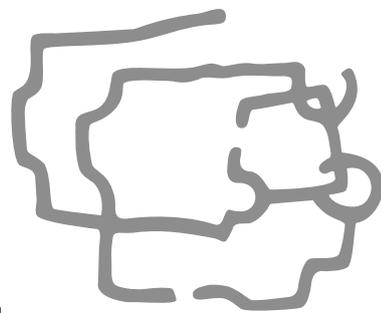


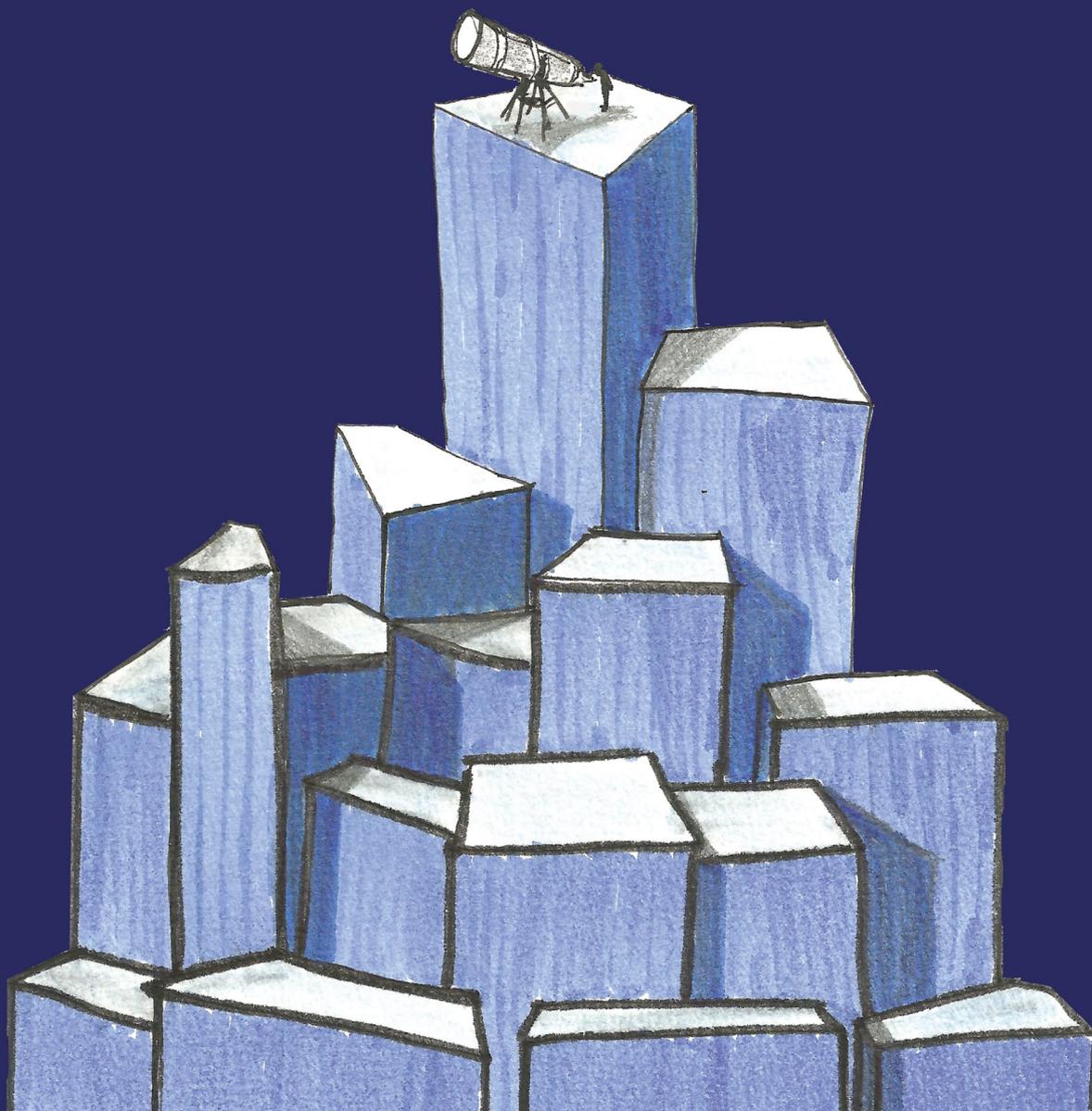
NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XIX nº 71 Julio 2024



Autor portada: Pedro Carmona. *Dibujo sobre papel a rotulador. "Sin título".*

Volumen XIX



Nº 69



Nº 70



Nº 71

Volumen XVII



Nº 63



Nº 64



Nº 65

Volumen XVIII



Nº 66



Nº 67



Nº 68

Volumen XV



Nº 57



Nº 58

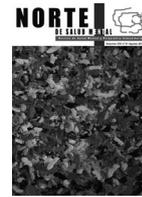


Nº 59

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

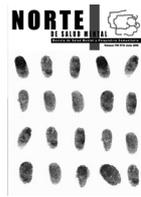


Nº 44

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
Villasante, Olga

Fuica Pereg, Paula
Fuster, María
Grande, Élida
Jiménez, Ana María

Kuhalainen, Javier
Lalana, José Manuel
Marqués Mateu, María José
Martínez, Silvestre

Vera Barrios, Eduardo

Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba
Albi, Inmaculada
Álvarez, José M^a
Álvarez Vila, Mayte
Alzamora, Miguel Ángel
Aparicio, Víctor
Arias, Paz
Ballesteros, Javier
Barrenetxea, Olatz
Berrios, Germán E.
Bravo, Mari Fe
Cabanes, Mariola
Caldas d'Almeida, José
Carranza, Arturo
Carrasco Picazo, Juan Pablo
Castro, Mercedes
Català, Laura
Chicharro, Francisco
Cifre, Antonia
Colina, Fernando
Comelles, Josep M^a
Del Rio, Francisco
De la Rica, José Antonio

Desviat, Manuel
Esteban, M. Luz
Esteban, Ramón
Estévez, Juan Antonio
Fernández Liria, Alberto
Ferrera, Beatriz
Forcén, Luis
García Soriano, Maite
Gay, Eudoxia
Gómez, Chus
Gómez-Beneyto, Manuel
González Lorenzo, Félix A.
González-Pinto, Rodrigo
González Saiz, Francisco
González Torres, Miguel Á.
Gracia, Fernando
Gutiérrez Fraile, Miguel
Haro González, Adrián
Hernández, Mariano
Hernández Padilla, María
Huertas, Rafael
Inchauspe, Jose Antonio
Insua, Patricia

Lamas, Santiago
Lasa, Alberto
Marín, Mónica
Marqués, M. José
Marquín, Fernando
Martínez-Azumendi, Óscar
Martínez, Ana
Mayoral, Fermín
Meana, Javier
Meneses, Carmen
Mezzich, Juan
Molina, Germán
Morchón, J.
Moreno, Ana
Olabarria, Begoña
Pacheco, Luis
Pérez, Alicia
Pérez-S, Pau
Polo, Cándido
Prego, Roque
Pradana, M^a Luz
Redero, José María
Rendueles, Guillermo

Retolaza, Ander
Rodríguez, Beatriz
Rodríguez Pulido, Francisco
Salvador Moreno, Albert
Sánchez, Cosme
Sánchez-C., M. Luisa
Saraceno, Benedetto
Sepúlveda, Rafael
Serrano, Javier
Soler, M^a del Mar
Susparregui, J. M^a
Tari, Antonio
Thornicroft, Graham
Tizón, Jorge Luis
Valverde, Mikel
Vecino, Antonio
Villarreal, Berna

✓ 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 71, julio 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: Pedro Carmona.

Dibujo sobre papel a rotulador. "Sin título".

Observar desde lo alto de la ciudad o una cima, o desde el conocimiento, desde nuestros pensamientos, creencias, experiencias... Alguien mirará a su antojo por el telescopio.

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 71. Julio 2024.

Editorial	5
• El valor de la Historia. <i>Silvestre Martínez Benítez.</i>	7
Originales y revisiones	9
• Límites y bordes del sujeto en psicoanálisis. <i>Rodrigo Bilbao Ramírez.</i>	11
• La sexualidad en el trastorno mental grave. <i>María José Muñoz Algar, Patricia Bernal García.</i>	17
• Experiencia y proceso de psicoterapia grupal en pacientes con clínica ansioso-depresiva. <i>Laura Espada Rubio, Juan Antonio Membrive Galera, Isabel María Morillas García.</i>	31
• Derivaciones actuales y expectativas del terapeuta. <i>Ignacio Lafalla.</i>	39
• Intervención en Crisis en Hospital de Día: Del Individuo al Grupo. <i>Pablo Feito Fernández, Giovanni Oriolo, Josep Marcet Bartra, Natalia Navea Rosa.</i>	43
• Informes, sobrecarga laboral y burnout entre psiquiatras y psicólogos. <i>Guillem Lera-Calatayud.</i>	53
• Trans*formar la docencia en salud mental. <i>Rafael Arroyo Guillamón.</i>	58
Pre-ocupaciones	65
• La historia de un lamento. <i>Javier Alejandro Kuhalainen Munar.</i>	67
• Relación entre habla egocéntrica infantil y dificultad de la tarea. <i>Raquel Alba.</i>	70
• A la luz de nuestra vulnerabilidad. <i>Elvira Martín.</i>	78
• El Diagnóstico de Comunidad: Una clave para trabajar con la Determinación Social de la Salud Mental. <i>Ander Retolaza.</i>	80
• Factores pronósticos del reingreso en urgencias de salud mental. <i>Alba Verdugo Martínez, Juan Jesús Muñoz García.</i>	88
Historia	97
• Hace ya algún tiempo: Antonio Román Durán (1905-?). El psiquiatra español introductor de la Psicología en Guatemala. <i>Sonsoles Pacheco Larrucea, Reda Rahmani El Ouachekradi, Juan Medrano Albéniz, Oscar Martínez Azumendi, Iñaki Markez Alonso, Luis Pacheco Yáñez.</i>	99
• Soy Aurora.	110
• Obituario. Tras el fallecimiento de Teresa Suárez, la psiquiatra y terapeuta sistémica que propiciaba el cambio en lo político, lo asistencial, lo ideológico, lo clínico. <i>Begoña Olabarría.</i>	111
• In Memoriam: Itzhak Levav, un precursor. <i>Iñaki Markez.</i>	113
Actualizaciones	119
• De los determinantes sociales a la salud mental colectiva. <i>Ander Retolaza.</i>	121
• La Psiquiatría bajo Sospechas. <i>Robert Whitaker, Lisa Cosgrove.</i>	123
• Revista de la AEN. Vol. 44, Núm. 145.	126

Summary

NORTE de salud mental 71. July 2024.

Editorial	5
• The value of history. <i>Silvestre Martínez Benítez.</i>	7
Original and reviews articles	9
• Limits and edges of the subject in psychoanalysis. <i>Rodrigo Bilbao Ramírez.</i>	11
• Sexuality in serious mental illness. <i>María José Muñoz Algar, Patricia Bernal García.</i>	17
• Experience and process of group psychotherapy in patients with anxious-depressive symptoms. <i>Laura Espada Rubio, Juan Antonio Membrive Galera, Isabel María Morillas García.</i>	31
• Current referrals and therapist's expectations. <i>Ignacio Lafalla.</i>	39
• Crisis Intervention in Day Hospital: From the Individual to the Group. <i>Pablo Feito Fernández, Giovanni Oriolo, Josep Marcet Bartra, Natalia Navea Rosa.</i>	43
• Medical reports, burden excess and burnout among psychiatrists and psychologists. <i>Guillem Lera-Calatayud.</i>	53
• Trans*form teaching in mental health. <i>Rafael Arroyo Guillamón.</i>	58
Concerns Challenges	65
• The story of a lament. <i>Javier Alejandro Kuhalainen Munar.</i>	67
• Relationship between egocentric speech and task difficulty. <i>Raquel Alba.</i>	70
• In light of our vulnerability. <i>Elvira Martín.</i>	78
• Community Diagnosis: a Key to Working with the Social Determinants of Mental Health. <i>Ander Retolaza.</i>	80
• Prognostic factors for readmission to mental health emergencies.. <i>Alba Verdugo Martínez, Juan Jesús Muñoz García.</i>	88
History	97
• Some time ago: Antonio Román Durán (1905-?). The Spanish psychiatrist who introduced Psychology in Guatemala. <i>Sonsoles Pacheco Larrucea, Reda Rahmani El Ouachekradi, Juan Medrano Albéniz, Oscar Martínez Azumendi, Iñaki Markez Alonso, Luis Pacheco Yáñez.</i>	99
• I'm Aurora.	110
• Obituario. Tras el fallecimiento de Teresa Suárez, la psiquiatra y terapeuta sistémica que propiciaba el cambio en lo político, lo asistencial, lo ideológico, lo clínico. <i>Begoña Olabarría.</i>	111
• In Memoriam: Itzhak Levav, a forerunner. <i>Iñaki Markez.</i>	113
Book reviews	119
• De los determinantes sociales a la salud mental colectiva. <i>Ander Retolaza.</i>	121
• La Psiquiatría bajo Sospechas. <i>Robert Whitaker, Lisa Cosgrove.</i>	123
• Revista de la AEN. Vol. 44, Núm. 145.	126



EDITORIAL

El valor de la historia.

The value of history.

Silvestre Martínez Benítez.

Muchas veces he escuchado la pregunta: ¿Pero para qué sirve la historia? Es evidente que no es fácil contestar a esto con afirmaciones categóricas porque la respuesta es tan poliédrica como la misma historia. El concepto de "historia" se remonta a la aparición de la escritura en la antigua Sumeria, aproximadamente a fines del cuarto milenio a.c., mediante la cual las primeras civilizaciones comenzaron a escribir sus ideas e impresiones. El griego Heródoto (siglo V a.c.) se ha considerado el padre de la historia o primer historiador de la civilización occidental, dejó en su legado la célebre frase: "No podemos cambiar el pasado, pero podemos aprender de él y construir un mejor futuro".

Partiendo de esta premisa, podemos señalar una primera utilidad de la historia como antídoto para la institucionalización de nuestro discurso -como disciplinas psi-, como un revulsivo contra el estancamiento y la legitimación de conceptos que son tributarios de momentos culturales e históricos concretos con causas no siempre conocidas por lo cual nos previene de incurrir en falacias de autoridad o causalidad y por contra nos estimula el pensamiento crítico y divergente. Cuanto más ahondamos en su conocimiento van apareciendo más ramas sobre las que asentar nuevo material y nuevas preguntas que formarán nuevas ramas en el árbol de la historia. Nos ayuda a ser eclécticos y a huir de verdades absolutas, por ello es imprescindible su inclusión en los planes de formación de residentes u otros profesionales desde el principio, propiciando un conocimiento holístico y evitando un pensamiento monolítico dogmático.

La historia puede hacer las veces de terapia para unas profesiones -psi- en permanente crisis, envueltas en una suerte de manía confusa con puerta giratoria incluida. Por consiguiente, es preciso, en términos de tratamiento, la prescripción de una dosis de historia para todos los profesionales (cuya eficacia será dosis-dependiente). La historia nos sostiene y nos atraviesa, la conozcamos de forma consciente o no, siempre está ahí en nuestro inconsciente. Desde un punto de vista psicoanalítico, su conocimiento nos permite hacer consciente lo inconsciente y no actuar lo reprimido mediante pasos al acto, sino hacerlo en una dirección regida por nuestro yo fortalecido por la elaboración de sus propios conflictos entre instancias.

Desde el modelo de recuperación, podemos ver la narrativa de nuestra historia como un medio para construir un proyecto de vida. Muchas veces como profesionales perdemos el sentido de nuestras intervenciones, se tecnifican y se convierten en instrumentos de la ideología imperante -que sería en la actualidad: el poder biológico-, entrando en sus engranajes como meros autómatas sin que ni siquiera lo percibamos de forma consciente. Otro enfoque dentro de los símiles terapéuticos puede ser el marco PAS, esta visión en el análisis de la historia nos brinda la identificación de los elementos del poder que se han puesto en juego, las amenazas presentes en el proceso y el significado que le hemos dado a los diferentes elementos.

El departamento de salud mental de Trieste, Italia, es un ejemplo donde el espíritu y el sentido de su labor asistencial se ven apuntalados en su narrativa de cómo se reformaron las prácticas manicomiales en otras que huían de la institucionalización, esto es, comunitarias. Probablemente sería difícil encontrar hoy día ese espíritu sin mantener una historia viva a modo de motor de ese fluir contracorriente tan basagliano.

Las prácticas en salud mental se han caracterizado desde que se tiene conocimiento por su variedad, con contrastes incluso extremos, y por su transformación en otras nuevas siguiendo en la mayoría de los casos las tendencias occidentales de turno. La norma es el cambio, por lo que, efectuando el silogismo, las prácticas de ahora están también de paso. No podemos prever el porvenir, pero sí podemos detectar en qué grado se halla presente la compulsión a la repetición en nuestras prácticas. Nuestros marcos teóricos son tributarios de una herencia ideológica, y su estudio y aprehensión nos sirve para impedir el devenir de los modelos en conceptos tautológicos, a perder el significado y el objeto que los fundamentaba. Citando una vez más a Heródoto, "el mayor enemigo del conocimiento no es la ignorancia, sino la ilusión de conocimiento". La historia como pilar donde podemos basar el conocimiento que las disciplinas psi y las ciencias sociales afines han generado a lo largo de siglos. No somos más listos que antes pero sí acumulamos más conocimiento, tenemos la oportunidad de utilizarlo a nuestro favor.

Por otro lado, el universo asistencial y el corpus teórico en salud mental es parte de nuestro capital cultural dentro de un ámbito que aún permanece muy oculto al público general, y que no es fácilmente explicable más allá del morbo o el horror, por lo que también nos vemos impelidos a explicarlo de forma comprensible y a contribuir así al legado cultural. Como añadido, este prisma nos permite establecer los necesarios y no tan ajenos en el pasado, puentes con otras disciplinas humanistas como la filosofía, la sociología, la antropología... Por tanto, queda invitado el lector a utilizar las lentes -de aumento- que nos proporciona la mirada historicista y a integrar lo que ya nos constituye, de una forma consciente y constructiva.

18/06/2024



ORIGINALES Y REVISIONES

Limites y bordes del sujeto en psicoanálisis.

Limits and edges of the subject in psychoanalysis.

Rodrigo Bilbao Ramírez.

Psicoanalista E.L.P. Doctor Universidad Complutense de Madrid. Psicólogo Clínico.

Resumen: El presente artículo aborda el problema de lo Borderline en psicoanálisis a partir de las concepciones de límite, sujeto y estructuras clínicas. Revisando diferentes enfoques del concepto de borde y límite, se pretende revisar desde la orientación lacaniana algunos alcances del problema, las diferentes formas de entender lo borderline y sus implicaciones en la subjetividad. Por último, se esbozan contrastes en Freud y Lacan respecto al tema desarrollado.

Palabras clave: Borderline, Limite, Sujeto, Psicoanálisis.

Abstract: This article addresses the problem of Borderline in psychoanalysis based on the conceptions of limit, subject and clinical structures. Reviewing different approaches of the concept of border and limit, the aim is to review from the Lacanian orientation some scope of the problem, the different ways of understanding the borderline and its implications on subjectivity. Finally, contrasts are outlined in Freud and Lacan regarding the developed theme.

Keywords: Borderline, Limit, Subjet, Psychoanalysis.

Introducción

Trabajar en la clínica de lo *borderline* en todas sus nomenclaturas (estados límite, borderline, estructura limítrofe, etc.) supone una complejidad inicial, en tanto interroga las nociones de estructuras clínicas en psicoanálisis y sus concepciones de límite o borde. En este sentido supone pensar al sujeto, como así el despliegue y constitución de la subjetividad, en lugares o momentos no abordados tradicionalmente por el psicoanálisis. En cierto sentido cuestiona la noción tradicional de estructura clínica, en sus divisiones clásicas de neurosis, psicosis, perversión; como así también implica reflexionar sobre el límite de estas concepciones y el sujeto que se despliega en ese lugar de borde.

Dentro de la teoría psicoanalítica no existe una concepción única de las estructuras, sino más bien diversas representaciones de los tipos clínicos con los que se encuentra todo analista. Cada una de estas representaciones conlleva un ejercicio clínico y teórico diverso, es más, se podría decir que no existe un solo psicoanálisis, sino varios tipos de psicoanálisis a la luz del abordaje que se realice de la concepción de esta noción clave para el trabajo clínico. En este sentido, Miller (1997) plantea como práctica imprescindible del ejercicio clínico un diagnóstico preliminar en las entrevistas, "el analista debe ser capaz de concluir, de una manera previa, algo respecto de la estructura clínica de la persona que viene a consultarlo" (p. 20). Es decir, delimitar la estructura o una noción preliminar es condición de trabajo y, a su vez, esa delimitación incide en el trabajo que se realiza.

Ahora bien, precisamente en el ejercicio clínico está en juego distintas representaciones del límite en la estructura, modos de comprensión implícitos la mayoría de las veces, que plantean diferencias en las posiciones. Por ejemplo, la división neurosis, psicosis, perversión es una lectura de Jacques Lacan

a propósito de leer la obra de Sigmund Freud, este último más bien trabajaba con neurosis y psicosis con sus respectivas divisiones internas (histeria, neurosis obsesiva, paranoia, etc.) y al final de su obra apunta hacia la perversión. Pensar lo borderline o estados límite supone interrogar la lógica interna en juego en los distintos autores y extraer sus consecuencias, pues determinará tanto la comprensión clínica como la experiencia terapéutica, pues la delimitación estructural se asocia ineludiblemente a una dirección de la cura.

Los cuadros *Borderline* o estados límite

Es importante destacar que la concepción de estado límite no forma parte de la propuesta de Freud ni Lacan, ambos trabajan con tipos clínicos (neurosis, psicosis, histeria, obsesión, fobia, paranoia, etc.) y de la obra de Freud se puede desprender una lógica de estructura clínica, pero la concepción de estructura clínica no es una referencia explícita freudiana. Como señala Eidelsztein (2008a) se suele atribuir a Lacan la idea de estructura clínica, pero a lo largo de toda su obra nunca nombra como tal ese concepto, aunque sí se encuentra la noción de estructuras freudianas. Ahora bien, es claro y explícito el trabajo que realiza Lacan sobre la concepción de estructura, pero en toda su enseñanza utiliza términos como "estructura histérica", "estructura obsesiva", "estructura psicótica", etc., pero, insistimos, no usa estructura clínica.

Precisamente del trabajo realizado por Lacan encontramos toda una concepción estructural fundamental para la clínica, la cual intenta rescatar esta lógica interna de la propuesta freudiana. De ahí que se proponga que la noción de estructura clínica, como concepción lógica, estaría presente en Freud al modo de defensa tipo que distingue a cada uno de los funcionamientos.

Si la noción de estructura alude a la relación de los elementos entre sí en una lógica interna como señala Dor (1997), la primera interrogante es si el concepto de *estado límite* cumple con ese criterio. En función de lo anterior existe un debate al interior del campo psicoanalítico a propósito de si los estados límite (*Borderline*) constituyen: una cuarta estructura; un estado pasajero de las otras tres estructuras clínicas (neurosis, psicosis, perversión); por último, es otra estructura que engloba la perversión dejando la división entre neurosis, limítrofes y psicosis. Este debate cobra relevancia dependiendo de la orientación psicoanalítica que utilicemos. Para algunos post-freudianos es una estructura como la neurosis y la psicosis como en Kernberg, para algunos lacanianos tendría que plantearse como hipótesis de cuarta estructura como piensa Amigo, u otros como un estado permanente del sujeto más allá de la división estructural al modo de Rastal.

Si realizamos una lectura más acuciosa encontramos que está en juego implícitamente en este debate la concepción de límite con que se trabaja, ya que:

1. Se puede pensar las estructuras clínicas como un continuo progresivo (Kernberg y *Psicología del yo*) en donde las diferentes estructuras colindan unas con otras, siendo el límite una línea divisoria que supone una separación por medio de cantidad de algún elemento (más o menos pulsión de muerte, objeto más o menos logrado, etc.). De este modo, a partir de los elementos con que se cuente en función de cantidad, se "caerá" en una u otra estructura, las cuales están ligadas continuamente, formando sujetos con elementos mixtos, por ejemplo, neurosis con núcleos psicóticos.
2. Se puede abordar los límites como excluyentes, en donde cada estructura no comparte punto de conexión con otra.

La primera propuesta gráficamente se podría presentar como una línea continua con dos cortes que separa tres espacios, donde existe conexión de un lugar con otro, compartiendo elementos en función de la cantidad; a su vez la segunda propuesta se puede presentar como tres esferas separadas donde los límites no conectan unos con otros.

Lo anterior no supone en ningún caso que un sujeto pueda pasar de una estructura a otra, es decir, una vez establecido la estructura clínica de un sujeto, con sus límites lógicos internos, no se podrá cambiar de estructura ni por sucesos vitales ni procesos psicoterapéuticos. Para todas las orientaciones psicoanalíticas, la estructura de personalidad es fija, sólo se puede lograr reacomodos internos en un sujeto en función de sus características; son "entidades nosográficas estables" (Dor, 1991, p.12). Aunque es cierto que la primera propuesta plantea una continuidad entre las estructuras y la segunda una discontinuidad estructural entre ellas.

La noción de "estructuras clínicas" pone en relieve el problema del diagnóstico que orienta la cura, ya que dependiendo de la estructura que establezcamos en un sujeto se planteará un trabajo muy distinto en cada una de ellas; este trabajo afectará la posición del analista y las intervenciones que se desplieguen desde ese lugar. De esta manera se genera un conflicto para el ejercicio clínico, ya que por un lado se exige la posición de "docta ignorancia" que necesita el trabajo analítico y por otro está la necesidad de establecer directrices estructurales para una cura. En este sentido, el apuntar a un diagnóstico estructural, puede ser obstáculo para el trabajo si no estamos abiertos a las sorpresas que nos depara el inconsciente. Una reflexión interesante al respecto se inició en 1996 con dos conversaciones clínicas que quedaron plasmadas bajo el título "Los inclasificables de la clínica psicoanalítica", en este sentido destaca el término inclasificable como un modo de sostener una cierta ambigüedad en toda esta clínica de borde, pero también una apertura hacia la sorpresa.

Se desprende del punto anterior, una discusión en torno a si los estados límites suponen un suspenso en la estructura, es decir, si el concepto mismo de estado límite cuestiona la lógica estructural en tanto pone a prueba la posibilidad de un diagnóstico de estructura; o, por otra parte, si lo que nos muestran esos sujetos es precisamente una indeterminación estructural. Podemos interrogar el saber clínico, en tanto la experiencia con esta problemática pone en suspenso cuestiones fundamentales sobre la estructura y el dispositivo clínico adecuado para sostener el trabajo. Quizás lo que estará en juego es precisamente la dificultad de posicionarse en la estructura al modo tradicional, al modo como se ha comprendido las estructuras clínicas especialmente desde la orientación que nos deja Lacan; y su indeterminación supone un límite para el propio psicoanalista, exige una suspensión del saber y una apertura en el propio dispositivo analítico y clínico en general. Originalmente la idea de inanalizable con que fueron catalogados estos casos cuestionaba la capacidad de los pacientes de borde en enfrentar el dispositivo analítico y sacar un provecho terapéutico de él, a su vez la posibilidad del analista, o el clínico en general, de ayudar al paciente con las herramientas terapéuticas que contaba.

De cualquier modo, la discusión respecto a lo borderline gira en torno a un supuesto funcionamiento intermedio entre neurosis y psicosis, funcionamiento que contemplaría elementos de las dos estructuras y a su vez compartiría sus bordes estructurales en el sentido de superponer esos bordes. Es decir, la tradición clínica anglosajona aborda estos cuadros pensándolo como un paciente colindante entre dos estructuras que configuran una tercera estructura, combinando elementos de las otras dos. Pero también la discusión se ha orientado a si los pacientes de este tipo son el resultado de una subjetividad al borde de cada estructura, es decir, en sus límites de funcionamiento. Esto quiere decir que son el punto límite antes de la fuga en la estructura, el despliegue extremo de una estructura en el sentido de la comprensión clásica, por ejemplo, una neurosis grave, una psicosis no desencadenada, neurosis con funcionamiento perverso, etc.

Por otra parte, siguiendo la reflexión anterior, se propone que estos sujetos son el resultado de una indeterminación estructural, cuando no logra cerrarse del todo la estructura y establecer sus límites claros. Es decir, una constitución subjetiva fallida, que supone la imposibilidad interna de cerrar la estructura, definirla, en el sentido de orientarse en elementos del deseo, la pulsión, el síntoma, el lugar de la fantasía, la defensa, etc., nociones clínicas que nos hablan de una posición del sujeto en la estructura que estos pacientes carecerían de manera definitiva.

Por último (aunque podríamos seguir dando ejemplos), existen autores que plantean si los estados límite son una subjetividad que cuestiona los límites tradicionales con que se estructuraba el sujeto a comienzos de siglo pasado y se ofrecen como un operador de lectura de las consecuencias subjetivas

en el paso de la modernidad a la posmodernidad, o como se ha llamado sociedades de consumo o determinadas por el discurso capitalista. El sujeto que se desprende del estado de la civilización desde la segunda mitad del siglo XX.

Concepciones de límite y sujeto

La pregunta que se abre a esta altura es a propósito de la concepción de límite que determina estos estados. El límite puede ser entendido como una línea divisoria que genera continuidad, conectando los espacios como lo piensa Kernberg. O también como un borde excluyente al modo como lo trabaja Lacan a partir de la idea de litoral como algo distinto a una frontera franqueable, "el litoral es lo que establece un dominio que se convierte, si quieren, en frontera para otro, pero justamente porque no tiene absolutamente nada en común, ni siquiera una relación recíproca" (Lacan, 2009, p.109). La frontera mantiene una idea de continuidad de registros, lo litoral alude a dos dimensiones heterogéneas, donde no hay terreno común que se pueda integrar de manera homogénea. Esta concepción de límite implica que entre los lugares colindantes no hay elementos a compartir. Son elementos y lugares excluyentes.

También el límite puede ser pensado como "frontera de países", en el sentido de un espacio intermedio que pertenece y no pertenece a esas dos dimensiones; en la frontera entre dos países, el espacio que separa el hito de cada país no es de ningún país o pertenece en último caso a los dos países. Es un espacio compartido en su diferencia, una presencia que se resiste a ser integrada como soberanía compartida, pero tampoco diríamos que es de nadie.

De otra manera -aunque no es la última forma de representar el tema- como lo propone Trías, el límite como un espacio de frontera de dos caras que ofrece una permeabilidad de cada cara hacia este espacio fronterizo (cerco fronterizo) que forma a su vez un nuevo espacio con elementos de las dos caras, pero que no es específicamente lo mismo que cada una de las caras, es un tercer espacio. Es un espacio de conjunción / disyunción que produce reunión y separación de los dos campos. Ahora bien, para Trías es claro en psicoanálisis que "el límite es condición de vida. Se halla situado al filo de la vida y la muerte; pone a prueba la vida, al confrontarlo con su *sombra*; pero a su vez impide que *Tánatos* se adueñe definitivamente de nuestro ser y existir" (Alemán, Larriera y Trías, 2004, p.44).

Esta problemática cobra importancia ya que tanto en la tónica freudiana como en la topología lacaniana estará en juego el sujeto y sus límites. En Freud el individuo está separado del mundo externo con membranas permeables (esquema del "Huevo" como esfera que representa el ser) y en Lacan el sujeto cuenta con un centro vacío que constituye una nada limitada interior en un agujero central (esquema del "Toro"). Para Eidelsztein (2008a) estas dos concepciones suponen determinar dos lógicas diferentes de sujeto entre Freud y Lacan.

En este sentido podríamos agregar que en Freud y Lacan existen concepciones diferentes de sujeto y estructura, concepto este último inexistente en Freud. Aún más, en el mismo Lacan encontramos la estructura representada por el fantasma (fantasía inconsciente freudiana) y en otro momento por el nudo borromeo, como representaciones diferentes del sujeto (aunque no sean necesariamente excluyentes). Es decir, a lo largo de su enseñanza, se puede encontrar momentos diferentes para referirse a la estructura, aunque en su última enseñanza se apoye en la topología de los nudos. Esta topología intenta ocuparse de la "geometría del saco" (Lacan, 1972, clase 1) que tiende a una versión en superficie, cuando lo que quiere plantear es un trabajo que conmueva la comprensión estática y aplanada cercano a lo imaginario que se impone. En este momento iguala los tres registros sin desmerecer el lugar de cada uno, se centra más en la articulación entre ellos y las consecuencias implícitas y explícitas existentes.

Pese a las diferencias señaladas, para el psicoanalista Eidelsztein la dimensión inconsciente de Freud es lógica (tanto en la primera como en la segunda tónica) y no espacial, aunque se encuentren ejemplos

de una psicología de las profundidades (inconsciente como ciudad sobre ciudad más antigua, metáfora del analista como arqueólogo, etc.) que tienen que ver más con expresiones de la época que con una proposición ético-técnico (Eidelsztein 2008a, 2008b). Siguiendo estas distinciones en las estructuras clínicas en Freud y Lacan, Freud concibe al sujeto como un individuo, aunque con una división interna (consciente-inconsciente); que es diferente al sujeto lacaniano dividido por el significante en un encuentro con el deseo del Otro y en una constitución –como la señalábamos– de vacío interior (representada por la figura topológica del Toro en Lacan).

A su vez, la representación de sujeto en Lacan contempla este centro agujereado, pero en el cual se elimina la idea de interioridad e identidad, utiliza para ello la figura de lo *éxtimo*, en donde lo exterior e interior se funden en una sola posibilidad. Esta figura lo presenta con la figura topológica de *banda de Moebius*, figura que muestra como una banda de dos caras aparentemente solo cuenta con una al momento de realizar el recorrido a través de ella, eliminando la posibilidad de un recorrido externo y otro interno a la banda. Si nos detenemos en esta figura, podemos ver cómo representa la continuidad interior/exterior o la unión de las dos caras formando una sola continuidad, es decir, introduce en el seno de la lógica psicoanalítica la idea de un solo elemento continuo donde algunos autores ubicaron la idea de un yo-mundo real y un ello de la fantasía. Como vemos en el mismo Freud y Lacan ya hay distinciones importantes respecto a la noción de estructura y sujeto, por lo que no es de esperar menos en sus seguidores.

Ahora bien, cuando trabajamos con la concepción de estructura clínica, existe el riesgo de entender la estructura como cuadro clínico donde existiría el caso de referencia (ejemplo: Ana O., para la histeria, *hombre de las ratas* para la neurosis obsesiva, etc.) y el resto de los casos serían meras analogías (Eidelsztein 2008b). Quizás por ello es que Lacan prefería utilizar el concepto de tipos clínicos que permitieran desplegar la singularidad del caso y no quedar identificados a esa figura mítica del cuadro paradigmático. Por otra parte, también se puede caer en desarrollar una psicopatología que establezca lo patológico a partir de determinar una norma, eliminando la diversidad entre cada sujeto y anulando la lógica de las estructuras. En este sentido, lo que se abre en la enseñanza de Lacan a propósito de la topología nodal es una experiencia de pliegues, trenzados, cortes y repliegues, más cercano a una comprensión y recorrido por los bordes, que a una lógica del todo o nada del significante representativo de su primera teoría sobre la psicosis. No es casualidad que los autores de orientación lacaniana que se han acercado a abordar el problema de lo *borderline* desde diferentes enfoques se acercan principalmente desde la última enseñanza de Lacan y la topología del nudo, como si ese planteamiento ofreciera mayores herramientas conceptuales y clínicas en el recorrido por los bordes para una clínica de lo límite.

Una lógica de las estructuras clínicas, como propone por ejemplo Eidelsztein a partir de la división entre Intervalo y Holofrase en función de una lectura de Lacan, puede llevar a “el rechazo de las nociones de *borderline*, núcleos psicóticos y forclusiones parciales: la lógica del cuadro implica la ley del *todo o nada* de sus elementos discretos, impidiendo la concepción de cuadros mixtos. Aunque no se debe olvidar que se exige aceptar incluir un *no saber*, respecto de muchas otras modalidades del padecer subjetivo” (2008b, p.77). Pero el mismo autor nos recuerda que “no todos los sujetos hablantes quedan incluidos en alguna de las estructuras clínicas: la estructura de la clínica engloba a las estructuras clínicas, no a los sujetos” (Ibid, p.50).

Es decir, una lógica estructural por muy rigurosa que sea, no incluye todos los tipos de casos existentes, quedando toda una gama de sujetos que aún no encuentra un lugar lógico; más aún se puede señalar que “no-todo sujeto determinado por la metáfora paterna es neurótico (puede ser perverso, caracterópata, adicto, loco, etc.)” (Ibid, p.51), aspecto que cobrará mucha relevancia al momento de poder pensar los estados límites de la personalidad, ya no como una figura mixta a lo *borderline*, sino como un funcionamiento propio que aún no encuentra su lugar lógico. Si quisiéramos nombrar un caso emblemático para lo límite, sería “El Hombre de los Lobos”, paciente de Freud que muestra la plasticidad sintomatológica característica de lo *Borderline*, con desconexiones y conexiones, cercano a lo que más adelante se nombrará Psicosis Ordinaria.

Así, queda todo un campo de investigación en el psicoanálisis y especialmente el de orientación lacaniana sobre esta expresión de la subjetividad que inicialmente se ha denominado *borderline*, pero que aún no encuentra su lugar teórico en el psicoanálisis lacaniano (Lacan intenta darle un lugar a un número de manifestaciones diversas a partir del término de *locura*). En definitiva, trabajar la noción de estado límite supone un camino sobre campos sinuosos, en función de la concepción de estructuras clínicas en psicoanálisis y las distintas representaciones del límite con que se trabaja. Esta tensión se reconoce tanto si miramos la obra de Freud como la de Lacan, y cobra aún más relevancia cuando revisamos la visión de sus sucesores.

La advertencia sobre la dificultad que conlleva esta revisión no debe significar detenernos en el trabajo, sino más bien estar atentos a las lógicas implícitas y explícitas sobre las cuales trabajarán los distintos autores. Por último, poder dilucidar con estos elementos la posibilidad de atribuirle un lugar a la noción de estado límite -lugar que sea coherente con la noción de estructura clínica-, supone llevar al límite las proposiciones y ver sus resultados. Pero recordemos que el ser hablante se constituye en el límite de la palabra, como señalan Alemán y Larriera (2004), "la producción de sentido está contaminada por el sin-sentido" (2004, p.92), no hay plenitud de sentido, es decir, no hay sentido pleno. Habitar el límite es una manera peculiar de estar en la lengua, por lo tanto, desde un comienzo nos movemos por terrenos *pantanosos*.

Contacto: Rodrigo Bilbao Ramírez ✉ rbilbaor@yahoo.com

Bibliografía

- Alemán, J., Larriera, S., Trías, E. (2004). *Filosofía del límite e inconsciente. Conversación con Eugenio Trías*. España: Editorial Síntesis.
- Dor, J. (1997). *Introducción a la Lectura de Lacan*. Barcelona: Gedisa.
- Eidelsztein, A. (2008a). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan, Vol. I*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Eidelsztein, A. (2008b). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan, Vol. II*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Lacan, J. (2009). *El seminario 18: De un discurso que no fuera del semblante, (1971)*. Buenos Aires: Paidós, p.109.
- Lacan, J. (1975). *El seminario 22: R, S, I. Clase 1 (inédito)*.
- Miller, J-M. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Eolia-Paidós.

- Recibido: 12/05/2024.
- Aceptado: 04/6/2024.

La sexualidad en el trastorno mental grave.

Sexuality in serious mental illness.

María José Muñoz Algar, Patricia Bernal García.

Psiquiatras de la Unidad de Hospitalización Breve.

Hospital Dr. Rodríguez Lafora • Madrid.

Resumen: **Introducción:** Trastorno mental grave (TMG) es un término que incluye cualquier trastorno mental que resulte en un deterioro funcional grave y que interfiera o limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida (1). Los servicios de salud mental en todo el mundo han visto grandes transformaciones en los últimos años para organizar y proporcionar servicios de cuidado en salud mental. Sin embargo, los problemas persisten en aspectos relacionados con la intimidad y la expresión de la sexualidad (2). **Métodos:** Se realiza una búsqueda bibliográfica en PubMed con los términos "mental illness AND sexuality", obteniéndose hasta 54.891 artículos publicados entre los años 1933-2022. Seleccionamos los artículos más relevantes de los últimos 5 años, un total de 37 artículos. **Conclusiones:** Históricamente los pacientes con enfermedad mental eran vistos como asexuales y carentes de la competencia para tomar decisiones sexuales saludables (3), algo muy lejos de la realidad. Pensamos que es necesario centrar la investigación en explorar la sexualidad de las personas con trastornos de salud mental para comprender mejor sus necesidades, diseñar intervenciones más efectivas y en última instancia, mejorar su calidad de vida (1).

Palabras clave: Enfermedad mental grave, sexualidad, disfunción sexual.

Abstract: **Introduction:** Serious mental illness (SMI) is a term that includes any mental disorder that results in serious functional impairment and substantially interferes with or limits one or more major life activities (1). Mental health services around the world have seen great transformations in recent years to organize and provide mental health care services. However, problems persist in aspects related to intimacy and the expression of sexuality (2). **Methods:** A bibliographic search was carried out in PubMed with the terms "mental illness AND sexuality", obtaining up to 54,891 articles published between the years 1933-2022. We select the most relevant articles from the last 5 years, a total of 37 articles. **Conclusions:** Historically, patients with mental illness were seen as asexual and lacking the competence to make healthy sexual decisions (3), something very far from reality. We think it is necessary to focus research on exploring the sexuality of people with mental health disorders to better understand their needs, design more effective interventions and ultimately improve their quality of life (1).

Keywords: Serious mental illness, sexuality, sexual dysfunction.

Introducción

La sexualidad se define como un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida que abarca el sexo, la identidad y el rol de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Mientras que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas son siempre experimentadas o expresadas, ya que es influenciada por la interacción de factores tanto biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales (2).

La Declaración de los Derechos Sexuales de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS 2014) afirma que la salud sexual es un derecho bien fundado en los derechos humanos universales (4).

Las personas que están recibiendo atención en salud mental consideran tanto la sexualidad, la expresión sexual y la intimidad como partes importantes de sus vidas (5). Sin embargo, es frecuente que experimenten una plétora de desafíos tanto en su salud sexual como reproductiva (6).

Históricamente, la salud sexual de las poblaciones con trastornos psicóticos fue a menudo devaluada o menospreciada. Hasta la década de 1980, muchos médicos e investigadores creían que las personas con trastornos psicóticos eran "asexuales", lo que contribuyó a una atención de salud sexual y reproductiva inadecuada para esta población (7).

La sexualidad de las personas que viven con un trastorno mental grave está influida por varios factores, siendo los principales: las complicaciones del propio trastorno mental, los efectos adversos del tratamiento farmacológico, el apoyo de personas cercanas, la relación con su salud y el estigma. Es a partir de la interacción de estos factores que estas personas construyen su realidad (1).

A través de esta revisión, intentaremos acercarnos a la realidad de los pacientes que padecen una enfermedad mental. Mediante esta aproximación holística no solo mejoraremos nuestro conocimiento y comprensión de las necesidades y preocupaciones de estos individuos, también ayudará a apoyarles en un camino más empoderador, satisfactorio y orientado a la recuperación (2).

