

BOLETÍN SEMESTRAL

Nº 6 · DICIEMBRE DE 2018

AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA



PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL



ÍNDICE

- 4 Editorial
- 5 Una mirada desde la psiquiatría al juicio de la Manada
- 13 Resistencia del activismo antimanicomial en tiempos de derrota
- 18 Riesgos de que un fondo de inversión gestione un servicio público o de por qué una víbora no es un hámster
- 22 Proyecto La escalera
- 29 La risa: más allá de la razón
- 39 ¿Para qué sirve una Estrategia en Salud?
- 42 Pasos y tropiezos hacia una neurociencia clínica
- 48 La muerte de un joven que no quiso ingresarse
- 51 Histoires d'Ome
- 76 Extracto de Melancolía y sociedad
- 78 Cuaderno técnico sobre violencia sexual
- 79 Proyecto conferencias de centros de salud mental
- 89 Mientras tanto en la AEN
- 92 Gracias!!! (históricas)
- 94 Fronteras




Editorial


Una vez más os traemos el Boletín semestral de la AEN. En él recogemos todo tipo de textos a cargo de socixs de la AEN o personas cercanas. Esta vez traemos referencias a la reforma psiquiátrica allende los mares (tan cercana y tan lejana a la vez), reflexiones psicopatológicas sobre la risa, fenomenología de las fronteras, el pavor que pueden despertar nuevas formas de gestión, extractos de nuestras publicaciones, análisis de cómo lo psiquiátrico opera en lo judicial, reacciones contra la violencia sexual, activismo intrainstitucional, proyectos comunitarios que buscan descongelar nuestras vidas.

Como en otras ocasiones nuestro objetivo es reflejar la multiplicidad y diversidad de voces y opiniones que existen ahora mismo en la AEN. Una asociación viva, que quiere asumir sus contradicciones, que busca aportar a su momento histórico.

AEN retwitteó

 **Psiquiatría Crítica** @psiquicritic · 27 jul.

Más allá de los planes de prevención sanitaria del suicidio, que lo consideran consecuencia de una "enfermedad mental".
La muerte voluntaria y las conductas suicidas como fenómeno complejo, condicionado también por lo social
[@_FoCAP_](#) [@MJSanmamed](#)

 **La conducta suicida y los planes de prevención sa...**
El relato mayoritario que tenemos en nuestros días sobre la muerte voluntaria es que se trata de una tragedia fruto de un fracaso. Un fracaso del individuo, que se suicida...
amsm.es

Una mirada desde la psiquiatría al juicio a La Manada

Belén González Callado

Desde el siglo XIX el papel de la evaluación psicológica en los juicios ha ido adquiriendo cada vez más relevancia y se ha utilizado con distintas finalidades. Como consecuencia, en cierta forma deseada y buscada, ambas partes se han conferido una autoridad recíproca. La psiquiatría se ha erigido como ámbito médico especialista, imprescindible en muchos casos para el Estado que por su parte la ha utilizado como instrumento objetivo-científico para la ordenación, clasificación y normativización de sus ciudadanos y ciudadanas.

El nacimiento de la especialidad está enlazado a su papel en los tribunales, por lo que se puede deducir que ese lugar es un bastión de lucha y mantenimiento de la integridad de ésta.

A diferencia de otras especialidades de la medicina, la psiquiatría (y aún más la psicología) son de aparición relativamente reciente. Si bien la historia del trastorno mental o la locura se remonta a los inicios de las relaciones humanas, su estudio desde una perspectiva médica profesional no cuenta con más de 200 años de historia. Resulta paradójico que, si el objeto de estudio existe desde siempre, el nacimiento de la profesión no sea similar a sus semejantes. Se puede explicar ese hecho porque a pesar de los titánicos esfuerzos por encontrar un sustrato anatomoclínico que pueda sustentar el campo, no existe evidencia de que aquello que denominamos trastorno mental esté ligado a una lesión. No obstante, de lo que podemos estar seguros es de su relación con la cultura.

La cultura es la que ha determinado el devenir de las clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales, así como de los rasgos de personalidad, evaluaciones de inteligencia, y el resto de los productos de la psicología y la psiquiatría.

Si reconocemos que nos hallamos inmersos en una cultura machista y patriarcal, no resultaría extraño pensar que tanto la utilización de la herramienta psiquiatría/psicología como lo que pueda venir derivado de ellas, tendrán este mismo carácter. Este es el caso de los peritajes y consideraciones psicológicas en los juicios por violación a mujeres.

RESUMEN DE LA SENTENCIA Y PRIMERAS CONSIDERACIONES

Analizamos la sentencia Nº 000038/2018, emitida por la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Navarra, a día 20 de marzo de 2018, que se articula en torno a la denuncia interpuesta por los sucesos del 9 de julio de 2016 en Pamplona, Navarra. Queda resumida, al menos en cuanto a lo que se refiere a los hechos probados, en la sección II.-HECHOS PROBADOS, que da comienzo en la página 13 de dicha sentencia.

En esta sección se concluye que la denunciante, el día referido y de madrugada, cuando se iba a marchar a descansar, fue acompañada por un grupo de cinco hombres, conocidos escasamente



algunos de ellos. Llegados a un portal de una calle de Pamplona, la denunciante fue introducida por dos de los hombres en el mismo, hecho que se produjo sin mediar violencia. Una vez dentro la guiaron todos ellos hasta un cuarto de pequeñas dimensiones el que la desnudaron sin que ella participara, y de la misma manera tuvieron relaciones sexuales con la denunciante, que se encontraba en estado de shock. Realizaron varias grabaciones y fotografías con sus teléfonos móviles, que son aportadas como prueba en el juicio. *Los acusados conocieron y aprovecharon la situación de la denunciante en el cubículo al que la habían conducido [...] y actuaron de común acuerdo.*

[...] Finalizados estos hechos, los procesados se marcharon escalonadamente. Uno de los procesados a su marcha se apoderó del teléfono de la denunciante sin que ésta se percatara en el momento. Cuando todos se marcharon se vistió y salió del portal, encontrando a unos viandantes a quienes comunicó lo que había sucedido. Ellos llamaron a la policía que le tomó declaración y posteriormente la condujo al servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra, donde se le administró tratamiento profiláctico y anticonceptivo y fue examinada, no hallando signos de violencia física. También se le realizó la prueba de determinación de alcohol en sangre que resultó positiva. La tasa de alcohol en sangre, dos horas y media después de que sucedieran los hechos, era de 0.91 g/L. De esto se deduce que la tasa de alcoholemia dos horas antes era más elevada, siendo el estado en el que se podría encontrar: graves problemas perceptivos, atencionales, de coordinación motora y toma de decisiones afectada.

Mientras tanto, los procesados enviaron los vídeos grabados al grupo de whatsapp “La Manada”, jactándose de los hechos.

