por la policía en Huautla de Jiménez proseguían a buen ritmo, donde se calculaba que había “entre hippies extranjeros y mejicanos desperdigados en la sierra cerca de los mil”, que habían ido en busca de los codiciados “hongos alucinantes”¹³. No obstante, para rebajar el nivel de alarma que había despertado el fragor mediático generado, a finales de 1969 un periodista afirmaba en la revista *La Actualidad Española* que los “alucinógenos extraídos de los hongos sagrados de México prácticamente no se conocen en España”¹⁴.

Es evidente, sin embargo, que había un interés, como mínimo intelectual, por los hongos. Así, la revista de periodicidad bimestral *Horizonte*, publicada por la editorial Plaza & Janés de Barcelona entre 1968 y 1971, y cuyo origen hay que buscar en la revista francesa *Planète*, representativa del llamado “realismo fantástico”, dedicó en su corta existencia al menos un par de artículos bien interesantes sobre los hongos psicocibios¹⁵.

Por otra parte, gracias al diario *ABC* se supo en España que, en 1970, las autoridades mexicanas habían recurrido a unidades del ejército para practicar redadas de hippies –sobre todo estadounidenses– en Huautla de Jiménez, donde habían acudido masivamente en busca de “hongos mágicos”, siendo la mayoría de ellos expulsados del país. De poco debieron de servir las citadas redadas y expulsiones, pues en agosto de 1971, el mismo rotativo informaba de que en la pequeña ciudad de Córdoba, del Estado mexicano de Veracruz, se habían concentrado hasta 5.000 hippies “atraídos por los hongos alucinógenos que proliferan en esta época del año hasta en el parque principal de la ciudad”¹⁶. El deseo de probar los asombrosos efectos psicoactivos de los hongos mexicanos entre las huestes contraculturales no paraba de crecer. Así, a finales del invierno de 1974, tanto el *Diario de Burgos* como el periódico *La Vanguardia Española* informaban

10 Rosenfeld, Albert y Farrell, Barry: El explosivo peligro de la droga mental que se escapó del laboratorio. Torbellino en una cápsula. Una dosis de LSD basta para desatar un tropel de vivos colores y visiones – o terror y convulsiones. Una droga de doble filo que afecta a la mente: LSD. *Life en español*, 25 de abril de 1966, pp. 8-17.

11 Rosenfeld, Albert y Farrell, Barry: DLS: El tóxico de moda que amenaza a EE.UU. *Blanco y Negro*, 28 de mayo de 1966, pp. 77-82.

12 EFE: Graves dificultades para el esclarecimiento del quintuple crimen de Los Ángeles. La policía confiesa la debilidad de las pistas de que dispone. Se busca a cuatro hippies como posibles implicados en el asunto, en Méjico. *La Vanguardia Española*, 20 de agosto de 1969, p. 13.

13 Hernández Estévez, Mario: Hippies y alucinógenos. Redadas en la sierra mejicana. *ABC (edición de Andalucía)*, 4 de noviembre de 1969, p. 47.

14 López Nicolás, Luis: Drogas: cáncer de la juventud (2). La ruta de los estupefacientes. *La Actualidad Española*, 13 de noviembre de 1969, pp. 35-41.

15 Mousseau, Jacques: Las drogas, ¿llaves del infierno o del cielo? La exploración del Cosmos interior no hace más que comenzar. Para el exterior, los cohetes. Para el interior, las nuevas drogas. Esto es acaso tan importante como la astronáutica. *Horizonte*, nº 11, julio-agosto de 1970, pp. 17-25 y Folange, Émile: Yo he comido hongos sagrados. Y he aquí una experiencia vivida en la sierra de Mazateca, una noche alucinada, en la choza de María Sabina. *Horizonte*, nº 12, septiembre octubre de 1970, pp. 155-160.

16 EFE: Mundo pintoresco. Hippies en busca de hongos alucinógenos. *ABC*, 22 de agosto de 1971, p. 42.

de que los hoteles de Oaxaca –completamente desbordados por la afluencia masiva de hippies– intentaban “contener la afluencia de melencidos en busca del ‘hongo mágico’”¹⁷.

No hace falta ser psicólogo diplomado para saber que durante mucho tiempo –al menos dos décadas de sus vidas– los humanos se guían por lo prohibido para localizar lo deseable. Luego, una parte abraza el orden, pero incluso ese segmento tiene por seguro que algo muy caro, perseguido y peligroso alberga placeres inmensos. Las informaciones que manejaban los medios de comunicación en España no presentaban a los hongos psicocibios como objetos de deseo costosos ni peligrosos. Por lo demás, tampoco hacía falta irse muy lejos para estar en el punto de mira de la temible Brigada Político-Social franquista y convertirse en blanco de persecuciones, simplemente por el hecho de llevar el pelo largo y vestir de manera poco convencional. El caso es que, tras más de treinta años dedicados a investigar la historia de las drogas en España, no se ha conseguido dar con ningún joven español de la época que se desplazara hasta México en busca de una experiencia psíquica de altura con los codiciados hongos. En este sentido, uno se atreve a decir que los jóvenes contraculturales españoles deseosos de probar este tipo de trance extraordinario preferían probar suerte mucho más cerca; concretamente en Ibiza y Formentera, dos reconocidos reductos del hipismo internacional, o como mucho viajar hasta Ámsterdam, que entonces ya gozaba de una justa fama de ser la Meca de las drogas.

Reivindicación fúngica desde las filas de la contracultura

Con todo, el interés por los hongos visionarios se mantenía incólume en medios contraculturales, pues en definitiva venían a ser sustitutos orgánicos gratuitos de la dietilamida del ácido lisérgico, mucho más cuando la pureza y la correcta dosificación de la LSD-25 en la calle quedó en entredicho. De ahí que en los tres únicos números publicados de *Globo* (1979-1980), que se presentó sin ambages como “revista psíquica”, apareciera un artículo sobre Robert G. Wasson en dos entregas¹⁸; otro sobre la seta *Amanita muscaria*¹⁹; otro más, titulado “Los pasos perdidos de Huautla de Juárez”²⁰ (Giménez-Frontín, 1979); un artículo del propio Wasson, titulado “Qué era el soma de los arios”²¹, y otro acerca “Del respeto que nos deben merecer las plantas mágicas”²². Lo mismo podría decirse del fanzine *Al Cim. Revista psíquica del País Valencià (i d'on siga necessari)*, una especie de réplica pobretona y *underground* de la anterior, redactada en valenciano por el autoproclamado Col·lectiu per l'Alliberament Psíquic (CAP), y también de efímera existencia. Así, en los únicos tres números que se publicaron entre 1980 y 1981, se encuentra un artículo titulado “Què son les substàncies psíquiques?”²³; una tira cómica original de un dibujante estadounidense, traducida como “El primer viatge de LSD”²⁴; un texto original del poeta maldito Leopoldo M^a Panero, traducido como “Diari de l'àcid (Confessions

17 Mendola, Ernesto: No se admiten hippies. Los hoteles de Oaxaca intentan contener la afluencia de melencidos en busca del hongo mágico. *Diario de Burgos*, 20 de febrero de 1974, p. 23 y Fiel: No se admiten hippies. Los hoteles de Oaxaca intentan contener la afluencia de melencidos en busca del hongo mágico. *La Vanguardia Española*, 20 de marzo de 1974, p. 65.