1. Depresión

La depresión es una condición de bajo estado de ánimo y baja motivación para la actividad, junto con un pensamiento pesimista distorsionado sobre uno mismo y el mundo. La hipótesis más respaldada para la depresión se basa en la falta de serotonina (5HT), noradrenalina (NA) y dopamina (DA) en el cerebro, aunque recientemente han aumentado los hallazgos de una fisiopatología más compleja. La disminución de la libido es parte del cuadro clínico en la depresión, junto con alteraciones en los instintos vitales del apetito y el sueño. Esto significa que el deseo sexual se ve afectado por definición, lo que está en línea con el hallazgo de circuitos mesolímbicos dopaminérgicos hipoactivos en pacientes deprimidos (8). De hecho, podemos encontrar afectación en todos los aspectos de la respuesta sexual (9).

1.1. Influencia del tratamiento de la depresión en la sexualidad

La frecuencia de la disfunción sexual debido a los medicamentos antidepresivos es difícil de evaluar, dado que los efectos adversos sexuales de la ansiedad y la depresión son comparables a los efectos secundarios de los medicamentos antidepresivos. Por otro lado, la investigación ha demostrado que la incidencia de efectos secundarios es mayor cuando se pregunta directamente a los pacientes y se utiliza una escala validada (10).

La disfunción sexual asociada a medicamentos es un problema grave tanto en el tratamiento inicial de la depresión como de la ansiedad y en la terapia de mantenimiento a más largo plazo. Desafortunadamente, los efectos secundarios sexuales tienden a ocurrir dentro las primeras 3 semanas de tratamiento antes de que el beneficio sobre el estado de ánimo sea obtenido, con el consiguiente riesgo de discontinuación anticipada. En el largo plazo, muchas mujeres cuyo trastorno del estado de ánimo está en remisión pueden estar barajando si continuar con el medicamento para mantener su estado de ánimo con la interrupción de la medicación para mejorar su vida sexual (10).

Por otro lado, encontramos con frecuencia que la reducción de los síntomas depresivos a través del tratamiento exitoso puede ir acompañada de mejoras informadas en el deseo y la satisfacción sexual (9).

La literatura confirma que la depresión, la ansiedad y la disfunción sexual en las mujeres están relacionadas; sin embargo, el patrón causal es debatido. ¿La depresión y la ansiedad precipitan la disfunción sexual o es la disfunción sexual una causa frecuente del trastorno del estado de ánimo? La tercera posibilidad es que las disfunciones sexuales, depresión y trastornos de ansiedad, todos sean el resultado de una vulnerabilidad subyacente a ambas tanto a las enfermedades psiquiátricas y las disfunciones sexuales. Investigaciones recientes que estudian esta comorbilidad a lo largo del tiempo mostraron resultados consistentes con la última posibilidad, a saber, un subyacente psicológico latente de vulnerabilidad compartida. Esto sugiere que la presencia de cualquiera de los tres factores de riesgo aumentará las probabilidades de síntomas actuales o futuros de uno o ambos de los otros dos, por lo tanto, la detección de todas las comorbilidades debería convertirse en rutina (10).

Debido a estas cuestiones, ha resultado difícil identificar con precisión la incidencia de disfunción sexual emergente del tratamiento (que abarca tanto el empeoramiento de problemas preexistentes y el desarrollo de nuevas dificultades sexuales en pacientes previamente sin problemas) durante el tratamiento antidepresivo. La evidencia sugiere que existe una relación bidireccional entre la disfunción sexual y la depresión, con síntomas depresivos que aumentan un 50-70% mayor riesgo de desarrollar una disfunción sexual, y que a su vez puede aumentar el riesgo de experimentar depresión hasta en un 200 %. Además, tanto la depresión anhedónica como los síntomas de ansiedad se han asociado con una amplia variedad de disfunciones sexuales entre adultos jóvenes sexualmente saludables, particularmente la pérdida de libido y trastornos en el orgasmo, mientras que la hipersexualidad y la promiscuidad sexual son a menudo relacionados con estados (hipo)maníacos (11).

Dos estudios internacionales analizaron la prevalencia de la disfunción sexual en pacientes deprimidos en tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) o con inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (ISRN). En dicho estudio contabilizaron los problemas sexuales autoinformados antes de comenzar el tratamiento y los posibles efectos adversos de la medicación concomitante. Se encontró que el 27-65% de las mujeres y el 26-57% de los pacientes masculinos experimentaron un empeoramiento de las dificultades preexistentes o la aparición de nuevas dificultades sexuales en las primeras semanas de tratamiento. También se detectaron factores de riesgo que pueden influir a la hora de desarrollar disfunción sexual durante el tratamiento con antidepresivos como son: el género masculino, mayor edad, menor rendimiento académico, ausencia de empleo a tiempo completo, mala salud física, tratamiento con múltiples fármacos y problemas en las relaciones interpersonales (9).

Si intentamos estudiar los distintos tipos de fármacos antidepresivos, encontramos que no existe ningún estudio que utilice un análisis multivariable para determinar los predictores de disfunción sexual emergente de los antidepresivos (12). Sin embargo, un metanálisis inicial que incluyó estudios con diferentes diseños (que incorporaron un diseño abierto, un doble ciego, transversales e investigaciones retrospectivas) encontró que el "tratamiento emergente de disfunción sexual" no era más común con los antidepresivos amineptina, agomelatina y bupropión (estos dos por su efecto antagonista en el receptor 5-HT_{2C}), moclobemida, mirtazapina o nefazodona que con placebo (9,12).

El tratamiento con el nuevo antidepresivo "multimodal" vortioxetina está asociado con una baja incidencia de efectos adversos informados sobre la función sexual en hombres (3-5%) y mujeres (1-2%), que pueden relacionarse con sus efectos antagonistas en el receptor 5-HT₃ y a efectos indirectos en el aumento de la disponibilidad de dopamina y noradrenalina (9).

Una revisión sistemática de ensayos aleatorios controlados con placebo y trazodona (que tiene efectos agonistas parciales en receptores 5-HT_{1A} y efectos antagonistas en receptores 5-HT_{2A} y alfa-1 adrenérgico) indica que puede ser eficaz para reducir la disfunción eréctil "psicógena", cuando se prescribe a niveles más altos de la dosis diaria (150-200 mg) (9).

Todos los demás antidepresivos fueron significativamente más propensos que el placebo a estar asociados con la "disfunción sexual" (como una categoría unitaria), y casi todos eran significativamente más propensos que placebo a asociarse con disfunción en cada una de las fases de la respuesta sexual (9).

Sin embargo, no todos los efectos sexuales de los antidepresivos son indeseables en todos pacientes. Aunque los enfoques conductuales de la eyaculación precoz son efectivos en la mayoría de los pacientes, muchos hombres (incluyendo aquellos sin depresión) pueden beneficiarse del tratamiento con el antidepresivo tricíclico clomipramina o ISRS. De hecho, la dapoxetina de acción corta, es eficaz en el tratamiento de la eyaculación precoz, ya sea con dosificación diaria o dosificación "bajo demanda" (9).

2. Trastornos de ansiedad

Los trastornos del espectro de la ansiedad se caracterizan por un exceso de pensamiento preocupante y temeroso ante situaciones inocuas. Las vías cerebrales para el comportamiento ansioso comprenden una neurotransmisión central anormal, una respuesta del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal desadaptativa al estrés y una respuesta corporal autónoma de "lucha o huida". Bajo esta condición, los pacientes con ansiedad sufren una distraibilidad marcada en las señales y fantasías excitantes, favoreciendo los pensamientos intrusivos (incluyendo preocupaciones sobre la erección), provocando la llamada disfunción eréctil psicógena (y la eyaculación precoz) debido al flujo simpático periférico que media la reacción de lucha o huida, aumentando el tono del músculo liso y la vasoconstricción (8).

En cuanto al orgasmo y la eyaculación retardada o ausente, es probable que la priorización de los estímulos estresantes por parte de los pacientes ansiosos, si no afecta la excitación ni provoca descargas simpáticas excesivas, genere una competición con los estímulos sexuales, impidiendo así el disfrute sexual que es necesario para el correcto funcionamiento de los circuitos límbico-hipotalámico dopaminérgicos y oxitocinérgicos en el cerebro (8).

3. Trastornos de conducta alimentaria

La forma de presentación de los trastornos alimentarios es considerablemente heterogénea.

Si adoptamos una visión amplia de las comorbilidades, hay una superposición notable entre los trastornos de la alimentación y los problemas sexuales. Por ejemplo, la insatisfacción por la imagen corporal y la disregulación emocional son factores subyacentes comunes tanto en los trastornos alimentarios y en las disfunciones sexuales.

Además, la pubertad es un período crucial para el desarrollo sexual, así como para la aparición de insatisfacción corporal y los trastornos alimentarios, y es de destacar que el abuso sexual es un factor de riesgo bien reconocido tanto de los trastornos alimentarios como de la sexualidad deteriorada (13).

Los hallazgos preliminares de varios estudios demostraron que, en comparación con sus pares, las personas con trastornos alimentarios tienden a percibir como más problemáticas varias áreas de sexualidad, como los cambios de la menarquia y las primeras experiencias sexuales. Más recientemente, los estudios demostraron la existencia de disfunciones sexuales graves en adultos con trastornos alimentarios, en términos de deseo sexual, satisfacción, orgasmo y dolor (13).

Las intervenciones estándar como la terapia cognitivo-conductual, podrían contribuir a restaurar una buena sexualidad e intimidad en pacientes con trastornos alimentarios. Sin embargo, esto no ocurriría para una subpoblación específica de pacientes con trastornos alimentarios (aquellos que refieren una historia de abuso en la infancia), que a menudo responde apenas a un tratamiento estandarizado, tanto en términos de psicopatología como de funcionamiento sexual (13).

Por otro lado, numerosos estudios se han centrado en estudiar los trastornos alimentarios asociados a la impulsividad, adicción y comportamientos sexuales de riesgo, llegando a considerar conceptos superpuestos entre los comportamientos sexuales impulsivos y los alimentarios. De hecho, los comportamientos alimentarios patológicos han se ha asociado con un mayor número de parejas sexuales, una menor tasa de uso del condón y una menor edad del primer parto (13).

Una gran evidencia apoya que una relación más saludable con el propio cuerpo puede ser el último obstáculo en el tratamiento de pacientes con trastornos alimentarios. Así, podemos integrar esta afirmación diciendo que recuperar una buena sexualidad debe ser considerado una buena señal de un proceso de recuperación exitoso. De hecho, podría significar que el paciente recuperó un patrón hormonal fisiológico, que a su vez no sólo está asociado con el IMC (índice de masa corporal) sino también con una dieta equilibrada. Además, tener un buen funcionamiento sexual significa poder mirar el propio cuerpo, tocarlo, sentirlo y, lo más importante, mostrárselo al compañero sin vergüenza. Una relación sexual satisfactoria implica no tener miedo a las emociones fuertes y al placer, incluyendo una recuperación de la confianza interpersonal (13).

4. Trastornos de personalidad

En el caso de los trastornos de personalidad, son muchos los factores que, de forma predisponente, precipitante y/o mantenedora facilitan la aparición de las disfunciones sexuales.

Entre estos factores, un amplio número de autores defienden la importancia de la personalidad sobre el funcionamiento sexual, las actitudes y las disfunciones sexuales. Offit, describía que hombres y mujeres con trastorno obsesivo de la personalidad padecían frecuentemente disfunciones sexuales, en especial problemas de erección y anorgasmia, las personas agresivo-pasivas apenas tenían sexo y los hombres dependientes eran más susceptibles de sufrir disfunción eréctil, mientras las mujeres con las mismas características tenían menos satisfacción sexual. En el caso de los hombres y mujeres paranoides aparecería un bajo deseo, e igual pasaría con los esquizoides. De igual manera, las mujeres histriónicas tendrían poca excitabilidad y menor capacidad para alcanzar el orgasmo, argumento demostrado posteriormente por Raboch y Apt y Hurbert, y los hombres narcisistas casi nunca reconocerían sus disfunciones sexuales. Sin embargo, las afirmaciones de Offit y las de los investigadores posteriores no han sido suficientemente contrastadas (14).

Aunque hay gran variedad de investigaciones que relacionan características de personalidad con múltiples variables, especialmente los estudios que correlacionan los trastornos de la personalidad con las adicciones y la patología dual, apenas se han relacionado los trastornos de la personalidad con las disfunciones sexuales en concreto. No solo se han realizado estudios que indican que los trastornos de la personalidad pueden perjudicar la respuesta sexual, sino que también algunos estudios señalan que determinados perfiles de personalidad podrían mejorar la respuesta sexual (14).

En definitiva, a partir de los datos revisados se puede concluir que los trastornos de la personalidad están relacionados con el tipo e intensidad de respuesta sexual, aunque existen muy pocos estudios que lo avalen, realizados con muestras escasamente representativas y con una enorme variabilidad de instrumentos de medida, lo que no facilita que se pueda llegar a conclusiones categóricas (14).

4.1. Trastorno límite de personalidad

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es por definición un trastorno mental grave que se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad en la regulación emocional, en las relaciones interpersonales y la autoimagen, junto con una marcada impulsividad. Hay datos empíricos limitados sobre la sexualidad de los pacientes con TLP, y es probable que varias características del trastorno estén

asociados con problemas de salud sexual, como la impulsividad autodestructiva (comportamiento sexual impulsivo), perturbación de la identidad (identidad sexual inestable) y relaciones interpersonales intensas e inestables que pueden implicar costosas tácticas de relación en un intento de retener a una pareja (comportamiento sexual impulsivo y arriesgado que podría exponerlos a la coerción y el abuso). Además, son comunes entre las historias de los individuos con TLP la violencia sexual y el abuso en la infancia y del adulto. Se ha encontrado que dichos pacientes son más propensos a involucrarse en relaciones sexuales impulsivas, tienen una edad más temprana de inicio para las relaciones sexuales, tienen más compañeros sexuales, un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), y el riesgo de embarazo por el mal uso de la anticoncepción en comparación a pacientes de atención primaria o psiquiátricos. Por ello, pensamos que atención primaria, salud mental y planificación familiar deberían estar sintonizados en el abordaje de los pacientes con TLP porque la naturaleza del trastorno representa tanto un factor de riesgo como un factor de perpetuación de estos asuntos, siendo recomendable discutir y evaluar los problemas de forma rutinaria como son el sexo sin protección, las ITS, la coerción sexual y la identidad sexual en los jóvenes con patología TLP (15).

5. Trastorno bipolar

El trastorno bipolar es una afección definida por fases de manía (o, menos grave, hipomanía) que pueden alternar con depresión a lo largo de la vida de la persona. La manía se representa como un estado de ánimo expansivo con energía excesiva y engañosa que perjudica el pensamiento (incluso con ideas delirantes) y el funcionamiento en las actividades diarias. La desinhibición social y el impulso sexual inadecuado son consecuencias inmediatas de tal sentimiento de grandeza y se asocian con la participación en contactos sexuales de riesgo (8).

A pesar de su relevancia clínica, incluyendo el curso e influencia tanto en la salud de la persona como en el manejo de la enfermedad, la disfunción sexual es una dimensión inexplorada y frecuentemente subestimada de la psicopatología del trastorno bipolar (11).

Podemos suponer que el aumento del deseo y el impulso sexual inapropiado son secundarios al comportamiento socializado desinhibido, debido a la desconectividad extendida de la red prefrontal-amígdala. Sin embargo, el deterioro de la atención característico en los estados maníacos podría interferir con el procesamiento de señales sexuales para la excitación central (8).

Los hallazgos del estudio de Dargél y compañía, de una pequeña pero bien caracterizada muestra de pacientes con trastorno bipolar en remisión, sugieren que la disfunción sexual persiste más allá de las fases agudas y, junto con una inestabilidad afectiva interepisodio, podría estar entre los síntomas residuales predictivos de bajo funcionamiento en pacientes eutímicos con trastorno bipolar. Además, la disfunción sexual también podría ser un factor que contribuye al empeoramiento de la inestabilidad del estado de ánimo entre episodios, que a su vez puede precipitar recaídas (11).

Similar a estudios previos que muestran que el papel del tipo de episodio (es decir, maníaco, depresivo, mixto) en el funcionamiento psicosocial aún no está claro, estos resultados resaltan la idea de que la disfunción sexual persistente podría ser una consecuencia no solo de la toxicidad duradera del número de episodios anteriores, sino también, si no más importante, de mayor duración de la enfermedad y la gravedad de esos episodios, que a menudo requieren hospitalización y se asocian con un aumento del riesgo de suicidio (11).

Las asociaciones entre la gravedad del trastorno bipolar y las disfunciones sexuales subrayan la necesidad de encontrar formas efectivas de mejorar las variables modificables, como el número de intentos de suicidio/hospitalizaciones y la sintomatología del estado de ánimo subumbral. Algunas variables no modificables (por ejemplo, la duración de la enfermedad) pueden ser consideradas para promover intervenciones en las primeras etapas del trastorno. A este respecto, la psicoeducación –una intervención a costo relativamente bajo– debería ser proporcionado junto con el tratamiento

farmacológico para todas las personas con trastorno bipolar (e idealmente para sus familias) para aclarar las expectativas con respecto al carácter crónico y progresivo del trastorno, incluyendo los relacionados con los efectos de su tratamiento sobre el funcionamiento sexual. Esto puede ayudar a los pacientes con trastorno bipolar no solo a mejorar el autocontrol y la capacidad para reconocer señales de alerta temprana, también para aumentar la conciencia sobre la importancia de reportar y tratar potenciales disfunciones, al tiempo que alivia el estigma y los involucra activamente en su cuidado (11).

6. Esquizofrenia y otras psicosis:

La esquizofrenia, el paradigma de los trastornos psicóticos, se define por crisis de pensamientos delirantes, alucinaciones, estado de ánimo aplanado y comportamiento desorganizado. Durante muchos años, las vías dopaminérgicas mesolímbicas hiperactivas y mesocorticales hipoactivas fueron la hipótesis predominante para su fisiopatología. Los neurotransmisores y circuitos actualmente reconocidos para la esquizofrenia son mucho más complejos, habiéndose demostrado la pérdida de volumen en regiones críticas como el hipocampo, el tálamo y la amígdala (8).

El aumento de la dopamina mesolímbica en estos pacientes podría sugerir cierta propensión al aumento del deseo sexual, que algunos pacientes informan en la fase psicótica aguda de la enfermedad, pero la enfermedad en general está más asociada con la disminución de la función sexual (estimada en un 45–80% de los pacientes varones). Esto puede deberse a varias razones que son difíciles de distinguir. La enfermedad en sí misma, al implicar afectos y motivación embotados (atribuidos a la vía mesocortical hipoactiva), puede ser responsable de un deseo alterado (8).

Las enfermedades psicóticas también se caracterizan por el deterioro en la experiencia y expresión de la emoción, déficits cognitivos, introspección pobre, déficits neurológicos, agresividad y problemas para inferir las emociones e intenciones de los demás (16).

En el estudio de Dembler-Stamm y compañía, se encontró que los pacientes con esquizofrenia son menos propensos a tener una pareja para una relación sexual, son más propensos a haber tenido una primera relación sexual desagradable y tienden a encontrar en la sexualidad una parte menos importante de la vida, a pesar de que en la mayoría de los casos han comenzado a obtener experiencias sexuales beneficiosas a la misma edad que los controles sanos. Estos hallazgos pueden estar relacionados con otros síntomas de la esquizofrenia, tales como un impulso reducido, retraimiento social y afecto aplanado (17).

La sexualidad misma tiene un gran número de significados, simbolizaciones, percepciones e impulsos. La sexualidad puede caber fácilmente dentro de una persona delirante, erotómana, o con un marco persecutorio. Está bien establecido en la literatura cómo las personas con los trastornos del espectro psicótico tienen serias deficiencias en los dominios de la teoría de la mente (ToM). ToM se refiere a la habilidad mental, definida como mentalización, para comprender el comportamiento, considerándolo el resultado de diferentes estados mentales. Dado que las relaciones interpersonales y la intimidad juegan un papel fundamental en el desarrollo psicosexual temprano, es fácil imaginar cómo la mentalización entre estos pacientes podría ser crucial durante estos años. De hecho, un reciente artículo de revisión ha subrayado cómo las citas pueden ser extremadamente desafiantes para las personas con trastornos psicóticos, ya que las relaciones románticas e íntimas son a menudo excluidas para tales pacientes. Desde un punto de vista psicodinámico, una ToM interrumpida podría resultar en un compromiso de la capacidad de integrar los estados sexuales en el propio desarrollo de la identidad, por lo que produce altos niveles de angustia. Para este fin, no es sorprendente que la evidencia temprana haya demostrado cómo un mal funcionamiento sociosexual premórbido se asocia con una mayor severidad de los síntomas negativos, así como el actual aislamiento social. Durante los tiempos previos al primer episodio psicótico, la sexualidad es de hecho completamente reelaborada en sus connotaciones simbólico-relacionales, caracterizado por deficiencias notables y contenidos delirantes (18).

Los individuos con esquizofrenia identifican la sexualidad como una parte esencial de la existencia humana, y muchos desean participar en relaciones románticas, pese a que los déficits en el funcionamiento social de estos individuos estén asociados con menos relaciones íntimas a largo plazo y tasas más bajas de matrimonio. Por otro lado, el autoestigma también podría aumentar los temores asociados con conductas sexuales (como la inadecuación sexual), y podría disuadir activamente a las personas con esquizofrenia de formar nuevas relaciones o participar en otras actividades sociales deseadas (19).

Además, la disfunción sexual tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente, dado que su interés por la sexualidad no difiere de la de los individuos sanos. Esto es cierto incluso en pacientes que llevan años residiendo en instituciones. Los pacientes con esquizofrenia indican que la principal motivación para su actividad sexual es la búsqueda del amor y el afecto. De manera similar a la población en general, vivir con una pareja promueve un mejor funcionamiento sexual (20).

Sin embargo, el riesgo de aparición de disfunción sexual es particularmente alto en la esquizofrenia, no solo debido a la medicación antipsicótica, sino también debido a factores intrínsecos de la enfermedad, incluidos la edad de inicio de la enfermedad, gravedad psicótica, síntomas negativos y depresivos, adicciones, deterioro de los hábitos de vida (disminución de la actividad física, trastornos del sueño y hábitos dietéticos) y enfermedades somáticas crónicas (diabetes, hipertensión, sobrepeso). La mayoría de los datos disponibles provienen de estudios aleatorios, ensayos controlados con pacientes muy seleccionados y poco se sabe acerca de otros tratamientos farmacológicos y factores de confusión en la esquizofrenia del mundo real, incluyendo comorbilidades, adicciones y politerapia (21).

De hecho, los estudios de sexualidad en la esquizofrenia se ven obstaculizados por el hecho de que los pacientes necesitan medicación crónica para estar clínicamente estables, lo que genera el factor de confusión de los efectos secundarios de los antipsicóticos, en particular la hiperprolactinemia (8).

La hiperprolactinemia y el hipogonadismo relacionado parecen estar fuertemente implicados en la disfunción sexual, siendo a veces acompañado de infertilidad, amenorrea, ginecomastia y galactorrea. Los niveles más altos de prolactina en plasma están asociados con tasas más altas de disfunción eréctil y eyaculatoria en pacientes con un primer episodio de esquizofrenia (9).

No obstante, un metanálisis reciente ha encontrado niveles significativamente elevados de prolactina en pacientes naïve de antipsicóticos (que no han recibido tratamiento) masculinos y femeninos con esquizofrenia. Este estudio encontró que el aumento de los niveles de prolactina puede causar disfunción sexual como la falta de libido y la disfunción eréctil, pudiendo apoyar nuestra hipótesis de que la disfunción sexual es causada no sólo por medicación antipsicótica sino también por mecanismos patológicos de la enfermedad en sí. Sin embargo, los mecanismos patogénicos aún no están claros aún y tienen que ser especificados (17).

6.1. Dimensiones psicosociales de la sexualidad en pacientes con esquizofrenia

Déficit cognitivo inherente en avances sexuales durante el cortejo:

Los avances sexuales y el cortejo son factores importantes en un ciclo de respuesta sexual normal.

La expresión sexual en la esquizofrenia puede verse obstaculizada por el proceso inherente de la enfermedad, como son los síntomas negativos, incluyendo la falta de motivación, el retraimiento social y la falta de habilidades sociales. Esto puede dificultar la capacidad del paciente para un cortejo adecuado. Otros factores que contribuyen a la represión en la sexualidad entre los pacientes con esquizofrenia incluyen las estancias prolongadas en hospitales, situaciones socialmente desfavorecidas y la exclusión social, presentando dificultades para mantener una buena relación en condiciones donde las interacciones son primitivas, regresivas, represivas o explotadoras (22).

El Síndrome Negativo, Autohigiene y Desmotivación en la esquizofrenia:

Los síntomas negativos de la esquizofrenia, incluyendo la amotivación, la falta de volición y el aplanamiento afectivo están relacionados con actividad hipodopaminérgica en la corteza frontal, lo cual dificulta la interacción interpersonal y puede conducir a una falta de experiencias sexuales. Los pacientes que sufren de esquizofrenia, especialmente en el subtipo previamente clasificado como desorganizado, tienen tendencia a descuidar su autocuidado y mostrar una falta de empatía hacia los demás (22).

Además, es sabido que los pacientes con esquizofrenia son menos sensibles de lo normal al tacto, el color, la música, el gusto y el olor (23). En el contexto del autocuidado, la presencia de olor corporal puede parecer sexualmente poco atractivo para los demás. Todos los factores señalados hacen que los pacientes con esquizofrenia tengan menos interés en las actividades sexuales, menor satisfacción sexual y una actividad sexual infrecuente, influyendo también el escaso apoyo social y el estigma de la sociedad (22).

6.2. Análisis de la disfunción sexual en esquizofrenia

Entre las personas con problemas psiquiátricos, la frecuencia de disfunción sexual entre los pacientes con esquizofrenia es de hecho, la más alta, con tasas que van del 30 al 97,1% (dependiendo de la herramienta de evaluación utilizada, incluyendo los que remiten y los que experimentan un primer episodio de esquizofrenia) (9,20,21,24,26-30), en comparación con las personas con trastornos de ansiedad (45%), y depresión mayor (55%) (9). Para los hombres con esquizofrenia, la disfunción sexual informada con mayor frecuencia fue la disfunción eréctil [31%–95%] y para las mujeres con esquizofrenia la pérdida de la libido [31%–100%] (21). Esto se asocia con un considerable impacto en la calidad de vida en pacientes adultos y adolescentes (9), y una reducción de la adherencia a la medicación (31), lo que lleva a la desestabilización y la recaída (19).

Está ampliamente establecido en la literatura que los antipsicóticos, especialmente los de primera generación y algunos de segunda generación como la risperidona, la paliperidona y la amisulprida, afectan severamente la función sexual (en dominios que van desde el deseo hasta la excitación y el orgasmo), representando un obstáculo crucial en términos de adherencia terapéutica (25).

Además, la disfunción sexual tiende a subestimarse en pacientes psicóticos por varias razones, incluida la falta de confianza en los médicos, vergüenza, dificultades culturales y falta de interés por parte de los psiquiatras (9).

Un estudio inicial de Ucock et al, encontró que más del 70% de los pacientes con esquizofrenia nunca habían preguntado sobre su salud sexual durante una consulta de evaluación psiquiátrica. Además, un artículo italiano reciente subraya cómo los psiquiatras clínicos tienden a evaluar solo la función metabólica, como la trigliceridemia, glucemia y colesterolemia, prestando poca atención al funcionamiento sexual, siendo biomarcadores eficientes de salud sistémica y metabólica (25).

El diagnóstico y tratamiento de la disfunción sexual relacionada con antipsicóticos sigue siendo un desafío para los clínicos en la práctica habitual. Hasta la fecha, ha habido muy poca orientación basada en la evidencia sobre el tratamiento de la disfunción sexual relacionada con los antipsicóticos, lo que la convierte en un área prioritaria para investigar en el futuro (31).

6.3. La recuperación

El concepto de recuperación de la enfermedad mental ha evolucionado más allá de la remisión de los síntomas para lograr la remisión funcional. De hecho, la remisión de síntomas no es un requisito completo para lograr una remisión funcional. Los pacientes con esquizofrenia pueden tener algunos síntomas

residuales mientras mejoran sus funciones sociales para lograr una vida significativa. La recuperación se define por tener una vida satisfactoria y esperanzadora a pesar de las limitaciones causadas por la enfermedad. Esto implica un proceso de desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida de uno a medida que crecen más allá los efectos catastróficos de la enfermedad mental. También es un profundo proceso personal por lo que cada individuo podría tener su propia definición de recuperación, pese a que haya algunos conceptos o factores que sean comunes a la recuperación (22).

7. Dificultades a la hora de abordar la sexualidad en el TMG

La sexualidad está infraexaminada y poco investigada, especialmente en el contexto de la enfermedad mental. Incluso entre los psiquiatras y psicólogos, es sorprendente la poca frecuencia con que preguntamos sobre el bienestar sexual (32).

Tanto los pacientes y los médicos pueden ser reacios a iniciar conversaciones sobre problemas sexuales inducidos por enfermedades, estableciendo o manteniendo así un 'tabú de dos vías', que en última instancia puede tener un impacto negativo en las competencias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes (33).

Para entender por qué la sexualidad a menudo no se discute en detalle en el contexto de las consultas psiquiátricas, es importante considerar algunas de las barreras que los psiquiatras y psicólogos pueden estar experimentando. El primero es el del conocimiento. El paisaje sexual es complicado y siempre cambiante y, en consecuencia, falta familiaridad con muchos aspectos del bienestar sexual y sobre como puede ser afectado por la enfermedad y el tratamiento. Además, a menudo hay reservas sobre cómo y cuándo preguntar sobre sexo y género (33). En otras ocasiones, existe un desconocimiento de los servicios de salud sexual e inquietudes sobre el tema causando vergüenza o angustia (34).

Otros factores que generan la renuencia del médico a preguntar puede deberse a la naturaleza sensible del tema, la baja valoración de la sexualidad en relación con otros problemas, la creencia de que la actividad sexual podría ser desestabilizadora o el miedo a desencadenar delirios sexuales (19).

En una encuesta de las actitudes de los psiquiatras hacia la sexualidad entre personas con esquizofrenia (N=76), solo el 17% se sentía confiado en su capacidad para evaluar la disfunción sexual y el 66% admitió que no preguntan regularmente a sus pacientes sobre funcionamiento sexual (19).

Un estudio realizado en la provincia de Holanda Septentrional en la que participaron 164 psiquiatras y psiquiatras en formación, mostraron que el 50% de los encuestados dedicaba menos de cinco minutos a la semana a hablar sobre problemas de sexo con sus pacientes. Este estudio también mostró que al prescribir un antipsicótico, el 50% de los psiquiatras y los aprendices a menudo no informaron a los pacientes sobre el aspecto sexual. Esto era atribuido a sentimientos de vergüenza e incompetencia en el manejo de este tema y no con la falta de tiempo. Además, la identificación de la disfunción sexual relacionada con el tratamiento en la esquizofrenia puede ser particularmente desafiante porque la disfunción sexual puede ser un síntoma de la enfermedad incluso en ausencia de tratamiento (35).

Por otro lado, la frecuencia de preguntas relacionadas con la sexualidad por parte del paciente es bastante baja, tan solo el 25%. De hecho, según algunos estudios, menos del 38% de los pacientes reportan espontáneamente cualquier disfunción sexual (20).

Dado el valor positivo y la importancia de un interés sobre una sexualidad saludable, es importante abordar este tema entre las personas con esquizofrenia. Una discusión franca sobre la sexualidad y el interés y el funcionamiento sexual saludable podría contribuir a una mejor adherencia a la medicación, menos recaídas y una mejor calidad de vida (19), enfatizando la importancia de descubrir el nivel de disfunción sexual antes de iniciar el tratamiento y monitorizar cualquier desarrollo de efectos secundarios sexuales durante el tratamiento antipsicótico (26), ya que algunos estudios indican que

hasta el 41% de los hombres y el 15% de las mujeres habían dejado de tomar sus medicamentos por este motivo (20).

Kelly y Conley (2004) mostraron, en una revisión de la literatura, que los pacientes con esquizofrenia son abiertos y receptivos a discutir temas sexuales con su médico y creen que discutir los problemas sexuales en realidad puede ser beneficioso para sus resultados. En concreto, los pacientes del estudio realizado por Rani y compañía que presentaban disfunción sexual, reportaron buena tolerancia de la perturbación (70,9% de los pacientes) posiblemente por la larga historia con la enfermedad psiquiátrica y la mejor aceptación de la enfermedad y los efectos secundarios de su tratamiento que han desarrollado con el tiempo (duración media de la enfermedad psiquiátrica = 16,6 años (DE = 8,8)); duración media del uso de medicamentos antipsicóticos = 5,7 años (DE=5,5). Por otro lado, las mujeres toleraron mejor su disfunción sexual que los hombres, lo cual es un hallazgo también reportado en otros estudios (35).

Como hemos mencionado en otros apartados, los médicos deben ser conscientes de los diferentes efectos adversos de los antipsicóticos, particularmente la disfunción sexual, e indagar activamente sobre las quejas del paciente con respecto a este efecto secundario y explicarle que tal disfunción puede atribuirse a causas distintas al uso de la medicación antipsicótica prescrita. Lo más importante es que es crucial para discutir soluciones potenciales para tales disfunciones con el paciente, para evitar posibles fallos de adherencia (35).

Explorar la satisfacción sexual de los pacientes y crear una atmósfera en el que los pacientes se sientan seguros para hablar sobre sus problemas y puntos de vista si así lo desean puede ser un reto para los médicos. Las formas apropiadas de hacer esto pueden variar dependiendo del entorno y la cultura, y generalmente requerirá empatía, sensibilidad y habilidades comunicativas (36). En este sentido, los conocimientos y habilidades adecuados del profesional que son necesarios para la evaluación del paciente y se debe considerar la dentro de su currículo formativo (37).

Además, un mejor conocimiento sobre la compleja interrelación entre los problemas de salud física y mental y la actividad sexual y el funcionamiento es crucial para asegurar la evidencia científica que puede promover intervenciones específicas de salud pública y garantizar un asesoramiento clínico de alta calidad (33).

Podría ser útil que los médicos ofrezcan un enfoque individualizado, proporcionando psicoeducación, consejo de las relaciones o terapias más desafiantes cognitivamente como el MBCT (terapia cognitiva basada en mindfulness) o la terapia sexual. Por otro lado, es probable que estos pacientes se beneficien de las intervenciones destinadas a reducir la hospitalización, mejorar las habilidades sociales, disminuir el estigma y mejorar la integración en la sociedad (10).

Las investigaciones futuras deben explorar el interés y el funcionamiento sexual entre las personas con esquizofrenia con más detalle, sugiriendo la necesidad de desarrollar intervenciones concretas para abordar la sexualidad en estos pacientes, al menos para aquellos que estén interesados en desarrollar o mantener relaciones íntimas. Una intervención que enseña a las personas las habilidades necesarias para buscar y navegar con éxito las relaciones íntimas, podría afectar positivamente la confianza y, en última instancia, conducir a una mejora en la adherencia a la medicación y en general la calidad de vida (19).

8. Conclusiones

Numerosos estudios han resaltado el problema de las necesidades no satisfechas alrededor de las relaciones íntimas y sexuales entre personas diagnosticadas de enfermedad mental grave (2). Esta área de interés ha sido descuidada en psiquiatría ya que se considera que la sexualidad tiene menor prioridad en el tratamiento, situación que se complica aún más por la barrera del tabú sexual (22).

El reto de ofrecer una atención a la sexualidad para personas con problemas de salud mental puede atribuirse a varios factores históricos y prácticos, tales como la falta de formación profesional, un enfoque centrado en el déficit de enfoque de la sexualidad (ej.- los pacientes con enfermedad mental son vistos como asexuales y carentes de la competencia para tomar decisiones sexuales saludables), y la falta de políticas dentro de los entornos comunitarios de salud mental para abordar la sexualidad (3).

A pesar de la elevada prevalencia, pocos estudios han aportado evidencia del fenómeno desde un punto de vista cualitativo, describiendo, interpretando o explicando la experiencia vivida en primera persona (1).

Además, como se indicó anteriormente, las deficiencias sexuales podrían afectar una ya delicada relación médico-paciente, comprometiendo la adherencia y conduciendo a un grado consistente de abandonos de la terapia. Teniendo este escenario en mente, es extremadamente importante que los psiquiatras deban considerar la vida sexual como un dominio de la salud que necesita ser abordado y preservado (25).

Al hacerlo, un primer paso sería medir y monitorizar la función sexualidad por medio de herramientas psicométricas. Basado en puntajes de tales medidas, se podrían clasificar los antipsicóticos según sus efectos secundarios sexuales y, en consecuencia, elegir sabiamente según la situación de cada paciente. La prevención primaria consiste, de hecho, en elegir el antipsicótico más preservador de sexo, sin reducir la eficacia en el tratamiento de los síntomas psicóticos (25) (haríamos del mismo modo con los fármacos antidepresivos y estabilizadores del ánimo).

Por otro lado, los psiquiatras deberían considerar también las intervenciones psicosociales, cuyo objetivo principal es apoyar al paciente, producir desestigmatización y tratar de modificar aquellos comportamientos desadaptativos que con frecuencia conducen a trastornos crónicos no comunicados y, por tanto, a la disfunción sexual (25).

Un enfoque holístico y multidisciplinar para reconocer y apoyar la intimidad y la expresión de la sexualidad no puede sólo mejorar nuestro conocimiento y comprensión de las necesidades y preocupaciones individuales, sino también ayudar a apoyar a las personas en una forma más empoderadora y satisfactoria y orientada hacia la recuperación (2).

Contacto: María José Muñoz Algar ✉ maria_jose_m@msn.com
Hospital Dr. Rodríguez Lafora. M-607, Km 13,800 • 28049 Madrid.

9. Referencias bibliográficas

1. Hortal-Mas R, Moreno-Poyato AR, Granel-Giménez N, Roviralta-Vilella M, Watson-Badia C, Gómez-Ibáñez R, et al. Sexuality in people living with a serious mental illness: A meta-synthesis of qualitative evidence. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2022; 29(1):130-146.
2. McCann E, Donohue G, de Jager J, van Os J, Nugter A, Stewart J, et al. Sexuality and intimacy among people with serious mental illness in hospital and community settings: a qualitative systematic review protocol. *JB I Database System Rev Implement Rep*. 2018; 16(2):324-327.
3. Ecker J, Cherner R, Rae J, Czechowski K. Sexual Intimacy, Mental Illness, and Homelessness. *Am J Community Psychol*. 2018; 61(1-2):131-140.
4. Seitz T, Ucsnik L, Kottmel A, Bitzer J, Teleky B, Löffler-Stastka H. Let us integrate sexual health-do psychiatrists integrate sexual health in patient management? *Arch Womens Ment Health*.

- 2020;23(4):527-534.
5. Urry K, Chur-Hansen A. Who decides when people can have sex? Australian mental health clinicians' perceptions of sexuality and autonomy. *J Health Psychol.* 2020; 25(13-14):2188-2199.
 6. Tumwakire E, Arnd H, Gavamukulya Y. A qualitative exploration of Ugandan mental health care workers' perspectives and experiences on sexual and reproductive health of people living with mental illness in Uganda. *BMC Public Health.* 2022; 10;22(1):1722.
 7. Barker LC, Vigod SN. Sexual health of women with schizophrenia: A review. *Front Neuroendocrinol.* 2020; 57:100840.
 8. Trovão JN, Serefoglou EC. Neurobiology of male sexual dysfunctions in psychiatric disorders: the cases of depression, anxiety, mania and schizophrenia. *Int J Impot Res.* 2018; 30(6):279-286.
 9. Montejo AL, Montejo L, Baldwin DS. The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry.* 2018; 17(1):3-11.
 10. Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Womens Health (Lond).* 2018; 14.
 11. Dargél AA, Mosconi E, Volant S, Taieb D, Brenot P. Sexual dysfunction among males and females with bipolar disorder and healthy subjects: The burden of illness severity. *Bipolar Disord.* 2022; 24(6):637-646.
 12. Preeti S, Jayaram SD, Chittaranjan A. Sexual Dysfunction in Patients with Antidepressant-treated Anxiety or Depressive Disorders: A Pragmatic Multivariable Longitudinal Study. *East Asian Arch Psychiatry.* 2018; 28(1):9-16.
 13. Castellini G, Rossi E, Ricca V. The relationship between eating disorder psychopathology and sexuality: etiological factors and implications for treatment. *Curr Opin Psychiatry.* 2020; 33(6):554-561.
 14. Cabello-García M.A., del Río F.J. y Sánchez-Sandoval Y. Revisión sistemática sobre trastornos de la personalidad y disfunciones sexuales *Rev Int Androl.* 2020; 18(4):129-136.
 15. Thompson KN, Betts J, Jovev M, Nyathi Y, McDougall E, Chanen AM. Sexuality and sexual health among female youth with borderline personality disorder pathology. *Early Interv Psychiatry.* 2019; 13(3):502-508.
 16. Moulden HM, Myers C, Lori A, Chaimowitz G. The Relationship Between and Correlates of Problematic Sexual Behavior and Major Mental Illness. *Front Psychol.* 2022; 12: 719082.
 17. Dembler-Stamm T, Fiebig J, Heinz A, Gallinat J. Sexual Dysfunction in Unmedicated Patients with Schizophrenia and in Healthy Controls. *Pharmacopsychiatry.* 2018; 51(6):251-256.
 18. Ciocca G, Jannini TB, Ribolsi M, Rossi R, Niolu C, Siracusano A, et al. Sexuality in Ultra-High Risk for Psychosis and First-Episode Psychosis. A Systematic Review of Literature. *Front Psychiatry.* 2021; 12: 750033.
 19. Bianco CL, Pratt SI, Ferron JC. Deficits in Sexual Interest Among Adults With Schizophrenia: Another Look at an Old Problem. *Psychiatr Serv.* 2019; 70(11):1000-1005.
 20. Martín JC, Acuña MJ, Labrador J, Blanco M, Casas C. Sexual dysfunction factors in patients with schizophrenia treated with second generation antipsychotics: not only prolactin. *Actas Esp Psiquiatr.* 2018; 46(6):217-25.
 21. Dumontaud M, Korchia T, Khouani J, Lancon C, Auquier P, Boyer L, et al. Sexual dysfunctions in schizophrenia: Beyond antipsychotics. A systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2020; 98:109804.
 22. Adam RL, Sidi H, Midin M, Zakaria H, Das S, Mat KC. The Role of Atypical Antipsychotics in Sexuality: Road to Recovery in Schizophrenia. *Curr Drug Targets.* 2018; 19(12):1402-1411.
 23. Kazour F, Obeid S, Hallit S. Sexual desire and emotional reactivity in chronically hospitalized

- Lebanese patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*. 2020; 56(3):502-507.
24. Ma MC, Chao JK, Hung JY, Sung SC, Chao IC. Sexual Activity, Sexual Dysfunction, and Sexual Life Quality Among Psychiatric Hospital Inpatients With Schizophrenia. *J Sex Med*. 2018; 15(3):324-333.
 25. Jannini TB, Sansone A, Rossi R, Di Lorenzo G, Toscano M, Siracusano A, et al. Pharmacological strategies for sexual recovery in men undergoing antipsychotic treatment. *Expert Opin Pharmacother*. 2022; 23(9):1065-1080.
 26. Düring SW, Nielsen MØ, Bak N, Glenthøj BY, Ebdrup BH. Sexual dysfunction and hyperprolactinemia in schizophrenia before and after six weeks of D_{2/3} receptor blockade - An exploratory study. *Psychiatry Res*. 2019; (274):58-65.
 27. Souaiby L, Kazour F, Zoghbi M, Bou Khalil R, Richa S. Sexual dysfunction in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and its association with adherence to antipsychotic medication. *J Ment Health*. 2020; 29(6):623-630.
 28. Redman B, Kitchen C, Johnson KW, Bezwada P, Kelly DL. Levels of prolactin and testosterone and associated sexual dysfunction and breast abnormalities in men with schizophrenia treated with antipsychotic medications. *J Psychiatr Res*. 2021; 143:50-53.
 29. Ghormode D, Gupta P, Ratnani D, Aneja J. Evaluation of sexual dysfunction and quality of life in patients with severe mental illness: A cross-sectional study from a tertiary care center in Chhattisgarh. *Ind Psychiatry J*. 2019; 28(1):75-81.
 30. Esan O, Esan A. Sexual Dysfunction Among Patients With Schizophrenia in Southwest Nigeria. *J Sex Marital Ther*. 2018; 44(7):657-666.
 31. Allen K, Baban A, Munjiza J, Pappa S. Management of Antipsychotic-Related Sexual Dysfunction: Systematic Review. *J Sex Med*. 2019; 16(12):1978-1987.
 32. Malhi GS, Bell E. Questions in Psychiatry (QuiP): Sexual well-being and mental illness. *Bipolar Disord*. 2022; 24(1):86-89.
 33. Bahnsen MK, Graugaard C, Andersson M, Andresen JB, Frisch M. Physical and Mental Health Problems and Their Associations With Inter-Personal Sexual Inactivity and Sexual Dysfunctions in Denmark: Baseline Assessment in a National Cohort Study. *J Sex Med*. 2022; 19(10):1562-1579.
 34. Hughes E, Mitchell N, Gascoyne S, Moe-Byrne T, Edmondson A, Coleman E, et al. The RESPECT study: a feasibility randomised controlled trial of a sexual health promotion intervention for people with serious mental illness in community mental health services in the UK. *BMC Public Health*. 2020; 20(1):1736.
 35. Rani A, Hassan FU. Suffering in Silence: Stories of Indian Women with Chronic Mental Illness and Sexual Coercion. *Indian J Psychol Med*. 2020; 42(2):168-174.
 36. Laxhman N, Greenberg L, Priebe S. Satisfaction with sex life among patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2017; 190:63-67.
 37. Raisi F, Yahyavi S, Mirsepassi Z, Firoozikhojastefar R, Shahvari Z. Neglected sexual needs: A qualitative study in Iranian patients with severe mental illness. *Perspect Psychiatr Care*. 2018; 54(4):488-494.