Al día siguiente los procesados son detenidos por la Policía Foral de Navarra.

Antes de finalizar esta sección cabe reseñar el apartado E. de la misma, en el que se admite que: *Con carácter previo a los hechos “la denunciante” no presentaba ningún trastorno de la personalidad ni antecedentes de desestabilización psicológica y que como consecuencia de los mismos sufre un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) [...] por el que está recibiendo de forma continuada tratamiento psicológico. Sin embargo, se concluye que no es posible la valoración de secuelas psicológicas al ser preciso que transcurra un tiempo de alrededor de dos años desde la producción de los hechos.*

Esta es la primera aparición de la cuestión psicológica en la sentencia, que más adelante, y especialmente en el voto particular (que no analizaremos aquí,) reviste gran importancia.

Son varias las cuestiones discutibles con respecto a lo que la Sala del Tribunal considera hechos probados. No objeto nada al relato que realiza de los hechos. Sin embargo, en lo que a la evaluación del daño psicológico respecta, termina concluyendo que son necesarios alrededor de dos años para valorar la existencia de “secuelas psicológicas”. Esta afirmación es manifiestamente errónea, ya que, en el mismo párrafo, determina que sí que existe un TEPT. ¿Acaso el Tribunal no considera secuela psicológica este cuadro? Lo cierto es que, en la mayoría de la literatura al respecto, este trastorno es el que con mayor frecuencia se diagnostica en mujeres víctimas de violencia de género, así como

de agresiones sexuales. Procede del cuadro considerado previamente como Neurosis de Guerra que aparece por primera vez en el año 1889, luego evolucionaría tanto en nombre como en contenido, pasando a llamarse Neurosis de Trincheras, Locura de Trinchera, Síndrome del Corazón de Soldado, ... Es con la Primera Guerra Mundial que se reactivó el debate con respecto a su existencia. Los órganos militares requirieron a los psiquiatras para desenmascarar a quienes pensaban que fingían los síntomas de este cuadro con la intención de obtener un beneficio del Estado.

La historia nos hace cuestionar nuevamente el papel de la psiquiatría en este juicio “para desenmascarar” a aquellos que pretendan fingir síntomas con intereses espurios. Si bien en otro momento de la sentencia se especifica la intención de evaluar consecuencias psicológicas de los hechos, la Sala admite como prueba de descargo una investigación realizada a la víctima, ordenada por el abogado de la defensa, en la que se juzgaba el aparente equilibrio psicológico de la acusada mostrado en redes sociales los días posteriores al delito. Esto era motivo para desacreditar el testimonio de ella.

En resumen, se está señalando que previo a los hechos la víctima no presentaba ningún trastorno mental, y que posteriormente sí lo hacía. Aunque esto no sirva para certificar secuelas psicológicas. Existe una discusión importante en el juicio con respecto a si la denunciante realmente presenta este trastorno. Si la existencia del diagnóstico no prueba las secuelas psicológicas, y a pesar de ello la defensa invierte un gran esfuerzo en desmontarlo, entonces, la discusión se ordena en torno a su existencia como prueba del delito. Es decir, si la víctima presenta un TEPT apoya que el delito existiera. ¿Pero qué ocurriría si no lo presentara? Este es el argumento esgrimido por la defensa.

Otra cuestión que aparecerá en más ocasiones a lo largo de la sentencia es el hecho de los antecedentes personales de trastorno mental. En este caso la víctima no los presenta. Pero qué ocurriría si fuera distinto, si hubiera tenido alguna relación previa con Salud Mental o estuviera diagnosticada de algún trastorno mental. Lo cierto es que en la literatura médica queda demostrado que, en el segundo caso, la incidencia de agresiones sexuales y la violencia de género se multiplica por tres. Sin embargo, la utilización de los antecedentes para desautorizar el discurso de la víctima, a la víctima en sí misma, o para atribuir las consecuencias psicológicas a un evento previo no es infrecuente en el ámbito judicial.

LAS PRUEBAS

En la mayoría de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual o delitos de violencia de género, los agresores actúan en la intimidad y no suelen existir testigos de los hechos. Tampoco es frecuente que, más allá de las ocasiones en las que se pueda presentar un parte de lesiones físicas, existan pruebas que corroboren la existencia del delito. Es por ello que la declaración de la víctima cobra el carácter de prueba como se señala en la propia sentencia según jurisprudencia.

En el caso que analizamos, sin embargo, existen pruebas físicas de los hechos: 6 vídeos, con una duración total de 96 segundos, y dos fotografías. Lo intrigante es que resultan ser argüidos



como prueba de cargo y prueba de descargo por la acusación y la defensa respectivamente. La consideración subjetiva que puede hacer que un mismo elemento sea esgrimido de esta forma contradictoria nos habla de las distintas imágenes culturales sobre lo que una “relación sexual” es, frente a una “agresión sexual”. Sobre esta disquisición se estructura todo el juicio. Existe en torno al mismo entonces, tanto una discusión de carácter judicial como de carácter cultural, como bien queda reflejado en el desarrollo del voto particular del juez D. Ricardo Javier González, así como en la incongruencia entre lo dictado en la sentencia y el fallo del tribunal. El juez describe identifica en estos vídeos incluso signos de placer. La reflexión que se deduce de este hecho es la que me resulta más espeluznante: existen miembros en nuestra sociedad, algunos con más poder y otros con menos, pero todos respaldados por una “cultura de la violación”, que consideran sexo consentido lo que se escenifica en los vídeos, aun en contra de la declaración de quien participó en los hechos.

Con las pruebas de las que se dispone esgrimidas a favor y en contra, y consideradas en ambos sentidos por el Tribunal, la declaración de la víctima se erige nuevamente como principal prueba en el juicio, en el que se dilucida si los actos sexuales se produjeron con o sin su consentimiento. Cabe destacar aquí el carácter distinto de las declaraciones de los acusados y de la denunciante que se aplican de forma general en cualquier juicio. La denunciante está obligada a decir la verdad mientras que los acusados se pueden acoger a los derechos recogidos en el Art. 24 CE, entre los que se encuentran el derecho a no confesarse culpable y no declarar contra sí mismo. Algo que debemos también tener en cuenta, es que la acusación falsa, coloquialmente conocida como “denuncia falsa”, es constitutiva de delito.

Sin embargo, en todo momento es el discurso de la víctima el que se pone en duda, pero no solo en el sentido de que los hechos que declara se correspondan a la realidad, sino también en el trasfondo de si “se está comportando como se espera que una mujer violada se comporte”. La evaluación y reseña constante de sus reacciones emocionales, como ya adelantábamos anteriormente en torno a su comportamiento en redes sociales tras los hechos, conforma un ambiente de juicio a su moralidad y su integridad como mujer. Es aquí donde aparecen de forma subrepticia, y en ocasiones no tanto, los mitos sobre la imagen de la mujer impulsiva, seductora, inmadura, voluble o engañosa.