18 [Redacción]: Héroes, gurús y santones de la química mística. Robert Gordon Wasson. *Globo (Revista psíquica)*, nº 0, primavera de 1979, pp.10-11 y [Redacción]: Héroes, gurús y santones. R. Gordon Wasson (II). *Globo (Revista psíquica)*, nº 1, verano de 1979, pp.15-16.

19 El Herbolario: Plantas mágicas. *Amanita muscaria*. *Globo (Revista psíquica)*, nº 0, primavera de 1979, pp. 25-27.

20 Giménez-Frontín, José Luis: Los pasos perdidos de Huautla de Jiménez. *Globo (Revista psíquica)*, nº 1, verano de 1979, pp. 17-19.

21 Wasson, Robert G.: Qué era el soma de los arios. *Globo (Revista psíquica)*, nº 2, invierno de 1980, pp. 16-20.

22 El Herbolario: Del respeto que nos deben merecer las plantas mágicas. *Globo (Revista psíquica)*, nº 2, invierno de 1980, pp. 35-37.

23 [Redacción]: Què son les substàncies psíquiques? *Al Cim. Revista psíquica del País Valencià (i d'on siga necessari)*, nº 2, Nadal de 1980, pp. 22-33.

24 Balawieder, Terry: El primer viatge de LSD. *Al Cim. Revista psíquica del País Valencià (i d'on siga necessari)*, nº 2, Nadal de 1980, p. 34.

i mètode d'un passat)²⁵, y un artículo original de Aldous Huxley favorable al uso de psiquedélicos, traducido como "Cultura i individu"²⁶.

Por otra parte, dejando de lado la prensa marginal, el 17 de agosto de 1980, el diario *La Vanguardia* publicó un extenso fragmento del libro de Robert Graves *Los dos nacimientos de Dionisio*, con motivo de su próxima aparición en España, bajo el título de "Los hongos y la religión"²⁷.

En realidad, las informaciones aparecidas durante los años 70 y 80, tanto en la prensa convencional como en la contracultural, contribuyeron a extender la creencia generalizada en España de que la presencia de hongos visionarios estaba restringida a los lugares donde existía un uso cultural tradicional de los mismos; y más concretamente, en México. No obstante, la diversidad geográfica y climática de la península ibérica posibilita la aparición de numerosas especies fúngicas con características similares a las originarias de México. Estas serían la *Psilocybe hispánica*, la *Psilocybe galicae* o *gallaeciae*, la *Psilocybe cyanescens* y la más abundante *Psilocybe semilanceata*, por no mencionar otras especies igualmente psicoactivas, como la *Amanita muscaria*, la *Amanita pantherina*, la *Amanita gemmata*, el *Panaeolus subbalteatus*, el *Pluteus salicinus* y otras setas del género *Inocybe*, así como del género *Gymnopilus*.

La presencia de estas especies fúngicas psicoactivas en la península ibérica fue ignorada durante siglos por la gran mayoría de la población. En este sentido, cabe pensar que su uso y recolección en el pasado debió de restringirse a escasos individuos que no transmitieron sus conocimientos por escrito. Seguramente, los motivos habría que buscarlos en las circunstancias religiosas, una geografía abrupta y ese carácter micófono de gran parte del territorio peninsular al que se aludía al principio de este artículo.

Sin embargo, durante la década de los años 80 de la pasada centuria, fruto del interés contracultural por los hongos visionarios se originó una intensa actividad fúngica en torno a la recolección y al consumo de *Psilocybe semilanceata*, una variedad muy abundante en prados alpinos de los Pirineos, así como en determinadas zonas propicias de Euskadi, la cornisa cantábrica y el macizo galaico, llegando a originarse una especie de subcultura, que derivó en auténtica fiebre psilocílica²⁸, y terminó por llamar la atención de la propia Federación Vizcaína de Montañismo y de la policía autónoma vasca, que decidieron tomar cartas en el asunto. En efecto, lo que comenzó practicándose de una forma discreta, durante la década de los 90 atrajo incluso a grupos organizados de jóvenes extranjeros, especialmente franceses y británicos, y llegó a provocar auténticos atascos en los accesos a los macizos vascos de Gorbea, Anboto y Aizkorri. Pero nadie pudo impedir que los populares *monguis* –considerados por los medios como "hongos venenosos"– crecieran hasta en el césped de campos de fútbol²⁹, y que cada vez más personas nativas fueran iniciándose en su consumo, que iría extendiéndose progresivamente por amplias capas de la población española en toda la península.

25 Panero, Luis M^a (1981, tardor). Diari de l'àcid (Confessions i mètode d'un passat). *Al Cim. Revista psiquedèlica del País Valencià (i d'on siga necessari)*, n^o 3, tardor de 1981, pp. 10-12.

26 Huxley, Aldous: El primer viatge de LSD. *Al Cim. Revista psiquedèlica del País Valencià (i d'on siga necessari)*, n^o 3, tardor de 1981, pp. 19-30.

27 Graves, Robert: Los hongos y la religión. *La Vanguardia*, 17 de agosto de 1980, pp. IV-V.

28 Torrontegui, Javier: Colgados de una seta. El peligroso éxito de un hongo alucinógeno. *El País*, 23 de marzo de 1997, *Domingo*, pp. 12-13; Parellada, Íñigo: Psilocybe: el hongo mágico. *Cáñamo (La revista de la cultura del cannabis)*, n^o 2, septiembre-octubre de 1997, pp. 46-49; Granda, Fernando: Setas con bakalao. *El País*, 18 noviembre de 1997, p. 45 y Carbajosa, Patxi: Fiebre psilocílica. *Cáñamo (La revista de la cultura del cannabis)*, n^o 14, febrero de 1999, p. 9.

29 En la última edición de los *Informativos Telecinco* del 12 de julio de 1999 se dió una noticia –con imágenes que no dejaban lugar a dudas– sobre la aparición de unos "hongos venenosos" en el terreno de juego del Carlos Tartiere, feudo del Real Oviedo C. F.

En la senda de la normalización

A pesar de las dificultades, algunos investigadores se propusieron rescatar del olvido aquel conocimiento fúngico ancestral, que prácticamente se había perdido. En este orden de cosas, merece ser destacada la publicación del libro *Teonanácatl. Hongos alucinógenos de Europa y América del Norte*³⁰ y, sobre todo, la labor emprendida por el antropólogo catalán Josep Maria Fericgla, autor del libro *El bolet i la gènesi de les cultures. Gnoms i follets: àmbits culturals forjats per l'Amanita muscaria*³¹, que años más tarde se traduciría al castellano³².