- Recibido:16/02/2024.
- Aceptado: 06/05/2024.

Experiencia y proceso de psicoterapia grupal en pacientes con clínica ansioso-depresiva.

Experience and process of group psychotherapy in patients with anxious-depressive symptoms.

Laura Espada Rubio. P.I.R. - 4.

Juan Antonio Membrive Galera. P.I.R. - 3.

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

Unidad de Salud Mental Comunitaria Cartuja. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada).

Resumen: Este artículo expone el trabajo realizado por los residentes de Psicología Clínica del Hospital Virgen de las Nieves llevando a cabo psicoterapia grupal en un dispositivo de salud mental ambulatorio con pacientes de perfil ansioso-depresivo de intensidad leve a moderada. Se hace un recorrido explicando de dónde nace la necesidad de hacer este tipo de grupos, por qué se elige este perfil de pacientes, así como las características del formato en cuanto a frecuencia y tiempo, y se describe cómo se realiza la formación del grupo. También se expone el proceso grupal que se ha ido observando a lo largo de las distintas ediciones en las que se ha llevado a cabo; cuáles son las temáticas más frecuentes durante la terapia y que han sido comunes en todos los grupos realizados, los objetivos terapéuticos, las dinámicas interpersonales observadas, así como un análisis de la evolución del grupo desde las primeras a las últimas sesiones, y la finalización del mismo.

Palabras clave: psicoterapia, grupo, ansiedad, depresión, salud mental.

Abstract: This article presents the group psychotherapeutic work implemented by the residents of Clinical Psychology at the Hospital Virgen de las Nieves, in an outpatient mental health facility with anxious-depressive profile patients, from mild to moderate intensity. A tour is made explaining where the need for this type of groups arises, why this patient profile is chosen, as well as the characteristics of the format in terms of frequency and time (frame). A description is given of how the group is established. It also explains the group process observed throughout the different editions; which ones are the most frequent themes during the therapy and which have been communal in all the group editions, the therapeutic objectives, the interpersonal dynamics observed as well as an analysis of the evolution of the group from the first to the last sessions, and the end of it.

Keywords: psychotherapy, group, anxiety, depression, mental health.

1. Introducción

Conforme se detalla en el Informe de Fundamed: "Casi 3 millones de personas tienen un diagnóstico de depresión en España, lo que la convierte en la enfermedad mental más prevalente en nuestro país" (1). Según la Confederación de Salud Mental Española, un 47,6% de la población española reconoce haber experimentado ataques de ansiedad o pánico, el 42% ha sufrido una depresión y, un 36,9%, ansiedad prolongada en el tiempo (2). La incidencia de este tipo de sintomatología ha ido en aumento en los últimos años, en lo que también ha influido el impacto de

la pandemia en nuestras formas de vida, que ha provocado un aumento de los factores de riesgo como la intolerancia a la incertidumbre y el afecto negativo. Teniendo el factor de intolerancia a la incertidumbre un carácter transdiagnóstico que implica la capacidad de influir en la etiopatogenia de trastornos emocionales y de ansiedad (3).

En respuesta a esta nueva realidad, tenemos los datos de que en nuestro país el consumo de psicofármacos, sobre todo ansiolíticos e hipnóticos, lleva experimentando un crecimiento de más de un 27% en la última década, según el Observatorio del Uso de Medicamentos. En lo que respecta a los antidepresivos, el crecimiento es más lento pero continuo (4). Es de destacar, según refiere la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (INCB) de la ONU, que España es el país del mundo con mayor tasa de consumo de benzodiazepinas, en un análisis comparativo con 90 países (4).

A día de hoy es reconocida la utilidad y eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad, según constatan las diferentes guías de práctica clínica. Algunas de las dificultades para acceder a estos tratamientos son la falta de recursos, los proveedores de atención no especializados y el estigma asociado a la salud mental (5). Conforme se apunta en Mental Health Atlas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en España la atención sociosanitaria y sobre todo la atención a la salud mental está en peligro (6). Hay una red de profesionales escasa. Específicamente la media europea son 18 psicólogos por cada 100.000 habitantes, no llegando en España a los 6/100.000 (7). Esta situación obviamente contribuye a las listas de espera y, además, obliga a la receta rápida de los psicofármacos desde Atención Primaria.

De acuerdo con los datos expuestos, surge la necesidad de crear políticas nacionales que respalden esta demanda, junto con la creación de espacios complementarios que fomenten el cuidado de la salud mental desde otros espacios fuera del Sistema Público de Salud dirigidos a la población general.

En concreto, y atendiendo a la clínica de mayor incidencia en el Equipo de Salud Mental, se crea un espacio de terapia grupal teniendo en cuenta: análisis de la demanda, satisfacción con el seguimiento y con el tratamiento recibido. La terapia en grupo es elegida, entre otros motivos, por criterios de eficacia y eficiencia, ya que disminuye el coste económico, permite un seguimiento más continuado y aumenta la rapidez de la respuesta psicoterapéutica (8). Además, permite el trabajo sobre los factores psicosociales de los trastornos psicológicos (dinámicas interpersonales, elementos familiares internalizados, factores microsociales), siendo los más olvidados dentro de la perspectiva de corte biopsicosocial.

El espacio grupal como el que aquí se presenta, recoge la necesidad de atención para pacientes del espectro ADS (ansiedad, depresión, somatizaciones), que no tienen la gravedad suficiente para requerir seguimiento individual en el equipo y tampoco lo suficientemente leves para ser devueltos a atención primaria. Se crea así una puerta abierta para la escucha, interconexión, normalización del malestar y la esperanza, todos estos descritos en la extensa bibliografía como factores de beneficio propios de la terapia grupal (9).

El presente artículo trata de exponer el trabajo psicológico en grupo de pacientes que son atendidos en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Cartuja, perteneciente al Hospital Universitario Virgen de Las Nieves de Granada. Este espacio pretende los siguientes objetivos genéricos: dar respuesta a una alta demanda asistencial mediante una atención psicológica de calidad que disminuya los tiempos de espera entre sesiones, así como favorecer y promocionar la visión de la atención psicológica, tanto de forma individual como grupal. Así mismo, compartimos con Vallejo la filosofía básica de que el grupo se nos muestra como "un espacio privilegiado de relación, como lugar de palabra, más allá del síntoma" y como un instrumento que permite a cada sujeto "el espacio y tiempo para elaborar y afrontar sus conflictos" (10).

2. Descripción del grupo

2.1. Encuadre grupal

Se trata de un grupo que funciona en formato ambulatorio con periodicidad semanal y un máximo de 12-14 sesiones, realizando dos ediciones al año: de octubre a enero y de marzo a junio. La duración de las sesiones es de 90 minutos, y se incide en la importancia de respetar el encuadre (asistencia continuada, horario y tiempo establecidos). El espacio grupal está coordinado por dos residentes de psicología: un residente de segundo año y un residente de primer año. El reparto de las funciones es acordado por cada par de residentes, normalmente comenzando por un terapeuta principal y un observador, aunque en diferentes ediciones se ha decidido repartir la función de dirección de manera equitativa. Diez minutos antes de la finalización de la sesión de grupo, se procede a la lectura de una "síntesis" de las temáticas trabajadas por los diferentes integrantes del grupo durante la propia sesión y que son relevantes para la consecución de los objetivos terapéuticos. Posteriormente se realiza un espacio de post-grupo para poner en común lo observado por ambos terapeutas.

Con la finalidad de fomentar los objetivos terapéuticos mencionados, se facilita una hoja informativa a los pacientes en la primera sesión con las normas básicas del funcionamiento del espacio grupal, como son la puntualidad y la confidencialidad.

2.2. Descripción de los pacientes

Los pacientes son derivados por sus referentes en el Equipo de Salud Mental y, posteriormente, se procede a realizar entrevistas individuales para elegir a los miembros del grupo, teniendo en cuenta una extensión máxima de 8-10 participantes. Las entrevistas individuales sirven para evaluar los criterios de inclusión y exclusión en cada caso particular, así como para informar acerca de la dinámica grupal y desmontar mitos acerca de esta. Para aquellas personas que se decide no incluir en el grupo, la entrevista puede servir de orientación terapéutica, o bien derivación hacia un recurso más apropiado para su caso: terapia individual, o bien otro espacio grupal.

En cuanto a los criterios de inclusión se plantean los siguientes: clínica depresiva (episodio depresivo mayor de intensidad leve o moderado), clínica ansiosa (como trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de pánico, agorafobia o trastorno de ansiedad inespecífico), clínica mixta-ansioso depresiva y trastorno adaptativo. Por otro lado, se excluyen: trastornos de personalidad, trastornos psicóticos, trastornos neurodegenerativos como demencias o abuso de sustancias y pacientes con ideación suicida en primer plano.

En la tabla 1 (ver tabla 1) se exponen los datos descriptivos de los pacientes relativos a las 4 últimas ediciones.

En ella destaca la elevada disparidad entre géneros dentro de los participantes que finalmente acceden al grupo, siendo estos mayoritariamente conformados por mujeres y la presencia masculina algo más testimonial. Como explicaciones a este fenómeno pueden sugerirse: la mayor presencia de sintomatología ansioso-depresiva en mujeres (11), la menor probabilidad con la que los hombres suelen buscar ayuda ante la presencia de estos síntomas, así como la influencia de la educación y la cultura en la expresión de las emociones según el género. En el análisis de los participantes puede destacarse también: la elevada heterogeneidad en cuanto a edades y categorías diagnósticas, la primacía de trastornos del espectro ansioso frente a otros como los depresivos (pese a que la mayor parte de participantes presentaba sintomatología comórbida, incluso en menor grado) y la elevada tasa de abandonos en las primeras sesiones (casi del 100% se dan durante las primeras 3 sesiones).

2.3. Instrumentos de evaluación cuantitativos

Con objetivo de evaluar la eficacia y resultados del proceso terapéutico de una manera cuantitativa, se administran una serie de instrumentos durante la primera sesión, y la última, para así obtener una medida pre y otra, post tratamiento. Los cuestionarios administrados son los siguientes: SCL-90 (listado de síntomas psicopatológicos generales), STAI (cuestionario que evalúa el nivel de ansiedad estado como a nivel de rasgo ansioso), BDI (listado de síntomas depresivos) y PHQ-9 (medida de autoinforme que evalúa el nivel de síntomas depresivos siguiendo criterios DSM). La intención es aumentar la muestra a lo largo de la suma progresiva de diferentes ediciones del grupo de cara a poder trabajar con tamaños muestrales mayores que permitan deducir conclusiones a nivel cuantitativo. Desde una perspectiva más cualitativa, se atiende también a la percepción subjetiva de mejora o no mejora, así como a los aspectos que han resultado más beneficiosos de la terapia al final del proceso para los pacientes. También a la evolución grupal y no únicamente individual.

2.4. Objetivos grupales

Los objetivos propuestos son la reflexión y análisis de los problemas traídos al grupo, y de los patrones de relación, así como posibilidad de observar estos desde otra perspectiva, actuando el grupo como un tercero en los conflictos interpersonales que los participantes traen a las sesiones. Crear un espacio en el que poder pensar, así como permitir la expresión emocional. Tomar conciencia de los patrones de comportamiento y la repetición, para poder crear otros nuevos que resulten más funcionales. Compartir experiencias, dando importancia al factor comunitario y verse reflejado en los demás, pudiendo tomar conciencia de la universalidad de los problemas.

3. Experiencia y proceso grupal

3.1. Proceso grupal inicial

En esta primera fase grupal, entre las sesiones primera y cuarta, es cuando los distintos grupos se muestran más inestables, así como la fase que aglutina la mayor probabilidad de abandonos terapéuticos (prácticamente el 100% de los que abandonan lo hacen en esta fase). No se ha formado aún una "cultura grupal", ni una sensación de pertenencia compartida (9). Es más común escuchar una mirada de historias personales con baja conexión con aquello que el resto de participantes menciona, aunque comienzan a darse los primeros procesos de identificación entre individuos concretos: *"me he sentido muy identificado con la sensación de X de no sentirse entendido en su hogar ni en su trabajo"; "mi historia es bastante similar a la de Y"*. Predomina un discurso centrado en los síntomas (tristeza, apatía, ansiedad, dolores) y en los factores externos/ambientales, y en cómo estos actúan como barreras en el desarrollo de un proyecto vital estancado (*"yo estaba bien, trabajaba y disfrutaba de mi familia, hasta que apareció la ansiedad"*), con poca o nula conexión con circunstancias vitales. Aparece la fantasía de curación proyectada sobre el equipo terapéutico, en el sentido de alivio de los síntomas y frustración con la ausencia de soluciones rápidas y simples a sus malestares, lo cual nos remite al supuesto básico de dependencia formulado por Bion (12): *"¿cómo va a ayudarnos el hablar de nuestros problemas?"; "necesitamos que vosotros (los terapeutas) nos digáis qué hacer"*. Es decir, al comienzo los integrantes del grupo no se asumen a sí mismos como sujetos activos en su propio proceso de curación, replicando viejos modelos de dependencia. La dirección de la comunicación en estas fases normalmente va dirigida a los terapeutas, siendo las interacciones entre distintos miembros del grupo menos frecuentes.

3.2. Proceso grupal intermedio

Durante esta fase disminuyen las fantasías de curación mágicas (*"¿entonces no nos vais a enseñar la varita mágica para solucionar nuestros problemas?"*) y se comienzan a producir un mayor número de interacciones intergrupales, intercambios que evidencian modos de vinculación que los pacientes

suelen utilizar en su vida cotidiana. Se habla desde el “yo” pero, al contrario que en fases iniciales se va incluyendo al otro, se acentúan las identificaciones y las comparaciones. Se denota una disminución de las ansiedades paranoides y una mayor confianza en el espacio grupal: *“siento más libertad para poder hablar de aquello que llevaba guardado”*. Este contexto permite una mayor elaboración de temáticas vitales relevantes en las historias de los pacientes, así como de las acontecidas en el proceso grupal. Sin embargo, esta actividad no es constante, y se intercala con sesiones o momentos grupales defensivos en los que se vuelve a una posición pasiva y dependiente de los terapeutas y de las circunstancias externas. Se observa una progresiva internalización del grupo: *“estaba hablando con mis hermanos y me acordé de lo que hablamos en el grupo”, “las cosas que hablamos en el grupo me las llevo para mí”*.

El contenido del discurso se va alejando de la mera descripción de síntomas que, no obstante, continúa apareciendo en momentos concretos, y pasa a tener más conexión con la vida cotidiana de los individuos, los conflictos y los patrones de interacción (*“aquí podemos hablar de las cosas cotidianas que nos duelen y que fuera nadie nos escucha”*). En esta fase el grupo comienza a observarse a sí mismo (13). Va apareciendo la identidad grupal e incluso un lenguaje común: términos de significado compartido para todos que no es necesario explicitar (por ejemplo: *“soltar”* para hablar de la expresión de sentimientos; *“protección”* para hablar de patrones evitativos).

3.3. Proceso grupal final

Durante las sesiones finales, se puede observar como el grupo busca por sí mismo las respuestas que antes pedía a los terapeutas, que pasan a tener un papel menos imprescindible en el grupo (13).

Al final del proceso grupal, se evidencian también las diferencias en la mejora percibida por cada uno de los miembros, el grupo señala a aquellos cuyo cambio es observado por los demás y se hace evidente que no todos los miembros han avanzado por igual. Se acentúan las diferencias individuales, analizando la evolución de cada uno y apareciendo inevitablemente las comparaciones, pero también la evolución a nivel grupal; se hace más notable el sentimiento de pertenencia, lo que hace necesario tener que elaborar su terminación. En esta fase final del proceso grupal se producen varios mecanismos de retrocesos mediante la reactivación de duelos pasados, en el contexto de duelo simbólico que implica la finalización del espacio grupal. A este respecto, recogemos la significativa frase de una de sus integrantes: *“he vuelto para atrás, porque se termina esto”*. Esta es una temática frecuente en esta fase grupal.

3.4. Temáticas identificadas en el discurso y evolución grupal

- Influencia de los síntomas en su vida, descripción de estos y expresión de las dificultades en su manejo. El discurso va evolucionando en torno a la relación de la sintomatología con sus circunstancias vitales presentes y pasadas.
- Cambio de roles y pérdida de sentido vital (yo antiguo vs. yo nuevo): la aparición de los síntomas como una discontinuación en el proyecto personal que limita conseguir los objetivos personales.
- Duelos y pérdidas: son comunes las historias de pérdidas, recientes o pasadas, que afectan emocionalmente y sobre los que cuesta sobreponerse. No hablamos únicamente de duelos de personas, sino también de duelos simbólicos: pérdida de trabajos, estudios, roles interpersonales (perder el cuidado de los hijos tras su marcha del hogar, perder al padre/madre del que se era cuidador/a), o pérdida de la propia funcionalidad.
- Toma de conciencia de roles adoptados en las relaciones interpersonales: son comunes las quejas sobre dificultades en las relaciones, como establecimiento de límites interpersonales (*“ya no permito que las circunstancias me sobrepasen, he aprendido a no callármelo”*), expresión asertiva de deseos propios y negativas, sobre todo aquellas relacionadas con el grupo familiar. Dado el alto número de pacientes de

sexo femenino en la conformación de los grupos (aproximadamente un 90%), la influencia de los roles de género a la hora de relacionarse con los otros ha sido una temática muy frecuente, apareciendo el cuidado como una forma predominante de relación, *"me he pasado la vida estando pendiente de los demás y nadie lo ha estado de mí"*. Este discurso evoluciona hacia la toma de conciencia de la función que ejerce este cuidado *"cuando no me necesitan nadie se acuerda de mí"*.

- Aparición de somatizaciones a raíz de un conflicto emocional: al comienzo apreciamos un discurso centrado en la queja y la incompreensión del entorno, que va evolucionando hacia la conexión de la sintomatología física y los conflictos psíquicos.
- Aceptación de las propias limitaciones: a nivel individual, *"nos echamos demasiada carga a las espaldas"*, así como reajuste de las expectativas de mejora y limitaciones del propio grupo y de los terapeutas, desmontando poco a poco las fantasías de curación iniciales.

4. Discusión

4.1. Dificultades y mejoras

Se exponen a continuación algunas de las dificultades observadas por el equipo terapéutico, tanto en el proceso de formación grupal, con en el desarrollo semanal de este:

- Asistencia desde el 2021: entre el 15-20% de los pacientes que inician el grupo, no continúan asistiendo a este, sin contar con aquellos que rechazan la terapia grupal o faltan directamente a la primera sesión, lo que es una dificultad intrínseca de la terapia grupal.
- Expectativas previas al espacio grupal distorsionadas: en no pocas ocasiones los participantes llegan al espacio grupal con unas expectativas erróneas respecto al trabajo grupal, esperando que el equipo terapéutico le suministre técnicas o estrategias para eliminar sus síntomas. Esto implica un tiempo del espacio grupal que necesariamente ha de dedicarse a abordar dichos malentendidos y resistencias para los objetivos terapéuticos.
- A nivel institucional existe una dificultad para mantener el grupo en el imaginario colectivo del equipo, lo que se traduce en un número de derivaciones no acorde con la demanda, en ocasiones baja en cuanto a cantidad, en otras con disparidad respecto a los criterios y objetivos grupales planteados.

4.2. La voz de los pacientes

A continuación, se relatan algunos comentarios y feedback por parte de los/as protagonistas del grupo, los pacientes, expresadas en las sesiones finales de estos, y que recogen de forma más cualitativa su experiencia en el proceso terapéutico grupal y la utilidad percibida de este:

- *"Fuera no te entienden, ayuda sentir que uno tiene un espacio en el que lo comprenden"*.
- *"Aquí no me siento como alguien raro"*.
- *"Cuando vamos hablando vamos acumulando"*.
- *"Encontrar la libertad para hablar de aquello que llevaba guardado"*.
- *"Ahora puedo hablar de lo que siento en el día a día"*.
- *"Poner límites, decir las cosas a la cara"*.
- *"Asumir que el pasado no se puede cambiar"*.

- *“Yo pensaba que lo hacía por obligación, ahora me he dado cuenta de que soy yo mismo”.*
- *“Entre los demás y nosotros, debemos priorizarnos un poco más a nosotras mismas”.*
- *“Soy más capaz de decir lo que siento, ahora sé cuándo me tengo que permitir parar”.*
- *“Siento que antes estaba sobreviviendo y ahora me puedo plantear vivir”.*

5. Conclusiones

Tal y como queda expuesto en la introducción, es notable el aumento en consumo de psicofármacos (ansiolíticos y antidepresivos) y las necesidades poblacionales de acceso a tratamientos psicológicos para el manejo de síntomas difusos, sobre todo de aquellos dentro del espectro ansioso-depresivo, reactivos a circunstancias vitales estresantes, y mantenidos por un ambiente social incapaz de poner en marcha recursos comunitarios para resolver y elaborar las pérdidas, estresores, cambios vitales y sensación de aislamiento, y otras temáticas vitales incapaces de manejar por los sujetos más allá de a través de la reducción rápida y directa de estos síntomas. En este contexto en el que reina la manualización y estandarización de procedimientos terapéuticos y el desborde asistencial por parte de los servicios de salud mental, el espacio grupal se abre como una alternativa útil, eficaz y eficiente para aportar cauces a estos malestares, otorgando al individuo la responsabilidad en el manejo, elaboración y recuperación de sus malestares (frente a la posición pasiva que le otorgan al sujeto otro tipo de intervenciones más directivas sugieren), en comunidad (frente al individualismo imperante).

Se presentan diversas limitaciones a este estudio, entre las que destacan las siguientes:

- Elevada heterogeneidad entre los participantes y bajo control en su selección, llevando en ocasiones al equipo terapéutico a ser más flexibles con los criterios de selección planteados (por ejemplo: tiempo de evolución del trastorno de más de 1 año, diagnósticos más cronicados, etcétera).
- Ausencia en la actualidad de evidencia de corte cuantitativa que fortalezcan las evidencias aquí planteadas desde un enfoque más experiencial y cualitativo, enriqueciendo las conclusiones aquí expuestas.
- Recoger evidencia acerca de los procesos grupales puestos en marcha a lo largo del devenir grupal que son de utilidad para los pacientes.

Contacto: Laura Espada Rubio ✉ laura.espada.sspa@juntadandalucia.es

6. Referencias

1. Fundación de ciencias del medicamento y productos sanitarios. Depresión y suicidio en urgencias y emergencias hospitalarias. Informe de grupo de trabajo. Madrid: Fundamed; 2021.
2. Confederación Salud Mental España. La situación de la salud mental en España. Madrid; 2023.
3. Sandín B, Valiente RM, García-Escalera J, Chorot P. Impacto Psicológico de la pandemia de covid-19: Efectos Negativos y positivos en Población Española Asociados Al Periodo de Confinamiento Nacional. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2020 Sept 1;25(1). Disponible en: 1. doi:10.5944/rppc.27569

4. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2019 [citado el 9 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/>
5. Depresión. [Internet]. Organización Mundial de la Salud [citado el 9 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
6. Organización Mundial de la Salud. Mental Health Atlas 2020. OMS; 2020.
7. Sánchez A. España tiene un 67% menos de psicólogos clínicos que las principales potencias europeas [Internet]. El Economista. 2023 [citado el 9 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.eleconomista.es/salud/noticias/12098939/01/23/Espana-tiene-un-67-menos-en-psicologos-clinicos-que-las-principales-potencias-europeas.html>
8. Rosendahl, J., Alldredge, C.T., Burlingame, G.M., y Strauss, B. Recent developments in group psychotherapy research. American Journal of Psychotherapy [Internet] 2021, 74(2), 52–59. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>
9. Yalom, I. The Theory and Technique of group psychotherapy. 3rd. Ed. New York: Basic Books; 1985.
10. Vallejo F. Grupo psicoterapéutico para pacientes con trastorno de adaptación. Revista de psicoanálisis y psicología social. 2009;1(1):1-10.
11. Albert, P. R. Why is depression more prevalent in women? Journal of Psychiatry & Neuroscience: [Internet], 2015, 40(4), 219–221. Disponible en: <https://doi.org/10.1503/jpn.150205>
12. Guillem P., Lorén J.A., Del diván al círculo. 2ª ed. Valencia: Promolibro; 1995.
13. Duro, J.C., Ibáñez, M.L., López, L. Vignale, R., Dispositivos grupales en salud mental comunitaria. En: Asociación Española de Neuropsiquiatría. La concepción operativa de grupo. Madrid, 1990. 37-78.

Tabla 1. Datos de los pacientes.

Sexo	- 10% hombres. - 90% mujeres.
Edad	Promedio de edad de 43 años (desviación típica = 15,4).
Diagnósticos	- 50% de trastornos ansiosos. - 8% trastornos depresivos. - 14,7% trastornos mixtos ansioso-depresivos. - 14,7% trastornos adaptativos.
Abandonos	- 20% de asistentes a la primera sesión.
Altas tras el proceso grupal (a fecha de 15/4/23)	- 65% de pacientes que aquellos que completan continúan el grupo hasta la última sesión.
Nº total de pacientes (entre 2021-2023)	- 32.

- Recibido: 15/02/2024
- Aceptado: 23/04/2024

Derivaciones actuales y expectativas del terapeuta.

Current referrals and therapist's expectations.

Ignacio Lafalla.

Licenciado en Psicología por la Universidad del Aconcagua, Argentina. Máster en actuación clínica en psicoanálisis y psicopatología por la Universidad de Barcelona, España. Analista en formación en la Asociación Psicoanalítica Argentina.

El principio fundamental es brindar un encuadre humano, y que el terapeuta, aunque es libre de actuar según le parezca, no deforme el curso de los acontecimientos haciendo o no haciendo cosas llevado por la angustia o la culpa, o por su necesidad de tener éxito. El picnic le pertenece al paciente, y que el día sea lindo o feo es cosa de él.

(Winnicott, 1965, pp. 444-445).

Resumen: El trabajo se propone, desde el campo de la terapia de orientación psicoanalítica, interrogarse sobre qué nos pasa a los terapeutas frente a una derivación, explorando los condicionamientos de nuestro trabajo según de dónde recibamos el caso. También introduce algunos puntos sobre las derivaciones actuales y cómo estas llevan a tener que plantearnos flexibilidad en la técnica, para no quedar fuera de las demandas epocales de los pacientes.

Palabras clave: Contratransferencia. Deseo del Analista. Entrevista de admisión.

Abstract: This paper is made based on the field of therapy with psychoanalysis orientation, It questions what happens to therapists when making a referral, exploring the conditionings of our job in accordance with the place from which the case is received. It also introduces some points about the present referrals and how they lead us to consider flexibility in our technique, in order not to be out of the current patients' demand.

Keywords: Countertransference. Analyst Wish. Admission Interview.

Reflexionar sobre derivación no es sencillo, se trata de un tema poco investigado y en el que no hay extensos desarrollos. El presente artículo se interroga acerca de las expectativas y de lo que nos genera a los terapeutas una derivación: ¿Qué esperamos recibir?, ¿Qué fantasías se nos juegan al recibir una derivación? Si la derivación la hace una institución que no ofrece buenas condiciones de trabajo, sin duda no es lo mismo que la haga un colega/supervisor/profesor que respetamos mucho, ¿cómo comienza a jugarse esa contratransferencia?

Para aclarar el término contratransferencia, Freud, en *Perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica* ([1910] 1999), fue la primera vez que nombró el término, pero hace mención en otros escritos como en *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* ([1915] 1999) y en una carta a Binswanger del 20/2/1913. Menciona a la contratransferencia haciendo referencia a cómo los sentimientos y actitudes del analista hacia el paciente pueden influir en la transferencia y el proceso de curación. La refiere como un obstáculo para el análisis. También indagó cómo el analista debe ser consciente de sus propias emociones mediante el autoanálisis (en aquella época, hoy en día mediante análisis didáctico) y prejuicios para evitar que interfieran en el análisis. Aunque Freud no se detuvo en el término *contratransferencia* en estos artículos, hizo mención a ella para sus posteriores desarrollos.

Volviendo a pensar en lo que se nos puede presentar como terapeutas, ante una derivación, cito a Bion en *Sin memoria y sin deseo*: "Los deseos interfieren el funcionamiento del juicio"(1967, p. 670). Más adelante agrega: "Lo único importante en cualquier sesión es lo desconocido y nada debe impedirnos intuirlo" (1967, p. 670). Y continúa afirmando que "sólo focalizando su atención en ese vacío, desconocido e incognoscible, el analista puede sostener un punto de vista, un vértice psicoanalítico" (1967, p. 739).

Ahí me preguntaba si nuestras fantasías comienzan a trabajar con el paciente o con una institución que paga mal y nos limita en el cuadro de trabajo ¿Recibimos al paciente desmotivados o muy motivados según de dónde venga la derivación? Al recibir una derivación con encuadre institucionalizado ya Freud nos decía en *Sobre la iniciación del tratamiento*, "Puntos importantes para el comienzo de la cura psicoanalítica son las estipulaciones sobre tiempo y el dinero" ([1913] 1991c, p. 30).

¿Qué nos va pasando cuando ya sabemos que esa derivación viene condicionada en tiempo y dinero o cuando ya sabemos que no vamos a poder trabajar con la libertad con la que nos sentimos más cómodos? Atento al tema, encontré un grupo masivo de psicólogos que por redes sociales hacen múltiples derivaciones (o dejan a la deriva a los pacientes). Las interacciones eran algunas por obra social que nadie respondía, otras que aclaraban que el paciente podía pagar y tenía postulaciones de los profesionales de todo tipo.

Por otro lado, tenemos la derivación de un conocido que respetamos, de esos a los que Enrique Racker llamó *analista-padre* (1955, p. 489). En mi experiencia, la presión y el querer demostrarle a ese colega respetado que podemos hacer un gran análisis o, al menos, un análisis con quien nos deriva, se me ha hecho presente. Como si fuese un análisis sobre observado, en dichas situaciones Racker agrega: "En algunos casos se presentó la idea de que, si el tratamiento fracasaba, el analista sería violentamente criticado y perseguido por sus acusadores" (1955, p. 489). Un análisis con cierto peso persecutorio sobre el analista.

Conecto una frase de Janine Puget en *Mundos superpuestos*: "La realidad externa común aparece en el campo analítico con sus datos puede producir transformaciones y distorsión en la escucha del analista en cualquier tratamiento. Esta problemática lo coloca diariamente en dificultades técnicas específicas" (1982, p. 505). Seguramente todos hemos pasado por estas situaciones y ahí me pregunto ¿nos sentimos más exigidos, más presionados?

¿El estar muy interesados sobre una derivación puede ser tan contraproducente para un futuro tratamiento como el estar desmotivados frente a la misma?

Pienso que, si se trabaja bajo las presiones ejercidas por nuestro super yo o esa contratransferencia indirecta, sobre la que nos alerta Racker, nos vemos fuertemente sumergidos bajo el *deseo de curar*, produciendo así obstáculos y limitaciones a la escucha subjetiva de ese paciente, desfasándonos y perdiéndonos de conectarnos con sus tiempos y dinámica inconsciente.

En la carta de Freud a Carl Jung de fin de año de 1911: "Usted no ha adquirido todavía en la práctica la frialdad necesaria: todavía se compromete y da mucho de su propia persona, para demandar algo en retribución" (Cottet, 1984, p. 138).

Ahí es cuando me pregunto cuántas fantasías se nos ponen en juego ante la solicitud de una derivación, con cuántos tipos de contratransferencias nos encontramos, ¿qué esperamos de los pacientes?, ¿muchas veces esperamos al paciente *interesante* que se analiza, asocia, suma frecuencia en las sesiones, esperamos que traiga sueños? Éstos siguen estando, pero quizás mucho de las derivaciones actuales sean pacientes que poco cumplen con esas expectativas. Nos encontramos con pacientes que solo acceden a la frecuencia semanal, que abandonan tratamiento, que no vuelven después de la primera entrevista o primeras. Esto ¿es un mal trabajo del analista?

Ante este interrogante cito a un colega, que en un ateneo clínico decía:

Hace un tiempo recibí un paciente, en la entrevista, me contó que había fallecido un familiar, pero yo no le entendí nada. Al final de la entrevista le pregunté por *Pepito* y me dijo que es quien había fallecido. No volvió más, me quedé mal, un poco angustiado. Pero meses después me llama una persona de parte de él y me dice que le había hablado muy bien de mí, que le *servió* mucho verme aquella vez. (Anónimo, 2022)

Winnicott (1965), en *El valor de la consulta terapéutica*, dice:

No hay ninguna consigna técnica precisa para darle al terapeuta, ya que debe estar en libertad de adoptar cualquier técnica que sea apropiada al caso. El principio fundamental es brindar un encuadre humano, y que el terapeuta, aunque es libre de actuar según le parezca, no deforme el curso de los acontecimientos haciendo o no haciendo cosas llevado por la angustia o la culpa, o por su necesidad de tener éxito. El picnic le pertenece al paciente, y que el día sea lindo o feo es cosa de él. (Winnicott, 1965, pp. 444-445)

Ahí es cuando me pregunto sobre lo que esperamos los analistas frente una derivación, quizás esperamos ofrecerle y poder hacer un análisis profundo con ese *potencial paciente*, pero ese derivado puede esperar otra cosa, algo más focalizado en el síntoma, corto, inmediato, descargarse un poco y no mucho más. ¿Y eso es motivo de que hayamos hecho mal nuestra tarea?, ¿de que nuestro super yo nos recrimine?, ¿o es adaptarnos a las derivaciones actuales? Quizás lo que nosotros pensamos como un fracaso, para esa persona puede haber sido un *encuentro exitoso*.

En una investigación realizada en el Hospital de Clínicas en Montevideo, Uruguay, en 2010, se hizo un control de efectividad de la psicoterapia psicoanalítica. Se interrogó a terapeutas y pacientes al finalizar un tratamiento. Las respuestas de los terapeutas fueron muy disconformes en relación al tiempo de trabajo y objetivos cumplidos, mientras que la de los pacientes fue significativamente positiva y conforme en términos generales (Fernandez, Gerpe, Villalba, 2010).

Continúo preguntándome y les pregunto a ustedes, si ¿todos los pacientes son moldeables o podemos prepararlos para un análisis? Pienso en la época en que vivimos, en la época de lo todo ya, del *fast food*, qué tarea difícil es darse tiempo para ponerse a pensar y más sobre uno mismo. No solo se le dificulta al paciente pensar, sino también a muchos analistas, inclusive cuando derivamos.

Los cambios epocales ponen al psicoanálisis como al salmón, a nadar contra la corriente. Ahí están las derivaciones que quieren realizar terapia cada quince días o una vez al mes, o hasta los que nos dicen que no quieren hacer psicoanálisis sentados en nuestro propio diván (casos que llegan a instituciones psicoanalíticas, aclarándolo en el motivo de consulta).

Ante esto me surge la duda: ¿debemos intentar traer a todas las derivaciones para nuestro molino y acercarlas a un análisis o debemos adaptarnos a estas nuevas derivaciones? Si en algo estamos de acuerdo es que el *fast análisis* no lo vamos a ofrecer, darle comida chatarra a los pacientes no es la *teta analítica* con la que trabajamos. Y traigo a Winnicott cuando dice:

Hago psicoanálisis cuando, según el diagnóstico, el individuo, en su ambiente, quiere psicoanálisis. Incluso puedo tratar de poner en marcha una cooperación inconsciente cuando no hay un deseo consciente de análisis. Pero, en general, el análisis es para quienes lo quieren, lo necesitan y lo permiten.

Cuando estoy ante un caso para el que no corresponde el psicoanálisis, me convierto en un psicoanalista que satisface o trata de satisfacer las necesidades de ese caso especial. (1962, p. 221).

Contacto: Ignacio Lafalla ✉ lafallaignacio@gmail.com

Referencias bibliográficas

- Asociación Psicoanalítica Argentina (2014). *Diccionario de Psicoanálisis Argentino*.
- Barredo, C., y Paulucci, O. (2009). Implicación subjetiva del analista en la transferencia: del "sin memoria y sin deseo" de Bion al "deseo de curar" de Lacan. *Revista de Psicoanálisis*, 66 (4), 739-745.
- Bion, W. (1967). Nota sobre la memoria y el deseo. *Revista de Psicoanálisis*, 24(1-2), 11-23.
- Cabral, A. (1991). Una novedad de Lacan: el concepto de "deseo del analista". *Revista de Psicoanálisis*, 48 (3), 531-546.
- Cottet, S. (1984). *Freud y el deseo del psicoanalista*. Manantial.
- Fernández Blanco, M. (2009). El estilo adictivo de las sensibilizaciones actuales. Disponible en: <https://www.adafad.org/pdf/viiijornada/ponencia4.pdf> (consulta: 5 de mayo, 2023).
- Fernández, C., Gerpe, M. y Villalba, L. (Coord.) (2010). *El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas*. Udelar.
- Freud, S. (1912a) 1991. *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. (Vol. 12, pp. 107-120). Amorrortu.
- Freud, S. (1912b) 1991. *Sobre la dinámica de la transferencia*. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. (Vol. 12, pp. 93-106). Amorrortu.
- Freud, S. (1913c) 1991. *Sobre la iniciación del tratamiento*. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. (Vol. 12, pp. 121-144). Amorrortu.
- Freud, S. (1910d) 1999. *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas*. (Vol. 11, pp. 130-142). Amorrortu.
- Psico psi. (s.f.) Los fines del tratamiento psicoanalítico. Disponible en: https://www.psicopsi.com/los_fines_del_tratamiento_psicoanalitico-asp/ (consulta 23 de julio, 2023).
- Puget J. y Wender L. (1982). Analistas y pacientes en el mundo superpuestos. *Psicoanálisis*, (4) 3, 503-522.
- Racker, E. (1958). Los significados de la contratransferencia. *Revista de Psicoanálisis* (15) 03, 228-243.
- Racker, E. (1955). Aporte al problema de la contratransferencia. *Revista de psicoanálisis*, (12) 4. 481-499.
- Winnicott, D. (1965). "El valor de la consulta terapéutica". En: *Exploraciones Psicoanalíticas II*. Paidós.

- Recibido: 17/01/2024.
- Aceptado: 11/06/2024.

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.

Keywords: 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 nexo 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 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 mejoras 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 mejoras significativas conlleva otras reflexiones para tener en cuenta. La mejora 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 mejora sin clave temporal, sino subrayando el concepto de psicoterapia como proceso de aprendizaje que permite sostener las mejoras 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:

Pablo Feito Fernández. ✉ pfeito@cpbssm.org ✉ feito.fernandez.pablo@gmail.com
Giovanni Oriolo. ✉ goriolo@cpbssm.org
Josep Marcet Bartra. ✉ jmarcet@cpbssm.org
Natalia Navea Rosa. ✉ nnavea@gmail.com

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

Tabla 4. Prueba de t de student

	Ansiedad
T de student	6,405
Sig. (2-tailed)	0,000*

Tabla 5. Puntuaciones en estrés percibido según la Escala de Estrés Percibido

	Media
Previo al tratamiento	40,53
Al finalizar el tratamiento	31,90

Tabla 6. Prueba de t de student

	Estrés percibido
T de student	4,585
Sig. (2-tailed)	0,000*

Tabla 7. Media de ingresos hospitalarios y/o visitas al servicio de urgencias

	Media
Previo al tratamiento	1,23
Al finalizar el tratamiento	0,53

Tabla 8. Prueba de t de student

	Ingresos hospitalarios y/o visitas al servicio de urgencias
T de student	3,336
Sig. (2-tailed)	0,000*

- Recibido: 17/12/2023
- Aceptado: 10/04/2024

Informes, sobrecarga laboral y burnout entre psiquiatras y psicólogos.

Medical reports, burden excess and burnout among psychiatrists and psychologists.

Guillem Lera-Calatayud.

Médico psiquiatra adjunto en Hospital de La Ribera. Director de Docencia e Investigación en Psiquiatría. Alzira, València.

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0003-0574-0411>

Resumen: El burnout es síndrome habitual entre psicólogos y psiquiatras que puede aumentar su frecuencia en relación a sobrecarga asistencial y demandas burocráticas. Metodología: La hipótesis de este estudio es que ha existido un aumento de dichos condicionantes en el área de salud de La Ribera. Los objetivos serían describir el número de primeras visitas de psiquiatras y psicólogos, así como la variación en los recursos humanos, estudiar los datos y aportar posibles vías de mejora. Se analizarán los datos del 2018 (prepandemia) y del 2022. Resultados: Los resultados muestran un claro aumento de la demanda asistencial sin aumento correlativo de recursos humanos. Conclusiones: La sobrecarga asistencial es un problema de difícil gestión, sobre todo porque tiene múltiples causas. La población general se muestra cada vez más consciente de los problemas de salud mental y reclaman atención con más frecuencia. Además, muchas visitas en las USM se deben a problemas habituales de la vida que conllevan sufrimiento. Por otro lado, han crecido exponencialmente la solicitud de informes. A veces, el sanitario debe instar al paciente a una recuperación y esfuerzo por mejorar su funcionalidad y en la medida de lo posible volver a sus tareas habituales y en otras ocasiones justificar una baja funcionalidad y síntomas de intensidad suficiente como para recibir una ayuda o prestación puede ocasionar con gran frecuencia un elevado malestar entre los sanitarios y también en los pacientes.

Palabras clave: Burnout, informes, psiquiatría, minusvalía, discapacidad, prestación económica.