Como señala Miguel Lorente en varios de sus escritos, dichos estereotipos aparecen sobre todo en los juicios de violencia sexual y de género. En ellos el examen del discurso de la mujer se convierte en un juicio a la misma partiendo de los mitos culturales del patriarcado.

Él describe varios componentes de esa situación: en primer lugar, “la palabra del hombre” como de mayor autoridad y confiabilidad que la de la mujer por cuanto históricamente se le ha conferido. En segundo, que las circunstancias en las que se suele producir el delito precipitan la aparición del mito de la mujer perversa, que presupone que la mujer quiere dañar al hombre con o sin motivos. En tercer lugar, que el propio carácter de los hechos produce un efecto psicológico que puede producir confusión y desorganización del discurso debido al impacto emocional, sin que por ello tenga que existir diagnóstico alguno [esta última parte es mía].

De nuevo aparece aquí de una forma directa e indirecta las capacidades y artes de la psicología y psiquiatría intentando, como ocurría tras la primera Guerra Mundial, desvelar el engaño perverso tras la acusación de la mujer. Con la particularidad de que en este caso se acompaña de toda una constelación de prejuicios que el patriarcado a sostenido como imagen única de la mujer, heterodesignándola y ofreciendo de ella una definición que en absoluto se corresponde con la realidad. Es de esta conceptualización de mujer de la que parten tanto los elementos y actores del proceso judicial como los conceptos y valoraciones emitidos por los profesionales de la psiquiatría o psicología.

No olvidemos en ningún caso que toda la sentencia, y se entiende que por ende el juicio, se estructura en torno a la idea de demostrar que lo que declara la víctima es cierto. Ella defiende que las relaciones sexuales se produjeron sin su consentimiento, y el análisis posterior versa sobre la veracidad y plausibilidad de su declaración. O lo que es lo mismo, que no se trata de una denuncia falsa.

LA DECLARACIÓN DE LA VÍCTIMA

La práctica totalidad de la sentencia se compone de las preguntas y declaraciones de la víctima, que ocupan mayor extensión incluso que la descripción detallada de los vídeos y fotografías. En todo momento, se confronta no solo los hechos que describe la denunciante, sino que se cuestiona sistemáticamente su conducta y su intención. Queda bien reflejado en el episodio en que se analiza la entrada de ella en el portal sin que medie violencia. Solamente cuando argumenta que *“pensaba que se iban a fumar un porro”* el relato adquiere un sentido razonable para quien escucha, pues la sospecha de la que se parte, es que lo hizo de forma voluntaria sabiendo los hechos que se iban a producir a continuación. Una reflexión no necesariamente muy profunda al respecto nos hace pensar en la incredulidad de la que parte el tribunal hacia el testimonio de ella. Remite este pensamiento a una circunstancia ya nombrada anteriormente: la consideración de plausibilidad de que dados los hechos y las declaraciones, lo sucedido pudiera haber ocurrido con el consentimiento de la víctima, y pudiera tratarse de una “relación sexual” sin que medie coacción o forzamiento de la mujer. También aparece aquí un fantasma cultural, que no resultará extraño a quien lee este texto: *si subió las escaleras/entró a la casa/se puso minifalda y tanga/entró en el portal, sabía a lo que se atenía.*

A pesar de que el principal análisis dentro de la sentencia y por ende en este trabajo se realiza sobre las declaraciones de la víctima, no debemos olvidar los argumentos de la defensa para evidenciar que lo ocurrido no constituye una violación, y que es una denuncia falsa de la denunciante contra ellos porque: se fueron sin despedirse después de mantener relaciones sexuales, que no la invitaron a seguir la fiesta con ellos o que se percató de que la habían filmado. Tomados en consideración por la sala, puesto que de otro modo no hubiera sido necesario tan exhaustivo examen de las declaraciones de ella.

Las numerosas ocasiones en la que se analiza y describe la reacción emocional de la víctima llama la atención. Se objetiva una compulsión constante a la contrastación de éstas con un supuesto patrón de “comportamiento normal” en estos casos.



La premisa es una contradicción en sí misma: si la agredida presentara confusión, distancia emocional, modificara su declaración en múltiples ocasiones, revelara hechos inexactos o que no se corresponden con la realidad, estaría ajustándose a un comportamiento posible e incluso probable tras un evento de estas características. Sin embargo, todos ellos son argumentos que apoyan la falta de veracidad del relato. Es decir, el comportamiento que se describe puede servir de igual manera para apoyar que el suceso tuvo lugar, o al contrario, para descartar que ocurriera, o al menos que lo hiciera de la forma en la que la víctima relata los hechos.

Por otra parte, sería cuestionable también la pretendida estandarización de la reacción psicológica ante una agresión como la presentada en este caso, aunque la reflexión es igualmente válida para otros. Denominamos al suceso "evento traumático", prejuzgando qué efectos psicológicos ha de tener en la víctima: apoya la veracidad de los hechos el que la agredida se presente en estado de shock, mostrando un impacto emocional importante, con llanto, miedo, tartamudeo, hipervigilancia,... No obstante, se mantiene el imperativo de no modificación de lo relatado en las múltiples entrevistas para creer en su versión, lo cual resulta un tanto incongruente.

Afortunadamente en el caso que nos ocupa, la víctima tiene un comportamiento tal y como la sala y los psicólogos esperan que sea, lo cual apoya sus declaraciones como verdaderas. El temor surge con la pregunta de qué hubiera ocurrido si de una manera más o menos fortuita, en lugar de ajustarse a las expectativas que de ella tenían los actores, se hubiera alejado de ellas, en un comportamiento igualmente comprensible dado el caso.

PERITAJES

La primera alusión a los peritajes psicológicos se halla descrita en el texto previo. En la siguiente, la defensa solicita la impugnación como prueba del peritaje psicológico solicitado por el tribunal, aduciendo que las psicólogas han partido de la veracidad de los hechos. Esta impugnación no se tiene en consideración. No obstante, es interesante analizar que el argumento que utiliza la defensa, sosteniendo que las psicólogas realizan una evaluación parcial al encontrarse influenciadas por el juicio mediático que se está produciendo en torno al caso, que es una reacción de los colectivos feministas condenando los hechos.

Las pruebas que se le realizan a la víctima versan sobre dos cuestiones distintas. Por una parte, la existencia o no de secuelas psicológicas, en este caso se corrobora la existencia de un TEPT a pesar de que luego no se tenga en cuenta como lesión. Por otra, y susceptible de mayor discusión en este trabajo, la existencia o no de un Trastorno de la Personalidad o el análisis de la personalidad misma de la denunciante. Cobra especial importancia en este análisis porque la detección de un posible trastorno de personalidad o de ciertos rasgos, no se considerará bajo ningún concepto como lesión consecuente al delito, sino que se tiene en cuenta como análisis de personalidad previa. Esto ocurre porque los trastornos o rasgos de personalidad no se consideran resultado de un suceso aislado y puntual, ni se desarrollan en un estrecho margen de tiempo, sino que son inherentes a la estructura más o menos estable de la persona. Sin embargo, si atendemos a los síntomas de un Trastorno por

Estrés Postraumático Complejo y a los de un Trastorno de Personalidad Límite, podremos observar que se solapan en gran parte. Esto debería suponer al menos el cuestionamiento de este segundo diagnóstico siempre que exista un posible evento traumático previo.