Con independencia de las propiedades psicoactivas de determinados hongos, la concurrencia de otros factores, como la mayor movilidad social, así como la influencia de los grandes chefs vascos y catalanes (Juan Mari y Elena Arzak, Andoni Luis Aduriz, Martín Berasategui, Pedro Subijana, Eneko Atxa, Karlos Arguiñano, Ferran Adrià, Joan y Jordi Roca, Carme Ruscalleda, etcétera), por no insistir en la fuerte penetración de la cultura gastronómica japonesa con sus setas (reishi, shiitake, matsutake, maitake, enokitake, nameko, kikurage, shimeji, etcétera), varias de ellas con reconocidas propiedades anticancerígenas, ha sido determinante para que el Estado español comenzara a abandonar su micofobia tradicional y a penetrar en la senda de la normalización fúngica.

Por otra parte, durante los años 80 y principios de los 90 parecía que la psiquedelia era una reminiscencia de un pasado tamizado por el filtro de la contracultura y había dejado de estar de moda. La cocaína se había impuesto como la droga más *cool* y el éxtasis estaba escalando rápidamente posiciones en el ranking de sustancias psicoactivas más deseadas. El panorama social vinculado con el uso intravenoso de heroína era francamente calamitoso y desolador. Y el consumo de hachís y marihuana estaba muy mal visto en los lugares *fashion*. De modo que la actividad psiconáutica –sobre ser muy intensa en algunos círculos de iniciados– se daba de forma bastante esporádica y discreta, y los entusiastas del asunto no solían reivindicar públicamente su dieta farmacológica.

Sin embargo, a partir de 1991 se produjo un auténtico punto de inflexión, cuando la empresa Psilocybe Fanaticus patentó la técnica PF TEK, que, por medio de jeringuillas con esporas y la fácil preparación de un sustrato, permitía el cultivo casero y la producción a pequeña escala de hongos psilocibios, sobre todo de *Psilocybe* –o *Stropharia*– *cubensis*, una especie con alto contenido en psilocibina³³. Ya no era necesario desplazarse por todo el Estado hasta dar con las zonas propicias a la aparición de estos hongos, cada vez más explotadas por los buscadores y en algún caso también más vigiladas por agentes de las fuerzas de seguridad. Sin moverse de casa, se podía acceder con relativa facilidad a los ansiados hongos y, con ello, a experiencias psiquedélicas de gran intensidad, asequibles a cualquier persona interesada.

Indudablemente, a que el uso de hongos psilocibios se convirtiera en pocos años en un auténtico fenómeno social también contribuyó la publicación de las obras del filósofo Antonio Escohotado³⁴. Lo

30 Ott, J., Bigwood, J., Wasson, R. G., Belmonte, D., Hofmann, A., Weil, A. y Schultes, R. E.: *Teonanácatl. Hongos alucinógenos de Europa y América del Norte*. Madrid: Swan; 1985.

31 Fericgla, Josep Maria: *El bolet i la gènesi de les cultures. Gnoms i follets: àmbits culturals forjats per l'Amanita muscaria*. Barcelona: Alta Fulla; 1985.

32 Fericgla, Josep Maria: *El hongo y la génesis de las culturas. Duendes y gnomos: ámbitos culturales forjados por el consumo de la seta enteógena "Amanita muscaria"*. Barcelona: La Liebre de Marzo; 1994.

33 Cooltivo: Se pueden cultivar hongos mágicos, *Mundo High*. n° 5, 1998, pp. 90-91; Netröh: Monguis en tu armario. Cultivo casero de psilocybe cubensis (primera parte). *Cáñamo (La revista de la cultura del cannabis)*, núm. 27, marzo de 2000, pp. 78-82; Netröh: Monguis en tu armario. Cultivo casero de psilocybe cubensis (segunda parte). *Cáñamo (La revista de la cultura del cannabis)*, núm. 28, abril de 2000, pp. 74-78 y Parellada, Íñigo: Secado y preservación de los hongos psilocíbicos. *Cáñamo (La revista de la cultura del cannabis)*, núm. 4, enero-febrero de 1998, p. 53.

34 Escohotado, Antonio: *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza, 1989, 3 vol.; *El libro de los venenos*. Madrid: Mondadori; 1990; *Para una fenomenología de las drogas*. Madrid: Mondadori; 1992 y *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona: Anagrama; 1995.

mismo podría decirse de la celebración de ciertos eventos, más o menos académicos, como algunos cursos de verano organizados por la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), dirigidos todos ellos por Antonio Escohotado; varias ediciones de las Jornadas Internacionales de Enteógenos, auspiciadas por el antropólogo Josep Maria Fericgla, y los sorprendentes y masivos Encuentros Psiquedélicos, que se dieron en el Centre de Cultura Contemporània de Barcelona (CCCB) a principios de 1997 y que también ayudaron a generar un reverdecimiento del interés por la psiquedelia en España.

¿Un renacimiento psiquedélico vinculado a los hongos?

Podemos considerar que principios del siglo XXI el consumo de hongos psicoactivos ya había calado en la cultura popular española, sobre todo a través de la música pop. Prueba de ello es la canción "Trabubulandia" (2005) del grupo Los Delinquentes, originario de Jerez de la Frontera, o el tema "Noche de setas" (2010) de Pony Bravo, banda de vitalizado rock andaluz con reminiscencias kraut.

Pero, en este sentido, resulta imprescindible citar dos libros más. En primer lugar, los extractos de la Segunda Conferencia Internacional sobre Hongos Alucinógenos, celebrada del 27 al 30 de octubre de 1977, cerca de Port Townsend (Washington), recopilados por Jonathan Ott y Jeremy Bigwood, que tres incondicionales y estudiosos del tema –Xavier Vidal, Nacho Simal y Jonás Cachán– publicaron en forma de libro bajo el lacónico título *Tenonanácatl*³⁵, en una preciosa edición limitada para bibliófilos. En segundo lugar, *Psilocibes*³⁶, del que, tras este breve y conciso título, emerge una obra coral en la que nueve especialistas en la materia (Daniel Ciro, Óscar Parés, Magí Farré, José Carlos Bouso, Fernando Caudevilla, Igor Domsac, Diego de las Casas, Ignacio Seral y Joaquim Tarinas) se ocupan de la historia, la farmacología, la iconografía, los usos terapéuticos, los efectos, la gestión de placeres y riesgos, la identificación, los referentes culturales y los aspectos legales, más algunas reflexiones acerca de los hongos visionarios, convirtiendo el contenido de dicho libro en una lectura prácticamente obligada para cualquier persona que pretenda una aproximación seria y sensata a la materia.