Abstract: Burnout is a common syndrome among psychologists and psychiatrists that can increase its frequency in relation to care overload and bureaucratic demands. Methodology: The hypothesis of this study is that there has been an increase in these conditions in the health area of La Ribera. The objectives would be to describe the number of first visits by psychiatrists and psychologists as well as the variation in human resources, analyze the data and provide possible avenues for improvement. Data from 2018 (pre-pandemic) and 2022 will be analyzed. Results: The results show a clear increase in healthcare demand without a correlative increase in human resources. Conclusions: Care overload is a difficult problem to manage, especially because it has multiple causes. The general population is increasingly aware of mental health problems and is seeking care more frequently. Additionally, many visits at USM are due to common life problems that involve suffering. On the other hand, the request for reports has grown exponentially. Sometimes, the healthcare provider must urge the patient to recover and make an effort to improve their functionality and, as far as possible, return to their usual tasks and on other occasions justify low functionality and symptoms of sufficient intensity to receive help or benefit. It can very frequently cause great discomfort among healthcare workers and also among patients.

Keywords: Burnout, reports, psychiatry, handicap, disability, economic benefit.

Introducción

El síndrome de desgaste profesional o síndrome burnout fue definido por Freudenberguer en los años setenta (1). Este síndrome aparece ante una respuesta continuada al estrés laboral, y puede afectar a la salud física y mental, así como a las relaciones sociales de los trabajadores que lo padecen. Entre los profesionales sanitarios se han hallado altos índices de desgaste profesional (2). Los psiquiatras y psicólogos tienen una especial relación médico-paciente en que las emociones son propensas a intensificarse y por eso pueden verse afectados especialmente por el desgaste profesional (3).

Actualmente se podrían destacar dos de los aspectos primordiales ambientales que aumentan el riesgo de Burnout entre estos profesionales:

Por un lado, existe una sobrecarga asistencial general en nuestros servicios de salud mental. Los sanitarios de la salud mental, especialmente después de la pandemia de COVID-19, se han enfrentado a una sobrecarga de trabajo, generalmente en condiciones de seguridad precarias, con ansiedad por riesgo de contagio (4). En 2020 advertía Vieta y cols. que no sería sorprendente que, si la sobrecarga persistiese, el Síndrome de Burnout (diagnóstico reconocido por la OMS) aumentase (5). Efectivamente, en el entorno habitual de las Unidades de Salud Mental (USM) la sobrecarga no solamente ha persistido hasta día de hoy, sino que ha aumentado (6).

Por otro lado, las demandas cada vez crecientes de trabajos burocráticos condicionan una notable insatisfacción crónica entre los psiquiatras (3). A continuación, se desarrolla cada uno de ellos exponiendo vías de mejora. La sobrecarga burocrática y demandas administrativas junto con la falta de recursos son una de las causas identificadas del inicio y persistencia del Burnout entre los psiquiatras (3).

La hipótesis de esta investigación es que la sobrecarga laboral de los profesionales sanitarios del departamento de Salud Mental del área sanitaria de La Ribera (Valencia) ha aumentado, así como las demandas administrativas, generando así más riesgo de burnout.

Objetivos

Describir el número de primeras visitas de psiquiatras y psicólogos en 2018 (año prepandemia) y en 2022 así como el número de psiquiatras y psicólogos que las atienden.

- Analizar los resultados y contextualizarlos.
- Aportar posibles vías de mejora para atender mejor la demanda.

Metodología

Ámbito del Estudio:

El departamento de La Ribera está formado por un total de 31 municipios, con 259.874 habitantes. Este Departamento coincide casi con exactitud con la comarca valenciana de La Ribera. Alzira es la población donde se construyó el Hospital de La Ribera. Este departamento se organiza en 11 Zonas Básicas de Salud, formadas por un total de 5 centros de salud integrados, 12 centros de salud, 25 consultorios auxiliares y 4 consultorios de verano. En el área existen tres Unidades de Salud Mental (USM), Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, Unidad de Atención Domiciliaria Psiquiátrica, Unidad de Salud Mental de la Adolescencia y la niñez, Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria y una Unidad de Conductas Adictivas.

Diseño del estudio:

Se realizará un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo basado en la totalidad de los pacientes atendidos por primera vez por el psiquiatra o psicólogo en el área de salud de La Ribera en los años 2018 y 2022.

Se consultarán las bases de datos del propio Hospital de La Ribera para averiguar el número de primeras visitas de Salud Mental atendidas por psiquiatras y/o psicólogos/as tanto en 2018 como en 2022. Se ha establecido este rango por no disponibilidad de datos de fechas previas y también por no ser comparables (cambio de entorno laboral dado que anteriormente La Ribera era un hospital público de gestión privada). También se recabarán los datos sobre recursos humanos de psiquiatría y psicología del servicio tanto en 2018 como en 2022.

Población y muestra

La población diana la constituirán todos los pacientes que acuden al servicio de Salud Mental del área de salud de La Ribera. La población a estudio serán todos los pacientes que acuden al servicio de Salud Mental del área de salud de La Ribera los años 2018 y 2022.

La muestra estará formada por los pacientes de la población de estudio de cualquier edad que hayan sido atendidos por primera vez o se les haya vuelto a abrir episodio (pacientes anteriormente dados de alta) en algún dispositivo perteneciente al servicio de Salud Mental del área sanitaria de La Ribera y por los psiquiatras y psicólogos que trabajen en el área en el año 2018 y en el 2022.

Se compararán los datos entre los dos años.

No se calculará el tamaño muestral puesto que se incluirá a todos los pacientes referidos anteriormente, evitando de esta forma el error de aleatorización.

Consideraciones éticas: El presente estudio se ha realizado siguiendo los estándares éticos publicados por la Committee on Publication Ethics.

Resultados

En el año 2018 se realizaron un total de 6329 primeras visitas entre todas las unidades (2788 primeras visitas en psicología y 351 primeras visitas en psiquiatría).

En el año 2022 se visitaron 8498 primeras visitas (3822 primeras visitas en psicología y 4676 en psiquiatría. Esto supone un aumento de la demanda del 34,27%.

Los recursos humanos aumentaron en un 14,49% (en el año 2018 los recursos humanos de la zona constaban de 10,15 psicólogos y 12,75 psiquiatras mientras que en el año 2022 eran 11,25 psicólogos y 15,083 psiquiatras).

Conclusiones

Dividiremos las conclusiones en dos partes: Sobrecarga laboral y demandas administrativas.

Sobrecarga laboral:

La sobrecarga asistencial es un problema de difícil gestión, sobre todo porque tiene múltiples causas. La población general se muestra cada vez más consciente de los problemas de salud mental y reclaman

atención con más frecuencia. Pero, por otro lado, muchas visitas en las USM se deben a problemas habituales de la vida que conllevan sufrimiento, sin que exista realmente ninguna enfermedad mental asociada. En este sentido, deberían existir campañas de concienciación en que se ayude a diferenciar entre malestar emocional normal cuando las personas tenemos problemas en nuestras vidas de patologías mentales. La ayuda y formación en Atención Primaria también es fundamental para poder evitar la patologización innecesaria. Por otro lado, y de forma clara, hay que reclamar a las autoridades competentes que doten adecuadamente los servicios de salud mental. Hay que decir alto y claro que hacen falta más psicólogos/as, enfermería psiquiátrica y psiquiatras en la sanidad pública.

Demandas administrativas:

En el entorno habitual de las USM en España, han crecido exponencialmente la solicitud de informes. Casi todos tienen un objetivo común último: Poder optar a alguna prestación o beneficio. Esta situación comporta una contradicción en el terapeuta, del que se espera a la vez que mejore o cure la enfermedad mental o malestar emocional, pero por otro lado que constate la gravedad de la clínica (beneficio secundario en el que obligatoriamente participan los psiquiatras y psicólogos de la sanidad pública). Por un lado, el/la psiquiatra y psicólogo/a debe ayudar a la mejoría, pero por otro lado está involucrado en la perpetuación de la clínica en cierto modo debiendo ser meramente el que atestigua las limitaciones del paciente. A veces, el sanitario debe instar al paciente a una recuperación y esfuerzo por mejorar su funcionalidad y en la medida de lo posible volver a sus tareas habituales y en otras ocasiones justificar una baja funcionalidad y síntomas de intensidad suficiente como para recibir una ayuda o prestación puede ocasionar con gran frecuencia un elevado malestar entre los sanitarios y también en los pacientes. La frustración asociada a la falta de mejora en muchos de los pacientes que solicitan una prestación es patente entre los psiquiatras y psicólogos. Algunos pacientes quieren informes "muy cargados porque voy a pedir la minusvalía" y otras veces los mismos pacientes piden informes "que ponga que estoy bien para conducir" buscando que se minimice la clínica.

Sería muy conveniente que entre instancias públicas y mediante mecanismos regulatorios adecuados que permitan mantener la confidencialidad de la información sanitaria, se permita el acceso a las historias clínicas de salud mental cuando sea necesario a los diferentes tribunales médicos, así como a personal sanitario de diferentes áreas sanitarias siempre. Así se evitaría que los pacientes que cambian su residencia o los que acuden a INSS para valorar una discapacidad tengan que solicitar informes médicos. Esta situación es de notable relevancia porque si el terapeuta realiza un informe y lo da en mano al paciente, verá condicionada la relación médico-paciente casi de forma inevitable. Además, si el tribunal pertinente tiene acceso a toda la historia clínica, sin lugar a dudas, puede valorar mejor y con más información las capacidades, evolución y pronóstico del enfermo. Opinamos, en concordancia con otros autores, que ante una situación de sobrecarga, la ética y el profesionalismo nos dicen que la burocracia debe quedar en segundo plano. La prioridad siempre será la atención del paciente (7).

Creemos que los problemas descritos en este artículo son de importancia y condicionan claramente tanto la aparición de frustraciones entre los sanitarios que favorecen la aparición de Burnout.

Limitaciones:

No se ha podido averiguar el número de informes realizados en el año 2018 y el año 2022 ya que no hay registros al respecto en el departamento.

Conflicto de intereses:

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. El autor declara no tener conflicto de intereses.

Contacto: Guillem Lera-Calatayud1 ✉ guillemlera@gmail.com
Hospital de la Ribera. Serv. de Psiquiatría. Carretera Corbera s/n. 46600-Alzira. València.

Bibliografía

1. Freudenberger, H. J. New psychotherapy approaches with teenagers in a new world. *Psychotherapy*, 1974; 8 (1).
2. Grau Armand, Suñer Rosa, García María M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit.* 2005; 19(6): 463-470. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000600007&lng=es
3. Kumar S. Burnout in psychiatrists. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2007; 6(3), 186–189.
4. Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The lancet. Psychiatry*. 2020; 7(4), e15–e16.
5. Vieta, E., Pérez, V., & Arango, C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Revista de psiquiatria y salud mental*. 2020; 13(2), 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.004>
6. Confederación Salud Mental España. La situación de la salud mental en España. Madrid: Editorial Confederación Salud Mental España; 2023. pag 139.
7. Casado, S., Núñez, I. Desburocratización de la consulta. *FMC*. 2020; 27(4),194-9. DOI:10.1016/j.fmc.2019.10.009

- Recibido:12/04/2024.
- Aceptado: 31/05/2024.

Trans*formar la docencia en salud mental.

*Trans*form teaching in mental health.*

Rafael Arroyo Guillamón.

Psiquiatra. Centro de Salud Mental "Antonio Machado". Segovia.

Resumen: la formación del profesional en salud mental es un proceso decisivo, pues determina cómo va a desarrollar su práctica durante décadas. El presente trabajo realiza una crítica de cómo es actualmente la docencia de los residentes en salud mental; se proponen algunos cambios que podrían mejorar este proceso; y se describe cuál sería el sentido de dicha transformación.

Palabras clave: docencia, formación, salud mental.

Abstract: the training of mental health professionals is a decisive process, as it determines how they will develop their practice for decades. The present work makes a critique of what mental health resident teaching is currently like; Some changes are proposed that could improve this process; and it describes what the meaning of said transformation would be.

Keywords: teaching, training, mental health.

*Enseñar no es transferir conocimiento,
sino crear las posibilidades para su propia
producción o construcción.*

Paulo Freire (1)

La relación terapéutica y otros cuentos

"La psiquiatría, Rafa, está en las novelas" me dijo una compañera algo mayor que yo durante mi residencia. Era una frase que circulaba en aquella época entre los residentes y que no me pasó inadvertida. Seis años de Medicina y un examen MIR habían orientado mi escasa idea sobre cómo ejerce un psiquiatra hacia las anomalías del cerebro, y a su restitución –bata blanca mediante– con la combinación adecuada de pastillas. En consonancia con ello, en los pasillos de aquel gigantesco hospital madrileño se respiraba una larga y respetable tradición biomédica. Nada simplista, por otra parte. Se nos alentaba, por ejemplo, a estudiar con detenimiento la psicopatología centroeuropea del siglo XX, de raíz fenomenológica. Sin embargo, toda la reflexión y el rigor clínico al que aspirábamos culminaban en la obtención del diagnóstico correcto, dejando luego la solución en manos de la "pócima" más certera para la ocasión.

Pero en aquella frase había otra lectura. ¿En qué podía ayudar al paciente que el psiquiatra esté versado en literatura? ¿Acaso las lecturas u otras vivencias del profesional lo ponen en mejores condiciones para afrontar su tarea? El giro es interesante porque, de ser así, la pelota pasa al tejado del terapeuta. El enfermo entonces –tal y como afirmaba la antipsiquiatría (2)– no es tanto un dato a estudiar por un

observador neutral como un producto de su entorno. Y su evolución depende, principalmente, del modo en que los agentes e instituciones de salud nos aproximemos a él.

Pero, fuera este o no el significado de lo que me quisieron transmitir, lo que hoy suelo recordar de aquella sentencia es que los profesionales del campo *psi* trabajamos fundamentalmente mediante narraciones. Por cierto, muy similares a los cuentos, esos cuyo término en inglés –*story*– utilizamos casi a diario en las redes sociales. En nuestro caso, se trata también de historias cortas o pantallazos de vida de los que los clínicos somos espectadores en fragmentos de veinte a treinta minutos cada tanto. Y, como los cuentos, son ficciones, por su puesto. Lo cual no significa que haya que dudar de la honestidad del paciente, sino que, en tanto sujeto, está atravesado por una historia (anécdotas, vivencias y personajes) que constituye su verdad. Pero sabemos que dicha verdad siempre es parcial, siempre está distorsionada y ni siquiera es suya, pues se ha construido mediante identificaciones con las personas importantes de su vida, y con las leyes sociales y culturales que rigen su relación con ellas. Cada paciente, por tanto, relata el cuento de su vida. Del otro lado de la mesa está el profesional. El cual, si en lugar de acompañar en el sufrimiento desde una ignorancia respetuosa sucumbe a la tentación del experto, es decir, saber exactamente qué necesita su consultante, termina por contarle otro cuento –esta vez en el sentido más irónico del término–. Se establece así una relación, si se quiere, técnica o profesional, pero que difícilmente resultará terapéutica.

Ahora bien, sobre este intercambio narrativo en el que nos sumergimos tantas horas diariamente jamás me dijeron nada en aquel hospital.

Formar

¿Qué es la formación? Se trata del acto de formar algo. Es decir, de moldearlo, configurarlo o imprimirle una forma tal que lo hace existir de un modo nuevo. Desde la Grecia clásica, la forma es la verdadera esencia de todo lo que existe, tanto de las cosas materiales como de las ideas y conceptos abstractos. Para el profesional de la salud mental, la formación es el proceso mediante el que se organizan los conocimientos adquiridos, cuyo resultado determina cómo va a desarrollar su práctica durante varias décadas.

¿Cuándo comienza la formación? Obviamente, la residencia en salud mental es un período crucial. Pero, si uno es observador, puede advertir que los residentes inician dicho período ya muy condicionados por su educación anterior: en el caso de médicos y enfermeros, instruidos en el modelo biosanitario, el malestar relatado por el paciente es parcelado y registrado en forma de síntomas, síndromes y enfermedades. Así, el profesional escucha a la persona, piensa su padecer y le propone remedios en función de que esta es, sobre todo, un organismo estropeado. De manera similar, la educación universitaria del psicólogo se ajusta a este patrón. En este caso, se trata de reconocer en el pensar del paciente determinadas creencias erróneas que alterarían sus emociones y su manera de actuar; de modo que corrigiendo dichas distorsiones podríamos regresar a la persona a un estado *supuestamente* normal.

¿Qué formación, por tanto, se transmite mayoritariamente hoy? Aquella que responde a la tradición moderna: la realidad es accesible, primordialmente, mediante los sentidos y la razón. Hay pues que ordenarla, medirla y cuantificarla para discernirla mejor, dejando el menor margen posible a la incertidumbre. Por tal razón, el residente aprende a pensar y a ayudar mediante un sentido común naturalista –en particular, cerebrocentrista (3)–. Pero no se prepara para desenvolverse en las frecuentes ocasiones en que el paciente no encaja en dicho paradigma.

¿Quién forma a quién? La respuesta parece evidente: la formación es un trasvase de información acumulada durante años por un profesional experto a otro principiante. Este recibe dicho caudal de conocimiento que se irá ampliando y modificando en su propio ejercicio clínico. Dos roles, pues, bien diferenciados: el maestro y el aprendiz. Una dirección clara del proceso: de quien que posee

el saber a quien aspira a adquirirlo. Y un contenido que, si bien incluye tanto elementos teóricos como habilidades prácticas, son estas últimas las que se priorizan. Por supuesto, hay un corpus teórico mínimo que se necesita para afrontar la tarea. Pero, una vez alcanzado en los primeros años, se cree que es la experiencia clínica la que proporciona al profesional la destreza suficiente para desempeñar su cometido con mayor eficacia. Un modelo técnico, entonces, que privilegia el hacer al saber, el actuar al pensar, la intervención sobre la reflexión, relegando el estudio teórico a un papel secundario, incluso especulativo.

Pero, para formar a alguien ¿es suficiente con que nos observe trabajar? ¿No sería oportuno también dar recomendaciones a los residentes sobre su formación al margen de la asistencia clínica? O bien, asumiendo que somos un modelo para ellos, ¿qué estudiamos y cuánto dedicamos a ello los formadores fuera de nuestra jornada laboral? No hay, desde luego, una respuesta única ni adecuada a estas cuestiones. Lo preocupante es que, habitualmente, ni siquiera son planteadas.

Deformar

Actualmente, los grandes relatos que situaban la felicidad en los valores absolutos (la verdad, el Bien, Dios, la ciencia o la razón) se disolvieron, dejando paso a la llamada *posmodernidad* (4). Ya no hay explicaciones únicas. La sociedad rechaza el saber categórico y prefiere conocimientos parciales, pero útiles. Se reivindica el presente, que no obstante es efímero y fugaz. Se persigue el bienestar por la vía rápida, evitando los esforzados sacrificios. Y, en general, lo humano se ha reducido en favor de la tecnología y la información.

Pero este panorama, aparentemente desolador, debe ser escuchado si no queremos vivir en la permanente nostalgia, rancia y trasnochada, de un pasado siempre mejor. Sí, los sujetos hoy desconfían de toda esencia o principio moral que les imponga cómo vivir, sea la familia tradicional, las costumbres, los supuestos roles de género, etc. Pero ello no implica un nihilismo del tipo “todo vale”; acaso, un nuevo ordenamiento del mundo. La ciencia, por ejemplo, ya hace mucho que dejó de perseguir la exactitud y contempla la incertidumbre, la complejidad y el caos. También la filosofía apela a la imperfección, a la mezcla, incluso a lo torcido. Como señala Adriana Cavarero, en su libro *Inclinaciones. Crítica de la rectitud* (5), lo erguido y perfecto se inscriben en una lógica obsoleta por androcéntrica, ya que dichas cualidades clásicamente se han otorgado a lo masculino, mientras la mujer correspondía a la desviación de la norma. Precisamente, la teoría *queer* surgió de una reapropiación por parte de mujeres y personas con sexualidades no normativas de un término que la cultura heteropatriarcal utilizaba para descalificarlas. Es decir, que lo que comenzó como una parodia terminó constituyendo un sólido rechazo al presunto carácter natural y estable del sexo, en aras de una subjetividad más diversa e igualitaria (6).

Pues bien, la formación necesita incorporar estos paradigmas. Sin renunciar a unos contenidos adecuados ni a su aplicación rigurosa, pero huyendo de dogmatismos. Se trata entonces, más que de perseguir la formación ideal, de realizar una *deformación*. Quizá el profesional, antes de acumular nuevo conocimiento, deba deconstruir el propio, deshacerse de los prejuicios que lo lastran. Por ejemplo, que puede dar respuesta a cualquier demanda, pues habitualmente su papel se limitará a ser un “testigo cómplice” (7) del padecer de su paciente. Incluso deba percatarse de que en no pocas ocasiones la opción más oportuna será la de no intervenir.

En consecuencia, no importa tanto cuándo comenzó la formación, cómo se desarrolló o quiénes fueron los maestros, sino que el profesional, por más años que posea de experiencia, mantenga una actitud vigilante y crítica. Para empezar, con los límites del sistema biomédico, cuyos avances nos suelen conducir a la omnipotencia del *furor sanandi*. Pero también con sus limitados recursos personales y teóricos, a fin de que pueda salir de sus ideas estereotipadas y enriquecerse con otros puntos de vista.

Finalmente, la figura del sabio que despierta la admiración eterna de sus discípulos tiene cada vez menos presencia. La sociedad, cansada de ídolos, clama por un intercambio de roles mediante el que educadores y educandos, al mismo nivel, se beneficien mutuamente. Ya hace años que José Bleger acuñó el concepto *enseñaje* (neologismo que condensa los términos “enseñanza” y “aprendizaje”) para describir este proceso de enriquecimiento recíproco (8).

Trans*formar

Seguramente, resulte extraña la escritura del título de este trabajo: un asterisco separa en dos la palabra “transformar”. Pretendo destacar el prefijo *trans*, que en español se refiere a lo que está más allá, al otro lado o atravesando varios elementos. Lo *trans* supone una ruptura con el orden y la armonía predominantes en la concepción filosófica y científica del mundo en los últimos siglos, que suele ordenar la realidad en oposiciones binarias de conceptos (bueno-malo, naturaleza-cultura, hombre-mujer, etc.). Este espíritu subversivo es el que me gustaría trasladar al ámbito de la docencia en salud mental.

En primer lugar, la formación en salud mental debe ser realmente *trans*-versal. Hoy en día, apremiados por la hiperespecialización, exigimos al principiante unos conocimientos que no solo se limitan al campo de la psiquiatría, sino a una perspectiva muy reducida dentro de la misma: aquella que reflejan la mayoría de pruebas de acceso a los puestos públicos en salud mental, meros exámenes de biología. Ha desaparecido por inútil cualquier vestigio de formación humanista (sociológica, antropológica, filosófica, etc.)¹. Bien es cierto, como apunta Fernando Savater en *El valor de educar* (9), acerca de esta crisis de las humanidades, que no importa tanto el contenido a enseñar como que los educadores estimulen la curiosidad y el gusto por aprender de sus alumnos fomentando su espíritu crítico. Pero fácilmente comprobamos en la mayor parte de servicios sanitarios que dicho estímulo y frescura en la transmisión brillan por su ausencia.

En segundo lugar, no es admisible una formación que no sea *trans*-disciplinar. Lo cual va más allá de juntar en un mismo espacio a diferentes especialistas, incluso si conforman un equipo eficaz. He escuchado a varias personas renegar de que médicos, psicólogos y enfermeros se formen conjuntamente, ya que su labor futura será distinta. Estos comentarios, por lo general, se dan en un contexto en el que los diversos estamentos funcionan en paralelo (reuniones administrativas separadas, profesionales que no participan en espacios clínicos de otras disciplinas, etc.). Lo que a su vez proviene de modelos organizativos que no promueven un intercambio transparente de información y, en consecuencia, no aprovechan los conflictos como una oportunidad para el crecimiento del equipo². Sin embargo, no hay mejor enseñanza para nuestros residentes que presenciar a sus referentes pensar y enfrentar juntos, con la mayor franqueza posible, los obstáculos de nuestro trabajo. Aprenderán así a trasladar a su labor clínica esta perspectiva, psicoterapéutica y grupal, tan poco presente en nuestros servicios³.

Por último, toda formación tiene que ser *trans*-gresora. No me refiero al ruido de quienes solo se quejan, creyendo abanderar una actitud revolucionaria. Como describe la maestra y escritora feminista

-
- 1 No digamos el estudio de ciencias que, más allá de las propiamente empíricas, estimulan la capacidad de abstracción necesaria para un enfoque complejo de la realidad (lingüística, lógica, matemática, física moderna etc.). El psicoanalista Jacques Lacan fue un ejemplo de articulación de estos campos con la salud mental.
 - 2 Los profesionales que sostienen estos modelos tienden a establecer líneas de separación tajantes entre sus pacientes en función del diagnóstico. Justifican así “científicamente” que personas con distintos malestares no deben mezclarse, por requerir intervenciones específicas para su patología.
 - 3 González Torres (10) se ha ocupado de los motivos de la escasa oferta de psicoterapias en el sistema público de salud, y ha señalado la importancia de los encuadres grupales. No solo en la atención clínica –añadiría yo–, también para el trabajo coordinado de los equipos.

bell hooks, en su libro *Enseñar a transgredir* (11), se trata de que los educadores reconozcan la opresión presente en las antiguas modalidades de enseñanza, de modo que estén permanentemente atentos a revertir sus consecuencias y promuevan un aprendizaje democrático y abierto al disenso. Y no solo porque el residente, desde su inferioridad jerárquica, es muy susceptible de que se anule su capacidad crítica y se vulneren sus derechos; también porque, en tanto futuro agente de salud de personas muy lastimadas, va a ejercer sobre ellas lo que hoy se denomina *violencia epistémica* (12): quizá muy sutil (no es reconocible a primera vista) e impersonal (se distribuye por todo el sistema), pero que es necesario reconocer y regular.

Una llamada al desorden

El asterisco es un signo ortográfico que llama la atención del lector hacia una nota al margen o al pie de un texto. En matemáticas, se emplea también como símbolo de la multiplicación. Recientemente, se ha popularizado su uso en el ambiente LGTBI+ añadido al prefijo *trans-*. Así pues, *trans** es un término paraguas que no solo abrevia la palabra “transgénero” o “transexual”, sino que incluye a quienes cuestionan el binarismo hombre-mujer como única posibilidad de identidad y expresión del género, apelando a una multiplicidad de opciones.

Si añadido este símbolo al verbo *trans*formar* es para poner de relieve que apuesto por una formación ciertamente diversa; lo que implica desordenar la idea tradicional de enseñanza. No se trata solo de repetir las mismas actividades cada año ante las nuevas generaciones de aprendices; ello mantiene el simple trasiego de conocimientos entre individuos acomodados a un rol estático y pasivo. Más bien, es un proceso continuo de cuestionamiento y renovación del saber.

Asumir esta posición, deformadora y *trans*formadora*, no puede obviar dos campos hoy imprescindibles. En primer lugar, la ciencia. De poco sirve convencer a los iniciados mediante opiniones, por muy extendidas y bienintencionadas que sean, si estas no se inscriben en lo que el epistemólogo Lee McIntyre llama una *actitud científica* (13). Para este autor, la ciencia no se define por ni por el tipo de materia a estudiar (a lo largo de la historia se han añadido o sustraído muchos saberes de la lista de las ciencias)⁴ ni por su método (usualmente los avances científicos han surgido de errores o casualidades); tampoco porque la evidencia suponga una garantía (muchas teorías inicialmente verificadas se han demostrado después como falsas). En cambio, la actitud científica es un estado mental crítico que, por un lado, aspira al máximo rigor, no admitiendo una teoría por la autoridad de quien la enuncia, por ideología o porque nos haga sentir bien. Por otro lado, se trata de cierta honestidad intelectual que nos haga considerar nuestros argumentos como hipotéticos, siempre abiertos a ser refutados por nuevos hallazgos o razonamientos. Este espíritu solo puede acontecer en el marco de una comunidad que estimule el pensamiento crítico, habilitando espacios para una discusión colectiva y bien fundamentada. La pelea por estos espacios de reflexión en nuestros servicios es insoslayable.

El segundo campo que, en mi opinión, debe teñir una formación renovada en salud mental es el de los estudios de género. No tanto por una cuestión ideológica, sino porque la reivindicación de las personas con sexualidades por fuera de la norma social (binaria, androcéntrica, heteronormativa y patriarcal) se ha consolidado como un punto de confluencia de otras minorías, vulnerables por su raza, clase social o su capacidad intelectual. Terreno que no debe resultar ajeno a quienes atendemos a personas en continuo riesgo de exclusión por el modo peculiar en que expresan el sufrimiento humano.

4 La alusión a las disciplinas narrativas no se basa en la expectativa romántica de que lo literario ayude al terapeuta por cultivar su espíritu. Los cuentos y novelas son interesantes como textos regidos por leyes semióticas (semánticas, sintácticas, etc.), cuyo conocimiento aporta una perspectiva hermenéutica –ampliamente trabajada en ciencias humanas– muy interesante como herramienta clínica.

En resumen, propongo una formación que destruya los prejuicios y las certezas inquebrantables, que matan la ilusión por aprender. Verdaderamente transversal en su contenido, transdisciplinar y comunitaria en su puesta en práctica, y siempre dispuesta a transgredir las estructuras dogmáticas del poder. Una formación orientada hacia el rigor y la coherencia, pero que trascienda el reduccionismo del abordaje exclusivamente neurocientífico (y los problemas mercantilistas que conlleva). Una formación feminista, *queer* y, en definitiva, siempre en lucha por la defensa de los más frágiles.

Solo un proceso así puede trans*formar a quienes se atrevan a transitarlo, pasando de meros gestores del sufrimiento a testigos comprometidos que ayuden a los auténticos protagonistas a reescribir el final de sus cuentos.

Contacto: Rafael Arroyo Guillamón ✉ arroyoguillamon@gmail.com

Bibliografía

1. Freire P. Pedagogía de la autonomía: saberes necesarios para la práctica educativa. Buenos Aires: Siglo XXI; 2008.
2. Basaglia F. La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico. Barcelona: Barral; 1970.
3. Ferreyra JA, Castorina JA. El aplicacionismo de las neurociencias en el campo de la salud mental. Investigaciones en psicología. 2017; 22(2): 25-36.
4. Lyotard JF. La condición posmoderna. Madrid: Cátedra; 1987.
5. Cavarero A. Inclinaciones. Crítica de la rectitud. Barcelona: Fragmenta; 2022.
6. Butler J. Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo". Buenos Aires: Paidós; 2002.
7. Miller A. El cuerpo nunca miente. Barcelona: Tusquets; 2005.
8. Bleger J. Temas de psicología (Entrevista y grupos). Buenos Aires: Nueva visión; 1985.
9. Savater F. El valor de educar. Barcelona: Ariel; 2008.
10. González Torres MA. Las psicoterapias en los equipos públicos. De la preferencia personal a la respuesta terapéutica necesaria. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2019; 39(136): 189-203.
11. Hooks B. Enseñar a transgredir: La educación como práctica de la libertad. Madrid: Capitán Swing; 2021.
12. Pérez M. Violencia epistémica: reflexiones entre lo invisible y lo ignorable. Revista de Estudios y Políticas de Género. 2019; 1: 81-98.
13. McIntyre L. La actitud científica. Una defensa de la ciencia frente a la negación, el fraude y la pseudociencia. Madrid: Cátedra; 2020.

- Recibido: 19/04/2024.
- Aceptado: 30/05/2024.



PRE-OCUPACIONES

La historia de un lamento.

The story of a lament.

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). Corresponsable del programa del Módulo de "Introducción a la Psicoterapia" dirigido a MIR psiquiatría, EIR Salud Mental y PIR.

Resumen: El presente artículo pretende arrojar algo de luz en la oscura cueva de la subjetividad en nuestra práctica clínica, donde nuestra biografía, experiencia de vida y deseo colisionan con el desastre de una vida hecha pedazos de una persona que sufre de una enfermedad mental grave, cuando esa persona aparece en nuestro turno diario en el servicio de urgencias de salud mental.

Palabras clave: Psicoanálisis, transferencia, deseo, objeto a.

Abstract: The present article aims to pour some light in the dark cave of subjectiveness in our clinical practice, where our biography, life experience and desire collides with the disaster of a shattered life of a person suffering from a severe mental illness, when that person shows up in our daily shift in the mental health emergencies department.

Keywords: Psychoanalysis, transference, desire, object a.

Historia de un Lamento

El presente artículo nace de una experiencia clínica ocurrida hace más de quince años, que resultó ser providencial para un paciente, y que recientemente también lo ha sido para el clínico que se vio involucrado en un encuentro trascendental para ambos. Sin pretender hacer ciencia ni referenciarlo con teorías o artículos, la desnudez del relato busca, humildemente, que el lector pueda quizás identificarse o incluso tomar conciencia de la naturaleza del deseo que anima al clínico a seguir adelante.

Corría el año 2007, época en la que era residente de tercer o cuarto año de psiquiatría en el Hospital Universitario Son Dureta. Como cualquier otra mañana de entonces, iba al hospital montado en un autobús de línea, atestado de gente que, a primera hora de la mañana, como un servidor, para terminar en su puesto de trabajo o recibir alguna atención clínica. Una de esas mañanas cualquiera una voz gritó "¡Doctor! ¡Doctor!". De forma automática volví mi cabeza para saber de quién se podría tratar, y a quién se dirigía en un lugar, pensaba, tan poco oportuno para que a uno le nombren así.

Era a mí. Yo era el destinatario de esa llamada, que se encarnó en un hombre, algo mayor que yo, que fue avanzando, a brazadas y contorsiones de cadera, entre una marea de personas, curiosas de saber qué cosa extraordinaria se estaba produciendo tan pronto en la mañana, antes incluso de llegar a la jungla del hospital.

Casi sin darme cuenta ya había llegado este hombre a mi lado. Estaba agitado por la emoción del encuentro y en su rostro avanzaba un mensaje que hacía tiempo que necesitaba llegar a mi persona.

“Doctor ¡Que alegría volverle a ver! Quizás usted ya no se acuerda de mí. Quiero agradecerle cuánto me ayudaron sus palabras. Fue en urgencias del hospital. Yo estaba muy mal, doctor. Le recuerdo que allí estaba, en la zona de observación, muy alto y con la bata blanca. Yo me acerqué a usted a pedirle ayuda. Usted me miró, me tocó el hombro y ¿no recuerda lo que me dijo?”

En ese momento creo que entré en shock. Nunca me había encontrado interpelado de esta manera fuera de mi puesto de trabajo, desarmado de mi bata, de un manual de psicofarmacología de bolsillo y varias pastillas de *Zyprexa velotab*. Estaba literalmente fuera de juego, ignorante de lo que iba a suceder después, y carente de recursos para responder. Salvo uno, que fue simplemente ser honesto.

“No, no recuerdo lo que le dije”

“Doctor, me dijo NO TE PREOCUPES, TODO IRA BIEN. Luego se marchó. A mí me ingresaron en psiquiatría, y estuve un tiempo allí. Desde entonces sus palabras me han acompañado en todo momento. No sabe usted lo importante que fueron para mí sus palabras, que le estaré siempre agradecido.”

Entonces le vi. Me acordé, o quizás fabulé de cómo habría sido esa escena. Me vi en una de mis primeras guardias de residente de psiquiatría en la zona 4 de Observación de Urgencias de Son Dureta, un lugar oscuro y apartado del control donde se acumulaban los pacientes en situación clínica más aguda y grave durante días a la espera que se les asignara una cama en la Unidad de Agudos. Entonces las guardias era pasar horas entre boxes y observación, sin respiro, experiencia ni compañía o asesoramiento de un adjunto. En esas primeras guardias no recuerdo pensamiento o reflexión alguna. Solo recuerdo acción: estar allí y hacer cosas, según guías y protocolos de manual, aparentar calma y tirar de semblante.

A la bajada del autobús nos despedimos. El hombre seguía sonriendo y mostrando una emoción entre maravilla y agradecimiento. *Entonces sí pensé*. Me pregunté qué cosa tan simple había ocurrido que había permitido a esa persona sostenerse durante todo este tiempo, y cómo era posible que yo no recordara. Esas palabras entonces me parecieron ajenas, no las reconocí dentro de mi registro y las juzgué incluso como vanas e idiotas.

Así fue hasta recientemente. Leyendo y revisando notas alrededor de un seminario que hoy en día sigo sobre la Transferencia y el objeto a. Una perla, “El himno de la perla” y el texto apócrifo “Hechos de Pedro y los 12 apóstoles” (las únicas referencias bibliográficas que voy a dar) brilló y entonces comprendí algo.

Pude conectar con el absoluto desamparo frente a la locura en su máxima expresión en un contexto igualmente loco, como era el de la zona de observación de urgencias, que entre compañeros de batalla lo llamábamos “Camboya”. ¿En qué momento un estudiante de tercero de B.U.P. sentado en las escaleras del colegio, que había llegado a la idea de que quería ser psiquiatra se había metido en ese lío? Se marcó un nuevo punto de inflexión en mi biografía. De repente he reconocido en mí lo único que en ese momento me sostenía: el propósito de ayudar. Así de simple. Desarmado de cualquier conocimiento, en un terreno loco, frente a una súplica brotaron, supuestamente, esas palabras.

Si la escena del hospital ocurrió verdaderamente, sirvió a esa persona. La escena del autobús fue una sorpresa que me dejó estupefacto. Hoy su recuerdo rebrota acompañado de desamparo y una fuerte convicción: quiero ayudar. Sin embargo, aún me quedaba la duda de dónde vienen esas palabras, y a quién acompañan.

“Tengo que escribirlo y quizás así saque una enseñanza de esta historia.” Y caminando por el salón, cosa que hago cuando intento comprender una lección difícil, imaginando cómo iba a empezar a

escribir, vino al rescate el recuerdo de mi madre. Me emocioné profundamente. Entendí que esas palabras, su potencia sanadora, no eran de mi cosecha. Fueron el regalo inesperado más maravilloso que había nunca compartido con nadie. Todo irá bien. Todo irá bien. No te preocupes. Todo irá bien. Era un mantra, quizás el último recurso, con el que mi madre aplacaba la angustia, ya no recuerdo si la suya o la mía, en momentos oscuros de mi infancia.

¿Quién lo pasa peor? ¿Es la angustia del loco o la del que tiene por misión hacer algo con eso? ¿Qué sostiene a una madre desbordada por el llanto de su bebé? ¿Qué vino antes, el llanto o la angustia? ¿En qué registro se depositan las palabras, las canciones de cuna, las oraciones, a las que recurrimos para continuar?

Transcribo un mensaje de whatsapp que envié un día antes de la redacción de este texto a mis compañeros de seminario, con los enlaces y fotos de los textos arriba mencionados.

“Hoy me he levantado, por azar o providencia, un poco gnóstico. Y con vosotros comparto estos meandros del pensamiento, casi divagaciones, que se encuentran en el camino entre el ágama Platónico de Sócrates y el objeto a de Lacan. Para situarnos, concretamente dicen los eruditos que entre el siglo II y III de nuestra era, en Oriente Medio, mezclándose griego y copto, en un contexto en el que riquezas y alimentos no los había y tampoco bastaban para curar el alma. No basta con nombrarlo, queremos al menos verlo, pero hay que ir a por él, tenemos que llegar y nos lo tienen que dar... para LLEGAR-a-SER. Es una piedra ligera brillante, como el ojo de la gacela, un “glimpse” inglés, destello que alcanza la fugaz mirada.

Enlazando, y luego me paro, que me pongo pesado, parece que hay algo del orden de la experiencia que, siendo, sobrepasa lo decible, y se repite, vuelve, nos recuerda algo olvidado, extranjero a nosotros pero reconocible en el semejante, que, asumiendo la pérdida, podemos traducir, transcribir, representar de forma plástica y, si escuchamos bien a las “Otras” Musas, alzarnos entre los miembros de una comunidad como artistas inspirados: Aquí está la Angustia, llaga aullante, de la que brota, la sangre que cura, Una y Otra, per secula seculorum.”

Una más, la crónica de una Historia Universal, de una historia particular, la de un lamento en busca de un consuelo. Las lágrimas son perlas que caen al mar.

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

Para otras referencias

https://es.m.wikipedia.org/wiki/El_Himno_de_la_perla

https://es.m.wikipedia.org/wiki/Hechos_de_Pedro_y_los_Doce

Relación entre habla egocéntrica infantil y dificultad de la tarea.

Relationship between egocentric speech and task difficulty.

Raquel Alba.

Especialista en salud mental. Córdoba.

Resumen: **Introducción:** El papel del habla egocéntrica en la dificultad de la tarea es orientar al niño a buscar y hacer importantes conexiones entre las experiencias y guiar la actividad del niño, atendiendo a los procesos mentales involucrados en la tarea que realiza y promover la curiosidad mental, la eficacia y búsqueda de soluciones variadas. **-Objetivo:** "Analizar los distintos niveles de habla en los alumnos en un centro escolar, en función de 4 actividades diferentes (puzzle individual, puzzle por parejas, cuentas de forma individual, problemas por parejas), enmarcadas dentro de dos categorías (percepción y concepto)".

Metodología: Llevamos cabo una investigación que pretende relacionar el habla egocéntrica con la dificultad de la tarea. Para ello seleccionamos una muestra por conglomerados de 20 sujetos de entre 7 y 8 años de edad de ambos sexos, distribuidos aleatoriamente. Los instrumentos que utilizamos para la realización de la prueba fueron dos puzzles de distinta dificultad y dos pruebas matemáticas. Se les repartieron a los niños los puzzles y fotocopias para la realización de la prueba utilizando varias hojas de registro para la recogida de datos.

Resultados: Para analizar los resultados realizamos una investigación de campo donde se detalla la relación existente entre las categorías que analizamos, no siendo significativas las relaciones encontradas en ella.

Conclusiones: Proponemos para futuras investigaciones una ampliación de nuestro estudio donde se profundice en cada área del habla infantil.

Palabras clave: dificultad, habla egocéntrica, tipos de tarea, Vigotsky.

Abstract: **Introduction:** The role of egocentric speech on the difficulty of the task is to guide the child to find and make important connections between experiences and guide the child's activity, serving the mental processes involved in the task performed and promote mental curiosity, search efficiency and varied solutions.

Methodology: We conducted an investigation that aims to link egocentric speech to the difficulty of the task, aiming to find out the basis for this relationship. We selected a sample of 20 subjects aged between seven and eight years old of both sexes, randomly. The tools we use to perform the test were two puzzles of varying difficulty and two math tests. Will be distributed to children's puzzles and photocopies for conducting the test using multiple registration forms for data collection.

Results: To analyze the results we conducted a field investigation detailing the relationship between the categories analyzed, there remain significant relationships found in it, what we propose for future research extension of the same where you delve into each area.

Conclusions: We propose future research an extension of our study which deepens in every area of child speech.

Keywords: difficulty, egocentric speech, task types and Vigotsky.

Introducción

A la hora de abordar la forma de relacionar el habla egocéntrica con la dificultad y el tipo de tarea, podemos encontrar diferentes perspectivas según los siguientes autores:

Piaget (1970) propone un paradigma que mantiene preferencia por la investigación focalizada en el desarrollo humano, sólo entendible como síntesis producida por la confluencia de la maduración orgánica y la historia individual. Su énfasis se centra en el micro nivel, es decir, en el contacto con otras personas de su entorno, (Tudge y Winterhoff, 1993).

Demostó, con su metodología genética desarrollada para estudiar al niño, que el desarrollo se mueve desde lo individual a lo social; razón por la cual tomó al individuo como la unidad de análisis. Esta posición lo llevó a considerar la actividad de los niños como una construcción solitaria, más que en una actividad social, y el rendimiento como un logro individual dependiente de las estructuras mentales.

Comparó las formas como los niños adquieren el conocimiento con las estrategias que usa el científico. Así, postuló que éstos actúan como científicos, trabajando constantemente con experiencias físicas, lógicas y matemáticas, para darle sentido a la realidad que les rodea. Intentó explicar cómo los niños empiezan a conocer su mundo en el curso de sus propias acciones y de su interrelación con éstas; de forma que el contenido de la inteligencia proviene de afuera y la organización de ésta es sólo consecuencia del lenguaje y los instrumentos simbólicos (Piaget, 1970).