En cuanto a juzgar a la víctima según su estudio de personalidad, emerge un peligro ampliamente estudiado por el ámbito legal así como por el psiquiátrico. Se trata de los juicios de autor que centran el proceso en el estudio de la personalidad de la víctima, para poder predecir su comportamiento posterior y condenar con respecto a ello. Eran los psiquiatras, por lo general, los encargados de este análisis.

La idea se apoyaba en dos premisas: una, que la personalidad se arraigaba en la biología y genera comportamientos previsibles. Otra, que eran necesarias una serie de medidas distintas a las penales para aquellos a quienes se pretendía reinsertar en el sistema o era necesario “reeducar”. En este caso, eran los considerados “locos” el principal foco de estas medidas dado el prejuicio existente sobre su tendencia a cometer actos criminales. De esta manera, el estado lograba una clasificación que reforzaba y protegía los estereotipos y además vertía una imagen de necesario para el mantenimiento del orden. Un orden normativo que remite a la cultura.

En nuestro caso, se parte de otros estereotipos, que son los que operan sobre la mujer y que antes hemos descrito (vengativa, voluble, irracional,...). Como agravante, destaca el hecho de que este juicio a la personalidad no se realiza sobre el infractor del delito, sino sobre la víctima del mismo, que es a la vez la denunciante. Este cruce de papeles confirma nuevamente el hecho del tratamiento de sospechosas que se les da a las mujeres en los juicios en los que el género juega un papel importante.

CONCLUSIONES

La psicología y psiquiatría se han situado habitualmente en el lado de la norma, utilizando los conceptos como “objetividad” o “ciencia”, que le conferían autoridad, para su propia supervivencia. Resulta imprescindible una reflexión profunda sobre nuestro papel de figuras de referencia en situaciones como la expuesta, en la que nuestra intervención resulta determinante de uno u otro resultado. Es imprescindible la puesta en cuestión de nuestro origen y desarrollo como profesión y el reconocimiento de la relación dependiente con la cultura en la que nos hayamos inmersos. Solo de esa forma seremos capaces de generar conocimientos críticos con los estereotipos y prejuicios hacia la mujer.



BIBLIOGRAFÍA

Acosta, M. L. (2017). *Una violación no es cuestión de fe*. Consultado 06/06/2018 Sitio web: <https://miguelorenteaupsia.wordpress.com/2017/11/22/una-violacion-no-es-cuestion-de-fe/>

Acosta, M.L. (2017) *El problema de la sentencia a 'La Manada' no es judicial, sino del machismo como cultura*. *Noticias de Navarra*. Consultado el 06/06/2018. Sitio web: <http://www.noticiasdenavarra.com/2018/05/27/sociedad/navarra/el-problema-de-la-sentencia-a-la-manada-no-es-judicial-sino-del-machismo-como-cultura>

Acosta, M. L. (2018). *La sentencia, el fallo y la falla*. Consultado 06/06/2018 Sitio web: <https://miguelorenteaupsia.wordpress.com/2018/04/29/la-sentencia-el-fallo-y-la-falla/>

Asensi, LF (2008). *La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género. (Expert testimony in cases of domestic violence.)* Revista Internauta de Práctica Jurídica, pp. 15-29.

American Psychiatry Association (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM IV-TR. Barcelona: Masson

Delegación del Gobierno Para la Violencia de Género. (2018). *ESTUDIO SOBRE LA PERCEPCIÓN SOCIAL DE LA VIOLENCIA SEXUAL*. Delegación del Gobierno Para la Violencia de Género.

Elia, N. *Los peritos judiciales creen a la víctima de 'la manada': no fueron necesarios más exámenes psicológicos*. Consultado 06/06/2018 Sitio web: https://www.eldiario.es/norte/navarra/juicio-violacion-la-manada-San-Fermin-Pamplona-peritos-policias-videos_0_710430065.html

Huertas, R. (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Catarata.

J. Espinosa Iborra. (2014). *El tratamiento penal del enfermo mental en el nuevo código*. Madrid: AEN.

Sentencia del 20 de marzo de 2018, Julcio a La Manada, Nº 000038/2018.

Agresiones sexuales múltiples en España. Informe 2016-2018. (2018) Consultado 06/06/2018 Sitio web: <https://geoviolenciasexual.com/>

Trastorno límite de personalidad y violencia de género. Periódico Diagonal. Consultado 06/06/2018 Sitio web: <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/24807-transtorno-limite-personalidad-y-violencia-genero.html>

Juicios por violación: Carta abierta de los/as profesionales de la psicología y la psiquiatría al Ministerio de Justicia y a la ciudadanía. Consultado 29/06/2018 Sitio web: <http://comunicadosaludmental.blogspot.com/2018/05/carta-abierta-de-losas-profesionales-de.html>

Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave. Consultado 06/06/2018 Sitio web: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142702319260&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura

Resistencia del activismo antimanicomial en Río de Janeiro en tiempos de derrota.

M^a Luisa Costa Ferreira da Silva

La reforma psiquiátrica en Brasil está viva. Está presente en los discursos cotidianos de usuarios y profesionales, en las manifestaciones y actos sociales, se nombra en los sambas de los blocos de carnaval, se abandera en los debates políticos y en las discusiones de las reuniones de equipo. Las conquistas logradas a través de la lucha del MTSM ([Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental](#)) durante y tras la dictadura militar (1964-1985) son nombradas como si se tratasen de tesoros nacionales y en las asambleas de la NEMLA (Núcleo Estadual do Movimento de Luta Animanicomial) una nueva generación de activistas toma el relevo para continuar empujando hacia el cambio. La reforma psiquiátrica se concibe como un proceso de deconstrucción constante que, por definición, nunca estará completo.

Desde la aprobación de la Ley RO de Salud Mental en 1989, se ha ido formando una red asistencial integrada por diferentes dispositivos entre los que resaltan los Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). En ellos se llevan a cabo tanto intervenciones en crisis como acompañamientos longitudinales en el tiempo a personas con trastorno mental grave o talleres para vecinos de la comunidad. Son una puerta de entrada a la red para cualquiera que solicite una valoración psicosocial. Algunos de ellos están abiertos 24 horas y cuentan con camas de observación para aquellos usuarios que precisen un acompañamiento más intensivo en situación de crisis. Gracias a la creación de los CAPS y demás dispositivos de la Red de Atenção Psicossocial (RAPS), los ingresos prolongados de usuarios de Salud Mental han disminuido de manera considerable, si bien todavía existen núcleos manicomiales nada desdeñables representados por los hospitales psiquiátricos.