A todo esto, debemos añadir que desde hace algunos años se viene hablando sin desmayo del "renacimiento psicodélico", una expresión acuñada por el periodista Steven Kotler³⁷ y el investigador y psiquiatra británico Ben Sessa³⁸ para describir el renovado interés por los estados de consciencia expandida que se produjo durante los años finales de la pasada centuria y los primeros del siglo actual.

Fruto sin duda de este reverdecimiento de la psiquedelia es la penetración del interesante fenómeno de la microdosificación para mejorar el estado de ánimo³⁹ y la apertura a la investigación y a esperanzadores ensayos de tratamiento con psilocibina para la depresión resistente a los tratamientos convencionales⁴⁰,

35 Ott, Jonathan y Bigwood, Jeremy: *Tenonanácatl. Hongos enteogénicos de Norteamérica. Extractos de la Segunda Conferencia Internacional sobre Hongos Alucinógenos, celebrada del 27 al 30 de octubre de 1977, cerca de Port Townsend (Washington)*. Barcelona: Estudiosos del Tema; 2009.

36 Bouso, José Carlos (ed.): *Psilocibes*. Barcelona: Ultrarradio; 2013.

37 Kotler, Steven: The New Psychedelic Renaissance. *Playboy*, abril 2010, pp. 50-52 & 114-119.

38 Sessa, Ben: *The Psychedelic Renaissance. Reevaluating the Role of Psychedelic Drugs in 21st Century Psychiatry and Society*. London: Muswell Hill Press; 2012. En 2017 se publicó una segunda edición de este libro.

39 Barge, Xosé F.: *Microdosis de hongos mágicos. Historia, descripción, cultivo, testimonios y guía para la microdosificación de Psilocibe cubensis*. [S.l.]: Edabea; 2020. Por otra parte, el 25 de julio de 2023 la BCN Psychedelic Society organizó una charla titulada "Introduction to microdosing", que se celebró en La Textil Collective de Barcelona.

40 Redacción: Se inicia en Barcelona un nuevo ensayo clínico con psilocibina para la depresión resistente al tratamiento. *BioTech*, 16 de juny de 2020, en <http://biotech-spain.com/es/articulos/se-inicia-en-barcelona-un-nuevo-ensayo-cl-nico-con-psilocibina-para-la-depresi-n-resistente-al-tratamiento/> y Bouso, José Carlos: Psilocibina para la depresión. *Cannabis Magazine*, 9 de septiembre de 2020, en <https://www.cannabismagazine.net/psilocibina-para-la-depresion/>

de los cuales se han hecho eco hasta los medios de comunicación más convencionales⁴¹. El hecho de que recientemente Australia se haya convertido en el primer país del mundo en autorizar el empleo de psilocibina en casos puntuales a para tratar la depresión, sin duda, ha renovado el interés mediático sobre el tema⁴², toda vez que la psilocibina se le reconocen posibilidades incluso en el tratamiento de la anorexia⁴³.

También hay que mencionar otros avances en este campo, como los protagonizados por el bioquímico Rafael Moliner, quien en colaboración con otros investigadores e investigadoras han conseguido probar que los efectos positivos de los psikedélicos son mil veces más eficaces que la fluoxetina, uno de los antidepresivos más utilizados en la práctica clínica⁴⁴. Y no sólo eso, sino que las alucinaciones provocadas por estas sustancias se pueden separar del efecto propiamente antidepresivo⁴⁵. Este hallazgo ha supuesto un hábito de esperanza para este bioquímico con vocación de neurocientífico, consciente como es del estigma que existe acerca de las drogas psikedélicas. De hecho, Moliner ha llegado a afirmar que “en un escenario bastante optimista, de cinco a diez años podremos ver el uso terapéutico de los psicodélicos en humanos”⁴⁶.

Sea como sea, ahora mismo, el futuro que se abre ante los hongos psilocibios y la psilocibina en España es más que prometedor. Pero lo que ya es una incontestable realidad es que una sociedad en origen mayoritariamente micófoba, como la española, se haya convertido en un período relativamente corto de tiempo en una colectividad profundamente micófila.

Contacto: Elena Vázquez Ramo ✉ elenavazquez_ramo@hotmail.com

- Recibido: 25/07/2023.
- Aceptado: 25/11/2023.

41 R.I.: Un fármaco en los hongos mágicos es eficaz en depresión recurrente. *ABC*, 3 de noviembre de 2022, en <https://www.abc.es/salud/enfermedades/farmaco-basado-hongos-magicos-eficaz-depresion-recurrente-20221103102141-nt.html>

42 MOUZO, Jéssica: “El ‘renacimiento psicodélico’: la ciencia reaviva el potencial terapéutico de las drogas psicoactivas. Australia se convierte en el primer país que permite recetar MDMA para estrés postraumático y psilocibina, presente en hongos alucinógenos, para depresión. Los expertos admiten que los estudios son «prometedores», pero piden cautela”. *El País*, 8 de julio de 2023, en <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2023-07-08/el-renacimiento-psicodelico-la-ciencia-reaviva-el-potencial-terapeutico-de-las-drogas-psicoactivas.html>; CAL, Lucas de la: “De drogas recreativas a esperanza para resolver la crisis de salud mental: éxtasis para curar los traumas y alucinógenos para tratar la depresión. Australia se convierte en el primer país del mundo en recetar drogas recreativas como el MDMA y la psilocibina para combatir la pandemia de enfermedades mentales”. *El Mundo*, 12 de julio de 2023, en <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2023/07/12/64ad780e21efa0083a8b45e7.html> y ARMORA, Esther: “Éxtasis y hongos alucinógenos saltan de las discotecas a las consultas médicas. Australia se convierte en el primer país del mundo en recetas drogas recreativas para tratar el estrés postraumático y la depresión. *ABC*, 25 de julio de 2023, en <https://www.abc.es/sociedad/extasis-hongos-alucinogenos-saltan-discotecas-consultas-medicas-20230725045907-nt.html>

43 IBARRA, R.: Un ensayo muestra la seguridad y tolerancia de un alucinógeno para tratar la anorexia. La psilocibina es un tratamiento seguro y puede reducir los comportamientos de trastornos alimentarios, según un estudio publicado en ‘Nature Medicine’. *ABC*, 24 de julio de 2023, en <https://www.abc.es/salud/enfermedades/psilocibina-alucinante-farmaco-anorexia-20230724141059-nt.html>

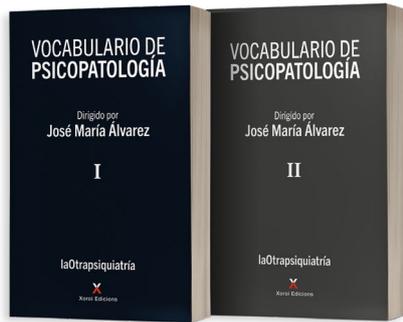
44 VV.AA.: “Antidepressant drugs act by directly binding to TRKB neurotrophin receptors”. *Cell*, volume 184, issue 5, pp. 1.299-1.313, march 04, 2021, en [https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(21\)00077-5#%20](https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(21)00077-5#%20)

45 VV.AA.: “Psychedelics promote plasticity by directly binding to BDNF receptor TrkB”. *Nature Neuroscience*, 26, pp. 1.032-1.041 (2023), en <https://www.nature.com/articles/s41593-023-01316-5>

46 GARCÍA SANTOS, Pablo: “Rafael Moliner, experto en psicodélicos: «En 10 años podremos ver su uso terapéutico en humanos». *El Español*, 12 de junio de 2023.