En la década de los años 70 Piaget postulaba, a partir de sus investigaciones, que el habla infantil se dividía en dos grandes categorías: el lenguaje social cuya función es mantener contactos con otras personas; y el lenguaje egocéntrico, que es un tipo de habla que se verbaliza y acompaña a la acción. Para este autor, el lenguaje egocéntrico no tiene función social, es decir, el niño no tiene la intención de comunicarse, de hecho, no encontró ninguna función útil de este lenguaje en el desarrollo del niño.

Con respecto a la edad de aparición, Piaget encontró que el lenguaje egocéntrico era mayor en los niños más pequeños (3-5 años) que en los mayores (6-7 años). El origen del egocentrismo para este, se encontraría en el hecho de que el niño aún no ha llegado a un nivel adecuado de socialización. A partir de este momento, el lenguaje egocéntrico iría desapareciendo a medida que el niño se iba socializando. El niño sería egocéntrico en los primeros años de la vida escolar, después pasaría de un pensamiento autista, individual e inconsciente a un pensamiento socializado. Entre estos dos polos, se encontrarían formas transitorias como el pensamiento egocéntrico, que se asemeja al pensamiento adulto socializado.

La teoría de *Vigotsky* ⁽²⁾ predecía que la cantidad de habla egocéntrica en relación con la dificultad de la tarea emitida por los niños aumentaría con la edad hasta los 4-5 años, para empezar a declinar hasta ser interiorizada en torno a los 6-7 años. En cambio, Piaget consideraba que iba desapareciendo hacia la edad escolar.

Dada la gran dependencia del discurso infantil de la situación concreta, el contexto extralingüístico es analizado como un requisito conversacional más responsable del mantenimiento de la conversación del habla egocéntrica asociada a ésta. Los aportes de *Vigotsky* son fundamentales en el área de educación, especialmente la habilidad de resolver una tarea según su dificultad se refiere a "hallar la distancia entre el nivel real de desarrollo del niño, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema según su dificultad, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz".

El papel del habla egocéntrica en la dificultad de la tarea es orientar al niño a buscar y hacer importantes conexiones entre las experiencias y guiar la actividad del niño, atendiendo a los procesos mentales involucrados en la tarea que realiza y promover la curiosidad mental, la eficacia y búsqueda de soluciones variadas.

Hipótesis:

1. Se espera encontrar más habla privada en tareas conceptuales que en tareas perceptivas (en cuanto al tipo de tarea).
2. Se espera encontrar más habla privada en tareas difíciles que en tareas fáciles (en cuanto a la dificultad de la tarea).
3. Dentro de las tareas perceptivas, se espera encontrar más habla egocéntrica en tareas difíciles que en fáciles.
4. Dentro de las tareas conceptuales, se espera encontrar más habla egocéntrica en tareas difíciles que en fáciles.
5. Se espera encontrar más habla egocéntrica en parejas de niños que en niños trabajando en solitario, independientemente del tipo de tarea y de la dificultad.

Objetivos del estudio:

Analizar los distintos niveles de habla en los alumnos en un centro escolar, en función de 4 actividades diferentes (puzzle individual, puzzle por parejas, cuentas de forma individual, problemas por parejas), enmarcadas dentro de dos categorías (percepción y concepto).

Se persigue por tanto la observación del comportamiento de cada individuo, desde el punto de vista del habla, en función de la individualidad y la colectividad, con el fin de ver si este presenta variaciones, y si estas son positivas o negativas, tanto para el grupo, como para propio individuo.

Metodología: investigación de campo.

Participantes:

Un *muestreo por conglomerados* de veinte sujetos (cinco parejas y diez sujetos individuales) de 7-8 años de edad, y ambos géneros distribuidos aleatoriamente. Siendo todos ellos alumnos de una misma clase de 2º de primaria del colegio Fernando Miranda en Córdoba.

Materiales:

1. Puzzles instrumentos utilizados para la prueba perceptiva fueron dos tipos de puzzles:
 - a) Un primer puzzle para la tarea sencilla que consta de veinte piezas de gran tamaño y motivos infantiles. Cuenta con una imagen del mismo arriba como ayuda para su realización.
 - b) Un segundo puzzle para la tarea con dificultad que consta de cincuenta y seis piezas de menor tamaño que el anterior y motivos infantiles. Este puzzle no tiene ningún tipo de ayuda utilizando los alumnos sus destrezas para la realización del mismo.
2. Prueba matemática: instrumentos utilizados para la prueba conceptual:
 - a) Dos operaciones (dividir y multiplicar) para la tarea sencilla.
 - b) Dos problemas (tarea con dificultad).

Para la realización de esta prueba contamos con la ayuda del profesor que nos facilitó cuadernos de matemáticas con los que los alumnos trabajan en clase. Todos los niños recibieron una misma hoja con las mismas operaciones de un mismo cuaderno.

Diseño:

VARIABLES INDEPENDIENTES:

1) Tipos de tareas:

- Conceptuales: Dos pruebas matemáticas (operaciones y problemas)
- Perceptivas: Dos puzzles.

2) Dificultad de la tarea:

- Fácil.
- Difícil.

VARIABLES EXTRAÑAS:

1) Controladas:

- Hora del día (12:00h de la mañana).
- Mobiliario de la clase (comodidad de pupitres y sillas y distribución).
- Edades de los niños.

2) No controladas:

- Actitudes desfavorables del sujeto (cansancio, nerviosismo, inquietud, discusiones entre ellos, etc.)
- Factores que afectan al sujeto en la realización de la tarea (sentirse observados y evaluados).
- Inteligencia de los niños.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Habla egocéntrica.

El habla egocéntrica la vamos a medir mediante un sistema de categorías, el cual se divide en cuatro subcategorías que son las siguientes: habla social, habla privada abierta, habla privada encubierta y silencios, medidos cada uno de ellos cada diez minutos.

PROCEDIMIENTO:

Se seleccionó a los alumnos de 2º de primaria de una misma clase para la investigación. Todos participaron en el experimento siendo divididos por el experimentador; la mitad se eligió al azar para la realización de las pruebas perceptivas y la otra mitad para las pruebas conceptuales. Se pretendía evitar la variable extraña "cansancio o fatiga" de los participantes. Se les dio instrucciones de la tarea a realizar en cada caso, sin límite de tiempo. En ningún caso se les informó sobre lo que se pretendía medir con la realización de las pruebas; aunque ellos insistieron en conocer en los resultados obtenidos.

Sistema de categorías:

Basado en una hoja de registro con subcategorías: habla *social*. ("si mira al otro, si habla con él); habla privada *abierta* ("comentarios dirigidos a uno mismo en voz alta o descripciones de la propia actividad, contar con los dedos"); habla privada *encubierta* ("susurros, murmullos o movimientos de labios" y *silencio*, medidas en intervalos de tiempo de diez segundos.

Resultados

Prueba de Percepción: Puzzle fácil

La figura 1 muestra los resultados observados en el momento de la realización de la prueba. Se miden las distintas capacidades que mostraron cada uno de ellos de habla mientras se realizó la prueba (número de veces que realizan cada uno de los actos medidos).

La figura 2 muestra que:

- Para el habla egocéntrica el valor mínimo es el cero, lo que corresponde a una nula comunicación por parte de los sujetos, en contraposición nos encontramos con un valor máximo de una repetición por parte de los mismos.

El valor más repetido se corresponde con 0 número de veces que se observa capacidad de habla egocéntrica. La media de número de veces para este tipo de habla en esta prueba es de 0,30 para los 10 sujetos estudiados.

- El valor máximo de veces que se observa en los individuos el habla social es 2. El número mínimo es el 0, de igual forma que ocurría en la anterior ocasión. El valor más repetido es el 1, obteniendo una media de 0,7 para la globalidad de la muestra.
- En el caso del habla privada encubierta, el rango oscila entre 1 y 0, observándose un comportamiento idéntico de la actuación de la totalidad del grupo en comparación con el habla egocéntrica.
- El silencio, presenta su tasa de respuesta más repetida en el valor 5, obteniéndose un máximo de 5 observaciones y un mínimo de 4. (media igual a 4,60).

Para esta primera prueba, y en relación al habla egocéntrica, existen 7 individuos que no han hablado ninguna vez, mientras 3 individuos han hablado 1 vez (figura 3). En cuanto a la disyuntiva entre momentos de *silencio* y habla, podemos establecer para estos individuos y para esta prueba que el 40% de los individuos habla algo o poco, mientras que el 60% de los individuos habla poco o nada (figura 4).

Prueba conceptual (problemas)

figuras 5 a 8: Podemos observar que el 60% hablan poco o no hablan nada, el 30% hablan poco o algo y el 10% habla bastante. Con estos resultados, podemos deducir que, un 50% ha manifestado habla continua durante la tarea, un 10% habla con frecuencia, un 30% habla media y un 10% habla algo o poco; por lo tanto y observando la gráfica de abajo, diremos que existe un porcentaje elevado de niños que hablan durante la tarea, respecto a los niños que se mantienen en silencio.

Discusión

En cuanto a investigaciones pasadas, *Smolucha* realizó estudios longitudinales en el que observó la conducta de niños mientras realizaban tareas de más o menos dificultad. Otros estudios muestran grandes similitudes en estructura y función entre las emisiones sociales y privadas de los niños más pequeños. En los niños mayores se observó una clara diferenciación entre tareas más complicadas y tareas sencillas ⁽³⁻⁴⁾.

En torno al tema de la dificultad de la tarea, es obligado remontarnos a las investigaciones de Vigotsky⁽⁵⁾ en las cuales se dificultaba la actividad que desarrollaba el niño y veía su relación con la cantidad de habla egocéntrica emitida. Los datos extraídos muestran que el coeficiente de habla egocéntrica se duplicaba al compararlo con el registrado en una situación normal; Al enfrentarse el niño con el obstáculo que dificultaba la tarea aumentaban las emisiones egocéntricas.

Esta relación entre habla privada y dificultad de la tarea fue lo que pretendimos encontrar en nuestro estudio experimental. Dentro de nuestras hipótesis:

“esperamos encontrar más habla privada en tareas difíciles que en fáciles”, se corrobora con nuestros resultados tanto para las tareas perceptivas como para las conceptuales, encontrando más habla privada en tareas perceptivas difíciles que en fáciles y más habla privada en tareas conceptuales difíciles que en fáciles.

En cuanto al tipo de tarea, esperamos encontrar: “más habla privada en tareas conceptuales que en perceptivas”, no cumpliéndose nuestra hipótesis en este caso según nuestros resultados (en las tareas conceptuales sólo un 10% emite habla privada para la tarea fácil, y un 40% para la tarea difícil, mientras que en las pruebas perceptivas encontramos habla privada en un 70% de los casos).

Nuestros resultados, asimismo, son contrarios a las hipótesis de *Frauenglass* y *Díaz* (1985). Pensamos que ciertas variables extrañas pueden haber influido en ellos, como por ejemplo la edad de los sujetos (alrededor de 7 años), ya que la emisión de habla privada según Piaget va declinando con la edad. También el hecho de sentirse evaluados u observados es otra variable extraña, en este caso y a diferencia de la anterior, no controlada, pudo haber influido.

Por otra parte, según Vigostky, el número de producciones privadas aumenta en situaciones sociales, y aunque sobre este tema existen datos enfrentados y no apoyan unánimemente las hipótesis de este autor, nuestra hipótesis sí se confirma, ya que al comparar a los niños trabajando en solitario o por parejas, "encontramos más habla privada por parejas".

Limitaciones

Señalar la dificultad que hemos tenido para relacionar las cuatro variables de las que disponíamos (habla social, habla privada abierta, habla privada encubierta y silencios). Los resultados del análisis no eran significativos, pensamos que una posible solución sería realizar un análisis por separado de cada una de ellas y después relacionar habla social con habla privada abierta y por otro lado habla privada encubierta con silencio, así de esta forma podría verse una diferenciación más clara.

También proponemos para futuras investigaciones una ampliación de la misma, ya que los resultados no nos aseguran con exactitud si los niños tienen un habla más interna o más social, dependiendo del tipo o de la dificultad de la tarea; habrá niños que sean más extrovertidos y tengan más producciones de habla privada abierta y otros que sean más introvertidos y prefieran hacerlo en silencio.

Contacto: Raquel Alba ☎ 629 212 350 ✉ albaraquel409@gmail.com

Referencias bibliográficas

1. Piaget J. "El desarrollo del lenguaje". 1975.
2. Vigotsky, L. S. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona: Grijalbo. 1979.
 - (1991). Obras Escogidas (I). Madrid: Visor-M.E.C.
 - (1993). Pensamiento y lenguaje. Obras escogidas (II) Madrid: Aprendizaje-Visor.
3. Sánchez Medina J. "Pensamiento y Lenguaje". Madrid: Miño y Dávila Editoriales. Enero 1999.
4. <http://perceianadigital.com/index.php/experiencias-educativas/708-estudio-del-habla-egocentrica-en-ninos-de-edad-escolar> (Diciembre, 2010).
5. <http://www.monografias.com/trabajos15/lev-vigotsky/lev-vigotsky.shtml> (dic 2010)
6. RODRÍGUEZ AROCHO, W.C (1998). "Actualidad de las ideas Pedagógicas de Jean Piaget y Lev S. Vygotsky: invitación a la lectura de los textos originales". Actas del Encuentro Nacional de Educación y Pensamiento. Universidad de Puerto Rico. Vol. V.
 - (1996). "Vygotsky, el enfoque sociocultural y el estado actual de la investigación educativa". Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 28 (3). Universidad de Puerto Rico.
 - (1998). "La relación desarrollo aprendizaje en las teorías de Jean Piaget y Lev S. Vygotsky: un análisis comparativo". Actas del Encuentro Nacional de Educación y Pensamiento. Universidad de Puerto Rico. Vol. V.
7. TUDGE, J. y WINTERHOFF, P. (1993). Vygotsky, Piaget and Bandura: Perspectives on the Relations between the Social World and Cognitive Development. EUA: University of North Caroline at Greensboro, N.C.
8. VILLARINE, A. (1998). "Desarrollo Humano y Pensamiento En la Perspectiva de Piaget y Vigostky". Actas del Encuentro Nacional de Educación y Pensamiento. Universidad de Puerto Rico. Vol. V.

9. VYGOSTKY, L.S. (1962). Thought and Language. Cambridge: The MLT Press.
10. TULVISTE, P. (1992). "L.S. Vygotsky and Contemporary Developmental Psychology". Developmental Psychology. Vol. 28 (4).
11. ZIMMERMAN, B.J. (1983). "Social Learning Theory: A contextualist account of cognitive functioning. Recent advances in Cognitive development". Theory. Nueva York.

Prueba perceptiva 1 (puzzle fácil)					Estadísticos					
Sujetos	Habla social (N° veces)	Habla privada abierta (n° veces)	Habla privada encubierta (n° veces)	Silencio (n° veces)		Habla egocéntrica	Habla social	Habla privada encubierta	Silencio	
1	0	0	0	10	N	Válidos	10	10	10	10
2	0	1	0	9		Perdidos	0	0	0	0
3	0	2	0	8	Media	,30	,70	,30	4,60	
4	1	1	0	8	Mediana	,00	1,00	,00	5,00	
5	0	1	0	9	Moda	0	1	0	5	
6	1	1	1	7	Desv. típ.	,483	,675	,483	,516	
7	1	0	0	9	Varianza	,233	,456	,233	,267	
8	0	0	0	10	Mínimo	0	0	0	4	
9	0	0	1	9	Máximo	1	2	1	5	
10	0	1	1	8						

(Figura 1)

(Figura 2)

Habla egocéntrica				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0	7	70,0	70,0	70,0
1	3	30,0	30,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

(Figura 3)

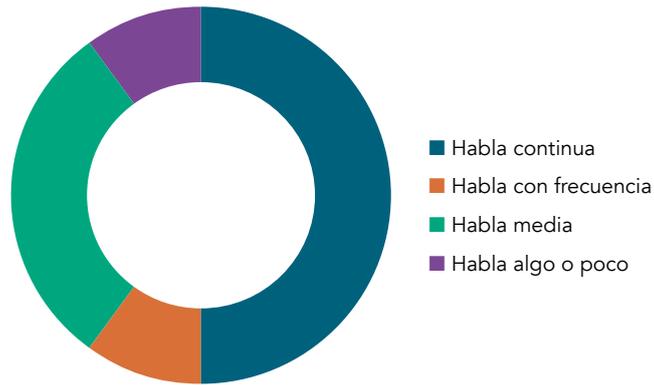
Silencio					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	Habla algo o poco	4	40,0	40,0	40,0
	Habla poco o nada	6	60,0	60,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

(Figura 4)

Prueba conceptual 2 (problemas)				
Sujetos	Habla social (N° veces)	Habla privada abierta (n° veces)	Habla privada encubierta (n° veces)	Silencio (n° veces)
1	2	1	2	5
2	0	0	3	7
3	2	0	8	0
4	0	2	2	6
5	6	0	4	1
6	3	0	6	1
7	7	0	2	1
8	4	1	4	1
9	5	1	2	2
10	4	0	2	4

Habla privada encubierta					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	2	5	50,0	50,0	50,0
	3	1	10,0	10,0	60,0
	4	2	20,0	20,0	80,0
	6	1	10,0	10,0	90,0
	8	1	10,0	10,0	100,0
Total	10	100,0			

Silencio					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Habla continua	5	50,0	50,0	50,0
	Habla con frecuencia	1	10,0	10,0	60,0
	Habla media	3	30,0	30,0	90,0
	Habla algo o poco	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	



(Figuras 5, 6, 7 y 8)

- Recibido: 03/6/2024.
- Aceptado:01/07/2024.

A la luz de nuestra vulnerabilidad.

In light of our vulnerability.

Elvira Martín Martín.

La zona limítrofe es la zona del cosido, de la juntura, el lugar donde unas grapas unen, sin confundir, dos límites, sin que lo más decisivo sea como nombrarlos. (...) lo más decisivo en efecto, no es como nombrar los límites hilvanados, sino que sea acertada la figura del hilván y la diferencia que supone (...). Es una figura que fecunda otras. Permite, en efecto, reinterpretar la apertura, la finitud, la extrañeza interior, el cuidado del otro y la diferencia.

Josep María Esquirol. La Resistencia íntima.
Ensayo de una filósofa de la proximidad.

María se ha muerto, me he enterado hace unas horas. Me lo ha dicho Mónica, la persona que trabaja en su casa, conviven y se cuidan mutuamente desde hace ya tres años.

Ayer hablé con María, me transmitió mucha luz, como hacía tiempo, quizá como nunca. Hoy está muerta. ¿Morir es oscuro o luminoso?

Siento un dolor intenso, me emociono, aunque en unos minutos me pongo a teclear en Google temas que contienen la palabra *muerte, paciente, usuario, duelo...*

Mando un mensaje a una compañera, *¿qué hay escrito sobre esto?*

Ella me pasa algunos textos, pero sobre todo, se ofrece ella misma, para que hablemos, para que charlemos sobre nuestras experiencias de pérdida con los pacientes. *Gracias por todo el material,* decido escaparme a los textos... me es más fácil retenerme ahí.

Pasa más rato y cuanto más me escucho, menos quiero leer, y más quiero contar, compartir. Cuanto más me escucho y miro lo que siento, también más me cuestiono. Muchas de esas preguntas me las hacía ya con respecto al vínculo que me unía con María; ahora se presentaban como más gordas e incisivas.

Había una contratransferencia tan fértil, de psicóloga a paciente, de profesional a usuaria, pero al mismo tiempo, y favoreciendo el movimiento, de nieta a abuela, de alumna a maestra, de vecina a vecina... al menos, esas son las que tenía más o menos trabajadas conscientemente. ¿O no?

María sufría, sufría mucho. Sufría con el sufrir de las personas, del mundo, de su Dios, de su alma, de su mente, de su cuerpo. Empezó a tener problemas de audición cuando ya se había ido a trabajar de maestra a la capital. Cada vez más insegura, más pequeña, con menos voz. Volvió a su pueblo, a seguir siendo maestra pero con más cuidados familiares; siguió perdiendo audición, voz, luz... hasta que

tuvo que dejar su profesión. Sin embargo, no dejó de ser maestra. Como ella decía, esa es una forma de vivir, y ella la mantuvo, acompañando y estimulando la curiosidad de sus sobrinos, y de todas las personas que querían estar a su alrededor, que eran muchas.

Y así, siempre en difícil equilibrio entre lo que iba perdiendo y lo que iba ganando... entre lo que iba tragando y lo que iba soltando, entre lo que iba mostrando y lo que iba escondiendo... entre el adentro y el afuera al fin y al cabo. En esos dilemas fue sufriendo cada vez más. Y empezó a vomitar. Cuarenta años vomitando en secreto. Un secreto traslúcido para la hermana con la que convivía, su compañera de vida. Su compañera de casa, de profesión, de viajes interiores y exteriores. Le pidió antes de morir que dejara de vomitar y que se curase. Eso sí que fue tragar algo gordo. Una culpa que lo llenaba todo, una bola en su garganta a punto de estallar y dinamitarla. Ahí la conocí yo. Queriendo dejar de sufrir, y para ello morir, casi tanto como vivir.

Cuando llegaba a su casa, cada viernes por la mañana, me asomaba a la ventana y durante un instante la observaba sentada en el sillón, de espaldas, viendo la misa en la tele.

En ese mirar, en ese instante, me desaceleraba y entraba a otro tiempo. El suyo, donde yo habitaba otro tiempo mío, en el que he podido visitar tantos lugares de mi biografía... y visitándolos, he podido acompañar tantas imágenes que ella traía... Así, de un lado a otro, de otro a uno, pasando y construyendo un lugar, límite y espacio al mismo tiempo, habitado cada vez por menos dilemas y por más dialéctica. En cada ir y venir, una aguja de hilos finos y gruesos iba trazando labores que convertían los bordes en lugares llenos de movimiento, formas, imágenes... que cuando llegaban a tocarse, entre ellas, cobraban vida y se hacían relato. Todo ello a la mesa camilla, arropadas por una faldilla cubierta por un tapete de ganchillo que parecía una extensión de la labor que se iba tejiendo entre nosotras.

La faldilla era más gruesa en la época de frío, y más fina en la época de calor. Entre la faldilla con el tapete y el cristal de la mesa, estaban las fotos de toda la generación de sobrinos, sobrinas y resobrinos, resobrinas... ellos, desde ese lugar intermedio también, nos traían conversación, hacían crecer el contar, el conversar.

Así poco a poco entre el tragar y vomitar, entre el silencio y el ruido del audífono, entre el cielo y el infierno... entre la madera y el cristal de la mesa, fue apareciendo su historia, y con su historia, nuestra historia, y La Historia. Apareció otra narración en la escritura conjunta. Sus hermanas y sobrinos trajeron fotos, y se volvieron a escuchar, en esa historia.

Ahora tengo que salir de esa casa. Tengo que levantarme de ese sofá, salir del calor de la faldilla. Antes de echar a andar calle arriba, me paro de nuevo, por fuera, frente a la ventana. La tele está apagada, y veo a María, rodeada de su familia, de su cuidadora, a la mesa camilla, hojeando juntas la historia que María ha conseguido escribir junto a nosotras.

Me llega un mensaje de una compañera. Me dice que ha estado pensando un poco más y que quiere decirme *que haga lo que me nazca. Cuando muere un paciente, hay que escuchar lo que nos dice nuestra humanidad... sin tanto cuestionamiento*. Pues a mí lo que me nace es volver un ratito más a esa mesa. Quiero quedarme con ellas sólo un poco más, al menos hasta que acabemos de hojear la historia. A la luz de nuestra vulnerabilidad.

Elvira Martín Martín, 2 de abril del 2024.

El Diagnóstico de Comunidad: Una clave para trabajar con la Determinación Social de la Salud Mental.

Community Diagnosis: a Key to Working with the Social Determinants of Mental Health.

Ander Retolaza.

Psiquiatra. Grupo de Trabajo sobre Determinantes Sociales y Salud Mental (AEN-PSM). Bilbao.

Resumen: La mayor parte de las demandas y problemas que acceden a los servicios asistenciales de salud mental están socialmente determinados en lo referente a su origen y circunstancias. Este hecho resulta esencial a efectos de conocerlos en profundidad, plantear un adecuado abordaje preventivo y llevar a cabo, cuando sea necesario, un tratamiento de los mismos.

Palabras clave: Diagnóstico de Comunidad, Territorio, Participación, Cuidados y Autocuidados, Salud Pública, Técnicas de diagnóstico.

Abstract: The majority of demands and problems that reach mental health care services are socially determined in terms of their origin and circumstances. This fact is essential for understanding them in depth, proposing an appropriate preventive approach and, when necessary, carrying out their treatment.

Keywords: Community Diagnosis, Territory, Participation, Care and Self-Care; Public Health, Diagnostic Techniques.

Introducción

Existe una inercia de conjunto de todo sistema social a reproducirse, conservando sus características definitorias. Esto puede entrar en contradicción con la tendencia de sus partes a ejercer una autonomía relativa y capaz de generar cambios. La determinación dominante se manifiesta en múltiples dimensiones de esta reproducción social. Primero, de una forma general (como sistema de costumbres e ideas, de diferencias de poder, de producción de bienes y servicios o de distribución de los mismos, por ejemplo). Después en diversos contextos particulares, pero compartidos por amplios grupos de personas (ya sean de clase social, de género o de cualquier otro colectivo) y, por último, de forma individual (Breilh, 2023). En cada una de estas dimensiones se reproduce lo esencial del sistema en una línea descendente, pero no dejan de manifestarse resistencias y fuerzas en sentido contrario. En este contexto contradictorio es donde cada territorio y cada comunidad de formas de vida e intereses pueden jugar un papel relevante. Así pues, la comunidad concreta en la que se desarrolla la existencia de las personas (algunas de las cuales presentan riesgo incrementado de presentar un trastorno mental y/o de llegar a ser pacientes) condiciona y modula las formas de presentación de estos problemas y resulta un elemento de primera magnitud a la hora de mantener un adecuado sistema de atención y cuidados.

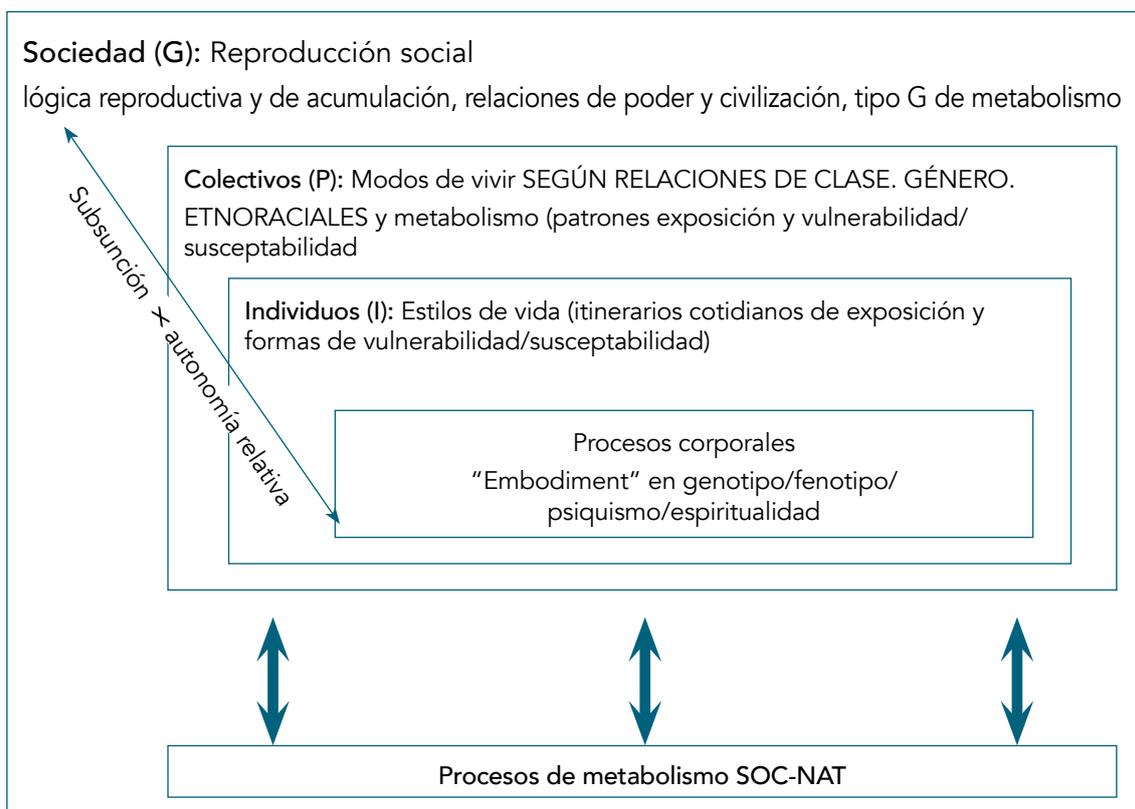
Por otro lado, el bienestar de las personas supone un desafío que debe de ser planteado desde un fundamento conceptual, social y ético completamente diferente al que nos ha acostumbrado el

sistema imperante, que, en primera instancia, se nos presenta en crisis y -en el mejor de los casos- como meramente asistencial.

Desde esta perspectiva se hace preciso señalar algunos procesos objetivos relacionados con el bienestar. Los más importantes entre los mismos hacen referencia a la *sostenibilidad*, la *autonomía*, la *equidad* y la *seguridad* de las formas de vida y convivencia dominantes en un determinado espacio social, cultural y geográfico (Breilh, 2023).

Proceso multidimensional de determinación social: subsunción y autonomía relativa

Naturaleza (metabolismo en varias dimensiones)



Objetivos

El *diagnóstico de comunidad* es una herramienta propia de la salud pública que resulta útil para comprender la situación concreta de una comunidad en un territorio (Botello y otros, 2013). Se realiza recogiendo información y datos que, convenientemente analizados, permitan un mejor conocimiento de las circunstancias presentes y faciliten una actuación, tanto en un ámbito colectivo como individual. En principio se trata de diseñar intervenciones capaces de afrontar los problemas compartidos por las personas, que se presentan en un determinado espacio social y geográfico, en busca de su posible resolución o, al menos, de un enfoque paliativo de los mismos. Algunos de los elementos de que consta un diagnóstico de comunidad son: 1) Información sobre los problemas y necesidades existentes en un entorno comunitario determinado; 2) Comprender las causas y efectos de los mismos; 3) Identificar recursos y medios útiles para actuar sobre esos problemas; 4) Establecer prioridades de intervención de acuerdo con la gravedad de los problemas, los recursos y el conocimiento disponible; 5) Diseñar una estrategia de acción, a ser posible con un cronograma por objetivos y una evaluación de su efectividad (Secretaría de Educación Pública. Méjico, 2015).



Un buen diagnóstico de comunidad debe de proporcionar información relevante sobre el contexto (social, político, económico, histórico, etc...) en el que se produce aquello que se observa y evalúa. En este caso, la salud mental de las personas. También debe de permitir conocer fortalezas y posibilidades, especialmente aquellas que residen en la propia comunidad y no precisan de manera determinante del concurso de servicios especializados. Estos pueden ser sociales, de salud en general o de salud mental, mientras que las fortalezas y posibilidades, muchas veces desaprovechadas, hacen referencia a sistemas formales e informales de autoayuda y cooperación presentes en la comunidad.

Algunas de las características de un buen diagnóstico de comunidad son las siguientes: *sencillez*, *utilidad*, *compromiso*, *inclusión* y *participación*. El *compromiso* supone la toma de acuerdos que proceden del sentir comunitario. El diagnóstico debe de ser *participativo* e intentar involucrar a la mayor cantidad de personas posible, lo que sirve para que todos o la mayoría de los participantes se vean comprometidos en su cumplimiento. Esto incluye tanto personas particulares, como organizaciones de la sociedad civil, funcionarios públicos o asesores y técnicos con capacidad de incidir en la comunidad. Entre estos asesores y técnicos están los servicios sociales de área, los médicos (especialmente los de atención primaria) y el propio equipo de salud mental.

Metodología y Desarrollo

Los pasos esenciales para llevar a cabo el proceso (Breilh, 2023) serían los siguientes:

- *Construcción participativa de la problemática*
 - Establecer acuerdos sobre el modelo interpretativo

- Elaborar las preguntas centrales del proyecto
- Formulación de los procesos críticos
- *Elaboración y selección de instrumentos observacionales*
 - Diseño y aplicación de guías de entrevista
 - Diseño y aplicación de cuestionarios de encuesta epidemiológica
- *Sistematización en la matriz de evidencias*
 - Resultados cualitativos
 - Resultados cuantitativos
- *Ordenamiento e integración nodal de evidencias*
- *Integración multidimensional*

Existen diversos procedimientos para llegar a los objetivos propuestos. Entre ellos están: 1) Lluvia de Ideas (*Brain Storming*) que se puede llevar a cabo con el equipo de intervención o con la participación de algunas personas o líderes de la comunidad especialmente sensibilizados; 2) Árbol de problemas, que permite identificar un problema principal del que se desprenden otros secundarios; 3) Mapa de problemas, donde una serie de intervinientes los van señalando y los relacionan con el entorno; 4) Análisis DAFO. Se trata de una técnica que se puede realizar en grupo. Se centra en el propio diagnóstico de comunidad o en la tarea a realizar y busca analizar las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades que afectan a la misma. Con los datos recogidos se realiza una matriz que permite desarrollar una estrategia; 5) Observación directa, en la que el profesional (que también puede ser investigador) se involucra en la comunidad e identifica los problemas; 6) Entrevistas con personas significativas, que sean buenas conocedoras de la comunidad y, a ser posible, participen activamente en la misma; 7) Investigación-Acción, que es un método participativo en el que se profundiza en el conocimiento de los problemas mientras, de forma simultánea, se trabaja en su solución; 8) Diagrama Causa-Efecto, que es útil para representar de manera visual y gráfica un problema complejo que esté abordando la comunidad, de manera que resulte más fácil entenderlo y abordarlo.

Resultados

De una forma resumida, diversas técnicas validadas por la evidencia para realizar un diagnóstico de comunidad con una buena base participativa, serían las siguientes (Botello y otros, 2013):

- *Entrevistas en profundidad*: encuentro cara a cara entre la persona clave y la persona que recoge la información, dirigido a la comprensión de las perspectivas que tienen los vecinos respecto a sus comportamientos, sentimientos o experiencias.
- *Grupos de discusión*: conversación de un grupo pequeño y homogéneo diseñada para obtener información de un tema de interés común, con un guión de preguntas y la ayuda de un moderador

-

-

-

-



Mapeo de activos. (Adaptada de Improvement and Development Agency)

Qué recursos	Quiénes	Qué tienen	Reflexión
Recursos de los individuos	Miembros de la comunidad Familias Vecinos	Poder Pasión Talento Habilidades Experiencia Conocimiento Tiempo Cuidado	¿Qué es lo bueno del lugar donde viven) ¿Qué pueden hacer para mejorar la vida en su comunidad
Recursos de las asociaciones formales	Grupos religiosos Grupos deportivos Asociaciones juveniles Grupos de voluntarios Asociaciones de vecinos Grupos de autoayuda o de ayuda mutua Asociaciones de pacientes Voluntarios	Visión Redes Conocimiento compartido Influencia Talento	¿Cuáles son las redes formales de su comunidad?
Recursos de las asociaciones informales	Red informal de cuidadores Red informal de apoyo	Visión Redes Conocimiento compartido Influencia Espacios compartidos Talento	¿Cuáles son las redes informales de su comunidad?
Recursos físicos del área	Parques Centros educativos Bibliotecas Centros de salud Centros infantiles	Edificios Espacios compartidos	¿Qué espacios verdes, terrenos sin utilizar, edificios, calles, mercados o transportes hay en la comunidad?
Recursos económicos	Negocios locales Comercios locales	Dinero Influencia Edificios	¿Cuál es la situación económica local?
Recursos culturales	Teatro Música Arte	Visión Redes Conocimiento compartido Influencia Espacios compartidos Talento	¿Qué talento tiene la fente para la música, el teatro o el arte?
Recursos de las organizaciones	Servicios del ayuntamiento Concejalias o concejales Líderes o representantes de barrios o vecindarios Policía Trabajadores sociales Médicos de familia Enfermería	Dinero Edificios y recursos Servicios reales o potenciales Influencia sobre otros Tiempo Poder Conocimiento Liderazgo Capacidad y buena voluntad para el cambio	¿Qué recursos tienen las organizaciones independientemente de si se usan o no?

Algunas técnicas para realizar el mapeo sobre recursos en salud								
Qué recursos	Cómo explorarlos. Técnicas							
	Entrevistas en profundidad	Grupo focal	Base de datos / web/redes sociales 2.0	Conversación	Mapping party	Photovoice	Investigación narrativa storytelling	tertulia del café
Recursos de los individuos	+++	+++	+	+++	++	++	+++	+++
Recursos de las asociaciones formales	+	+	+++	+	++	++	+	+
Recursos de las asociaciones informales	++	++	+	++	+++	+++	++	++
Recursos físicos del área	+	++	+++	++	+++	++	++	++
Recursos económicos	++	++	+++	++	+	++	++	++
Recursos culturales	++	++	++	++	++	++	++	++
Recursos de las organizaciones	++	+	++	+		++	+	+

Gradación orientativa de la utilidad de cada técnica: +++ muy adecuada, ++ adecuada, + puede ser adecuada.

Conclusiones

Los sistemas de bienestar social desarrollados hasta hoy no han conseguido disminuir la inequidad presente en nuestras sociedades y que está en la base de gran parte de los problemas de salud que padecemos. En el caso de la salud mental esta realidad resulta muy evidente (Wilkinson y Pickett, 2009). Los sistemas sanitarios que hemos heredado del pasado se caracterizan, ante todo, por procurar servicios médicos asistenciales o, en su caso psicológicos, de carácter individualizado y por tiempo limitado. Las tareas a largo plazo, de salud pública y prevención resultan muchas veces reducidas a su mínima expresión, como bien hemos podido percibir durante la pandemia de la COVID19. En última instancia se reduce al ciudadano a un receptor pasivo de intervenciones que corren el riesgo de derivar en actitudes consumistas y medicalización de problemas de vida.

Lo anterior supone un importante gasto, que además resulta ineficiente, dado que se concentra mayoritariamente en farmacia e intervenciones tecnológicas, sin lograr resolver la mayor parte de los problemas que se presentan. Esto resulta decisivo, en algunos campos como el de la salud mental, donde muchos de los casos y problemas a atender son complejos, de larga duración y/o necesitan de intervenciones sociales de apoyo (Oswald y otros, 2024).

Como se ha mencionado más arriba, las condiciones asociadas a un buen nivel de bienestar se relacionan con la sostenibilidad y la autonomía, tanto en lo referido a las condiciones de vida de las personas, como de los sistemas de apoyo a desplegar en su auxilio cuando sea necesario. En relación con ambas está el empoderamiento de la ciudadanía y los usuarios de los sistemas de atención. La equidad, entendida como igualdad de acceso a bienes y servicios (sanitarios y de todo tipo) y la seguridad, derivada de las propias formas de vida de individuos y colectividades, constituyen otro par de condiciones esenciales para el bienestar. Esto se hace extensible, así mismo, a las técnicas y modos con las que las administraciones asisten y apoyan a estas colectividades e individuos.

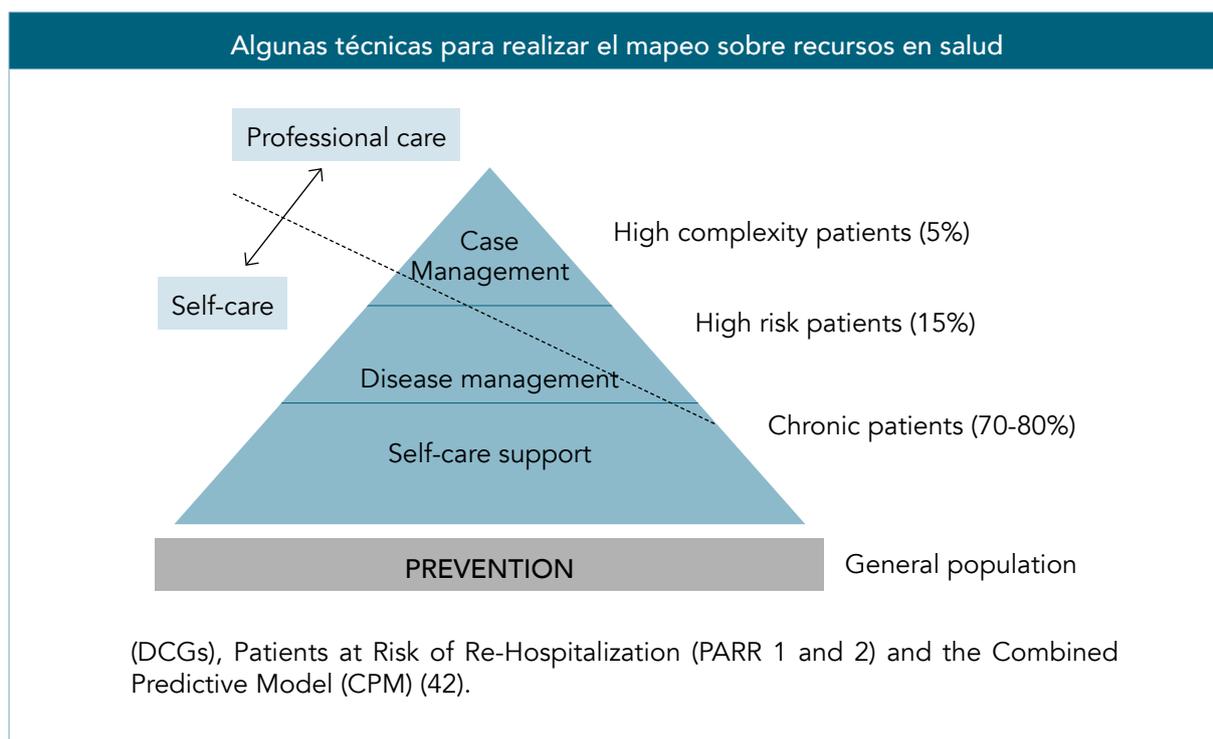
En relación con lo anterior y con la crisis sanitaria actual, entre las tendencias dominantes de los sistemas de bienestar avanzados, se encuentran los conceptos de participación y cuidados. No parece posible, ni recomendable, sostener un sistema meramente asistencial de carácter público (sanitario y/o social) capaz de proporcionar cualquier tipo de atención a cualquier persona y en cualquier circunstancia. En su lugar, los servicios y programas deben de prepararse para una problemática emergente. Algunos elementos de esta problemática son: 1) La atención a la cronicidad derivada, entre otras cosas, del

envejecimiento poblacional; 2) La persistencia de trastornos mentales graves, necesitados de recursos sanitarios, de apoyo social, habitacionales y laborales; 3) La creciente presencia de un malestar psico-social, asociado -o no- a trastornos mentales y que afecta, entre otros, a un importante sector juvenil.

Un sistema de atención equitativo debe de conseguir una atención proporcional a estos diferentes problemas y preocuparse por priorizar la prestación de servicios a quienes más lo necesiten.

Estas condiciones apuntan a la necesidad de organizar diversos tipos de cuidados, tanto proporcionados por el estado como por personas o entidades ajenas al mismo. Esto abarca cuidados administrados por las propias familias y la comunidad organizada, e incluye los autocuidados (que han de ser posibles en base a la autorresponsabilidad y una educación sanitaria que el sistema de atención puede y debe procurar). Los servicios profesionales y especializados de carácter público tienen su lugar y deben entrar en juego en el momento y forma precisos, pero no antes, ni después o de una manera poco proporcionada (por exceso o por defecto) a las necesidades de los usuarios. Por otro lado, la integración de servicios sanitarios y sociales debe de convertirse en la norma, especialmente en territorios como el de la salud mental.