Respetando el principio de que el cuidado se debe llevar a cabo en el territorio, muchos de los CAPS se encuentran en los márgenes o, cuando es posible, dentro de las favelas facilitando así el acceso de la población más vulnerable. La mayoría de estas comunidades de Río de Janeiro se originan con el asentamiento de grupos de esclavos libertos (Brasil fue el último país americano en abolir la esclavitud en 1888) y posteriormente de inmigrantes de la región noroeste de Brasil. El resultado en la actualidad son más de 700 favelas que en 2010 suponían casi un cuarto de la población de la ciudad. Los residentes son mayoritariamente pobres y [racializados](#), están cubiertos por unos servicios públicos extremadamente precarios y sometidos a la violencia diaria fruto del crimen organizado y la brutalidad y corrupción policial. La distribución sociogeográfica de la población en Río de Janeiro trae reminiscencias de la base colonial de la sociedad brasileña.

La sanidad y la educación públicas son todavía novedades en estas comunidades. En las *Clínicas da Família* dentro de las favelas trabajan enfermeros, odontólogos, médicos de Atención Primaria y *Agentes Comunitários de Saúde* (ACS). Estos últimos son los actores clave para la aproximación de



la atención primaria a la población. Los ACS son residentes de la comunidad cuya labor es conocer a las personas del territorio y sus necesidades, acompañarlas y, en el caso de necesitarlo, derivarlas para una valoración clínica al profesional de referencia. Bajo el pretexto de controles de tensión, glucemias o censos, los ACS hacen visitas domiciliarias regulares, conocen la vida de los vecinos y las particularidades del barrio en el que ellos también residen. Dirigen la mirada de los profesionales sanitarios hacia una imagen integral y contextualizada de las personas que atienden.

El Sistema Único de Saúde (SUS) nace dentro de la Constitución Federal de 1988. Durante estos 30 años, su implantación en la ciudad de Río de Janeiro siempre ha encontrado dificultades personificadas en dirigentes políticos (ya sean municipales, estatales o nacionales) detractores del sistema de salud público y universal. Hoy en día no es diferente, las tendencias de los gobernantes actuales se oponen frontalmente a la filosofía defendida por la Salud Pública y la reforma psiquiátrica. En 2017-2018 una movilización social masiva compuesta por usuarios y profesionales frenaron el cierre de 89 equipos de Atención Primaria anunciado por el municipio. Esta iniciativa hubiera dejado a 300.000 habitantes de la zona más pobre de la ciudad sin acceso a Atención Primaria. No obstante, tan solo meses después, en septiembre de 2018, el mismo dirigente municipal Marcelo Crivella, de marca reaccionaria y evangelista, anuncia la desaparición esta vez de 200 equipos de las Clínicas da Família y el despido de más de 1000 profesionales sanitarios. Paralelamente el gobierno nacional disminuye el presupuesto de 2019 para Salud Mental en 70 millones de reales. Mientras los CAPS se ven cada vez más precarizados y se cierran dispositivos de la RAPS, el municipio favorece la apertura de camas en los hospitales psiquiátricos y la inclusión en la red pública de Salud Mental de las [Comunidades Terapéuticas](#), centros religiosos no sanitarios para tratamiento de adicciones mediante la abstinencia, la oración y la reclusión.

Como residente de psiquiatría, mi experiencia en Río de Janeiro comienza en julio de 2018 en plena campaña electoral. Las camisetas amarillas de apoyo a Bolsonaro y las pegatinas de apoyo a Ciro o Haddad forman casi un paisaje en las calles y la tensión y el miedo son palpables. Mi rotación externa pasa por diferentes CAPS de la ciudad en los que me llama la atención los escasos recursos económicos: las infraestructuras son antiguas, inadecuadas y no cuentan con mantenimiento, los psicofármacos disponibles son escasos en cantidad y variedad, los ordenadores son insuficientes. Sin embargo los equipos son enormes y diversos: asistentes sociales, médicos, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas, oficineros y administrativos. Todos ellos participan en las reuniones de equipo, aportan información sobre los pacientes y discuten los planes terapéuticos individualizados de abordaje multiprofesional. En teoría, ninguna voz o perspectiva se supone superior a ninguna otra. Salta a la vista un sesgo racial y socioeconómico según la categoría profesional de la persona: los psicólogos y psiquiatras son mayoritariamente blancos y casi ninguno de ellos reside o ha residido nunca en la favela. Ante esta realidad en Río de Janeiro, desde el año 2000, entra en vigor el sistema de cupos raciales. Se trata de atenuar la desigualdad socioeconómica derivada del racismo reservando el acceso a un porcentaje de las plazas universitarias para personas racializadas (20-45% según el año y la institución).

Antes de subir la calle principal de [la favela de la Rocinha](#) hasta el CAPS María do Socorro es necesario comprobar el estado de seguridad de la comunidad. Se utiliza un sistema de colores en el icono del grupo de mensajería instantánea. Amarillo y verde son los niveles de mayor seguridad y traducen que no han transcurrido tiroteos o intervenciones policiales en las últimas horas. En el caso de que el nivel de seguridad sea naranja o rojo se cancelan todas las actividades en el territorio, se mantiene tan solo un equipo mínimo de profesionales en el CAPSU o incluso se evacúa por completo.

En el CAPS el día comienza con una reunión de equipo en la que se discuten los casos nuevos, se informa de los usuarios que están atravesando una crisis y se reparten tareas a cada profesional. Cierta día se comenta el caso de dos usuarios que se encuentran ingresados en hospitales generales por patologías somáticas. Se decide la conveniencia de realizar una visita para acompañarles y para recoger información sobre su estado y el plan de tratamiento. Tras un silencio incómodo se sugiere que vaya el psiquiatra del equipo y que yo le acompañe, “tal vez a dos médicos os hagan más caso”.

El hospital público cuya área abarca a la mayor favela de Latinoamérica se encuentra situado en el barrio vecino, de clase alta. Según se avanza por la calle principal de la comunidad hacia el hospital, las construcciones de los “[aglomerados subnormais](#)” (nombre oficial de las favelas) de la Rocinha dan paso bruscamente a mansiones amuralladas. El contraste es escandaloso. La línea imaginaria que separa los diferentes barrios está señalada por los coches patrullas con las luces encendidas, los policías con chalecos antibalas y fusiles excesivos que charlan o compran en los puestos de comida ambulante y una fila de mototaxis que pitan para llamar la atención de los posibles clientes. En su origen las comunidades se asentaron ocupando los terrenos de la ciudad que se consideraban no aptos para la urbanización, es decir, los “*morros*” (montes). Las favelas se construyeron de abajo a arriba, superando pendientes impracticables para coches o autobuses. A las viviendas más altas de la comunidad (generalmente las pertenecientes a los residentes más pobres) tan solo se llega a través de estrechas escaleras o callejuelas caminando o en mototaxi. La dificultad de acceso limita considerablemente la posibilidad de las personas ancianas o con diversidad funcional de aproximarse al resto de la ciudad donde se encuentra la oferta laboral y los servicios públicos. Para facilitar el acercamiento de esta población a la asistencia sanitaria, existen programas de “*Consultório Ambulante*” en los que un equipo de la Clínica da Família se traslada semanalmente y pasa consulta en espacios cedidos por los vecinos (normalmente pequeños bares) en las zonas más inaccesibles.