ACTUALIZACIONES



Vocabulario de psicopatología

José María Álvarez (Dtor.) y VV.AA. Dos Volúmenes.

Editado por Xoroi Edicions • Barcelona, 2023.

ISBN: 978-84-127324-2-9 (Vol. I) y 978-84-127324-3-6 (Vol. II)

Sobre el *pathos* de la condición humana y su *ethos*

El espíritu de la época o ruido de fondo en el que se ha escrito el *Vocabulario de psicopatología* (editado por Xoroi Edicions, 2023), bien podría representarlo El Roto en una de sus viñetas; por ejemplo, en la que dibuja a un académico con una estantería llena de libros a sus espaldas y con un diccionario entre sus manos, diciéndonos: «Estamos vaciando las palabras de cualquier significado para que podáis hablar libremente».

El *Vocabulario de psicopatología* que aquí se presenta, va en dirección contraria a la desertización que nos dibuja El Roto, pues si bien las palabras crean y deconstruyen realidades, en el caso que nos ocupa, es la escucha y estudio de la realidad clínica la que crea una constelación de palabras: un vocabulario fundamentado en la semiología de la psiquiatría clásica, la patogenia psicoanalítica –«articulación entre las manifestaciones clínicas y los mecanismos psíquicos que las conforman»–, y el arte y oficio de tratar a través de la transferencia y la palabra los avatares de la condición humana. Que no son pocos, pues la condición humana es estar condicionado por el lenguaje y el deseo, con la consiguiente división subjetiva y el ser en falta. El ser del humano está condicionado y por eso sufre. El sufrimiento es uno y múltiples sus maneras de expresarlo; y en cada manera hay un sujeto responsable de su sufrimiento y de sus remedios. De esto va este Vocabulario...: sobre el *pathos* de la condición humana y su *ethos*.

El vaciado general del que nos habla El Roto, en la particularidad de nuestro quehacer *psi* cobra la dimensión de expolio, pues la taxonomía hegemónica se ha vaciado por partida doble: del saber acumulado sobre el sufrimiento psíquico a lo largo de la historia y de la escucha psicoanalítica del decir del paciente. Un cambio de paradigma que se oficializó en 1980, cuando el neoliberalismo dio alas a la visión biomédica del sufrimiento psíquico y se publicó el *DSM-III*; confeccionado por el neokraepeliniano grupo de *Saint Louis* de la *Washington University* y dirigido por Robert Spitzer con una consigna clara: el nuevo **D**evocionario de la **S**alud **M**ental tenía que estar *Freud's free*.

Dos *DSM's* más tarde se ha vaciado la nosología de cualquier definición para que podamos diagnosticar libremente, a granel, y aplicar una terapéutica jerárquicamente química. Los síntomas psíquicos se tratan con el eufemismo de trastornos de ciencia ficción: TDAH, TB, TOC, TEA, TLP, etc., y como tratamiento único reclaman a nuestros políticos el TAI; que sea Ley lo innecesario que es el sujeto para la curación de su, para más *inri*, enfermedad mental. Hechos de la naturaleza, como la diabetes, dicen; renglones torcidos de Dios, errores de la naturaleza, desequilibrios químicos cuyos remedios ídem crean iatrogenia. (Véase la entrada *Neuroleptofrenia*). Y así hasta un número cada vez mayor de enfermedades mentales votadas a mano alzada en la *American Psychiatric Association*. La cuestión es que la taxonomía hegemónica se ha separado tanto de la realidad clínica que van en paralelo, pero sin encontrarse. En su caso no puede decirse que la teoría va por un lado y la clínica por otra; en su caso, al ser una taxonomía ateórica ya es ideológica, es decir con apariencia de saber. Psiquiatría de precisión, le llaman ahora, antes evidencia científica, cuando lo que evidencian es su poca pulsión por el saber y tanta por el poder. ¿Acaso el saber emana del poder? Si el saber es impuesto será porque no se acepta que el saber sea supuesto. Disciplina de poder y servidumbre a la voz de su amo, también.



En este contexto de pobreza conceptual y nihilismo terapéutico, lo que se nos propone en este *Vocabulario de psicopatología* es el retorno a la clínica, a Freud y al siglo de oro de la psicopatología. José María Álvarez, *alma mater* de este ambicioso y potente proyecto, en la introducción del *Vocabulario* nos dice que se trata de una obra coral, polifónica. Clínicos y estudiosos de la condición humana con voz propia que llevan más de dos décadas debatiendo y apostando por «lo que se dio en llamar la Otra psiquiatría y ahora, por extensión, se conoce también como la Otra psicología clínica y la Otra psicopatología»; cuya especialidad es el estudio, trato y tratamiento de la locura, tanto institucional como ambulatoriamente. Locura que anida en la condición humana y no como lo opuesto a la cordura – la razón o la realidad material– sino como defensa, por muy fallida que esta sea. Locura parcial siempre y a veces locura razonante, pasional hasta el furor del delirio. Locura, eso sí, como oposición a ser tratada como enfermedad mental, pues las experiencias subjetivas y sus conformaciones clínicas no lo son. Ambas pues, locura y cordura, razonan y forman parte de la condición del ser humano en una proporción variable y más mezcladas que nuestro pensamiento y percepción binaria nos permiten admitir.

Esta Otra psicopatología nos recuerda que sabemos más de la sustancia que de las fronteras. Y se cita a Freud: «La frontera entre los estados anímicos llamados normales y los patológicos es en parte convencional y en lo que resta es tan fluida que probablemente cada uno de nosotros la atraviese varias veces en el curso de un mismo día». Es por eso que se nos propone pensarlo más como litorales que como fronteras, pues estas últimas generan una tierra de nadie, es decir, de intermedios, casos atípicos que provocan más problemas que soluciones en nuestro quehacer diario. El movimiento en los litorales, como entre lo uno y lo múltiple, lo general y lo particular, lo discontinuo y lo continuo se acerca más a la realidad clínica del caso por caso.