El diagnóstico de comunidad, por lo que implica de trabajo con las comunidades afectadas y empoderamiento de las mismas, ofrece la oportunidad de convertirse en una buena vía de acceso a algunos de los cambios que necesitamos en la actual situación de crisis social y sanitaria persistentes.



Contacto: Ander Retolaza ✉ ander.retolaza@telefonica.net

Referencias bibliográficas

Botello B., Palacio S., García M., Margolles M., Fernández F., Hernán M., Nieto J., Cofiño R. (2013): Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad; *Gac Sanit.*: 27(2): 180-3.

Breilh J. (2023): *Epidemiología y la Salud de los Pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Quito. Universidad Andina Simón Bolívar.

Oswald TK et al. (2024). Interventions targeting social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Psychological Medicine* 1–25.

Secretaría de Educación Pública. Desarrollo comunitario (2015): *Elementos para elaborar un diagnóstico comunitario*. Ciudad de México.

<https://laedu.digital/2021/11/29/elementos-para-elaborar-un-diagnostico-comunitario/>

Wilkinson, R., Pickett, K (2009): *The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. Westminster. London. Penguin Books. Trad. Esp. (2009): *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid. Turner.

- Recibido: 03/06/2024.
- Aceptado: 24/06/2024.

Factores pronósticos del reingreso en urgencias de salud mental.

Prognostic factors for readmission to mental health emergencies.

Alba Verdugo Martínez y Juan Jesús Muñoz García.

Residentes de Psicología Clínica. Hospital San Juan de Dios, Ciempozuelos. Madrid.

Resumen: El perfil de personas que acuden a urgencias de salud mental es heterogéneo. El objetivo del presente estudio fue conocer qué variables influían en acudir por segunda vez a urgencias de un hospital de salud mental. Se realizó un análisis de supervivencia sobre las variables sociodemográficas y clínicas. Se realizó una regresión de Cox para averiguar los factores de riesgo. Los resultados mostraron diferencias significativas en función del diagnóstico con mayor probabilidad de recurrencia para los trastornos emocionales. Se encontró que los antecedentes a urgencias, el diagnóstico principal y el número de hospitalizaciones eran factores de riesgo mientras que la probabilidad se reducía si el motivo de consulta se relacionaba con cuestiones emocionales. Se expone la necesidad de tener en cuenta aspectos clínicos en el análisis de la recurrencia de urgencias de salud mental. Así, una perspectiva contextual podría favorecer la comprensión de este fenómeno y facilitar la implementación de medidas de atención que tengan en cuenta estas cuestiones.

Palabras clave: urgencias, salud mental, análisis de supervivencia, recurrencia, diagnóstico.

Abstract: The profile of people attending mental health emergency departments is heterogeneous. The aim of the present study was to determine the variables influencing second visits to the emergency department of a mental health hospital. A survival analysis was performed on sociodemographic and clinical variables. Cox regression was performed to determine the risk factors. The results showed significant differences according to diagnosis with a higher probability of recurrence for emotional disorders. History of ED visits, main diagnosis and number of hospitalisations were found to be risk factors while the likelihood was reduced if the reason for consultation was related to emotional issues. The need to take clinical aspects into account in the analysis of the recurrence of mental health emergencies is discussed. Thus, a contextual perspective could favour the understanding of this phenomenon and facilitate the implementation of care measures that take these issues into account.

Keywords: emergencies, mental health, survival analysis, recurrence, diagnosis, diagnosis.

Las políticas actuales de salud pública se enfrentan a un importante reto: responder al aumento de la demanda asistencial con una respuesta de calidad. Parte de dicha demanda corresponde al fenómeno de la hiperfrecuentación o puerta giratoria (1). Si bien se vio potenciado por los movimientos de desinstitucionalización debido a la imposibilidad de abarcar con los recursos existentes la externalización de algunos de los usuarios de las unidades de larga estancia (2) actualmente el uso repetido de los recursos de salud responde a cuestiones contextuales que no pueden ser comprendidas desde el reduccionismo del análisis de individual. Sin embargo, es aquí donde la literatura existente ha centrado su atención. Resulta difícil realizar una aproximación al concepto debido a la inexistencia de una operativización del fenómeno, que deriva en definiciones con diversos criterios de inclusión. Muestra de ello es que el número de visitas a urgencias puede oscilar entre 2 y 5 en un periodo que abarca

desde un año hasta los 36 meses (3,4). Aun así, se estima que un 10% de la población total que acude a urgencias consume un 30% de los recursos sanitarios (5). La falta de unificación en la definición provoca que, a pesar de los esfuerzos, no se obtengan resultados homogéneos acerca de los factores asociados al incremento en las visitas a urgencias (6,7).

La hiperfrecuentación en dispositivos de salud mental apenas ha sido estudiada. Las investigaciones se han centrado en urgencias hospitalarias generales o centros de atención primaria, donde se ha asociado a la interacción de variables personales tales como la edad, la adherencia al tratamiento o a comorbilidades físicas (8, 9). Con respecto a los diagnósticos en salud mental, destacan aquellos del espectro psicótico y trastornos de la personalidad (5,10) existiendo resultados contradictorios en torno a los trastornos emocionales (6). En entornos de salud mental parece que el perfil hiperfrecuentador responde en su mayoría a hombres (11, 12, 13), jóvenes (11, 14, 13) que tienen mayor probabilidad de tener un diagnóstico de esquizofrenia u otro trastorno psicótico o TP (11, 13, 12). Acerca de la involuntariedad de los ingresos, la literatura no los relaciona con la hiperfrecuentación mientras que los ingresos voluntarios podrían suponer, en algunos casos, un intento de alivio del malestar ante situaciones de la vida cotidianas que potenciarían el regreso a las urgencias (5).

Desatender el análisis de las características propias de la siguiente visita a urgencias conlleva una pérdida de información que podría ser relevante en el fenómeno de la puerta giratoria. El presente estudio tiene como finalidad contribuir al conocimiento de la hiperfrecuentación en urgencias en un servicio de salud mental analizando el tiempo hasta una segunda visita a urgencias y las variables que están implicadas en ellas.

Método

Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectivo. Para ello se incluyeron a todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la Clínica Nuestra Señora de La Paz (CNSP) entre enero y diciembre de 2022. Los requisitos de inclusión fueron acudir a urgencias y ser mayor de 17 años. Como criterio de exclusión se estableció aquellos que fueron derivados de otros hospitales para ingreso o quienes acudían a solicitud de la propia clínica para ingreso programado. Se recogieron las entradas en el programa informático *Ticare*s asociadas a urgencias durante el año de seguimiento y la información de anteriores visitas. Posteriormente, se agruparon por número de historia obteniendo así la muestra total.

Para la recogida de datos se elaboró una base de datos donde se recogieron variables sociodemográficas como la edad y sexo, así como la fecha de la primera y segunda visita (si se daba el caso) a urgencias. Se anotó el motivo principal de consulta y el diagnóstico asignado en la primera visita codificándolo como trastorno emocional, trastorno del espectro psicótico o trastorno de la personalidad, según fuese el caso. Con respecto al historial previo en urgencias se recogió de manera cuantitativa mediante el número total de visitas y se creó una variable categórica que recogiese si la persona tenía o no visitas anteriores al servicio de urgencias. Además, se tuvo en cuenta el haber tenido un ingreso hospitalario en la primera visita, así como el número de éstos en todas las visitas previas que tuviese la persona. Por último, se incluyó una variable categórica donde se indicaba la voluntariedad o no del ingreso. En consonancia con la literatura previa se creó una variable dicotómica denominada "normofrecuentadores" donde se englobaba como tal a aquellas personas con un historial de 4 o menos visitas.

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 1532 personas que acudieron a los servicios de urgencias de psiquiatría de la clínica Nuestra Señora de La Paz, al menos una vez, en el año 2022. El rango de edad estuvo entre 18 y 97 años (Md=43) siendo la edad más frecuente 18 años ($n=98$, 6.4%). En cuanto al sexo, un 63.5% ($n=973$) fueron mujeres. El diagnóstico más común fue el trastorno del espectro psicótico ($n=656$; 42.8%), seguido por los trastornos emocionales ($n=580$; 37.9%) y los trastornos de

personalidad en último lugar ($n = 296$; 19.3%). El motivo de consulta más frecuente fueron cuestiones relacionadas con aspectos emocionales ($n = 1202$; 84.3%) seguido por descompensaciones de la psicopatología de base ($n = 176$; 11.5%).

Del total de la muestra, un 80.3% ($n = 1230$) tuvo una única visita, seguida de dos ($n = 201$; 13.1%), siendo el máximo de visitas en el año de 12 ($n = 1$; 0.1%). Estableciendo el punto de corte en 4 ó más visitas para ser considerado hiperfrecuentador, el 3.3% ($n = 51$) se clasificó en esta categoría. El 70.2% ($n = 1076$) no tuvo como resolución de la urgencia el ingreso hospitalario, frente al 26.2% ($n = 402$) que ingresó una vez. El número máximo de ingresos fue de cinco ($n = 1$; 0.1%). De las personas que tuvieron al menos un ingreso, el 24.5% ($n = 375$) se produjo en la primera visita a urgencias y, de ellos, un 34.7% ($n = 130$) fue en régimen de involuntariedad. Más de la mitad de la muestra ($n = 845$; 55.2%) tenía antecedentes de visitas en años anteriores en las urgencias del hospital, de los que el 66.4% ($n = 561$) tuvieron una única visita, el 25.2% ($n = 213$) tuvieron dos, seguidas por cinco visitas ($n = 24$; 2.8%). En la Tabla 1 se recogen los datos segmentados en función del grupo diagnóstico.

Análisis de datos

En primera instancia se calcularon los estadísticos descriptivos para los datos sociodemográficos y las variables relacionadas con las visitas a urgencias. A continuación, se llevó a cabo una estimación de la función de supervivencia de los participantes a través del análisis de Kaplan Meier(14) para estudiar la ocurrencia de regresar a la urgencia tras la primera visita. Para ello se tuvo en cuenta la diferencia en el tiempo de seguimiento para cada caso y el diagnóstico asociado a cada persona. Se estableció como evento la segunda visita por parte de una persona al servicio de urgencias, codificando el tiempo entre ambas en meses.

Tras analizar la tendencia de visitas se realizó una regresión de Cox(15) para estimar los riesgos proporcionales relacionado con las visitas a urgencias. Dado que investigaciones previas sugieren el efecto de las variables demográficas y clínicas como posibles variables explicativas de la frecuentación repetida en urgencias, se analizó la relación entre tener una segunda visita y dichas variables. Para ello se calcularon pruebas X^2 y U de Mann-Whitney dada la no normalidad de las variables cuantitativas. Los análisis revelaron que no existían relaciones estadísticamente significativas entre aquellas personas que tenían una o 2 o más visitas a urgencias en la edad, que la resolución de la primera visita sea un ingreso o el sexo, pero sí para el número de visitas en los años previos a urgencias ($U = 93627$, $p < .001$), tener antecedentes en urgencias ($X^2 (1, N = 1532) = 53.554$, $p < .001$), el número de hospitalizaciones previas ($U = 134696$, $p < .001$), el diagnóstico principal ($X^2 (2, N = 1532) = 91.061$, $p < .001$), el motivo de consulta ($X^2 (2, N = 1532) = 23.478$, $p < .001$) y la involuntariedad del ingreso en la visita a urgencias ($X^2 (1, N = 375) = 43.612$, $p < .001$). Por tanto, estas cinco variables fueron incluidas en el modelo de Cox con el objetivo de controlar el efecto que pudiesen tener en la relación con la frecuentación repetida. Se estimaron también los tamaños de efecto mediante la V de Cramer para las variables que obtuvieron diferencias significativas (Tabla 2).

Para estudiar los tiempos de espera se llevó a cabo una tabla de mortalidad tanto para la muestra global como estratificada por el diagnóstico principal. Para el análisis de datos se empleó el paquete estadístico SPSSv28.

Resultados

Frecuentación de urgencias: función de supervivencia

Teniendo en cuenta la muestra global, la proporción de segundas visitas a urgencias al finalizar el intervalo del primer mes fue de .88, revelando que existe un 12% de probabilidades de que una persona vuelva a acudir en el mes siguiente tras su primera visita, mientras que la probabilidad es

del 20% para el sexto mes. La distribución de los tiempos de espera para la segunda visita difería significativamente entre sí en función del diagnóstico de la persona ($X^2(1, N=1532)=33.36, p<.001$). Destaca cómo la probabilidad aumenta de una manera más notable en los trastornos emocionales (ascendiendo desde un 13% en un primer mes hasta el 30% en el sexto mes) y en el espectro de la psicosis (donde la probabilidad en el primer mes es del 6% y 12% en el sexto mes) mientras que en los trastornos de personalidad (donde la probabilidad al mes y a los seis meses es de 13% y 19%, respectivamente) el ascenso es menor y menos pronunciado en el tiempo. Aun con ello, las diferencias son significativas entre los todos los grupos de comparación de diagnóstico, a saber, trastornos emocionales y psicosis ($X^2=75.51, p<.001$), psicosis y trastornos de la personalidad ($X^2=14.40, p<.001$) así como trastorno de la personalidad y emocionales ($X^2=14.78, p<.001$). La Figura 1 permite ver cómo la curva de supervivencia referente a los trastornos emocionales desciende más abruptamente que las relativas a trastornos de personalidad y del espectro psicótico, mostrando este último una estabilidad en la pendiente a partir del octavo mes.

VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS A LA FRECUENTACIÓN

La regresión de Cox permitió estimar el impacto de las variables relacionadas con las visitas a urgencias obteniendo un mejor ajuste del modelo global ($X^2(10)=313.612; p<.001$). El modelo reveló la pertinencia de incluir las variables relacionadas con tener antecedentes en urgencias, así como el número, el diagnóstico principal y el número de hospitalizaciones previas (Tabla 3). Como puede observarse, tener antecedentes en urgencias ($OR=.540$) así como un mayor número de éstas ($OR=.027$) se asociaron tener una segunda visita a urgencias durante el año, siendo por tanto factores de riesgo. También se asocian con un mayor riesgo el número de hospitalizaciones previas ($OR=.678$). En lo que respecta al diagnóstico principal, todos ellos se mostraron significativos si bien su relación con una segunda visita a urgencias es diferencial. Una etiqueta de trastorno emocional se asoció con un mayor riesgo ($OR=.458$) mientras que el riesgo disminuía si se contaba con un trastorno del espectro psicótico ($OR=-1.086$) o trastorno de la personalidad ($OR=-.535$). En relación al motivo de consulta que propició la primera visita a urgencias, sólo se encontró significación para las como *cuestiones emocionales* siendo una variable que disminuía en riesgo de regresar una segunda vez a urgencias ($OR=-1.206$).

DISCUSIÓN

Los datos revelan que existe un determinado número de personas que acude por segunda vez a urgencias que, si bien no es un porcentaje mayoritario (19.6%) muestra una probabilidad considerable de regresar en el siguiente mes a la primera visita. Resalta cómo este fenómeno se halla tanto en la muestra total como segmentada por diagnósticos, si bien se encuentran diferencias en la distribución de la segunda visita a urgencias en función de si se trata de trastornos del espectro psicótico, de la esfera emocional o se consideran trastornos de personalidad.

Los datos no sugieren diferencias en edad y sexo entre quienes acuden una única vez y quienes vuelven a las urgencias de salud mental. En relación a la conducta de hiperfrecuentación, los datos no son esclarecedores y si bien existen estudios que encuentran tanto influencia del sexo con una mayor frecuencia por parte de las hombres (9, 11, 12) y con menor edad (11, 14), nótese que no pueden realizarse comparaciones entre los resultados aquí hallados y los existentes en investigaciones previas, ya que aquí la comparación se realiza entre quienes acuden o no una segunda vez.

En nuestro estudio tampoco se han encontrado diferencias entre quienes acuden una única vez y quienes lo frecuentan dos o más veces en relación al hecho de ingresar en la primera visita, algo que no se ha estudiado por el momento por lo que no puede compararse con estudios previos. Podría inferirse, en relación a estos estudios, que no existiría un componente funcional de los ingresos por el que se estableciese un mecanismo de aprendizaje de evitación, o ganancia, derivado de dichos ingresos. No obstante, es necesario tener en cuenta que, si bien no hay diferencias en tener o no un ingreso en la primera visita, sí existen en visitas anteriores, teniendo un mayor número de ingresos

hospitalarios quienes vuelven a acudir a urgencia. Explicar esta diferencia requiere de un mayor análisis que pueda permitir dilucidar qué variables entrar en juego para que, longitudinalmente hablando, aparezcan diferencias significativas.

El hecho de que el motivo de consulta no resulte pertinente para explicar la segunda visita a urgencias, a excepción de las cuestiones emocionales, y sin embargo el diagnóstico sea relevante en el análisis de supervivencia requiere una mayor investigación. Podría hipotetizarse que los resultados equiparan a un mismo riesgo de probabilidad cuestiones consideradas, desde clasificaciones diagnósticas, más adaptativas o emocionales y aquellas situadas dentro del espectro de trastorno mental grave. Así, se pone de manifiesto la importancia de las perspectivas transdiagnósticas o conceptualizaciones dimensionales en la conceptualización de las urgencias de salud mental.

Los datos demuestran una influencia mayor de variables relacionadas con el contexto clínico y asistencial, ya sea número de ingresos o diagnóstico, en comparación con variables individuales como la edad o el sexo. Teniendo en cuenta que el objetivo de este estudio es realizar un análisis de supervivencia estudiando la primera y la siguiente visita, destaca el peso mayoritario de variables contextuales. Así, estudios posteriores habrán de profundizar sobre qué está sucediendo en el ambiente próximo de la persona para que se desencadene una nueva visita a urgencias. Solo con ello se podrá avanzar en la comprensión del fenómeno de la puerta giratoria y se podrán implementar intervenciones eficaces que tengan en cuenta la primera y segunda visita, en lugar de establecer el punto de corte a partir de la cuarta, quinta o sucesivas.

La investigación ha puesto el foco en el individuo, centrándose en las variables individuales que predicen este comportamiento, olvidando el contexto en el que la persona se mueve y cómo las características de los recursos sanitarios pueden influir (17). Es necesario considerar aspectos más allá del número de visitas a urgencias y factores sociodemográficos asociados a la persona. Entender la complejidad del fenómeno conlleva averiguar el motivo por el que acude una persona en repetidas ocasiones a urgencias. Qué expectativas tiene que no son resueltas; en definitiva, cuál es la función detrás de la topografía denominada "hiperfrecuentación". Sin embargo, se ha obviado su estudio como un fenómeno dinámico e interactivo con el contexto. Dada la premura que una atención a urgencias requiere y la carga asistencial que se soporta en los hospitales de salud mental, también ha de ser entendible la prioridad de recogida de información. No obstante, ha de explorarse una solución que no suponga una carga más a los profesionales que ya están y que atiende, como la investigación está poniendo de manifiesto, dicha información con la atención que requiere para realizar una devolución de manera funcional con las variables contextuales integradas. En esta dirección se considera fundamental la inclusión del Psicólogo Clínico como personal integrado en el equipo de atención a urgencias de salud mental. La literatura ha analizado en gran medida el fenómeno de la hiperfrecuentación. Sin embargo, no es común el empleo del análisis de supervivencia para estudiar este suceso. Así, se han tenido en cuenta análisis que recogen un momento temporal específico y se ha estudiado qué variables aumentaban la probabilidad de pertenecer a una categoría (hiperfrecuentador) o a otra (normofrecuentador). Estos resultados, si bien nos ofrecen una imagen global del fenómeno pero que, debido a su diseño donde categorizan dos clases de sujetos en función de un punto de corte en el número de visitas, se pierde información relativa a las visitas previas a urgencias antes de ser considerado hiperfrecuentador.

A pesar de los resultados, el presente estudio cuenta con limitaciones, Debido a la esperable escasez de la muestra perteneciente a la clase "evento", esto es, quienes acuden de nuevo a la urgencia, no se ha podido calcular la mediana, lo que implica una importante pérdida de información estadística. Realizar estudios que suplan esta deficiencia será fundamental para observar si los hallazgos del presente estudio son generalizables a muestras de mayor número. Así mismo, no se ha tenido en cuenta el motivo de consulta de la segunda vez que se acude a urgencias, dato que podría ayudar a incrementar el conocimiento de las diferencias aquí halladas entre ambas muestras.

Los datos recogidos muestran solo las visitas realizadas a la Clínica Nuestra Señora de La Paz, no pudiendo tener constancia de aquellas personas que durante el tiempo de seguimiento acudiesen al servicio de urgencias de su hospital de referencia. La integración de la información relativa a servicios

públicos, concertados y privados es una cuestión aún por mejorar en el sistema de salud. Además, no se han recogido datos sobre cuestiones económicas, aspecto que podría tener influencia dado el perfil de personas que acudirían a esta Clínica.

Así, con este estudio se pretende profundizar en el intervalo que sucede entre la primera visita a urgencias y la siguiente, así como las variables que pueden aumentar la probabilidad de que esta segunda visita se produzca.

Contacto: Alba Verdugo Martínez ✉ alba.verdugo@sjd.es

Hospital San Juan de Dios - Ciempozuelos.

Avda. San Juan de Dios, 1 • 28350 Ciempozuelos, Madrid.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la muestra total y segmentada por diagnóstico				
	Muestra total (n=1532)	Tr. Emocionales (n=580)	Tr. Espectro psicosis (n=656)	Tr. Personalidad (n=296)
<i>Edad (moda)</i>	43 años	43 años	43 años	38 años
<i>Sexo</i>	63.5% mujeres	66% mujeres	62.8%	60.1%
<i>Motivo consulta</i>	84.3% Cuestiones emocionales	94.8% Cuestiones emocionales	73.6% Cuestiones emocionales	87.5% Cuestiones emocionales
<i>Antecedentes urgencias</i>	55.2%	65.5%	45.1%	57.1%
- Una	66.4%	59.7%	76.7%	63.3%
- Dos	25.2%	30%	20.6%	22.5%
<i>Ingreso en primera visita</i>	24.4%	25.9%	24.5%	21.6%
- Involuntario	34.7	1.3%	78.3%	3.1%

Tabla 2. Diferencias entre quienes tienen una y dos visitas a urgencias

	Una visita (n=1232)	Dos o más visitas (n=300)	Estadístico	Tamaño del efecto
<i>Edad</i>	44.05 (19.253)	45.11 (18.430)	U=177183	.219
<i>Ingreso</i>	No=74.8% Sí=25.2%	No=78.7% Sí=21.3%	X ² (1, N=1532)=1.995	.036
<i>Sexo</i>	Mujeres=63.8% Hombres=36.2%	Mujeres=62.3% Hombres=37.7%	X ² (1, N=1532)=.224	.012
<i>Antecedentes urgencias</i>	Sí=50.6% No=49.4%	Sí=74% No=26%	X ² (1, N=1532)=53.554**	.187
<i>Número visitas</i>	.60 (.683)	2.26 (5.583)	U=93627**	.996
<i>Hospitalizaciones previas</i>	1.87 (.437)	.70 (.872)	U=134696**	.389
<i>Diagnóstico</i>	Emocional=32.5% Psicosis=42.8% TP=19.3%	Emocional=60% Psicosis=20.7% TP=19.3%	X ² (2, N=1532)=91.061**	.244
<i>Motivo consulta</i>	Emocional=82.7% Descompensación=13.14% Conducta suicida=3.4% Otros=.4%	Emocional=91% Descompensación=3.7% Conducta suicida=4.7% Otros=.7%	X ² (2, N=1532)=23.478**	.124
<i>Ingreso involuntario</i>	45.6%	24.7%	X ² (1, N=375)=43.612**	.169

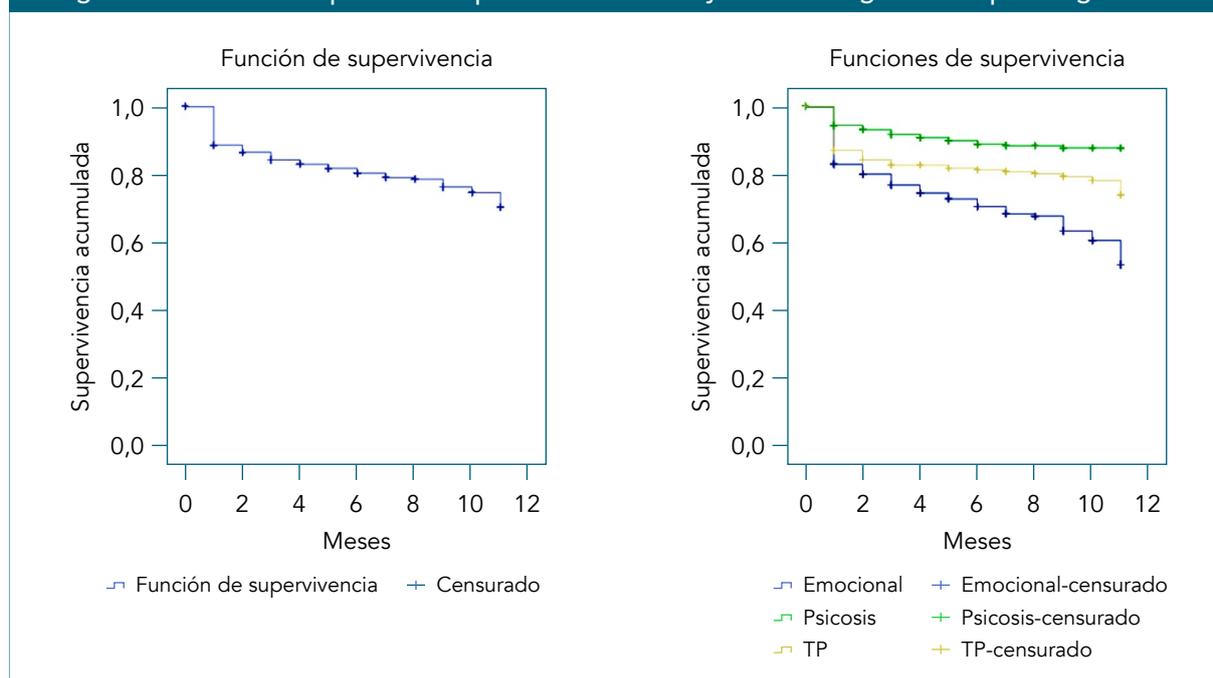
**p<.001

Tabla 3. Regresión de Cox

	Beta (est)	SE	IC 95%
<i>Antecedentes urgencias</i>	.540**	.006	1.314-2.240
<i>Número visitas anteriores</i>	.027**	.006	1.015-1.040
<i>Hospitalizaciones previas</i>	.678**	.067	1.728-2.244
<i>Diagnóstico</i>			
- <i>Tr emocional</i>	.458**	.226	.209-.545
- <i>Tr psicosis</i>	-1.086**	.245	.434-.791
- <i>TP</i>	-.535**	.153	
<i>Ingreso involuntario</i>	-.309	.217	.479-1.124
<i>Motivo de consulta</i>			
- <i>Emocional</i>	-1.206**	.312	.163-.552
- <i>Descompensación</i>	.154	.278	.676-2.013
- <i>Conducta suicida</i>	.387	.713	.364-5.956
- <i>Otros</i>	-7.450	141.482	.263-1.563

**p<.001

Figura 1. Gráfico de supervivencia para muestra total y muestra segmentada por diagnóstico



Referencias

- Martín BA, Kedward HB, Eastwood MR. Hospitalización por enfermedad mental: evaluación de las tendencias de admisión de 1941 a 1971. *Rev Asoc Med Can.* 1976; 115:322–5.
- Oyffe I, Kurs R, Gelkopf M, Melamed Y, Bleich A. Revolving-door patients in a public psychiatric hospital in Israel: cross sectional study. *Croat Med J [Internet].* 2009;50(6):575–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3325/cmj.2009.50.575>
- Vinton DT, Capp R, Rooks SP, Abbott JT, Ginde AA. Frequent users of US emergency departments: characteristics and opportunities for intervention. *Emerg Med J [Internet].* 2014;31(7):526–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/emered-2013-202407>
- Castillo EM, Brennan JJ, Killeen JP, Chan TC. Identifying frequent users of emergency department resources. *J Emerg Med [Internet].* 2014;47(3):343–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2014.03.014>
- Di Lorenzo R, Sagona M, Landi G, Martire L, Piemonte C, Del Giovane C. El fenómeno de la puerta giratoria en un pabellón psiquiátrico de agudos italiano. *Rev Enferm Nerv Ment.* 2016;204(9):686–92.
- Fonseca Barbosa J, Gama Marques J. The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry [Internet].* 2023;69(5):1075–89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/00207640221143282>
- Koparal B, Ünler M, Utku HÇ, Candansayar S. El fenómeno de la puerta giratoria y factores relacionados en la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar y otros trastornos psicóticos. *Psichiatri Danub.* 2021;33(1):18–26.
- Napoli G, Garzitto M, Magliulo V, Carnemolla R, Anzallo C, Balestrieri M, et al. Changes in revolving-door mental health hospitalizations during the COVID-19 pandemic: A 5-year chart review study. *J Clin Med [Internet].* 2023;12(7):2681. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm12072681>

9. Guerra P, Bouza R, Concha V, Ibáñez C, López MM. Hiperfrecuentación en Urgencias Hospitalarias de Salud Mental: Estudio caso-control. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95(1).
10. Morlino M, Calento A, Schiavone V, Santone G, Picardi A, De Girolamo G. Uso de servicios psiquiátricos hospitalizados por parte de usuarios habituales: resultados de una encuesta nacional en Italia. *Eur Psychiatry*. 2011;26:252–9.
11. Schmidt M, Ekstrand J, Bengtsson Tops A. Clinical profiles and temporal patterns of psychiatric emergency room visitors in Sweden. *Nord J Psychiatry*. 2017;72(3):197-204. doi: 10.1080/08039488.2017.1417477.
12. Schmoll S, Boyer L, Henry J, Belzeaux R. Patients récurrents aux urgences psychiatriques : analyse démographique et clinique. *Encephale*. 2015;41(2):123-129. doi: 10.1016/j.encep.2013.01.002.
13. Ledoux Y, Minner P. Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2006;41(2):115-121. doi: 10.1007/s00127-0050010-6.
14. Sirotych F, Durbin A, Durbin J. Examining the need profiles of patients with multiple emergency department visits for mental health reasons: a cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(5):777-786. doi: 10.1007/s00127-016-1188-5.
15. Kaplan EL, Meier P. Nonparametric Estimation from Incomplete Observations. *J Am Stat Assoc* [Internet]. 1958;53(282):457. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2307/2281868>
16. Cox DR. Regression models and life-tables. *J R Stat Soc* [Internet]. 1972;34(2):187–202. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2517-6161.1972.tb00899.x>
17. Tyler N, Wright N, Waring J. Intervenciones para mejorar el alta de la atención hospitalaria de salud mental adulta aguda a la comunidad: revisión sistemática y síntesis narrativa. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:1–24.



HISTORIA

Hace ya algún tiempo: Antonio Román Durán (1905-?). El psiquiatra español introductor de la Psicología en Guatemala.

Some time ago: Antonio Román Durán (1905-?). The Spanish psychiatrist who introduced Psychology in Guatemala.

Sonsoles Pacheco Larrucea.

Enfermera. Osakidetza-SVS-Hospital de Basurto. Bilbao.

Reda Rahmani El Ouachekradi.

Psiquiatra. Osakidetza-SVS-Red de Salud Mental de Bizkaia.

Juan Medrano Albéniz.

Psiquiatra. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Osakidetza-SVS. Red de Salud Mental de Araba.

Oscar Martínez Azumendi.

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-SVS-Red de Salud Mental de Bizkaia. ISS BioBizkaia.

Resumen: Se presenta una biografía del médico malagueño Antonio Román Durán, quien comenzó a destacar como psiquiatra militar en los años previos a nuestra Guerra Civil, pero que tuvo que exilarse tras la misma. Primero se fue a Francia, luego a la República Dominicana, donde acabó siendo expulsado del país por el dictador Rafael Leónidas Trujillo y a quien nuestro protagonista intentó derrocar años después a través de la llamada "Legión del Caribe"; más tarde se marchó a Guatemala, país en que es considerado el introductor de la Psicología universitaria, y finalmente a México, para regresar definitivamente a España a finales de la década de 1960.

Palabras clave: Antonio Román Durán, Psiquiatras españoles exiliados, Psiquiatría en República Dominicana, Psiquiatría en Guatemala, Psiquiatría en México, Legión del Caribe, Historia de la Psiquiatría.

Abstract: We present a biography of Antonio Román Durán, physician born in Malaga, who began to stand out as a military psychiatrist in the years prior to our Civil War, but who had to go into exile after it. He first went to France, then to the Dominican Republic, where he ended up being expelled from the country by the dictator Rafael Leónidas Trujillo, whom he tried to overthrow years later through the so-called "The Caribbean legion"; later to Guatemala, where he is considered the main introducer of the Psychology degree, and finally to Mexico, to return definitively to Spain at the end of the 1960s

Keywords: Antonio Román Durán, Spanish psychiatrists in exile, Psychiatry in the Dominican Republic, Psychiatry in Guatemala, Psychiatry in Mexico, Caribbean Legion, History of Psychiatry.

La etapa prebélica

Antonio Luis Román Durán nació el 13 de junio de 1905 en Montejaque, municipio malagueño ubicado en el parque natural rondeño de la sierra de Grazalema^{1,4}. No hemos encontrado datos sobre su familia nuclear, más allá de que sus padres se llamaban Diego y Francisca⁵; ni sobre su infancia y adolescencia.

Sabemos que estudió en la Facultad de Medicina de Cádiz^{1,3}, en la cual fue alumno interno por oposición adscrito a la cátedra de Patología General⁶ y donde se licenció en enero de 1925, con el número dos de su promoción¹.

En enero de 1926 ganó las oposiciones a médico de la Marina Mercante y un mes más tarde las de médico forense militar, siendo destinado como teniente de la Legión a Marruecos, donde estaba finalizando la denominada "Guerra del Rif". Tras acabar esta en 1927 Antonio Román permaneció en la zona hasta septiembre de 1929, en que le trasladaron a Tetuán^{1,3,4}. En septiembre de 1930 ganó las oposiciones del ejército a una plaza para especializarse en Neuropsiquiatría bajo la dirección del entonces teniente coronel médico Federico González Deleito (1879-1936), en la Clínica Psiquiátrica Militar de Ciempozuelos (Madrid)^{1,4,7-8}. En 1931 fue nombrado profesor auxiliar de Medicina Legal y Psiquiatría⁶ de la Academia de Sanidad Militar^{1,3}. Ese mismo año se integró en la Asociación Socialista de Madrid, partido al que se había afiliado en 1929, mientras estaba en Tetuán^{3,4}.

En abril de 1932 ascendió al grado de capitán médico⁴ y realizó una estancia en Alemania, que según algunos repitió en octubre del mismo año^{1,3}. Pensamos que quizás este último dato sea erróneo, porque en el currículum que Antonio Román presentó a la Junta de Ampliación de Estudios (JAE) en 1936 para solicitar una beca de un año de duración en Alemania⁶, señaló como mérito haber trabajado "seis meses" en la clínica neuropsiquiátrica del profesor Karl L. Bonhoeffer (1868-1948) en el hospital Charité de Berlín, y aunque no se detallan las fechas ello hace pensar que la estancia previa en Alemania duró desde abril hasta octubre de 1932 -es decir, los mencionados seis meses- por lo que probablemente no fueran dos estancias aisladas sino una continuada. Al margen, en el mismo documento y dentro de sus méritos, declaró pertenecer al cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad, y haber sido jefe interino de los servicios de "Fimatología" del Hospital de Madrid-Carabanchel, sin aportar las fechas de ninguno de los dos cargos⁶.

En 1933 fue transferido como jefe de Servicios Psiquiátricos del Ejército de Levante y era director de la Clínica Psiquiátrica Militar de la II Demarcación Sanitaria, con sede en Requena (Valencia)¹. En 1934 obtuvo el diploma de especialización en Psiquiatría⁴ y en paralelo trabajó en el Hospital Militar de Madrid-Carabanchel¹, donde el propio autor asegura que fue jefe de la Clínica de Psiquiatría⁶.

En 1936 realizó otra estancia en Alemania. En febrero había solicitado a la JAE acudir un año al servicio del profesor Thiele (1888-1960) en el sanatorio berlinés de Herzberger, para estudiar "el problema de la esterilización de psicóticos y psicópatas"⁶, pero hemos encontrado que en junio de dicho año se le concedió una comisión para asistir a un curso de especialidad de seis meses de duración en el sanatorio psiquiátrico de Buch, en Berlín⁹, sin que podamos precisar si se trata de la misma institución, aunque no nos lo parece.

La Guerra Civil

Se encontraba en Alemania cuando, apenas llegado, estalló la Guerra Civil española y desde allí se desplazó a París, donde tomó un avión hasta Madrid fletado por la Embajada Española a través del ex-ministro republicano Fernando de los Ríos Urruti (1879-1949)¹. Poco después fue ascendido al grado de comandante médico¹ y durante la guerra, sin que podamos especificar las fechas concretas, fue jefe

de Sanidad en Guadarrama y dirigió el servicio de "Psiquiatría Profiláctica" del Ejército del Aire^{2-4,10}, señalando un autor que en este servicio coincidió con Dionisio Nieto Gómez, otro neuropsiquiatra exiliado tras la contienda bélica, que se encargaba del examen de los pilotos¹⁰⁻¹¹. Además, en 1938 fue nombrado presidente del "Tribunal Médico-Militar Permanente" de Alicante y destinado como director de la Clínica de Psiquiatría Militar de la Segunda Demarcación Sanitaria, con sede en la misma ciudad, cargo que seguía ostentando en enero de 1939, a la par que el de jefe de los servicios psiquiátricos del Ejército de Levante, señalándose también que fue herido durante el conflicto bélico^{1-4,10}.

Durante la contienda se había divorciado ya de su primera mujer¹, estableciendo una nueva relación con Rosario Domínguez Andía, nacida en Madrid en 1919, aunque como veremos después en algunos documentos oficiales figura 1914 como su año nacimiento, ciertamente no sin motivo. Rosario era una enfermera que había trabajado en el Departamento de Asistencia Social del Gobierno de Euskadi; también era socialista afiliada al sindicato UGT en San Sebastián y perteneció a las milicias del Quinto Regimiento republicano¹². A finales de febrero de 1939 y ante la evidencia de que la guerra estaba perdida, la pareja solicitó un pasaporte para poder exiliarse. A él se lo expidieron en Alicante y a ella en Madrid¹.

El periplo del exilio: Francia, República Dominicana, Guatemala y México

Se desconoce cómo se marcharon de España, pero se cree que lo hicieron desde el puerto de Alicante¹ en un barco con destino a Francia, ya que al fin y al cabo esa fue la ciudad por donde se exiliaron mayoritariamente los últimos republicanos que pudieron hacerlo¹³ y además, como se ya se ha mencionado, él ejercía sus últimos cargos en dicha urbe y pertenecía al alto mando del ejército, por lo que la hipótesis parece plausible. En todo caso, lo cierto que el 21 de marzo de 1939 ambos estaban contrayendo matrimonio en el consulado español de la localidad francesa de Toulouse^{2,12} y se reseña que ella estaba embarazada¹.

Una vez establecidos en Francia su mujer se trasladó a Ginebra (Suiza) en el mes de abril, con objeto de obtener un pasaporte a través de la delegación española del recién formado gobierno franquista, declarando residir en Zúrich (Suiza), ser soltera y ama de casa; sin manifestar, por tanto, que su profesión era la de enfermera, ni que estaba casada con Antonio Román¹. El documento le fue concedido el 17 de abril de 1939, pero inicialmente le denegaron el visado que también había solicitado para entrar en España (la Guerra Civil española había finalizado un par de semanas antes y el tránsito entre países estaba limitado), aunque finalmente este le fue autorizado en junio desde el consulado español en París¹. Paralelamente y gracias a las gestiones de su marido, el 30 de abril había obtenido otro pasaporte español, concedido en esta ocasión en París por la Junta de Auxilio a los Republicanos Españoles (JARE)¹.

Por esa época parece que Antonio Román también se vio obligado a residir transitoriamente en Suiza. Tan solo hemos encontrado un documento que sustente esta hipótesis¹⁵, pero se trata de una carta fechada el 27 de abril de 1939 desde el hotel Bären, de Berna (Suiza). Está dirigida a Narciso Bassols (1897-1959), entonces embajador de México en Francia. La carta lleva el sello de la legación mexicana, con fecha de entrada de 2 de mayo de 1939, así como el membrete impreso de nuestro protagonista, en el cual figura como "Profesor de Psiquiatría, jefe de servicios psiquiátricos y director de clínicas civiles y militares por oposición". En la misiva le informa al embajador que se encuentra en Suiza y tiene dificultades administrativas para salir del país, donde había acudido a visitar a un colega para que le atendiese por una lesión en una pierna, y le solicita ayuda diplomática para regular su pasaporte, con objeto de exiliarse a México. Llama la atención que nuestro protagonista, suponemos que forzado por las circunstancias, le asegura al embajador no estar afiliado a ningún partido político¹⁵. Creemos que no era así, pero realmente desconocemos si entonces se había dado de baja del partido socialista al que se había afiliado diez años antes. En todo caso y como veremos posteriormente, no llegó a México hasta 1954.

De algún modo él pudo volver a Francia, porque entre mayo-junio de 1939 estaba en París, realizando un curso de neuropsiquiatría en el hospital de La Salpêtrière^{10,16}. Posteriormente trabajó en el departamento de "Psicodiagnóstico" del mismo centro, parece que gracias a la recomendación de los profesores Gregorio Marañón (1887-1960) -al que conocía a través de visitar a una paciente común- y Teófilo Hernando (1881-1976), ambos entonces también residentes en la capital francesa¹⁶. Mientras tanto su mujer fue autorizada a viajar a San Sebastián, ciudad a la que llegó en junio y donde nació su hija Rosario el 2 de septiembre de 1939, tras lo cual ambas regresaron a Francia unas dos semanas después¹.

Buscando emigrar a Sudamérica, nuestro protagonista consiguió, en marzo de 1940, una carta de recomendación del doctor G. Marañón¹⁶. Con este y otros documentos Rosario solicitó, en mayo de 1940 y en el consulado venezolano de Burdeos (Francia), un visado de emigración a Venezuela, planificando viajar en barco desde dicha ciudad para el 30 de junio. Uno de los avales para emigrar a este país sudamericano es que allí trabajaba el psiquiatra, también exiliado, José Luis Ortega Durán (1905-1965), que era primo de Antonio y además estaba bien relacionado profesionalmente¹⁷. Sin embargo, un par de semanas antes de partir a Sudamérica y en contexto de la segunda Guerra Mundial el ejército nazi invadió París, y Antonio fue detenido un par de días por los alemanes, teniendo que abandonar su trabajo en el hospital y malvivir de lo que pudo¹⁶. En este contexto decidieron marcharse a Orleans (Francia), regresando a la capital unas semanas después, para dirigirse poco más tarde a Marsella (Francia), donde acabó siendo detenido y encarcelado durante una semana por su filiación política^{1,16}.

A comienzos de 1941 y gracias al amparo de la JARE, embarcó junto a su mujer y su hija en el barco "Ipanema"^{1,18}, con rumbo primero a Casablanca (Marruecos) y luego a Martinica, donde les desembarcaron en una especie de campo de concentración, tanto porque el "Ipanema" no continuó el viaje como porque en Martinica, aunque bajo tutela francesa, existía un conflicto político con implicaciones internacionales, que no parecía apoyar a la "Francia Libre" enfrentada a los alemanes^{16,19}. Más tarde pudieron viajar en el vapor "San Rafael", fletado y pagado por republicanos españoles residentes en México¹⁶, para acabar llegando el 19 de abril⁴ a Ciudad Trujillo (actualmente Santo Domingo, capital de la República Dominicana), donde a los tres les fue concedido el permiso de residencia el 14 de noviembre de 1941^{2,5,12,14,20-21}.