Entro por primera vez en un hospital general público brasileño y no puedo evitar la comparación con los hospitales privados del barrio de Copacabana. Hace años varios hoteles de lujo quebraron tras el desplazamiento del gran parte del turismo a nuevos resorts alejados de la ciudad. Los inmuebles de los hoteles fueron comprados por diferentes empresas y transformados en hospitales-hoteles, en los que cada paciente tiene su habitación privada con una tablet individual para controlar el aire acondicionado, la música ambiente, la televisión, llamar al personal de enfermería, acceder a sus pruebas de laboratorio o anotar comentarios dirigidos a su médico.

El panorama es radicalmente diferente en esta “*sala amarela*” (equivalente a la sala de reanimación en un hospital español) del SUS. El espacio cuadrado es tan pequeño administrativo que no hay



espacio para que todas las veinte camas destartaladas queden junto a la pared. Las restantes se encuentran el centro de la estancia, rodeadas de otros pacientes. No cabe lugar para la intimidad, la temperatura es altísima, los pacientes están vestidos cada uno con su ropa, llevan vendajes manchados y se tapan con las sábanas que a cada uno le haya traído su familia. La mayoría están despiertos y estabilizados, más tarde sabremos que la planta está llena y no se les puede ingresar en ella. En el control de enfermería un médico habla del pronóstico de un enfermo en voz alta aunque la mayoría de los pacientes estén a escasos metros y puedan escucharle. Enumera un listado de instrucciones que dirige a una enfermera y da media vuelta sin dar tiempo a una respuesta. Ignora por completo la presencia de las tres personas que tratamos de llamar su atención y se marcha de la sala. Nos identificamos ante las enfermeras que nos reciben con miradas impacientes: “¡Ah sí!, los del CAPS...”. La usuaria que recibe la visita es una anciana ingresada por una retención urinaria aguda. La encontramos inquieta y desorientada aunque es capaz de reconocer a mis compañeros y parece que esto la tranquiliza. Al sospechar que la clínica es consecuencia del tratamiento con neurolépticos, le han retirado todos los psicofármacos de manera brusca a pesar de tratarse de una mujer que ha vivido la mayor parte de su juventud en un manicomio medicada con altas dosis de neurolépticos y benzodiacepinas. Tratamos de aliviarla con la conversación aunque en el contexto de la sala abarrotada y la probable abstinencia farmacológica es imposible. El psiquiatra modifica la prescripción y explica su opinión clínica por escrito en la historia clínica y verbalmente a la enfermera. No obstante, a la salida nos confiesa que duda que le tengan en cuenta.

El segundo usuario a visitar se encuentra en otro hospital vecino, ingresado en planta tras una broncoaspiración que ha complicado su tuberculosis no tratada. Entramos en el vestíbulo del hospital que está abarrotado de colas: en el puesto de información, en la entrada a la sala de consultas, en la puerta del ascensor... Esperamos pacientemente en una de ellas y en nuestro turno damos la información del usuario a visitar. Mis dos compañeros portan identificaciones de la Prefeitura. Son una terapeuta ocupacional mujer racializada y un psiquiatra varón, blanco, acostumbrado al entorno hospitalario. Yo completo el equipo como residente médica extranjera. Nos identificamos y la mirada del administrativo que nos atiende cambia al escuchar “Salud Mental”. Coge el teléfono y empieza a susurrar levantando en ocasiones los ojos hacia el psiquiatra. En cierto momento aparta la boca del teléfono y pide al “*senhor doutor*” que repita su nombre. Tras minutos musitando nos informa de que los médicos se encuentran muy ocupados para atendernos y que no podremos entrar a visitar al paciente hasta el horario de visita nocturno. Nada cambia aunque insistamos en que se trata de una visita institucional y en la importancia de la coordinación del CAPS con el hospital para organizar el plan de tratamiento del paciente.

El administrativo en ningún momento se dirige a las dos profesionales mujeres del equipo y comienza todas las frases con el resabido “*senhor doutor*”. Al salir mis compañeros me miran con cara avergonzada y se deshacen en explicaciones acerca del estigma que aún persiste en la medicina hacia la Salud Mental a pesar del trabajo de las asociaciones y el activismo de usuarios y profesionales. Comentan que la mayor parte de los hospitales generales todavía se piensa que las personas con

diagnóstico psiquiátrico estorban y deberían recluirse en manicomios. Se indignan y preocupan por qué trato se dará a los usuarios y familiares por parte de los médicos si este es el que nos rechazan como compañeros. Retratan un gran cisma entre la perspectiva comunitaria practicada en los CAPS, basada en la ideología de la reforma psiquiátrica; y la tendencia más conservadora y manicomial, mantenida por los hospitales generales y psiquiátricos que hacen hincapié en la incapacidad del usuario y la necesidad de una tutela permanente. Se dirigen a mí como desvelándome la mayor vergüenza nacional, en su discurso parecen implicar que algo así sería impensable en Europa. Sin duda la experiencia me indigna y entristece, aun así no es una situación que me resulte del todo extraña, sino que la reconozco como familiar.

Esa mirada de lado que indica que el usuario de Salud Mental es incómodo ya es una vieja conocida. El miedo y rechazo hacia las personas diagnosticadas y todo aquello que las envuelve son universales. La perspectiva de reforma vs manicomio también coexisten y chocan a diario en España. La forma es diferente porque ambas ideologías se solapan en los mismos espacios, a veces en las mismas personas. Es una confrontación más sutil y silenciosa pero con las mismas consecuencias. Una frase frecuente entre los profesionales de Salud Mental es: “el manicomio está en las personas, no en los muros”, señalando la necesidad de autoanálisis constante de nuestra práctica diaria para identificar y limitar la influencia de la cultura manicomial en la que nos vemos sumergidos.