Otra psicopatología, la que concilia la psiquiatría clásica y el psicoanálisis lacaniano. Al fin y al cabo, la suma de la semiología y la patogenia e interpretación supuso un avance en el conocimiento de la condición humana hasta el cambio de paradigma, antes mencionado. Esta otra manera de pensar y tratar el *pathos* psíquico está basada en la historia, la epistemología y la clínica. «En esta obra de psicopatología se estudian temas, no lo que Fulano o Mengano dice de tal o cual asunto. Sigue en esto el método habitual de acotar la materia y leer a quienes han dicho algo valioso o sugerente, sin prejuzgar qué autores son ni de dónde proceden, solo su calidad. [...] Abrirse a la diversidad no implica eclecticismo ni escepticismo, de ninguna manera. Al contrario, muestra respeto por los otros, por aquellos que no son de nuestra parroquia y tienen mucho que decir. Quizás en esto radique cierta originalidad de esta obra, pues aquí se dan la mano psicopatólogos y psicoanalistas de tendencias variadas, escritores, filósofos, científicos y locos, todos ellos son para nosotros referencias lúcidas y sagaces. También puede resultar original la elección de los términos, entre los cuales se hallan algunos tradicionales (neurosis, psicosis, esquizofrenia, histeria, etc.), otros apenas usados hoy, aunque fundamentales (entre ellos xenopatía, dolor del alma y locura), y, por supuesto, algunos de propia cosecha (neurosis ordinaria, neuroleptofrenia, locura normalizada, polos de la psicosis y algunos más)».

Este *Vocabulario de psicopatología*, tanto puede leerse como un manual como para consultar un término en concreto, conocer su recorrido histórico en extensión y profundidad, y su actualidad clínica; así como para precisar su similitud o diferencia con otros: *Alucinación* y *Alucinosis*, por poner un ejemplo. Como manual este *Vocabulario* ofrece una guía de lectura dividida en tres partes. En la primera parte se definen las bases en las entradas: *Introducción*, *Modelo de psicología patológica*, *Defensa*, *Locura*, *Locura parcial* y *Locura normalizada*. La segunda parte pormenoriza los fundamentos o conceptualización de las experiencias subjetivas de la psicopatología propiamente dicha; y como se parte de que la locura es parcial, se rescatan los dos tipos clínicos sobre los que el positivismo psiquiátrico/psicológico no quiere saber nada porque son los que mejor evocan la locura parcial: la paranoia y la melancolía. «La locura parcial y la subjetividad son el continente y el contenido que fortalecen los desarrollos de la Otra psicopatología». Y la tercera parte, que complementa las anteriores, dedicada a manifestaciones que se observan en distintas estructuras y tipos clínicos: la angustia, por ejemplo. Finalmente, decir que la diferencia de extensión de una entrada a otra se justifica por el tema del que tratan y para facilitar la doble lectura: como *Vocabulario* y como *Manual de psicopatología*.

Venimos de una psiquiatría/psicología que no acaba de encontrar el fundamento biológico de su modelo de ciencia ficción, y su ausencia la rellena con protocolos de obligado cumplimiento y guías

clínicas. Sin embargo, la clínica no puede tener como guía lo normativo; la guía de la clínica es el decir/actuar del paciente. Necesitamos modelos teóricos que nos ayuden comprender y tratar los reverses de la condición humana. J. M.^a Álvarez nos ofrece un modelo en este *Vocabulario* cuyos fundamentos son el sujeto y su defensa. Sencillo y eficaz. El sujeto es agente y paciente de sus experiencias subjetivas, de su relación con el saber inconsciente sobre su vulnerabilidad ontológica y también de los remedios a los que recurre para defenderse de lo insufrible. (Ante el relato de una desgracia ajena, quién no ha escuchado decir: *yo no lo soportaría, me volvería loco*).

En la entrada *Defensa* de este *Vocabulario*, Álvarez amplía la original teoría de Freud sobre la defensa, la que le permitió hablar de *neuropsicosis de defensa* que luego separó –neurosis versus psicosis– en función de los principales mecanismos de negación defensiva: la represión o el rechazo. En la unidad de la neurosis la estrategia defensiva consiste en separar el afecto de las representaciones insufribles; en la particularidad del polo histérico el afecto hace síntoma en el cuerpo y en el polo obsesivo el afecto coloniza el pensamiento de ideas obsesivas, a cuál más insulsa y angustiada. En la psicosis el mecanismo defensivo es más radical y se rechaza tanto la representación como su afecto. En todo caso, parece ser que es preferible dolerse por las consecuencias que por las causas de la defensa. En la clínica diaria se observa que los síntomas no se abandonan con gusto, y menos a pelo, sin alternativas o suplencias para cuando retorna lo reprimido/rechazado, pues las defensas pueden ahuyentar al enemigo exterior pero no tanto al incordio que somos para nosotros mismos; por eso el síntoma es lo más genuino del sujeto: su respuesta defensiva, su solución de compromiso frente a la cuestión de saber o no saber y de cuánta verdad subjetiva puede asumir de lo que sufre y goza; como nos recuerda Álvarez citando a Nietzsche (*Ecce homo. Cómo se llega a ser lo que se es*): “¿Cuánta verdad soporta, cuanta verdad osa un espíritu? Esto fue convirtiéndose cada vez más, para mí, en la auténtica unidad de medida». Y en la entrada *Locura* se nos recuerda una potente observación de Freud: «La neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella; la psicosis la desmiente y procura sustituirla. [...] Llamamos normal o “sana” a una conducta que aúna determinados rasgos de ambas reacciones: que como la neurosis, no desmiente la realidad, pero, como la psicosis, se empeña en modificarla”.

La originalidad del modelo teórico de la Otra psicopatología consiste en captar en la clínica diaria la capacidad del agente/paciente para generar movimiento, y en poderlo acompañar en sus desplazamientos, minimizando sus excesos autodestructivos. Sin duda, partir de la unidad y polos, tanto de la neurosis como de la psicosis, así como trabajar, tanto con las estructuras clínicas como desde la perspectiva continuista o elástica, facilita escuchar los pasos de quien se mueve en busca de su equilibrio o estabilización. En el caso de la neurosis, el movimiento de ida y vuelta entre la insatisfacción del deseo histérico a lo imposible del deseo obsesivo; y en el caso de la psicosis, «este movimiento subjetivo lo podemos explicar de muchas formas: tiene enfermedades distintas y le cambiamos el diagnóstico periódicamente; tiramos por la calle del medio y lo metemos en el cajón de los atípicos, mixtos o intermedios; lo etiquetamos con uno de esos diagnósticos que vale para todo y ayudan a salir del paso, como trastorno esquizoafectivo o trastorno esquizotípico; o también podemos admitir que en la locura hay un sujeto. De ser así, a la búsqueda de equilibrio mediante su quehacer defensivo –lo consiga o no–, este sujeto se puede desplazar por ciertas polaridades propias de la psicosis».