Apesar de que tenían un visado para viajar a Bolivia^{1,16} acabaron instalándose en la República Dominicana, donde Antonio Román fue nombrado catedrático de Psicología de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Santo Domingo, aunque también dio cursos en las facultades de Medicina y Derecho^{1,16,22-23}. La cátedra le permitió destacar como conferenciante y publicista, además de implementar un curso sobre "Psicoanálisis" en la Facultad^{1,22,24}. En 1944 fundó la primera revista médica que se publicó en la República Dominicana, denominada "Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades", de la que salieron seis números^{1,24}, antes de que emigrase, unos dos años después, a Guatemala. Se señala que también durante su estancia en Santo Domingo trabajó en una clínica, probablemente privada, llamada "Andreu"^{2-3,5} y asimismo fue contratado por Jaime Benítez Rexach (1908-2001), rector de la Universidad de Puerto Rico, para la docencia universitaria y también como asesor técnico para la reforma de centros asistenciales sanitarios del país¹⁶.

Según refiere el historiador y también exiliado español en Santo Domingo, Vicente Llorens (1906-1979)²⁵, el entonces vicerrector de la Universidad dominicana, Antonio Bonilla Atilas (1898-1988), acudió en 1946 a una manifestación a favor de una liberalización del régimen político de su país y en la misma fue agredido por la propia policía, teniendo que buscar asilo en la Embajada de México de la República Dominicana. Antonio Román fue el único médico que se atrevió a atenderle de sus lesiones, motivo por el cual el dictador Rafael Leónidas Trujillo Molina (1891-1961) le expulsó del país, acusándole de comunista²⁶; de manera que no parece que los motivos de exiliarse de nuevo fueran "estrictamente personales, relacionados con una huelga universitaria", como indica un autor¹⁶. Taracena¹ señala que Antonio Román se marchó de Santo Domingo a Guatemala a mediados de 1946, si bien la separación oficial de su cátedra universitaria no tuvo lugar hasta el 27 de diciembre de 1947, por un decreto de Rafael L. Trujillo, que suspendía en dicho cargo a varios profesores universitarios,

entre ellos tanto a Román como a Bonilla²³. Como veremos después, pocos años más tarde Antonio Román se involucró en un intento de derrocar al dictador Trujillo, pero no tuvo éxito.

Cuando nuestro autor llegó a Guatemala en 1946, el país estaba gobernado desde el año anterior por Juan José Arévalo Bermejo (1904-1990)²⁷, el primer presidente electo democráticamente en la historia de dicha nación y con quien Antonio tuvo una estrecha relación; siendo en este país donde Román desarrolló más extensamente su actividad profesional¹. Aunque un autor señala que fue director del hospital psiquiátrico de la ciudad de Guatemala²⁸, en otro trabajo sobre la historia de la Psicología y la Psiquiatría en este país no se hace referencia a esta cuestión²⁹. Parece que lo que realmente sucedió es que el presidente Arévalo sí llegó a efectuar el nombramiento, pero el gremio de médicos del país se opuso al mismo, al no tener Antonio Román la nacionalidad guatemalteca; cuestión que solucionó el mandatario nombrándole "Asesor técnico y jefe del servicio de Epilépticos", pero para ello Román tuvo que realizar una serie de estudios de cara a la convalidación de su titulación española^{1,16}. Entre otras cosas, gracias a la propuesta conjunta de Antonio Román y Miguel Francisco Molina de Paz (1891-1966), psiquiatra director del establecimiento²⁹, el hospital, denominado desde 1890 "Asilo de Dementes" y desde 1923 "Asilo de Alienados", se convirtió en el "Hospital Neuropsiquiátrico"¹.

A finales de 1946 impartió varias materias de Psicología y un curso de "Psicoanálisis" en la Facultad de Humanidades, inaugurada en 1945. Continuó su docencia en la misma y, según parece constar en un certificado emitido por el entonces Secretario de la Facultad de Humanidades de la Universidad de San Carlos¹⁶, Antonio Román fue catedrático de la Facultad desde 1947, creando y dirigiendo entre 1948 y 1953 el "Instituto de Psicología e Investigaciones Psicológicas" y dando comienzo a los estudios de licenciatura y doctorado en Psicología de Guatemala^{16,29-30}. Las fechas del inicio de estas últimas actividades discrepan entre los años 1948 y 1950, al parecer porque se perdió parte de la documentación en un terremoto sucedido en 1976, pero los autores coinciden en la figura rectora de Antonio Román en el mismo²⁹⁻³⁰. Cabe resaltar que, durante el período en que Antonio Román desempeñó sus puestos académicos, la Universidad de San Carlos nombró "Profesor Honorario" de la Facultad de Medicina a Gonzalo Rodríguez Lafora (1886-1971) y "Doctor Honoris Causa" a Emilio Mira López (1896-1964)³⁰, ambos psiquiatras españoles exiliados en Hispanoamérica.

En 1946 se había creado la denominada "Casa de la República Española" en Guatemala, participando activamente Antonio Román en la misma, incluso ayudando a crear en ella el "Ateneo García Lorca" y organizando actividades de muy diversa índole, como las ayudas a los refugiados españoles o la charla que dio en 1948 Emilio Mira, exiliado entonces en Brasil, sobre "Psicología de las actitudes políticas", a la que incluso acudió el presidente de Guatemala y en la que Antonio Román glosó la figura del conferenciante¹. En 1948 nuestro protagonista publicó el libro "Prontuario de Psicología y Psicoanálisis"^{1,31} y dos años más tarde "Psicodiagnóstico de Rorschach (técnica, interpretaciones y pruebas complementarias)"^{1,32}. Ese mismo año, 1950, organizó, creemos que desde la Facultad de Humanidades, un curso de conferencias sobre la tercera edad, al que acudió una importante representación de notables médicos españoles¹⁶ que se encontraban exiliados en países cercanos, entre otros, Dionisio Nieto Gómez (1908-1985), Isaac Costero Tudanca (1903-1979), Julio Bejarano Lozano (1893-1966), o los ya nombrados Emilio Mira López y Gonzalo Rodríguez Lafora; este último instalado ya desde 1947 en España, tras su exilio en México.

Comentábamos anteriormente que Antonio Román se vio involucrado en un intento de derrocamiento al dictador dominicano Rafael L. Trujillo. Esto sucedió en junio de 1949, con la fallida "Expedición Luperon"^{28,33}, gestada por la denominada "Legión del Caribe"²⁶, la cual, en términos generales, englobaba a un grupo paramilitar de exiliados antifascistas del Caribe y Centroamérica, uno de cuyos objetivos era derrocar las dictaduras de diferentes países, con el apoyo, entre otros, del presidente guatemalteco Juan José Arévalo. Y parece que Antonio Román fue el principal instigador intelectual y organizador del proceso, nombrado directamente por el mandatario presidencial, si bien no participó presencialmente en la expedición^{1,26}. Recientemente se han publicado trabajos³³ que parecen mostrar que, en realidad, la operación fracasó fundamentalmente por la traición de varias personas, entre ellas la del militar republicano español Alberto Bayo Giroud (1892-1967), involucrado directamente en la intervención²⁸ y quien parece que recibió una importante cantidad de dinero a cambio de pasarse al

otro bando e informar al dictador Trujillo de los detalles del plan. No obstante y al margen de que eso fuese o no cierto, la realidad es que la operación tampoco estuvo bien planificada estratégicamente, a tenor de cómo sucedieron los hechos³³.

En 1951 Jacobo Arbenz Guzmán (1913-1971) sucedió democráticamente a JJ. Arévalo como presidente del país. Mientras tanto, Antonio Román siguió trabajando en la Facultad de Humanidades y en el Hospital Neuropsiquiátrico¹; desarrollando también, en 1954 y junto a un especialista en Economía y Derecho, un proyecto denominado "Colonia Granja El Tejar", ubicada en el Departamento de Chimaltenango (Guatemala), que suponía entonces un planteamiento innovador para los enfermos psiquiátricos, al dividir el tratamiento de los mismos en regímenes ambulatorio, de corta y de larga estancia; e instituyendo la laborterapia como elemento fundamental de la recuperación^{1,16}. Pero el proyecto no llegó a materializarse debido a la crisis política que iba a sufrir el país, ya que tres años después de haber sido elegido presidente de la nación Jacobo Arbenz se vio forzado a renunciar al cargo en junio de 1954, en el contexto de un golpe de Estado auspiciado por la CIA estadounidense para poner al mando al militar Carlos Alberto Castillo Armas (1914-1957)³⁴⁻³⁶, y tuvo que asilarse en la Embajada de México en Guatemala^{16,34}. En estas circunstancias, Antonio Román, temeroso de las represalias por parte del nuevo régimen, pidió también asilo en la misma embajada^{1,16}, sin que podamos asegurar que ambos coincidieran en el tiempo, aunque parece muy probable que lo hicieran, ya que el expresidente permaneció más de setenta días en la embajada³⁴. En todo caso, gracias ello A. Román pudo volar a México, último país del exilio antes de regresar a su patria^{1,16}.

No parece en absoluto desacertado que se hubiera marchado de Guatemala, ya que pocos meses después de haberlo hecho, el entonces vicepresidente americano Richard Nixon (1913-1994) visitó Guatemala en febrero de 1955 y, como detalle de "cortesía" hacia los EE. UU., el gobierno de Carlos Alberto Castillo realizó una quema pública de libros "comunistas", encontrándose entre las bibliotecas que se quemaron la de nuestro autor y las de varias facultades de la Universidad de San Carlos^{1,37-38}. Es lógico suponer que si llega a permanecer en el país probablemente su destino hubiera sido desafortunado, máxime teniendo en cuenta que parece que su nombre aparecía en las listas de españoles "comunistas" manejada por la CIA americana¹, a pesar de que él pertenecía al PSOE³⁻⁴.

Cuando se exilió a México, en 1954, estaba ya separado de Rosario Domínguez Andía, su segunda mujer, por lo cual esta no le acompañó en el viaje, permaneciendo en Guatemala¹. Anteriormente hemos señalado que la fecha de nacimiento de Rosario era errónea en algunos documentos oficiales. Esto es debido a que falseó los datos cuando contrajeron matrimonio en el consulado español de Toulouse en 1939, ya que la mayoría de edad española estaba establecida entonces a los 21 años y debe recordarse que entonces ella estaba además embarazada, motivo por el cual declaró haber nacido en 1914 cuando en realidad lo había hecho en 1919, como se ha mencionado^{5,12}. Y si bien ella dijo su verdadera edad cuando solicitó el permiso de residencia al arribar a la República Dominicana¹⁴, Antonio, por el contrario, declaró que su mujer había nacido en 1914, al rellenar su propia solicitud⁵. Todo esto implicó ciertos problemas para Rosario, ya que en una carta que le escribió a Antonio desde Guatemala, en 1962, le pedía que formalizase el divorcio a través de la Embajada de la República Española de México, debido a que ella no podía divorciarse al no ser legal el acta de matrimonio por falsedad en los datos, al margen de que debían faltar ciertos aspectos administrativos para formalizar la misma¹.

Sobre su mujer, Rosario, hemos encontrado que a ella se debe la fundación de la Cátedra de Bibliotecología y gracias a ello, la apertura de la Escuela Universitaria de Bibliotecología en la Universidad de San Carlos de Guatemala; así como que posteriormente se divorció de Antonio, volviéndose a casar con un publicista de Guatemala, y que más tarde abandonó la Universidad de San Carlos para trabajar en el Banco de Guatemala, con objeto de fundar una biblioteca³⁹. Otra referencia señala su participación en el "Primer Congreso Centroamericano de Archivistas" celebrado en julio de 1965 en El Salvador y refrenda lo antedicho, ya que en dicho congreso, al margen de ser elegida como una de las vicepresidentas de la junta directiva del mismo, figura como jefa del Archivo y Biblioteca del Banco de Guatemala⁴⁰. También se señala que escribió el libro "Leyes bancarias y financieras de Guatemala" en 1975³⁹ (parece que la primera vez que figuró como coautora del texto fue en 1974, en la 4ª edición de este)⁴¹, así como que, durante algunos años tuvo una columna literaria en el diario "El Imparcial", titulada "Carmen Lírico de Rosario Domínguez", donde publicaba sus propios poemas³⁹,

señalándose que fue una valorada poeta⁴². Sobre la hija de ambos, Rosario, solo hemos podido hallar su ficha en el "Portal de Archivos Españoles" (PARES) y la solicitud del permiso de residencia en la República Dominicana, pero no conocemos nada más sobre su vida posterior²⁰⁻²¹.

Al comienzo de su estancia en México Antonio Román trabajó en un editorial, dio varias conferencias y cursillos, publicó algunos textos bajo pseudónimo y finalmente fue contratado en una cooperativa obrera llamada "Ingenio del Mante", en el estado de Tamaulipas, donde poco a poco fue organizando cursos y seminarios relacionados fundamentalmente con la Psicología y la Geriátrica^{3,16}. Gracias a su difusión y fama, fue contratado por la Universidad de Tamaulipas en Ciudad Victoria, la capital del estado, donde dictó un curso monográfico sobre las Neurosis¹⁶. Posteriormente fue nombrado copresidente por la "Sociedad de Relaciones entre Psicólogos y Psiquiatras" para la reunión internacional que se celebró en la Universidad Nacional Autónoma de México; y más tarde estuvo una temporada de la ciudad de Monterrey (México), contribuyendo a fundar el "Colegio de Neurólogos y Psiquiatras del Norte de México"¹⁶.

También y gracias a la ayuda de la cooperativa obrera se trasladó a Rumanía, tras conocer los trabajos de la cardióloga Ana Aslan (1897-1988) sobre los tratamientos del envejecimiento con Gerovital®⁴³⁻⁴⁴, publicando posteriormente varios artículos relacionados con este tema e invitando a visitar México a Ana Aslan, ciudad donde parece que se creó un centro en su honor¹⁶.

El regreso a España

Antonio Román regresó a España en julio de 1969³, después de treinta años de exilio. Tras llegar a Madrid y presentarse a la Dirección General de Seguridad, le advirtieron de la necesidad de presentarse periódicamente en la misma, aunque el general Camilo Alonso Vega (1889-1971), entonces Ministro de la Gobernación y que había sido su superior cuando Antonio era teniente médico de la Legión, accedió a que se le otorgase el pasaporte español¹⁶.

Creando por ello que no tendría problemas para ejercer la Medicina, Román abrió un consultorio privado, pero a los pocos días de hacerlo recibió la notificación de una denuncia en su contra desde el Colegio Oficial de Médicos de Madrid, supuestamente por faltarle determinados requisitos administrativos. Se cuenta que al intentar resolver la situación recibió ciertos "consejos" sobre la conveniencia de no tener una consulta en Madrid, ni en las capitales de provincias. Esta había sido una sanción bastante habitual en el contexto de los expedientes de depuración ejercidos por los Colegios Oficiales de Médicos en la posguerra⁴⁵ y para evitar problemas Román se marchó a la localidad malagueña de Fuengirola, donde abrió una clínica geriátrica³⁻⁴; aunque mantuvo un estrecho contacto con Enrique Tierno Galván (1918-1986)¹⁶, socialista y más tarde alcalde de Madrid, en 1979. Parece que inicialmente ningún colega -salvo algún compañero militar- contó con él profesionalmente en tierras malagueñas, pero A. Román organizó por su cuenta, creemos que, en 1971, un curso internacional de Gerontología y Geriátrica, apoyado por Clemente Díaz Ruiz (1919-2012)⁴⁶, entonces alcalde de Fuengirola, al que acudieron invitados de diversos países, entre ellos la ya mencionada doctora rumana Ana Aslan como profesora extraordinaria del mismo. Sin embargo, aunque resultó un éxito de convocatoria, a él le supuso un importante perjuicio económico¹⁶.

En 1973 publicó el libro "Horizontes geriátricos"⁴⁷ y en 1983 "Problemas geriátricos actuales. Psicopatología de la tercera edad", firmando este último texto como "Catedrático de Psicología, Psiquiatría, Psicoanálisis y Geriátrica", al margen de otros nombramientos⁴⁸.

En 1983 obtuvo una sentencia favorable del Tribunal Supremo, tras un recurso contencioso-administrativo contra resoluciones previas dictadas en 1980 y 1981 por el Consejo Supremo de Justicia Militar sobre su pensión de jubilación⁴⁹; aunque algunos autores señalan que el 1 de abril de 1980 le habían reconocido los derechos pasivos con el sueldo regulador de coronel médico⁴. Si bien solo hemos encontrado otra referencia a este tema¹⁶, es posible que la mencionada

sentencia del T. Supremo obligase a un reconocimiento retroactivo de sus haberes a dicho año. Lamentablemente, no hemos podido encontrar datos posteriores sobre nuestro protagonista, desconociendo asimismo la fecha y el lugar de su fallecimiento.

Contacto: Sonsoles Pacheco Larrucea ✉ SONSOLES.PACHECOLARRUCEA@osakidetza.eus
Hospital de Basurto. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Bilbao

Bibliografía

1. Taracena Arriola A. *Antonio Román Durán*. En: Guatemala, la República Española y el Gobierno Vasco en el exilio (1944-1954). Mérida: Universidad Nacional Autónoma de México. El Colegio de Michoacán, A.C. 2017. Referencias principales en pp: 409-431. Otras referencias en pp: 192-193, 196, 203-211, 214, 216, 225, 231-232, 238, 297-299, 309, 323, 384-385, 407. En: <https://www.cephcis.unam.mx/wp-content/uploads/2020/04/17-guatemala.pdf>
2. Portal de Archivos Españoles (PARES). *Persona-Román Durán, Antonio (1905-?)*. Ver también enlaces. Ministerio de Cultura. Gobierno de España. s/f. En: <http://pares.mcu.es/ParesBusquedas20/catalogo/autoridad/124183?nm>
3. Fundación Pablo Iglesias. *Román Durán, Antonio Luis*. Diccionario Biográfico. s/f. En: <https://fpabloiglesias.es/entrada-db/roman-duran-antonio-luis/>
4. Fundación Pablo Iglesias. *Román Durán, Antonio*. Diccionario Militares Exilio. s/f. En: <https://fpabloiglesias.es/entrada-db2/roman-duran-antonio/>
5. República Dominicana. *Solicitud para la renovación de Permiso de Residencia de Antonio Román Durán*. Secretaria de Estado de lo Interior y Policía. Departamento de Inmigración. 19 de marzo de 1943. En: http://200.26.174.77/assets/img/Caja_12_DREP0040D/DREP0040D_REV21_212-223/DREP0040D_REV21-212/DREP0040D_0000212-RESIDENCY-PERMITS-1943-VOL-302-4-015827/migracion_0515.jpg
6. Ministerio de Ciencia e Innovación. *Antonio Román Durán. Expediente JAE/127-442*. En: Junta para la Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas. Archivo 1907-1939. s/f. En: <http://archivojae2.edaddeplata.org/ficha/personas/9882/expedientes/JAE-127-442>
7. Revista de Sanidad Militar. *Psiquiatría. Aprobado con plaza: Teniente, D. Antonio Román Durán*. 15 de octubre de 1930; 10: 319. En: https://bibliotecavirtual.defensa.gob.es/BVMDefensa/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=230301
8. Abejaro de Castro LF. *Historia de la Psiquiatría militar española (1800-1970)*. Tesis doctoral (Dir.: JL Gerona Llamazares). Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. 1993. pp.: 123, 125 y 156. En: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/2695/>
9. Revista de Sanidad Militar. *29 Junio. Orden (D.O. núm. 149) concediendo al Capitán médico D. Antonio Román Durán una comisión para asistir en el Sanatorio Psiquiátrico de Buch (Berlín) a un curso de la especialidad de seis meses de duración*. Julio de 1936; 7: LIV. En: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/pdf?id=41e7987c-2d4b-4448-a499-6be4f99a623a&attachment=Revista+de+sanidad+militar+%28Madrid.+1911%29.+7%2F1936.pdf>
10. Guerra F. *La Medicina en el exilio republicano*. Madrid: Universidad de Alcalá. 2003. pp.: 492-493, 695-696.
11. Colotla VA. *La psicofisiología mexicana a través del trabajo de tres investigadores: Raúl Hernández-Peón, Dionisio Nieto y Augusto Fernández-Guardiola*. Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento. 2016; 8,2:48-57. En: <https://www.redalyc.org/pdf/3334/333449322006.pdf>

12. Portal de Archivos Españoles (PARES). *Persona-Domínguez, Rosario (1919-?)*. Ver también enlaces. Ministerio de Cultura. Gobierno de España. s/f. En: <http://pares.mcu.es/ParesBusquedas20/catalogo/autoridad/124079>
13. Rosser P, Soriano R, López M^a. A, De la Cruz S, Soler S. *Alicante en guerra: De la ciudad republicana de retaguardia y refugios, a la ciudad destrozada, derrotada y franquista*. Volumen I. Alicante: Concejalía de Memoria Histórica y Democrática Municipal. Ayuntamiento de Alicante. 2018. En: https://www.academia.edu/37069249/ALICANTE_EN_GUERRA_De_la_ciudad_republicana_de_Retaguardia_y_refugios_a_la_ciudad_destrozada_derrotada_y_franquista_Tomo_I
14. República Dominicana. *Solicitud de Permiso de Residencia de Rosario Domínguez de Román*. Secretaria de Estado de lo Interior y Policía. Negociado de Inmigración. 14 de noviembre de 1941. En: http://200.26.174.77/assets/img/Caja_5_DREP0040D/DREP0040D_REV10_92-116/DREP0040D_REV10_102/DREP0040D_0000102-DR-RESIDENCY-PERMITS-1941-VOL-227-4-015914/migracion_0002.jpg
15. Memórica. México, haz memoria. *Carta del Prof. Dr. Román Durán a Narciso Bassols. 27 de abril de 1939*. Embajada de México en Francia. pp: 449-451. En: <https://memoricamexico.gob.mx/swb/memorica/Cedula?old=MHMbr28BKx7cnKFK-fl7>
16. Florian R. *Prólogo*. En: A.L. Román. *Problemas Geriátricos Actuales*. Psicopatología de la Tercera Edad. Madrid: Editorial Marbán. 1983. pp.: 5-22.
17. Tinao Martín-Peña JF. *Los médicos del exilio republicano en Venezuela*. Historia Actual Online (Haol). 2005; 7: 43-54. En: <https://piel-l.org/blog/wp-content/uploads/2009/02/los-medicos-del-exilio-republicano-en-venezuela.pdf>
18. Cabot S. *Los barcos del exilio republicano. Ipanema, IMO 5605764*. En: Marinos Mercantes (Blog). 22 de julio de 2019. En: <https://www.webmar.com/foros/viewtopic.php?t=19312>
19. Rodriguez J, André A.F. *Vichy en el Caribe: Martinica y Puerto Rico en el epicentro de la Segunda Guerra Mundial*. En: Conexiones Caribe. Relaciones económicas, empresariales, políticas, sociales y culturales del Gran Caribe (A. de Jesús Parejo Rodríguez y J. Viloría de la Hoz, comp.). Tomo II. pp.: 59-86.
20. Portal de Archivos Españoles (PARES). *Persona-Román Domínguez, Rosario (1939-?)*. Ver también enlaces. Ministerio de Cultura. Gobierno de España. s/f. En: <http://pares.mcu.es/ParesBusquedas20/catalogo/autoridad/124241>
21. República Dominicana. *Solicitud de Permiso de Residencia de Rosario Román Domínguez*. Secretaria de Estado de lo Interior y Policía. Negociado de Inmigración. 14 de noviembre de 1941. En: http://200.26.174.77/assets/img/Caja_5_DREP0040D/DREP0040D_REV10_92-116/DREP0040D_REV10_102/DREP0040D_0000102-DR-RESIDENCY-PERMITS-1941-VOL-227-4-015914/migracion_0003.jpg
22. Alfonseca Giner de los Ríos JB. *El incidente del trasatlántico Cuba. Una historia del exilio republicano español en la sociedad dominicana, 1938-1944*. Santo Domingo: Archivo General de la Nación. Departamento de Investigación y Divulgación. Área de Publicaciones. 2012. pp.: 185, 240, 250, 253, 265, 307, 311, 313-314. En: https://www.academia.edu/25816057/El_incidente_del_trasatlántico_Cuba_Una_historia_del_exilio_republicano_español_en_la_sociedad_dominicana_1938_1944
23. Rosario Fernández RC (coord.). *El exilio republicano español en la sociedad dominicana*. Seminario Internacional. Comisión Permanente de Efemérides Patrias. Archivo General de la Nación. Academia Dominicana de la Historia. República Dominicana: Edit. Búho. 2010. pp: 69, 168, 233. En: <https://www.embajadadominicana.es/assets/docs/emigracion-4.pdf>

24. Alfonseca Giner de los Ríos JB. *Catálogos de fuentes para el estudio del exilio republicano español en la sociedad dominicana, 1939-1947*. Boletín del Archivo General de la Nación BAGN. 2013; 38, 135: 11-32. En:
https://barcosdelexiliorepublicano.com/assets/files/BAGN_2013_No_135%20nuevo.pdf
25. Llorens V. *Memorias de una emigración. Santo Domingo, 1939-1945*. Sevilla: Renacimiento. Biblioteca del exilio. 2006. Pág.: 132.
26. Ameringer Ch.D. *The Caribbean legion: patriots, policians, soldiers of fortune: 1946-1950*. Pennsylvania. USA. 1996. pp.: 96-99, 103. (al margen de las páginas concretas sobre Antonio Román, el grueso del texto detalla lo que fue la Legión del Caribe). En:
<https://archive.org/details/caribbeanlegionp0000amer>
27. Vinicio Mejía M. *El magisterio de Juan José Arévalo*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Instituto de Análisis e Investigación de los Problemas Nacionales. Edición digital. 2022. En:
https://ipn.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2022/09/VERSION-DIGITAL_Libro_Juan-Jose-Arevalo_Marco-Vinicio-Mejia-1.pdf
28. Bayo Giroud A. *La lucha contra Trujillo*. Clío (Santo Domingo). 2008; 176: 139-204. En:
<https://catalogo.academiodominicanahistoria.org.do/opac-tmpl/files/ppcodice/CLIO-2008-176-139-204.pdf>
29. Aguilar G, Recinos LA. *Historia y estado actual de la Psicología en Guatemala*. Revista Latinoamericana de Psicología. 1996; 28, 2: 197-232. En:
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80528202.pdf>
30. Gallegos M. *La profesionalización de la Psicología en Guatemala a mediados del siglo XX*. Revista Psicólogos. Edición especial. 2021. 12-13, 27: 21-31. En:
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/211511/CONICET_Digital_Nro.45677eb5-6f84-4464-8bdf-6499075a8748_B.pdf?sequence=2&isAllowed=y
31. Biblioteca Ludwig von Mises. *Prontuario de psicología y psicoanálisis. Antonio Román Durán. Guatemala: Centro editorial. 1948*. Universidad Francisco Marroquín. 2000-2023. En:
<https://biblioteca.ufm.edu/opac/record/1048321>
32. WorldCat. *Psicodiagnóstico de Rorschach (técnica, interpretaciones y pruebas complementarias). Vocabulario psicopatológico elemental. Antonio Román Durán. 1950*. 2001-2023. En:
<https://worldcat.org/es/title/22377720>
33. Coy Moulton A. *Los exiliados españoles y la traición de la expedición de Luperon en 1949*. Clío (Santo Domingo). 2020; 200: 311-335. En:
<https://catalogo.academiodominicanahistoria.org.do/opac-tmpl/files/ppcodice/Clio-2020-200-311-335.pdf>
34. García Ferreira R. *La CIA y el exilio de Jacobo Arbenz*. Perfiles Latinoamericanos. 2006; 28: 59-82.
35. Kane Robert J. *Operation PBSUCCESS: U.S. Covert Action in Guatemala*. Infinity Journal. 2019; 6, 3: 27-30. En:
<https://www.militarystrategymagazine.com/article/operation-pbsuccess-u-s-covert-action-in-guatemala/>
36. Doyle K, Kornbluh R. *CIA and Assassinations: The Guatemala 1954 Documents*. The National Security Archive. The George Washington University. National Security Archive. Electronic Briefing Book No. 4. 1995-2017. En:
<https://nsarchive2.gwu.edu/NSAEBB/NSAEBB4/>
37. Castillo C. *La quema de libros en honor a Nixon*. Somos Xinkas. Guatemala (Blog). 16 de febrero de 2015. En:
<http://yosoyxinka.blogspot.com/2015/02/la-quema-de-libros-en-honor-nixon.html>
38. Cal J. *Los libros que la CIA quemó en Guatemala*. El Faro 25. 24 de agosto de 2015. En:
<https://elfaro.net/es/201508/academico/17306/Los-libros-que-la-CIA-quemó-en-Guatemala.htm>

39. Castro Gómez M. *Licenciada Rosario Domínguez*. En: El aporte de los emigrantes españoles a la economía, cultura y educación de Guatemala en los años 1900-1968. Tesis doctoral (F. Martínez, Dir.). Facultad de Sociología. Universidad Pontificia de Salamanca/Guatemala. 2013. pp.: 342-343. En: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/tesis/38809.pdf>
40. Ramos Choto R. *El Primer Congreso Centroamericano de Archivistas*. *The American Archivist*. 1966; 29,4: 523-525. En: <https://meridian.allenpress.com/american-archivist/article/29/4/523/22388/El-Primer-Congreso-Centroamericano-de-Archivistas>
41. WorldCat. *Leyes bancarias y financieras de Guatemala. Guatemala-Rosario Domínguez. 4ª ed.* 1974. 2001-2023. En: <https://search.worldcat.org/es/title/18979148>
42. Cerutti Frigerio F. *Contribuciones femeninas a la poesía guatemalteca: el siglo veinte*. *Repertorio Americano*. 2017; 27: 136. En: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/repertorio/article/view/11063/13956>
43. Munoa Roiz JL. *Síntesis histórica de la praxis médica del anciano*. *Osasunaz*. 2004; 6: 33-51. En: <http://www.eusko-ikaskuntza.eus/PDFAnlt/osasunaz/06/06033051.pdf>
44. Kaupp K.D. *La clínica de la doctora "locaesperanza"*. *Revista Triunfo*. 9 de marzo de 1974; 597: 32-33. En: <https://gredos.usal.es/handle/10366/59703>
45. BOE. *ORDEN de 6 de octubre de 1939 dando normas para la depuración, por los Colegios de Médicos, de la conducta político-social de sus miembros*. *Boletín de 7 de octubre de 1939*. N.º: 280. pp.: 5627-5628. En: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1939/280/A05627-05628.pdf>
46. Fernández-Carrión M.H. *Clemente Díaz Ruiz*. Real Academia de la Historia. *Diccionario Biográfico electrónico (DB~e)*. 2018. En: <https://dbe.rah.es/biografias/85081/clemente-diaz-ruiz>
47. Biblioteca Nacional de España (BNE). *Horizontes geriátricos*. Datos BNE.es. 30 de septiembre de 2023. En: <https://datos.bne.es/obra/XX2787001.html>
48. Román Durán A.L. *Problemas Geriátricos Actuales. Psicopatología de la Tercera Edad*. Madrid: Editorial Marbán. 1983. Pág.: 3.
49. BOE. *Orden por la que se dispone el cumplimiento de la sentencia del Tribunal Supremo, dictada con fecha 18 de mayo de 1983, en el recurso contencioso-administrativo interpuesto por don Antonio Román Durán, Capitán Médico de Sanidad Militar*. *Boletín de 2 septiembre 1983*. N.º: 210. Pág.: 24214. En: <https://www.boe.es/boe/dias/1983/09/02/pdfs/A24214-24214.pdf>



Fotografía de Antonio Luis Román Durán hacia 1946.

Obtenida de "Fundación Pablo Iglesias". En:

<https://fpabloiglesias.es/entrada-db/roman-duran-antonio-luis/>

- Recibido:03/02/2024.
- Aceptado: 01/06/2024.



Soy Aurora.

I'm Aurora.

De veinticinco años, y era costurera.
Sí, joven modista, feminista y obrera,
acompañada de Belarmina y Catalina
esta con sus hijas, Antònia y Maria,
'las Rojas del Molinar' dice la historia,
ejecutadas tras cautiverio en prisión.

Sí, activista y ya madre de una niña,
embarazada de otra que no llegará,
por cinco balas de malditos verdugos,
por agitar conciencias ante la injusticia
por usar su arma, la pluma delatadora.

La llevaron al convento de las hermanitas,
asesinada por la sinrazón que continuaría.
Siguieron, se ensañaron con su familia,
mataron a su padre y a sus hermanos,
cinco años después, llegó a su marido.

Tras ochenta y siete años de silenciar,
hay quienes insisten en callar y ocultar,
hay quien le nombrará Ilustre de Palma,
hija, madre, luchadora o modista ilustre,
todo ello le acompañó y está presente,
la convivencia diversa, pacífica y justa.

Me llevan a matar, Aurora Picornell me llamo,
miles de represaliadas aún esperan en fosas
a sus familias para recibir la digna sepultura,
cerrar duelos y mirar esta dignidad humana.
No olvidaré esta historia, pido sea educativa
a nuevas generaciones que piden el respeto.

Llegarán otros tiempos de libertad, seguro,
tiempos de palabra y plumas, sin más balas,
tiempo con memoria, tiempo de democracia,
en el camino están, es mi salud, es mi vida,
soy Aurora.

I.M.

Tras el fallecimiento de Teresa Suárez, la psiquiatra terapeuta sistémica que propiciaba el cambio en lo político, lo asistencial, lo ideológico, lo clínico.

Begoña Olabarria, Madrid.

Teresa Suárez (1947-2024) falleció el pasado 26 de Abril.

Escribo aún bajo ese impacto, urgida por el impulso de hacer llegar noticia de su ausencia para algunos que formásteis parte de su universo de relación en algún tiempo/espacio de su larga trayectoria, en alguna misión compartida, en alguna tarea, y para otros que con conocimiento de ello o sin él, vivís un contexto de la Salud Mental "tocado" por su hacer. Busco transmitirlos. Me resulta necesario y también difícil. Aún puedo verla como si fuéramos a hablar. Otra vez. ¿De clínica? ¿de formación? ¿de política? ¿del mundo? ¿de pensamiento? ¿de su nuevo libro? ¿de nuestras familias? ¿de nosotras? ¿qué tendrá en la cabeza...? Me interfieren imágenes, palabras y silencios, contenidos que a todo eso pertenecen. Me interfieren para escribir su obituario. Y pienso: ¿escribo ahora para ella que ya no está, o para vosotros que lo leeréis? ¿O tal vez, de alguna manera, para mí?

Quiero alejarme de escribir hacia configuraciones mitológicas, de las que participan y atraviesan las organizaciones, los grupos humanos con historia, las familias, que tan bien conocemos los sistémicos, esos en cuya conformación de identidad en España la aportación de Teresa Suárez fue pionera y sostenida, seguramente en determinadas materias clave. Sin hagiografía, que establece construcción dicotómica: la que se muestra, con realizaciones y calificativos supremos, y la que se oculta que remiten y hasta suscitan cuestiones de orden proceloso. En definitiva, textos falsarios.

Hasta cierto punto y de maneras muy distintas para cada uno, nos gobiernan los muertos. También en el ámbito de lo profesional cuando se trata de ejercicios que conforman nuestra identidad, tenemos nuestros muertos que nos determinan en tanto han favorecido (o favorecen aún) identificaciones, líneas estratégicas para andar caminos; "obligan" tomas de decisión hacia la cercanía y la distancia respecto de ellos. Así que las fronteras entre los muertos y los vivos resultan a veces difusas. Tanto es así, que, sabiéndolo, algunos dedican esfuerzos a dejar construido un mito de sí mismos que pueda condicionar la vida de sus vivos (la cuestión sería a qué responde esa construcción, claro).

Así que deseo hablaros de Teresa Suárez desde mi búsqueda de verdad por cuanto ella, a lo largo de toda su trayectoria, en diferentes ámbitos, organizaciones, propósitos, y para muchos, ha jugado papel, a veces decisivo, en la configuración de su identidad o de su contexto inmediato en múltiples aspectos o en el establecimiento de posición propia en él, de responsabilidad o no, de compartir o no, de limitar (y en qué y cómo) o expandir (con difusión de limitaciones en un *totum*) esa segunda piel, que siendo profesional, en ocasiones conforma identidad, como le ocurría a ella.

Nació en Asturias y pasó su infancia y adolescencia en Valencia, donde estudió Medicina. Decidió hacer Psiquiatría y fue MIR en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo, donde participó activamente en el primer conflicto psiquiátrico de España en 1971, en el *franquismo*, en búsqueda de cambios, lo que supuso su despido junto a otros compañeros y su salida de España a Lausanne (Suiza) donde finalizó su formación en Psiquiatría, realizó su formación psicoanalítica y su descubrimiento y formación en la sistémica, que junto a Carmen Rojero introdujo finalizando los 70, en España, a su vuelta.

Muy sucintamente diré que a lo largo de los años 80 es Jefe de Distrito de SM de Móstoles y posteriormente Coordinadora del Área 8, hasta ser nombrada Coordinadora Técnica del Programa para la Reforma de Salud Mental (1994-95) de la Comunidad de Madrid. Fue Coordinadora del Hospital de Día del Área 8. Su trayectoria la establece a caballo entre la asistencia pública, donde realiza importantes aportaciones de cambio hacia la Salud Mental Comunitaria, y la privada con la creación de AESFASHU y su Centro de Formación en Terapia Sistémica desarrollando programas de formación de gran relevancia y reconocimiento por su rigor. Fue directora de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1986-1990), miembro de la Junta de FEAP (1999-2002), miembro fundador de la Association Européenne pour la Recherche en Thérapie Systémique, Codirectora del Máster en Psicoterapia Relacional (AESFASHU-AGORA RELACIONAL), entre otras muchas aportaciones.

Creo poder decir que ha sido una de las psiquiatras más reconocidas, que buscó y aportó su ejercicio hasta el final (acaba de publicar en Francia un libro de autoría compartida, que pronto verá la luz en España), configurando su hacer como una manera de vivir. Su fuerte personalidad y carácter definieron ejes de empeño en ello.

Su desaparición, ese hueco que ha dejado, tiene un modo de poder, provocador y favorecedor por y en el vacío surgido, que me parece que tal vez tiene energía o capacidad de atraer (o repeler) a quienes están en un alrededor que es algo más y distinto que el del inmediatismo del aquí y ahora, porque atraviesa y circula por diferentes tiempos y escenarios.

Enfrentó repliegues de riesgo: El cambio en el modelo asistencial, cuestión esta que le importaba, no es una reliquia caduca ni el vestigio de un propósito extinguido. Al contrario: puede que ahora más que nunca se haga necesario repensar con rigor y entusiasmo, sus avances y las consecuencias de su actual "frenada". También la toxificación del lenguaje y el pensamiento clínicos -incluido el sistémico, que tanto cuidó-, cuando hoy avanza la simplificación, la linealidad cosificadora, la descontextualización y cosificación de las praxis en Salud Mental, los derechos como palabras vacías. Avanzamos no por casualidad, sino por la iniciativa de un grupo de psiquiatras y psicólogos clínicos que con capacidad de liderazgo, retomando raíces de Lafora y Germain, dispuestos a generar un cambio sustantivo que comenzaba con terminar la manicomialización como modelo asistencial, trabajaron de diferentes maneras para aportar cambios en lo clínico-asistencial, en lo sociopolítico, en el pensamiento, en los derechos... para que el ciudadano se rigiera a sí mismo desde la razón democrática y los derechos en el ámbito de la Salud Mental. Conformando y participando de múltiples escenarios para ello, estuvo Teresa Suárez. Y en esos paisajes la formación, la coherencia en el hacer clínico era central.

La iniciativa junto a Carmen Rojero, de formarse en el Modelo Sistémico y traerlo a nuestro país, creo poder decir que resultó de alta relevancia logrando una valoración y reconocimiento -que se mantiene hasta hoy- aportando de manera sustantiva, verdadera, esa que enfrenta y evita una suerte de tutela vitalicia sobre compañeros, colegas, alumnos, pacientes... que dificulta su emancipación convirtiéndoles en devotos. Una identidad a evitar.

Tal vez el fulgor de su trayectoria siga favoreciendo reacciones...

En Madrid a 1 de mayo de 2024

In Memoriam: Itzhak Levav, un precursor.

In Memoriam: Itzhak Levav, a forerunner.

Iñaki Markez.



En el día 20 de mayo, falleció en Jerusalén Itzhak Levav, (*Tuncho* para sus cercanos) a sus 85 años. Resulta extraña en su entorno no contar con su generosidad, sapiencia, humildad y buen humor.

Médico psiquiatra argentino-israelí, o quizá habría que situarle como un sanitarista latinoamericano, el de un experto en psiquiatría clínica, salud mental, epidemiología y metodología de la investigación. Capaz de aplicar sus grandes conocimientos de salud pública internacional en favor de quienes padecían en su mente, verdaderos débiles jurídicos prototípicos desfavorecidos por la sociedad, en especial por los sistemas legales y de salud mental.

Tras terminar sus estudios en la Universidad de Buenos Aires (UBA) y se especializó en psiquiatría contradiciendo el anhelo materno, que "soñaba con un cirujano". Trabajó junto a Mauricio Goldemberg, referente muy importante de la psiquiatría argentina, promotor de las prácticas comunitarias y enfoques alternativos. Se especializó en la Universidad de McGill, Canadá, y obtuvo una maestría en psiquiatría social de la Universidad de Columbia, Estados Unidos. Pasó a dirigir el departamento de psiquiatría social en el Hospital Evita, Lanús en Buenos Aires. Fue profesor de las universidades Nova, en Portugal; ILS, en India; Profesor del Departamento de Salud Mental Comunitaria de la Universidad de Haifa, Israel; Doctor Honoris Causa de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina; Como jefe de la Unidad de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, desarrolló la tarea de reactivar e impulsar cambios profundos y estructurales en la atención psiquiátrica y de salud mental, pasando de una atención centrada en los hospitales psiquiátricos a una distribuida en servicios anclados territorialmente, con un enfoque comunitario y con una participación central de la atención primaria de salud. Profesor Honorario de la Universidad Cayetano Heredia, Perú; y miembro del Panel de Expertos en Salud mental de la Organización Mundial de la Salud hasta su fallecimiento.

Con la dictadura militar se trasladó a Israel y actuando como activo militante de los movimientos pacifistas. Se manifestó crítico con el sionismo. Fue colaborador de la revista *Bridges*, publicación de salud pública desarrollada conjuntamente por profesionales de la salud palestinos e israelíes, bajo el patrocinio de la OMS, incorporando el paradigma de "la salud como puente para la paz". Su insistencia en las políticas de salud mental inclusivas y por la colaboración entre profesionales de salud mental de ambos lados del conflicto, aportó ciencia en materia de derechos humanos, evidenciando que solo a través de la paz y la estabilidad se podría lograr bienestar mental.

Parfraseando a Manuel Desviat, Itzhak Levav fue principal impulsor de la reforma psiquiátrica en América Latina, director de la Oficina Regional de Salud Mental de la OPS/OMS durante más de una década e impulsor de las políticas públicas para proteger a quienes sufren problemas de salud mental, todo ello a través de la Declaración de Caracas de 1990 (que estableció los principios de la desinstitutionalización y salud colectiva para el cambio en América Latina y el Caribe) luego refrendadas por recomendaciones de la OMS en 2001. Casi 20 años después del manifiesto de Caracas, Levav admitió los progresos, pero "aquel horizonte permanece lejano, como todo horizonte". Alude a "la exclusión y la pérdida de valores y afectos", como agentes más patógenos para la psiquis y el cuerpo

social que la pobreza o la persecución política. En 2018 nos enseñó que “la atención en salud mental ha hecho progresos notables en América latina en las últimas décadas” (1).