En Río de Janeiro la colisión entre los dos pensamientos divergentes es escandalosa. Tanto ruido puede deberse a que todavía queda una gran distancia por recorrer para que desaparezcan por completo los ingresos prolongados, o a que las conquistas antimanicomiales son más recientes. O a que en la clase médica predominan las explicaciones neurobiológicas del sufrimiento mental que refuerzan una visión cronificante e infantilizadora del usuario y olvidan el contexto socioeconómico y la importancia de la pertenencia a una comunidad. Se puede deber a que la mayoría de los médicos son atendidos en la sanidad privada y no tienen interés por trabajar en la red de salud mental pública. Puede ser por las grandes implicaciones políticas con que se tiñen las diferentes perspectivas en un momento clave en torno a las elecciones generales de Brasil. Hay muchos factores que contribuyen a que el enfrentamiento de las dos ideologías sea ruidoso pero tal vez sea preferible a la amortiguación que sucede en España. Uno de los mantras que se repiten en las reuniones de Salud Mental es que lo más importante para mantener el manicomio es crear una ilusión de libertad.

La reforma psiquiátrica en Brasil está viva aunque herida y renqueante. Todavía tiene muchas conquistas por delante y con el resultado de las elecciones generales de octubre de 2018, Río de Janeiro gana nuevos frentes de lucha en un panorama de profesionales ya cansados por consecutivas derrotas. Aún así el activismo resiste, los [blocos de samba](#) como “[Tá pirado, pirando, pirou](#)” y otros muchos siguen [cantando a la reforma](#), infunden nuevas fuerzas para continuar con el cambio. Los usuarios y profesionales de Salud Mental seguirán ocupando espacios para debatir sobre el cuidado y dirigiendo la mirada hacia la población vulnerable, abandonada y segregada.



Riesgos de que un fondo de inversión gestione un servicio público, o DE por qué una víbora no es un HÁMSTER

(texto originalmente publicado en la [web de la AMSM](#))

No podemos sorprendernos de que ocurra un accidente con graves consecuencias cuando se toma como mascota a un animal exótico y venenoso. Sería absurdo esperar que si se introduce, por ejemplo, una víbora en las vidas de los humanos se va a comportar como un animal dócil, que en virtud del vínculo que hemos construido, se va a pensar dos veces si inocularnos su letal veneno. Cuando el caso aparece en los periódicos, se pueden plantear muchas cuestiones dirigidas a depurar responsabilidades: ¿Habría que realizar algún sistema de supervisión/control más estricto sobre el tráfico de estos animales? ¿Quién/es están haciendo la vista gorda hasta que llega al comprador?, ¿Quién/es son los últimos beneficiarios del tráfico de mascotas exóticas? ¿Tienen alguna responsabilidad quienes saben que hay una víbora en un domicilio y no denuncian?, pero lo que es absurdo es echarse las manos por el comportamiento de la víbora porque todos sabemos que esa es *su naturaleza*.

Hace poco más de un año, una de las entidades que gestionan los Recursos de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental de la Comunidad de Madrid, fue comprada por un fondo de capital privado. Estas entidades adquieren las empresas a un precio bajo, realizan una serie de operaciones para que crezcan y hacerlas más eficientes de tal modo que resulten atractivas para los inversores, y al cabo de unos 5 años las venden a un precio mayor. Como dice su definición, tiene por objeto incrementar su capital privado. *Esta es su naturaleza*.

Cuando estas empresas se introducen en el mundo de lo social la aplicación del término eficiencia económica requiere al menos alguna reflexión. La eficiencia implica conseguir unos resultados con la menor inversión de recursos. Suele asociarse a la sostenibilidad económica (no la sostenibilidad ambiental, la cual queda fuera de esta lógica capitalista y corto placista), y lo que no es sostenible, por definición no puede permanecer en el tiempo, con lo que “eficiencia y sostenibilidad” se constituyen en las tablas de la ley de cualquier empresa que persiga su supervivencia. Pero es imprescindible aclarar si estos términos en el caso de una empresa dedicada a la gestión de servicios sociales, remiten al bien público o al interés privado.

Pero vayamos paso a paso...

Para realizar el complejo entramado de acciones que requiere la intervención comunitaria en el ámbito de la salud mental es necesario un buen equipo profesional, cualificado, con experiencia, funciones bien definidas, que reciba formación continua de calidad, supervisión externa, y con unas condiciones de trabajo dignas que garanticen la estabilidad de los equipos. Todo esto es caro y no se debería prescindir de ello-

Cuando un fondo de capital privado se plantea “hacer crecer e incrementar la eficiencia” de una empresa lo primero que realiza es un diagnóstico de lo que es necesario sanear, llegando

frecuentemente a la conclusión de que sobra personal o está pagado en exceso. En el caso de las empresas que gestionan recursos públicos se suele prescindir primeramente del personal de la estructura ya que los trabajadores de los recursos están definidos por los pliegos del organismo público que los saca a concurso. Este diagnóstico conlleva despedir parte del personal y revisar las condiciones laborales de los que quedan para ajustar los márgenes de beneficio. En muchas ocasiones, también va unido a otras acciones dirigidas a reducir costes como reducir de manera casi imperceptible lo que se ofrece a cada usuario ([p.e. poner \$\frac{3}{4}\$ de vaso de zumo en lugar de 1 vaso entero](#)), no suplir las bajas médicas, demorar la contratación de personal o resituar (para ahorrar en indemnizaciones) a personas de la estructura en los recursos, sin darles la oportunidad de formarse y dedicarse en exclusiva a su nueva tarea.

Si se reduce en un número elevado el personal de la estructura de una empresa es necesario redistribuir las tareas que estas personas realizaban (tareas administrativas, de gestión, mantenimiento...), recayendo en el personal de los recursos (convengamos que es extraño que todas las que son despedidas sean prescindibles), especialmente en los mandos intermedios y las personas que ocupan puestos administrativos. De este modo, el personal destinado al trabajo comunitario (bien sea en atención directa o en la coordinación de los recursos) puede quedar invadido por tareas que tendrían que asumir las empresas gestoras (que para eso lo son) reduciéndose el tiempo dedicado a las funciones propias de su puesto, sin que disminuya la presión por mantener la misma calidad del servicio (generalmente se apela al esfuerzo como una competencia exigible) con el consiguiente peligro de que aparezcan determinados riesgos psicosociales. Paradójicamente, esta cuestión continúa minimizándose (y descalificándose a quienes luchan por su prevención o disminución), en un sector en donde un requisito fundamental es que la principal herramienta para conseguir los objetivos (los profesionales) tenga buena salud mental, lo que dicho sea de paso es un síntoma de ignorancia e incoherencia y un acto de negligencia.