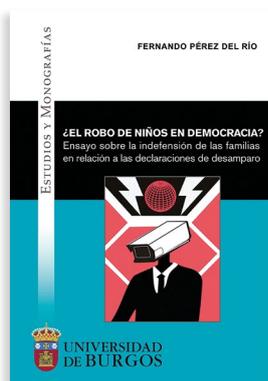
Por lo leído, la psicopatología no puede ser un catálogo de sambenitos o álbum de instantáneas –de fotos desenfocadas o movidas– porque la realidad clínica no es estática sino dinámica y se parece más a una película, o mejor aún, a una serie con muchas temporadas. Una serie de vivencias, experiencias subjetivas, conformaciones clínicas en movimiento, buscando la estabilización o perdiendo el equilibrio conseguido. Vaivenes que se observan en los famosos casos de Schreber, Wagner y Aimée. Casos que para esta Otra psicopatología son su guía clínica, ya que, braceando en la mar brava de la angustia, el doliente perseguido puede encontrar respiro en la megalomanía, sin salir del perímetro de la paranoia; así como cambiar de un «estado pasivo de objeto de goce de la maldad del Otro a un estado activo en el que asume una misión, a menudo salvadora». Sobre los ejes de la paranoia y la melancolía que atraviesan la condición humana, el agente/paciente busca su mejor acomodo –su mal menor– entre el autorreproche melancólico y la autorreferencia paranoica, y viceversa. En la entrada *Melancolía* se nos recuerda que «la paranoia y la melancolía se combinan: la paranoia aligera la indignidad y la culpabilidad del melancólico; la melancolía arrastra a los infiernos la ceguera de la inocencia y la soberbia colosal del prometeico paranoico. Por eso, más que mezclarse, se ajustan y relacionan mediante una lógica interna



firme que las convierte en una pareja bien avenida, de las que se buscan porque juntas funcionan mejor que por separado. Lo chocante es que la psicopatología psiquiátrica no ha querido saber nada de esa diáfana articulación, tan frecuente en la combinatoria de los polos de la psicosis».

Aun siendo necesario un modelo teórico de la realidad clínica, se nos recuerda que el modelo no es la realidad sino una interpretación y conceptualización de las diferentes maneras de expresar la aflicción psíquica, luego, el mapa no es el territorio, pero... casi. De allí que el saber sea supuesto por provisional y circunstancial, ya que se da en un momento determinado de crisis del agente/paciente: desencadenamiento, pérdida de estabilización, reequilibrio, en definitiva, en un momento agudo por el que se pasa. Luego se está, no se es. La única cualidad permanente del ser es su condición humana y el diagnóstico no tiene que fijar, cronificar, lo que es una cualidad temporal, y menos medicalizar de por vida. Y casi, porque, aunque este *Vocabulario de psicopatología* nos propone escuchar el movimiento de la realidad clínica, a la que te despistas el agente/paciente cambia de posición subjetiva y ya no está donde lo pensábamos. Y es que, nuestras categorías clínicas o se guían por la clínica, como es el caso de este *Vocabulario*, o se desfasan. Y también casi, porque nunca podremos dar por completado el saber sobre la condición humana y sus pesares. Retornando a Freud: «El conocimiento de las premisas no nos permite predecir la naturaleza del resultado».

Carlos Rey. Psicólogo Clínico. Psicoanalista.



¿El robo de niños en democracia? Ensayo sobre la indefensión de las familias ante las declaraciones de desamparo

Fernando Pérez del Río.

Editorial: Universidad de Burgos, 2023. 142 págs.

ISBN: 978-84-18465-51-2

Palabras Clave: menores, desamparo, tutela, custodia, familia, democracia, indefensión, maltrato. Estudios interdisciplinarios.

Resumen: Este ensayo es un análisis crítico tanto social, psicológico como jurídico, en relación a las declaraciones de desamparo realizadas en España en el actual período democrático.

En una primera parte se revisa del proceso de retirada de los menores por parte de la administración y las enormes dificultades que encuentran los progenitores para defenderse y recuperar a sus hijos.

Una segunda parte donde se esboza un análisis sobre la ideología actual centrada en la importancia del estado y el sujeto individual, que conlleva de forma paralela un declive de la familia y un deterioro de los vínculos y, cómo esta nueva ideología justifica la retirada de menores.

Por último, un tercer bloque destinado a la exposición y revisión de las actuales leyes tanto nacionales como internacionales implicadas en el proceso del desamparo de menores.

Fernando Pérez del Río. Doctor en Psicología. Profesor de la Universidad de Burgos. Trabaja en consulta privada de psicología sanitaria. Autor de varios ensayos y articulista en prensa Diario el Mundo Correo de Burgos.



La reforma psiquiátrica. El porvenir de una ilusión

Jorge L. Tizón.

Herder Editorial. Barcelona, 2023. 173 págs.

ISBN: 978-84-254-5041-9

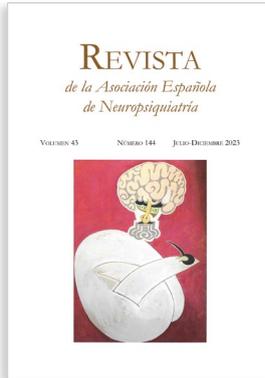
En la década de 1980 del siglo pasado, surgió un amplio movimiento profesional y sociocultural denominado "Reforma Psiquiátrica", orientado a dignificar y mejorar el tratamiento de los sujetos con trastornos mentales, y a incluirlos dentro de los cuidados sanitarios para aliviar su sufrimiento. Sin embargo, en los últimos años, pareciera que estos objetivos no se lograron tal como esperaba o incluso, en algunos ámbitos se estancaron.

Ya desde la introducción del libro se apunta que venimos de una crisis económica y social, otra más, desde 2008 que supuso el cambio en los *cuidados de la psicopatología o atención psiquiátrica*. Creíamos que el cambio de siglo nos iba a conducir hacia un nuevo impulso de la psiquiatría comunitaria en Occidente como apuntaban los documentos de quienes opinan e investigan en este campo, pero, falsa ilusión, aquella crisis junto a la pandemia por Covid y la guerra de Ucrania han terminado por apuntalar una *psicopatología biocomercial*, la de los DSM, que queda retratada a través de la prescripción y el consumo enormes de psicofármacos. Todo ello

En este libro, Jorge Tizón presenta el estado actual de esa reforma y de la atención a los problemas psicopatológicos de la población en nuestras sociedades. Analiza qué permanece hoy del movimiento y qué puede proyectarse en el futuro, en qué campos o ámbitos se han logrado avances significativos y en cuáles no, y hasta qué punto hay que cambiar de vías y objetivos. Se trata de una propuesta para la discusión del pasado reciente y del futuro de los cuidados en la salud mental. Una discusión que debe enmarcarse, en primer lugar, dentro del conflicto entre los modelos de atención hoy en día visibles en nuestro sistema: la psiquiatría neoliberal o biocomercial, la del negocio de la poderosa industria farmacológica; la "psiquiatría de beneficencia" (o psiquiatría para pobres) y los cuidados comunitaristas de la "salud mental", y dentro del contexto de la triple crisis que hoy afecta a nuestras sociedades: la ecológica, la social y la de los sistemas de cuidados.