Fue uno de los referentes históricos más importante de la psiquiatría en Argentina y promotor de la salud mental comunitaria. Principal impulsor de la Reforma psiquiátrica en América Latina. Autor de numerosas publicaciones de investigación en el campo de la epidemiología psiquiátrica y la psiquiatría social. Además, acompañó el proceso de Reforma Psiquiátrica en España, y forma parte de las personas que han colaborado con la *Revista de la AEN-PSM* desde los primeros años 90.

Renunció a la consultoría OPS en Chile cuando se reforzaron los psiquiátricos con temas forenses, en torno al año 2000. Activo colaborador en la redacción de la Ley argentina de Salud Mental 26.657, considerada modelo en la región latinoamericana. Con la mirada en que la salud mental debía acercarse a las personas, donde viven, ser parte de los sistemas de salud, e interactuar con los espacios de educación, acción social, vivienda y trabajo.

Levav era uno de los contados intelectuales que citaba al olvidado psiquiatra y pensador francés Franz Fanon (1925-1961), autor de *Los condenados de la tierra* e impulsor de una corriente libertaria que expiró con la mítica década de los 60.

Fue gran maestro e inspirador, generoso y muy meticuloso para describir eventos y personas, siempre dispuesto a colaborar, de gran capacidad diplomática y enorme sentido del humor, tremenda claridad de conceptos como su talante moral, su defensa innegociable de los derechos humanos. Y presencia humana que le hacían entrañable.

En 2019 fue coautor (2) de la publicación *La salud mental y los ciudadanos palestinos en Israel* donde aborda a las minorías se enfrentan a tensiones sociales particulares, que a menudo se manifiestan en su salud mental general. La cuarta parte de los ciudadanos son árabes palestinos, pero se ha publicado muy poco del espectro de problemas de salud mental en esta población. Este trabajo se basa en la experiencia de expertos que trabajan con palestinos israelíes para poner de relieve los problemas a los que se enfrentan los usuarios de los servicios, sus familias y sus comunidades. Estos palestinos en Israel tienen condiciones sociales, de género y familiares únicas que necesitan una investigación y evaluación fiables. Señala que son precisos tres temas centrales: determinantes socioculturales de la salud mental, necesidades de salud mental y utilización de los servicios de salud mental que aborden la atención de las conductas suicidas y la adicción o el trauma generacional y las preocupaciones de los niños y los ancianos. En 2004, tras solicitarle un trabajo para su publicación, hizo llegar a *Norte de salud mental* el artículo “Salud mental, prioridad en la Salud pública” (3). Pasadas dos décadas sigue siendo un buen reflejo de su ideario. Recogemos algunos de sus pilares.

La cuestión de los derechos humanos

La relación indisoluble entre la provisión de atención en salud mental y la salvaguarda de los derechos humanos fue planteada por primera vez en 1990 en la Declaración de Caracas, suscrita inicialmente por once países de América Latina y aceptada luego por el resto de los países del continente.

En esta Declaración, las Naciones Unidas establecen una serie de derechos que van desde asegurar el tratamiento a los pacientes en lugares y condiciones menos restrictivos, hasta definir que aquellos países que no provean atención en salud mental a sus habitantes están violando un principio adoptado por la comunidad de las naciones.

Como es sabido, desde hace siglos las personas con trastornos mentales que accedían a algún tratamiento han sido confinadas en instituciones ad hoc conocidas como hospitales psiquiátricos, manicomios o asilos de alienados. Con frecuencia, la función de estas instituciones ha sido la de retirar del circuito social a las personas con trastornos mentales; por lo tanto, tradicionalmente, estas

instituciones se han dedicado más a proveer servicios de custodia que atención intensiva. La visión negativa que conlleva el hospital psiquiátrico proyecta densas sombras sobre los usuarios, sus familias, los prestadores y los servicios, extendiéndose el estigma al vecindario donde se localiza. Por comisión u omisión, los derechos humanos más elementales han sido frecuentemente vulnerados en los hospitales mentales (4); y lo siguen siendo. No es sorprendente, por lo tanto, que con el tiempo los pacientes comiencen a perder sus destrezas y habilidades sociales y adquieran paralelamente comportamientos bizarros a los que en numerosas ocasiones se los equipara erróneamente con el trastorno mental. No hay que equivocarse: no son los trastornos mentales los que producen pacientes desnudos deambulando sin rumbo fijo por los corredores o los patios, sino que es el ambiente insalubre de las instituciones mentales el que genera estos comportamientos regresivos. Las grandes contribuciones de Levav han sido, sobre todas las cosas, sus ideas, su compromiso con la tarea, su gran capacidad para producir en todos los sentidos creando consensos; su inusual fertilidad en campos infecundos, manejados por colegas con ideas diametralmente opuestas (5) en relación a la necesidad de una reforma psiquiátrica: un verdadero adalid.

Pobreza y trastornos mentales

La relación entre pobreza y trastornos mentales ha sido bien establecida: lo mismo que en otros trastornos de la salud, existe una asociación inversa entre estatus socioeconómico y trastornos mentales, cuanto más bajo el estatus tanto mayor los trastornos (6). Se comprobó que:

- La adversidad social ligada al estatus socioeconómico tiene en ambos géneros una relación causal con el malestar emocional: la depresión en las mujeres y el abuso de sustancias (alcohol y drogas) en los hombres.
- La esquizofrenia se encuentra con mayor frecuencia en los estratos socioeconómicos más bajos, debido al descenso en la escala social que sufren las personas con ese trastorno. La pobreza se vincula a condiciones de vida no higiénicas e inseguras, el hambre y la malnutrición, el acceso inadecuado a la atención de la salud, la falta de oportunidades educativas y laborales. Lo que es menos conocido por los funcionarios de la salud pública y los decisores de las políticas públicas es que si los trastornos mentales no son tratados, contribuyen a acentuar el ciclo de la pobreza (7).
- La falta de servicios en los países en desarrollo, unida al rol cultural protector de la familia, hace que la atención del miembro enfermo quede a cargo de los familiares, reduciéndose así aún más los escasos recursos de los núcleos familiares que enfrentan las dificultades de la vida generadas por la pobreza.
- La pérdida de productividad supone alto costo económico, más si en quien trabaja su discapacidad afecta la potencialidad y desarrollo de sus habilidades.
- La persona con trastorno psiquiátrico puede tener dificultades para realizar el ciclo educativo si no tiene tratamiento o rehabilitación, con ingresos menores.

Se trata, por lo tanto, de una relación circular: para tener buena salud mental se necesita tener una buena educación; y para tener una buena educación se necesita buena salud mental. A pesar de lo obvio de esta relación, la dificultad reside en que, en la mayoría de los países, ambos sistemas están disociados.

Promoción de la salud mental: ¿qué hacer?

¿Qué hacer en cada país, desde cada lugar de trabajo, para afrontar la epidemia de trastornos mentales y los problemas psicosociales asociados? La Organización Mundial de la Salud ha formulado diez recomendaciones (8) de probada eficacia:

1. Proporcionar tratamiento en el Primer Nivel de Atención.

Dada la escasez de servicios especializados, es imposible pensar que la atención psiquiátrica pueda ser provista por psiquiatras u otro tipo de personal especializado en la materia. En el Atlas se informa que el 53% de los países que cubren el 69% de la población mundial disponen de menos de un psiquiatra cada 100.000 habitantes. Es imperioso diseñar otro tipo de estrategia para la atención de la salud mental, mucho más cuando gran cantidad de personas con trastornos que buscan ayuda en el sistema de salud lo hacen a través de un agente de la Atención Primaria de Salud.

2. Disponer de drogas psicotrópicas.

Las drogas de la primera generación, antidepresivos y antipsicóticos no son de costos altos y, correctamente prescritas, pueden mejorar los síntomas, reducir la discapacidad, acortar el curso de muchos trastornos y prevenir recaídas. En síntesis, proporcionan el tratamiento de “primera línea” y su administración no es compleja. La OMS ha confeccionado una lista de medicamentos esenciales, y las drogas psicotrópicas y los antiepilépticos deben ser incluidos en esa lista: no hay atención posible sin ellas.

3. Brindar atención en la comunidad.

En términos de resultados y de calidad de vida de los pacientes con trastornos crónicos, la atención basada en la comunidad ha mostrado tener mayor efecto que el tratamiento institucional. Más aún, mientras que los hospitales mentales no están en condiciones de producir intervenciones tempranas, los servicios comunitarios las hacen posibles al estar al alcance de los que los necesitan. Desde la perspectiva de la salud pública, unos pocos hospitales mentales –que consumen la mayor parte de los fondos del presupuesto de salud destinado a salud mental– no pueden ofrecer una solución efectiva para el número relativamente grande de personas con trastornos mentales. Solo en la comunidad es posible desarrollar un modelo que incluya (9):

- Autocuidado.
- Atención familiar y grupos de apoyo.
- Agentes comunitarios (líderes comunitarios, docentes, clero, policías, peluqueros, curanderos, etc.).
- Promotores de la salud.
- Agentes de APS (enfermeros, médicos de familia, etc.).
- El hospital general para pacientes que necesitan Internación. Atención factible aún en lugares con escasos recursos humanos especializados en salud mental.

4. Educar a la población.

Esta recomendación se relaciona con la necesidad de incrementar el conocimiento de la población sobre la carga de los trastornos mentales, sus variadas formas de tratamiento y los lugares para consultar. La educación es un instrumento estratégico para generar una cultura amigable hacia la problemática de la salud mental. En esa línea, es importante no reducir el concepto de educación solo a la transmisión de información, ya que de lo que se trata es de promover aquellas actitudes que conduzcan a la erradicación del estigma y la discriminación. Un excelente ejemplo del papel de la educación es lo que sucede en situaciones de catástrofe: en estos casos, en que a la población adulta le es difícil superar sus fuertes emociones y su propia confusión, y controlar además las reacciones de los niños, el manejo adecuado de la información contribuye a encausar adecuadamente la ansiedad. En esa línea, la OMS ha desarrollado programas educacionales que apuntan a cubrir las necesidades de diferentes sectores en comunidades en emergencia.

5. Involucrar a la comunidad, a la familia y a los usuarios.

Numerosas instituciones de formación y atención en salud pública han incorporado hace años la participación comunitaria y de las familias en sus lineamientos de trabajo, con participación de los usuarios en el desarrollo de políticas, programas y servicios. Recuerdo, por ejemplo, la sesión plenaria de la Asamblea Mundial de la OMS del 2001 en la que cambió la disposición de los participantes hacia el tema, cuando la madre de un joven con esquizofrenia habló de la desintegración psíquica de su hijo y de la esperanza que habían devuelto a su familia los primeros resultados positivos del tratamiento. Esta transformación del concepto de cuidado/ atención en el que familias y usuarios dejan de verse a sí mismos como pacientes para convertirse en socios de los trabajadores de la salud, ha producido mayor democratización de los servicios y el incremento de la satisfacción con el tratamiento.

6. Establecer políticas, programas y legislación nacionales.

Durante mucho tiempo, los países no tuvieron políticas y programas explícitos de salud mental, aunque actualmente, cerca del 60% los tienen. Desde ese punto de vista, la salud mental pública ha estado considerablemente retrasada con respecto a la salud pública. No me detendré aquí en el proceso de construcción de ambas. En lo que sí haré hincapié es en el campo de la salud mental: cada país deberá fijarse sus propios objetivos de desarrollo, establecer su propia estrategia para lograrlos y diseñar el plan de acción correspondiente. Para ello, es necesario plantear una relación dialéctica entre los funcionarios y la sociedad que, sobre la base de un diagnóstico compartido de la situación – incluidos necesidades y recursos–, permita explicitar qué se pretende hacer en términos de promoción, prevención, cuidado/ atención y rehabilitación.

7. Desarrollar los recursos humanos.

En salud mental, el concepto de recursos humanos incluye no sólo al equipo de salud del Primer Nivel de Atención sino también a los agentes comunitarios que, como ya se ha visto, juegan un papel fundamental en la educación, el apoyo, la referencia y la defensa de sus derechos. Como ya se señaló, los especialistas en psiquiatría y otras disciplinas afines, seguramente no en psicología en la Argentina, pero sí en enfermería psiquiátrica, resultan escasos para atender satisfactoriamente las demandas de atención en salud mental de la población, por lo que la necesidad de ampliar la base de formación de recursos humanos no necesita mayor argumentación.

El número de psiquiatras aumentará solo cuando los decanos de las facultades de medicina logren superar el estigma que opaca su pensamiento y nutre sus prejuicios; ese cambio se producirá cuando asuman que la salud mental es un área del conocimiento en el campo de la salud construida sobre bases científicas.

8. Vinculación con otros sectores.

La salud mental es un campo intersectorial, y la educación y la justicia, entre otros, son sus socios naturales. El sector laboral es sin duda otro de sus aliados estratégicos: la rehabilitación de la persona con trastornos mentales requiere su colaboración, tanto como el tema de la desocupación emergente de la globalización, cuyas consecuencias sobre la salud mental son devastadoras. Sus efectos se mitigan con políticas sociales y para promoverlas, el campo de la salud mental y el sector del trabajo deben trabajar conjuntamente.

Actualmente contamos además con otro grupo de socios. A medida que el Estado se achicó, las ONG han ocupado un lugar relevante en la promoción y en la prevención de la salud mental, al dar respuesta a las demandas nacionales y de las grandes agencias de cooperación internacional. Se trata, sin duda, de una sociedad beneficiosa que debería ser continuamente incrementada y fortalecida. En esa línea, quiero traer aquí un ejemplo de interés: en España, las agencias sociales y el Ministerio de Salud de Andalucía establecieron un programa de rehabilitación de personas con trastornos mentales

a través de cooperativas -conducidas conjuntamente por personas con y sin esos trastornos, que se han constituido en empresas sociales exitosas, generadoras de trabajo y beneficios económicos.

9. Monitoreo de las acciones de salud mental comunitaria.

Es evidente que no se lograra avanzar ni ser creíbles en salud mental sin un monitoreo adecuado de los programas y la evaluación de sus resultados. Sea cual fuere su situación y sus dificultades, no hay país que no pueda establecer una serie de indicadores mínimos, interactuantes con su propia realidad, que sirvan para convencer tanto a los decisores de las políticas locales como a los funcionarios de los organismos internacionales, que redunde en beneficios apoyar un programa de salud mental.

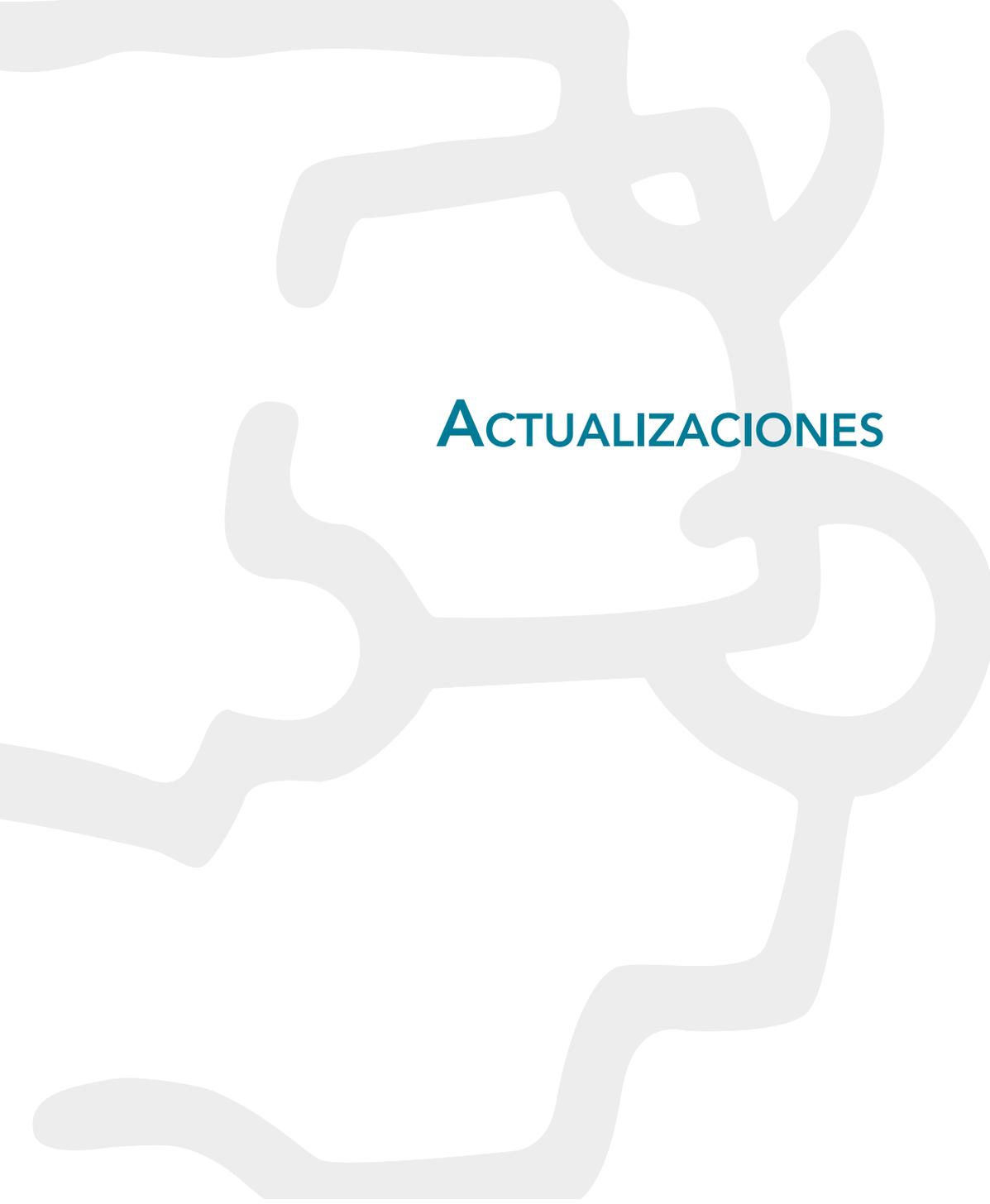
10. Incrementar el apoyo a la investigación.

¿Cuál debería ser la agenda de investigación de los países en desarrollo y cómo llevarla a cabo? ¿Cuál debería ser el papel de las instituciones de educación superior en los países industrializados? Estas son algunas de las cuestiones que necesitan indagación. La OMS convocó en diciembre del 2002 una reunión para discutir esas cuestiones, a partir de la toma de conciencia de que no se dispone aún de conocimiento suficiente para salvar la brecha entre el estatus actual de la salud mental y los objetivos que esa Organización promueve en el nivel mundial. Cabe a la investigación aportar a la producción del nuevo conocimiento que la situación requiere.

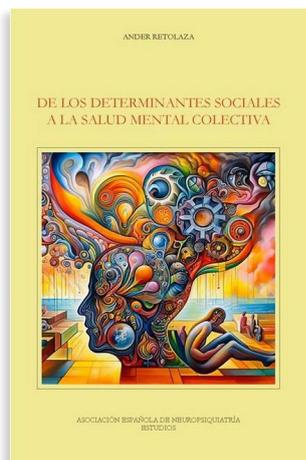
Contacto: Iñaki Markez ✉ imarkeزالonso@gmail.com

Bibliografía

1. Levav. I. La promoción de los Derechos Humanos, la adecuación de la legislación y la reforma de la atención en Salud Mental: a XXVII años de la Declaración de Caracas. *Revista de Salud Mental y Comunidad*, UNLA, 2018.
2. Muhammad M Haj-Yahia, Ora Nakash, Itzhak Levav. *The psychiatric epidemiological portrait of palestinian citizens in Israel: A Review of Community Studies*. Indiana University Press, 2019.
3. Levav, I. Salud mental, prioridad en la Salud pública. *Norte de salud mental* n° 19: 9-22. 2004.
4. Levav I, Gonzalez Uzcategui R: Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101:83-86, 2000.
5. Kraut, Alfredo; "Itzhak Levav, un precursor". *Página 12*, 24 de mayo de 2024.
6. Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotznik J: *Epidemiologic findings on selected psychiatric disorders in the general population*. En Dohrenwend BP (ed) *Stress, adversity and psychopathology*, Oxford University Press, New York, 1998.
7. Saraceno B, Barbui C: Poverty, and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42:285-29, 1997.
8. Organización Mundial de la Salud: *El informe mundial de la salud 2001. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. OMS, Ginebra, 2001.
9. Levav I (ed) *Temas de salud mental en la comunidad*. Paltex, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 1993.



ACTUALIZACIONES



De los determinantes sociales a la salud mental colectiva.

Ander Retolaza.

Editado por Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2024. Nº 68.
Págs: 218. • ISBN: 978-84-95287-99-1.

Libro está disponible en venta virtual descargable. Acceso a la tienda Online de la AEN: <http://www.tienda-aen.es/producto/de-los-determinantes-sociales-a-la-salud-mental-colectiva/>

Poco tiempo atrás se consideraba al hecho de padecer una enfermedad como un asunto casi democrático, en el sentido de que parecía tratarse de una lotería que le podía tocar a cualquiera. Pero la epidemiología y los avances en materia de prevención han puesto de manifiesto que no todo el mundo tiene las mismas probabilidades de enfermar o de vivir el mismo número de años. Según en qué país o barrio vivamos, en qué familia hayamos nacido, cómo nos alimentemos, cuáles sean las condiciones de nuestra vivienda o nuestro trabajo, tendremos más o menos probabilidades de caer enfermos. Pero no solo eso, sino que, si las cartas juegan en nuestra contra, también tendremos más dificultad para encontrar un médico accesible que nos atienda de manera adecuada. La llamada Ley de Cuidados Inversos, formulada hace 50 años (Tudor Hart, 1971), establece que la disponibilidad de atención médica se distribuye socialmente de manera inversa a su necesidad. Y esto ocurre tanto más, cuanto mayor sean las fuerzas del mercado.

El campo de la salud mental se encuentra atravesado por multitud de factores que, en sus diferentes niveles de intervención (política, asistencial, ética), dificultan y oscurecen las prácticas. La desorientación y la pérdida de referencias deviene síntoma tanto en el colectivo de profesionales como a nivel de gestión e implementación de recursos. Algunas de sus consecuencias y efectos más notables los sentimos a propósito de la escalada en la privatización de los sistemas de salud, el progresivo incremento de la demanda, la reducción de los equipos profesionales y el aumento del burn-out entre profesionales de atención directa, así como el borramiento del acto profesional en detrimento de la clínica.

Ander Retolaza, psiquiatra e investigador con una dilatada experiencia en el campo incide en el punto de intersección entre lo social y lo clínico, la importancia del contexto y de las relaciones, para arrojar algo de luz sobre algunas de las derivas (peligrosas) imperantes en el discurso científico y social de nuestra época. Este libro supone una aproximación no solo preventiva en el sentido que nos advierte sobre aquellos planteamientos que comprometen y limitan el abordaje de la salud mental sino propositiva, ya que el autor plantea alternativas y propuestas concretas frente a problemáticas emergentes. Toma posición frente a las tesis reduccionistas que impregnan el panorama de la salud mental y para ello se apoya en un riguroso análisis que incluye referencias a la historia de la psiquiatría, la clínica y el pensamiento moderno incorporando estudios científicos e investigaciones que subrayan las relaciones existentes entre lo social (origen, biografía, contexto, género, pobreza) y el sufrimiento psíquico.

Situar y nombrar la complejidad del fenómeno que nos ocupa, en los diferentes niveles de intervención política, comunitaria y epistemológica es un aporte fundamental para poder pensar otro tipo de abordajes posibles y apostar por una mirada anti-segregativa. La reivindicación de lo común y lo colectivo se convierte así en una brújula que nos orienta frente al avance de la segregación efecto de la injerencia de la razón económica como eje de las relaciones sociales. "Las carencias en este orden de cosas amenazan el porvenir del modelo asistencial comunitario, tanto como el de las formulaciones teóricas que están detrás del mismo. Se produce así una fragilidad casi permanente de las nuevas instituciones asistenciales asociada a un insuficiente desarrollo y publicidad del modelo teórico basado en los principios de la psiquiatría social" (Retolaza, p.119). En consecuencia, resulta urgente sostener



una posición tanto ética como política a partir de la cual poder avanzar hacia nuevas formas de hacer institución en un campo de experiencia que incluya una diversidad de propuestas con enfoque social y de derechos.

Con el conocimiento actualmente disponible no siempre es posible establecer una línea causal clara entre factores sociales y trastorno mental. En todo caso la asociación entre múltiples problemas sociales y diversos trastornos mentales parece probada, aunque muchas veces no podamos evidenciar los mecanismos mediante los que se produce. Se percibe que un agregado de diversos factores genera un mayor riesgo. Es de interés, así mismo, considerar la causalidad de dirección inversa, esto es, la asociación con el trastorno mental, una polémica que, aunque olvidada en la actualidad, sigue acompañándonos. En cualquier caso, la presencia de importantes problemas sociales acompaña a la evolución de una gran parte de pacientes que reclaman atención y hace necesario incluirlos en el tratamiento rehabilitador si queremos mejorar los resultados obtenidos. Es obvio que necesitamos más estudios, con un diseño metodológico más riguroso para aclarar muchos aspectos. Por ello es preciso dedicarles mayor esfuerzo y reflexión. Este libro es un buen recurso de ayuda. También su Prólogo de Alberto Fernández Liria.

Este excelente libro, *De los determinantes sociales a la salud mental colectiva*, permite traer de nuevo, no olvidar sintomáticamente, las relaciones íntimas entre las disciplinas del campo de lo social y el malestar de la condición humana. La cuestión social es inherente a la práctica clínica o, dicho de otra manera, lo que motiva la creación de una institución es la necesidad de ofrecer una respuesta social a fenómenos clínicos tales como ciertos estados de la psicosis, algunos pasajes al acto, algunos estados de deterioro físico que pueden conducir al sujeto hacia la exclusión social absoluta o hasta la muerte. Es decir, la clínica exige de una respuesta y de una práctica social e institucional. Por otro lado, el viejo debate que diferencia lo social (contexto) y lo subjetivo (singular) se resuelve considerando que la constitución subjetiva implica necesariamente un Otro, el sujeto se constituye siempre en relación a un contexto (familia, orden simbólico, institución) y, en consecuencia, lo social y lo singular se encuentran articulados. En palabras del autor: "La apuesta es hacer de la salud mental una práctica social (no solo sanitaria) encaminada a la recuperación de la subjetividad, tanto individual como social. Hacer de la salud mental una empresa de profundización democrática mediante la recuperación de ciudadanos que también sean actores sociales".

Cosme Sánchez.

Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet*. 1971; 27;1(7696):405-12.



La Psiquiatría bajo Sospechas.

Robert Whitaker y Lisa Cosgrove.

Psara Ediciones, 2024 • 388 páginas

ISBN-10: 41272335X; ISBN-13: 978-8412723359

La Psiquiatría bajo Sospechas investiga cómo la influencia del dinero farmacéutico y los intereses gremiales han corrompido el comportamiento de la Asociación Americana de Psiquiatría y la psiquiatría académica durante los últimos treinta y cinco años. Este libro documenta cómo la institución psiquiátrica engañó regularmente al público estadounidense sobre lo que se sabía acerca de la biología de los trastornos mentales, la validez de los diagnósticos psiquiátricos y la seguridad y eficacia de sus fármacos. También examina cómo estas dos influencias corruptoras fomentaron la ampliación de los límites del diagnóstico y la creación de directrices sesgadas para la práctica clínica. Esta corrupción ha provocado importantes daños sociales y, en particular, una falta de consentimiento informado por parte de la sociedad respecto al uso de fármacos psiquiátricos y la patologización de comportamientos normales en niños y adultos. Los autores sostienen que la reforma de la psiquiatría requerirá la neutralización de estas dos influencias corruptoras (el dinero farmacéutico y los intereses gremiales) y el establecimiento de una autoridad multidisciplinar sobre el campo de la salud mental.

Prólogo de Jose G.-Valdecasas y Amaia Vispe¹

Es un honor para nosotros poder prologar la edición en castellano del libro de Whitaker y Cosgrove "La psiquiatría bajo sospechas", que tenemos la suerte de poder leer por fin gracias al trabajo de Ediciones Psara. Es esta una obra publicada originalmente en 2015 en Estados Unidos, y de la que solo habíamos tenido referencias a través de diversas entradas publicadas en el blog de la plataforma No Gracias (nogracias.org). Forma parte de la que ha dado en llamarse "psiquiatría crítica" o en ocasiones "postpsiquiatría", campo que nos ha brindado en los últimos años obras básicas para entender la situación y problemática del campo de la psiquiatría y la salud mental actuales: las inconsistencias teóricas que presenta, las cronificaciones a largo plazo que provoca, la sistemática de desvío de problemáticas sociales a soluciones individuales (e ineficaces), etc. Los autores son Robert Whitaker, periodista, y Lisa Cosgrove, psicóloga clínica, lo que ya de entrada les asegura la crítica fácil desde la psiquiatría más oficialista en el sentido de "los autores no son médicos". No se dejen engañar por este argumento, porque es tramposo: en obras escritas por médicos como Gotzsche, la crítica se desvía a "el autor no es psiquiatra" y, más aún, cuando los autores son psiquiatras como Goldacre, Moncrieff u Ortiz, la crítica tampoco descansa y les acusa de "posiciones fundamentalistas". Como si tener una actitud científica y ética fuera una postura fundamentalista.

El libro que tenemos en las manos aborda un tema clave en la crítica actual a la disciplina psiquiátrica y las instituciones en que se desarrolla: el problema de la influencia de la industria farmacéutica. Este y no otro es el gran elefante en la habitación de la profesión psiquiátrica (y, por extensión, de todas

¹ Psiquiatra y enfermera especialista en salud mental. Trabajadores en el sistema público de salud, socios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y coautores del blog *postPsiquiatría* (<https://postpsiquiatría.blogspot.com/>) y del libro "Postpsiquiatría. Apuntes sobre teorías y prácticas".



las profesiones que trabajan en salud mental). La industria farmacéutica ha encontrado un filón en la psiquiatría a la hora de cumplir su primer y único objetivo: la obtención de beneficios. No es que en otras ramas de la medicina no esté presente esa influencia de la industria, que, por supuesto que existe, sino que determinadas características de la profesión psiquiátrica la han convertido en un blanco ideal para el marketing farmacéutico. Por un lado, no existen diagnósticos de certeza en psiquiatría. No hay ninguna prueba biológica, analítica, de imagen o de cualquier otro tipo, que confirme un diagnóstico psiquiátrico. Este se alcanza por una valoración por parte de un clínico de unos determinados síntomas, captados desde la subjetividad del paciente y hacia la subjetividad del profesional, y una determinada historia, recogida también lejos de cualquier objetividad, en base a relatos propios y de terceros, y siempre vista desde la distorsión del momento presente. Y, en los pocos casos en que una prueba médica confirma un diagnóstico, esto da siempre como resultado el reconocimiento del caso como "no psiquiátrico", como ocurre en el Parkinson, la demencia o la neurosífilis, por poner unos ejemplos. Esta situación de falta de objetividad hace ideal la psiquiatría para un continuo incremento de los diagnósticos: hemos asistido en las últimas décadas a una constante aparición de nuevos trastornos (como el TDAH del adulto) o una inflación masiva de trastornos antes muy poco frecuentes (como los llamados trastornos del espectro autista), así como contemplamos auténticas epidemias de TDAH infantil, trastorno bipolar o síndromes depresivos. Todo este sobrediagnóstico significa mucha más prescripción farmacológica y muchos más beneficios para los laboratorios. Y, sin duda, muchos mayores daños para un montón de personas expuestas a fármacos que no necesitan y que causarán efectos secundarios y en ocasiones dependencia.

Otro aspecto que convierte a la profesión psiquiátrica en un blanco fácil para la industria es su condición histórica de "hermana pobre" de la medicina. A diferencia de nuestros compañeros y compañeras de otras especialidades, los psiquiatras no tenemos, como hemos comentado, certezas diagnósticas ni pruebas objetivas. Aún peor, carecemos de tratamientos claramente eficaces y seguros. Es cierto que se han desarrollado muchas moléculas que ofrecen algún alivio a distintos malestares, pero, como el mismo Whitaker demostró en su libro "Anatomía de una epidemia", el desarrollo de estos fármacos no ha supuesto una disminución en la prevalencia de trastornos mentales, sino que ha coincidido en el tiempo con un drástico incremento de casos. Además, cada vez son más los autores que encuentran claros riesgos de dependencia a largo plazo a muchas de estas sustancias, con lo que eso significa para muchas personas.

Los psiquiatras, y el resto de profesionales de la salud mental con nosotros, abrazamos a partir de los años 80 del siglo pasado y coincidiendo con la aparición de los psicofármacos de elevado precio (con el ejemplo paradigmático del Prozac ®) y el DSM-III (escrito por autores con amplios conflictos de interés con los laboratorios farmacéuticos) un modelo biologicista basado en una neuroquímica simplona y cortoplacista, pero que nos proporcionó a los profesionales por fin la (supuesta) seguridad de que teníamos al alcance de la mano la etiología y fisiopatología de los trastornos mentales, en base a neurotransmisores que subían y bajaban. La industria, a través de sus voceros a sueldo, promovió el argumento nunca demostrado de que, si el fármaco A reducía el neurotransmisor B, eso implicaría que el trastorno en cuestión estaría causado por un exceso en el organismo de B. Un argumento plausible, pero nunca demostrado a pesar de varias décadas de denodados esfuerzos y que, igualmente, nos llevaría a hipotetizar como causante de la cefalea al déficit de paracetamol o de la timidez al déficit de alcohol etílico. Pero concienzudas campañas de marketing a profesionales y a la opinión pública consiguieron sobradamente su objetivo de hacer hegemónica la teoría del desequilibrio químico.

La industria farmacéutica ha conseguido todos sus objetivos intermedios: aumentar los diagnósticos de trastornos mentales, hacer triunfar un modelo biologicista de dichos trastornos que hace imprescindible el uso de la medicación, exagerar los beneficios y minusvalorar los riesgos y daños posibles de los psicofármacos (a través de más que documentadas manipulaciones de estudios científicos y un evidente sesgo de publicación que lleva a que los estudios con resultados negativos para los fármacos se publiquen mucho menos que los que tienen resultados positivos), conseguir a través de unas falsas ideas de inocuidad y utilidad que la bibliografía independiente para nada apoya, que los profesionales receten cada vez más psicofármacos, a edades más tempranas (y mayores), para todo tipo de trastornos y para malestares que muy difícilmente se podrían en realidad catalogar como "trastornos mentales". Todos estos objetivos intermedios en busca de su único objetivo final: la obtención de beneficios económicos.

Whitaker y Cosgrove abordan toda esta problemática, centrándose no solo en el papel de la industria en busca de esos beneficios, sino también en el papel jugado por los psiquiatras en relación a sus propios intereses corporativos como especialidad. Intereses ambos muchas veces alejados de los intereses del paciente, que deberían ser la única fuerza motriz del trabajo de los profesionales. Los autores, además, señalan un punto especialmente importante que muchas veces es dejado de lado. Esta corrupción no es solo un asunto individual de algún responsable de una compañía farmacéutica o de algún profesional vendido. Es una corrupción absolutamente institucionalizada, como parte de un sistema diseñado para funcionar de esa manera. Algunas empresas farmacéuticas, por ejemplo, se han enfrentado a multas millonarias por ocultar riesgos de sus fármacos, pero dichas multas son cantidades insignificantes comparadas con los beneficios que dichos fármacos les han reportado. En este estado de cosas, no es lógico esperar honradez cuando la corrupción asegura más beneficios sin ninguna repercusión legal para los culpables. Los profesionales, por su parte, son en su inmensa mayoría lo que uno consideraría buenas personas que intentan ayudar a los pacientes que atienden, pero el marketing continuo a que están expuestos y el goteo incesante de pequeños sobornos que no quieren rechazar (comidas, cenas, viajes supuestamente formativos) sesga lo que debería ser una prescripción basada solo en la información científica disponible, la experiencia del clínico y las preferencias del paciente. Esta influencia de la industria se deja sentir cada vez más también en asociaciones profesionales y de familiares, más allá del obsequio al psiquiatra particular. Evidentemente, las administraciones son también culpables de esta situación, ya que dejan a los organismos reguladores ser financiados por la industria y con constantes puertas giratorias por las que los responsables públicos van a trabajar luego por enormes cantidades de dinero para las empresas que supuestamente vigilaban, así como permiten la persistencia de los citados sobornos al psiquiatra de a pie. Mención aparte para los grandes "líderes de opinión" que reciben enormes sumas por influenciar a través de publicaciones, conferencias, artículos en prensa, etc. al resto de profesionales en la prescripción del fármaco que les paga.

Toda esta corrupción, señalan Whitaker y Cosgrove, no depende de unas "manzanas podridas" que se puedan localizar y sacar del cesto. Es el cesto en sí el que está podrido y contamina las manzanas que hay y las nuevas que entran. Aunque hay que señalar también que, pese a lo institucionalizado de esta corrupción y a que no podrá ser vencida solo por decisiones individuales sino posiblemente por todo un trabajo legislativo de control, sí hay pasos individuales que se pueden dar: cada vez más profesionales médicos y sanitarios rechazan la interacción con la industria, cada vez hay más organizaciones que denuncian esta situación como la plataforma *No Gracias* y cada vez aparecen más asociaciones que defienden su independencia frente a la industria farmacéutica, como la Asociación Española de Neuropsiquiatría/ Profesionales de Salud Mental, asociación multiprofesional de salud mental que pronto cumplirá sus primeros 100 años.

Creemos muy importante la publicación de este libro, no solo porque llegue a los profesionales toda esta información que, aunque está en cierto sentido delante de nuestras narices, muchas veces no sabemos o no queremos ver sino, mucho más importante, porque pueda llegar a la opinión pública. Llevamos ya décadas de denuncias, de múltiples artículos y libros, así como documentales o publicaciones en Internet sobre los conflictos de interés que asolan la psiquiatría, sobre la corrupción en la relación con la industria farmacéutica y cómo implica que nuestra disciplina se empobrezca y, lo peor de todo, que atendamos peor a las personas que confían en nosotros. Pero, a pesar de algunas posiciones críticas que comentamos antes, el cambio ha sido pequeño y los resultados muy escasos.

No creemos que la profesión pueda o quiera limpiarse de toda esta corrupción que denunciamos. Tal vez sea el momento de que todo este debate llegue a la opinión pública y sea allí donde se tomen las decisiones pertinentes. Que la gente conozca el dinero que reciben sus psiquiatras en forma de distintas prebendas, que se sepa cómo se lleva a cabo la investigación científica por parte de la industria, cómo esta lleva a cabo sus prácticas y cómo la profesión psiquiátrica por parte de sus miembros más destacados colabora en todo ello. Que la gente sepa lo que ocurre es importante y la publicación de este libro es un gran paso para ello.



Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Sumario)

Vol. 44, Núm. 145 • Enero - Junio 2024

Editorial

El compromiso ético de la AEN-PSM con los derechos humanos y la dignidad.
María Fuster Blay.

Artículos

Suicidio infanto-juvenil tras la pandemia de COVID-19: análisis de un fenómeno trágico.
Rocío Paricio-del Castillo, Pablo del Sol Calderón, Lourdes García-Murillo, Leticia Mallo-Castaño, Ana Pascual Aranda, Inmaculada Palanca-Maresca.

Los determinantes sociales de la salud y las enfermedades. Una panorámica introductoria.
Marcelino López Álvarez.

Heridas que no sangran: de pandemias, sanitarios y daño moral.
José Camilo Vázquez Caubet.

Diferencias de género e implicaciones en la adherencia y eficacia de un tratamiento psicoeducativo grupal en rehabilitación cardíaca.
Vanessa Martín-Muñoz, Rubén de Alarcón, Fernando del Campo-Bujedo, María Jesús Velasco-Cañedo, Carmen Oreja-Sánchez, Miriam Bersabé Bujedo, Lourdes Aguilar, Pedro L. Sánchez-Fernández, Carlos Roncero.

El lugar del niño en salud mental: clínica del sujeto vs. clínica de la enfermedad.
La psico(pato)logización de la infancia.
Federico Menéndez Osorio.

El insólito desarrollo de la primera cátedra de Psiquiatría por concurso-oposición en España.
Madrid: 1933-1947.
Sonsoles Pacheco Larrucea, Ana Consiglieri Gámez, Olga Villasante Armas, Juan Medrano Albéniz, Reda Rahmani El Ouachekradi, Iñaki Markez Alonso, Óscar Martínez Azumendi, Luis Pacheco Yáñez.

Derrida y la posfundación del psicoanálisis.
Rafael Arroyo Guillamón.

Psicobiología del binomio ideas y acciones vinculadas.
José Manuel Bertolín-Guillén.

Crítica a la práctica psicofarmacológica a partir de la Ética de Spinoza.
Francisco Martínez-Granados.

Apuntes sobre efectividad y eficiencia de los programas de los hospitales de día de salud mental para niños y adolescentes.
Federico Cardelle-Pérez, María Dolores Domínguez-Santos.

Perspectivas actuales

Adolescencia y creatividad. Una perspectiva libertaria: la de Luis Feduchi.
Jorge L. Tizón.

Entrevista a Mark Horowitz.
Paloma Coucheiro, Iván de la Mata.

Crítica de Libros

El lenguaje de la Otra psicopatología.
José María Álvarez (dir), Vocabulario de psicopatología.
Rafael Huertas.

De Europa a EE.UU.: vivencias y reflexiones de analistas en torno al exilio.
Adrienne E. Harris, The Émigré Analysts and American Psychoanalysis: History and Contemporary Relevance.
Francisco Balbuena Rivera.

Una trenza de dos cabos.
Fernando Colina, La belleza de los locos.
Albert Díaz Martínez.

Una mirada feminista a la historia de la psiquiatría.
Sandra Caponi, Política, psicofármacos y vida cotidiana.
Celia García-Díaz.

Historias de supervivencia en tierra de nadie.
Marta Guarch-Rubio, Psicología de fronteras. Testimonios de asilo en supervivientes de guerra y otras personas refugiadas en el siglo XXI.
Alberto Ortiz Lobo.

Más allá de las certezas. Aspectos epistemológicos y sociales en el tratamiento de las aflicciones humanas.
Ángel Martínez-Hernández, Elogio de la incertidumbre y otros ensayos epistemológicos sobre el saber "psi" y las aflicciones humanas.
Mariela Ragone.

El prejuicio psiquiátrico.
Giorgio Antonucci, El prejuicio psiquiátrico.
Juan Carlos Cea Madrid, Angela Santoro.

Páginas de la Asociación

Otras revistas de la AEN

SISO-SAÚDE. Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental.

Norte de Salud Mental.

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental.





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.

Por la web <https://aen.es/inscripcion/>

Por correo ordinario

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:

<p>Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental</p>	<p>AELM</p>	<p>Sociedad Aragonesa de salud mental S.A.S.M.</p>	<p>Asociación Castellano-Manchega de Profesionales de Neuropsiquiatría y Salud Mental ACMNSM</p>	<p>ABSM ASSOCIACIÓ BALEAR DE SALUT MENTAL</p>	<p>Asociación Española de Neuropsiquiatría (AExN)</p>	
<p>Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN</p>	<p>asociación de profesionales de salud mental de Cantabria ACM</p>	<p>elkartea Asociação de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria EHME</p>	<p>Asociación Catalana de Profesionals de Salut Mental ACPSM</p>	<p>de Salut Mental Professionals AEN PV del País Valencià</p>	<p>Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN</p> <p>CENTENARIO 1924-2024</p>	