Estas orientaciones o perspectivas están suficientemente consolidadas en las CC.AA. como para poder hablar de convivencia de la psiquiatría para pobres, la psiquiatría comunitaria con recursos privados para clases medias y dominantes. Naturalmente con las reformulaciones necesarias.

La interacción público-privado, el cuidado social del sufrimiento psicopatológico, los avances en la atención de este sufrimiento; la necesaria nueva Reforma Psiquiátrica con apoyo en los conocimientos acumulados, los aspectos olvidados (Atención Primaria, los cambios sistémicos, el decrecimiento sostenible, la asistencia basada en pruebas, la epistemología). Una nueva Reforma que no ha de ser *psiquiátrica*, así como la perspectiva comunitarista. Todo ello son capítulos abordados con claridad en este libro.



Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Sumario)

Vol. 43, Núm. 144 • Julio - Diciembre 2023

Editorial

Unidades de psicoterapia: una alternativa clínica. *José María Álvarez.*

Artículos

Retraumatización en los servicios de salud mental: una revisión y propuesta de actuación alternativa. *Ana Moreno Pérez, Alberto Fernández Liria.*

Suicidio más allá del diagnóstico: un enfoque centrado en la persona y su circunstancia. *Juan García-Haro, Henar García-Pascual, Elena Blanco de Tena-Dávila, Paloma Aranguren Rico, Mónica Martínez Sallent, Sara Barrio-Martínez, Mónica T. Sánchez Pérez.*

Análisis de interconsultas derivadas desde atención primaria y rechazadas por salud mental en el Dpto. de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). *María Hernández García, Eva Ojeda Rodríguez, Lucía Jannone Pedro, José Manuel García Valls, Laura Alcantarilla Chaves, Cristina Segura Vicent, Marcos L. Moya Diago.*

¿Un "nuevo" Perspectivismo? Delirio y verdad desde el punto de vista del Nuevo Realismo. *Guillermo Ruiz Pérez.*

La psicopatología como estabilizador de la psiquiatría. *Pablo Ramos-Gorostiza.*

Perspectivas actuales

La grave incongruencia existente entre el nuevo sistema de apoyo y la emisión del consentimiento informado por las personas con discapacidad. *Javier Pallarés Neila.*

Dossier (Coordinado por Francisco del Río Noriega, José M^a Valls Blanco y Mariano Hernández Monsalve)

Centenario de Castilla del Pino. Actualidad y rescate de su obra. *Francisco Del Río Noriega, José M^a Valls Blanco, Mariano Hernández Monsalve.*

Carlos Castilla del Pino: resistir, explorar, comunicar... *Jorge L. Tizón.*

Carlos Castilla del Pino, mentor y maestro de una generación. *Amelia Valcárcel.*

¿Cómo actualizar la propuesta psicopatológica de Castilla del Pino (y no morir en el intento)? *José M. Villagrán.*

Los sentimientos en el modelo relacional de Castilla del Pino. *José María Valls Blanco.*

Validez y pertinencia de la semiología de las psicosis en Castilla del Pino. *Francisco Del Río Noriega, José Carmona Calvo.*

Castilla del Pino: un faro indispensable para navegantes de lo mental. *Mariano Hernández Monsalve.*

El centenario de dos Castillas del Pino: el intelectual y el psiquiatra. *José Lázaro.*

De Onofre Gil a Carlos Castilla del Pino: Scientia, sapientia et infantia. *José Fabio Rivas Guerrero.*

Crítica de Libros

Promoviendo alternativas de cambio al modelo biomédico en la comprensión, intervención y diseños de servicios de salud mental (MPAS).

Mary Boyle, Lucy Johnstone. *Una introducción directa al Marco de Poder, Amenaza y Significado. Una alternativa al diagnóstico psiquiátrico.*
Begoña Olabarria.

Un viaje exploratorio por las premisas, la ciencia y las prácticas de salud mental.

José García-Valdecasas, Amaia Vispe. *Postpsiquiatría. Textos para prácticas y teorías postpsiquiátricas.*
Miguel A. Valverde Eizaguirre.

Las vicisitudes del self según Kohut.

Charles B. Strozier, Konstantine Pinteris, Kathleen Kelley, Deborah Cher. *The New World of Self. Heinz Kohut's Transformation of Psychoanalysis and Psychotherapy.*
Francisco Balbuena Rivera.

En contra de las guerras.

Iñaki Markez. *Freud y Einstein no van a la guerra.*
Florencio Moneo Martín.

Epistemologías del sur: memoria e historia de la psiquiatría chilena.

La experiencia comunitaria de Temuco.

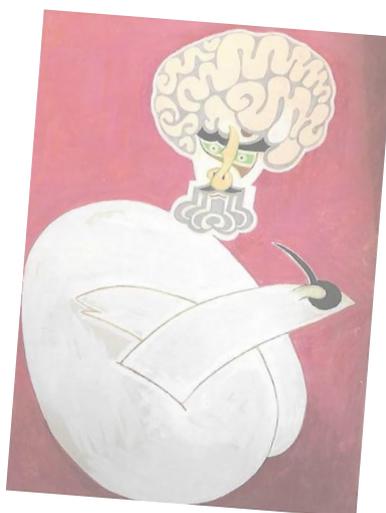
Rosa Torres, Claudia Araya. *Psiquiatría comunitaria en el sur de Chile: Temuco y Nueva Imperial, 1968-1973.*
César Leyton Robinson.

Un manual de referencia en psicoterapia grupal.

José Ribé Buitrón. *Técnica en psicoterapia analítica grupal. Experiencia desde la asistencia pública.*
Fernando Lacasa Saludas.

Síntomas, inventos, arreglos y apaños.

Claudio Godoy, Emilio Vaschetto. *Locura y creación.*
Javier Carreño Villada.





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 ál." si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et ál. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary 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 (videocassette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

- Diccionario y obra de consulta semejantes:

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Trabajos inéditos

- En prensa

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1997.

Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:

URL: www.cdc.govncidod/EID/eid.html

Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN/PSM. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias tras su recepción.

La cuota anual será de 100 euros. Profesionales en formación 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: 918 473 182 • Correo-e: aen@aen.es

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA/PROFESIONALES DE SALUD MENTAL (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D./Dña _____ profesional de la Salud Mental,

con título de _____

Centro de trabajo _____

y domicilio en _____

Población _____ C.P. _____ Provincia _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Autonómica:

Fecha _____ / _____ / _____

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado o asociada.

Nombre _____ Dirección _____

Banco/Caja de ahorros _____ Sucursal _____

IBAN/Cuenta nº _____ Población _____

Ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría/Profesionales de Salud Mental.

En _____ el _____ de _____ 20 _____

Firma:

Revista de:



ASOCIACIÓN DE
SALUD MENTAL
Y PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental



Asociación Extremeña
de Neuropsiquiatría
(AExN)



ABSM | ASSOCIACIÓ BALEAR
DE SALUT MENTAL