Para conseguir que una empresa que gestiona servicios sociales, sin más fines lucrativos que los de retribuir justamente a sus trabajadores y trabajadoras, se transforme en una empresa que genera beneficios para un grupo de inversores, sin contratiempos y cumpliendo con los requerimientos de los organismos públicos clientes, se suelen utilizar tres herramientas fundamentales, no por manidas menos eficientes:

1. Infundir miedo, cuestión que se produce automáticamente cuando comienza a despedirse al personal exhibiéndolo como un acto ineludible y sin que el criterio de despido tenga que ver con un mal desempeño o una trasgresión de las normas.
2. Crear un sentido de pertenencia e identidad empresarial, introduciendo cierto corporativismo, a través de actos que transmiten esperanza y valores como la lealtad, el esfuerzo (con mucho más peso que el conocimiento técnico) y la unidad en pro del bien común (convenciones, blogs para el debate, comisiones para la construcción del andamiaje metodológico y ético...). De la mano de esto, pueden ir unidas diversas acciones que pretenden que cale la idea de que “ser un trabajador ético” es sinónimo de “aceptar el empeoramiento de las condiciones laborales trabajando con mayor esfuerzo y dedicación”.



3. Reforzar el compromiso organizacional (especialmente en los mandos intermedios que son los que van a tener que sostener las presiones de las diversas partes implicadas), transmitiendo de manera implícita a cada uno que tiene suerte por haber sido de los elegidos para quedarse, y de manera explícita que es mejor profesional que sus compañeros (“divide y vencerás” también es una técnica antigua), que es una pieza clave en el proceso de “sanear” y hacer crecer la empresa y que es su deber gestionar los equipos para que todos vayan en la misma dirección.

Con todo esto, cuando se precarizan aún más las condiciones laborales (estamos hablando de un sector en el que la banda salarial del grueso de los trabajadores oscila entre menos de 1000 euros a 1500) se pierde capital humano, las plantillas se vuelven menos cualificadas, más inexpertas y son más inestables. En la relación con la persona atendida, se pone en juego un ajuste entre el esfuerzo y el salario recibido, pudiendo llegarse a ofrecer un “como si” de intervención (el trabajo de calidad en un sector tan complejo requiere competencias que han de ser respaldadas y reconocidas en el salario) que acaba convirtiéndose en salvar la jornada sin generar problemas.

Hace más de 10 años [ya se alertaba sobre la repercusión práctica de las condiciones de trabajo en centros concertados para la atención a personas con enfermedad mental](#), pero una vez más, se practicó más la negación que la prevención.

Obviamente, en todas las empresas hay trabajadores vocacionales que apuestan por un trabajo de calidad por pura ideología. Estos son los que aplican el código deontológico y protegen a las personas atendidas de la iatrogenia del sistema, ellos son los que sostienen, sin quererlo, el buen nombre de la empresa, con un coste personal incalculable.

Finalmente, el énfasis en la eficiencia económica también puede conllevar una burocratización de la atención, priorizando el cumplimiento con los indicadores cuantitativos que permiten pasar las inspecciones y reforzar el arsenal de artículos de marketing, en lugar de indicadores técnicos cuantitativos o cualitativos, que profundicen en los significados de las vidas y perspectivas de futuro de las personas atendidas.

Por otra parte, dentro de la lógica capitalista neoliberal en la que estas empresas se mueven, el término “crecimiento”, puede igualmente implicar importantes riesgos, por lo que también requiere alguna reflexión añadida. Cuando se plantea la cuestión del crecimiento en un plazo corto, es necesario crear recursos privados, o plazas privadas en recursos públicos. El principal interés es que las plazas estén cubiertas, por lo que las decisiones de alta/baja dejan de estar fundamentadas en lo técnico para centrarse en lo económico, al igual que algunas decisiones de los profesionales en la intervención cotidiana, que terminan atravesadas por teorías económicas y de marketing más que por el modelo de recuperación. Otro aspecto fundamental es satisfacer a quien paga, que no necesariamente es el usuario del servicio. Orientar el servicio a la “satisfacción” no tiene por qué tener relación con la consecución de los objetivos de recuperación, pudiendo esto ocasionar situaciones en las que se valore más el tener un colchón de última generación, que la comida sea de vanguardia, que las condiciones ambientales sean óptimas, o que no experimente ningún reto que pueda desestabilizarle

(este objetivo puede ser el del principal pagador que a menudo es la familia), antes que la persona adquiera autonomía, alcance metas vitales o disminuya su medicación. Estaríamos hablando de una nueva institucionalización, posiblemente blanda, pero en un entorno de 5 estrellas.

Finalmente, el “crecimiento” de la empresa se hace a propósito de los intereses de una nueva figura, los “inversores”. Estas personas que antes no aparecían en la ecuación de los servicios, sólo estaban las personas atendidas, sus familiares, los agentes de salud y comunitarios, trabajadores directos y de soporte en la estructura, ahora pasan a ser los más importantes, junto con las personas que pagan los mismos. Así, buena parte de la planificación de las intervenciones, especialmente aquellas que requieran cualquier mínimo gasto, estarán condicionadas a la satisfacción de los susodichos “inversores”.

Este es el curso natural de los acontecimientos, porque *esa es la naturaleza* de un fondo de capital privado, cuando menos animales potencialmente peligrosos, todos lo sabemos, y mirar para otro lado es caminar haciendo equilibrios entre la “negación” y la “negligencia”.

Para terminar, quizás deberíamos pararnos un minuto más a pensar en que si la Constitución española en su artículo 128:1 aclara que “toda la riqueza del país en sus distintas formas y sea cual fuere su titularidad está subordinada al interés general”, y para ello, se disponen de unos servicios sociales que redistribuyan las riquezas, paliando las desigualdades que genera un sistema capitalista neoliberal, nos preguntamos, ¿tiene algún sentido la privatización de los servicios sociales?, ¿es ética la especulación con estos servicios?, ¿es coherente la búsqueda de beneficios económicos de unos pocos con unos servicios creados, precisamente, para redistribuir la riqueza de un país entre aquellas personas más necesitadas y privadas por el sistema?

Son tan solo unos minutos de reflexión, ojalá que tras los mismos exijamos todos con más contundencia unos servicios sociales de salud mental verdaderamente públicos, en donde los profesionales cuenten con unas condiciones laborales a la altura de su difícil labor y los únicos beneficiarios sean las personas atendidas y sus familiares.



Proyecto: La Escalera

Rosa Jiménez Pereda

«Yo creo que una comunidad de vecinos sí que es el espacio más cercano de encuentro y de poder echarte una mano, de intercambio. Pero no porque lo necesites, sino como necesidad de espacio vital, ¿no?, de poder compartir con el más cercano algo, aunque sea lo mínimo».

(Nati, participante del proyecto piloto de La Escalera)

Cuando coincidimos con alguien en el ascensor, nos saludamos brevemente, nos preguntamos a qué piso vamos (ni siquiera siempre), nos miramos a los ojos en no más de dos ocasiones (al comienzo y al final) y esperamos a que pase rápido el tiempo muerto en ese no espacio que nos transporta de la vida pública a la vida privada.

Esta escena, a menudo acompañada de sensaciones de incomodidad o desgana, es una de las más típicas en las comunidades de vecinos. Es un ritual sencillo, en el que no hay que esforzarse demasiado, y que suele ser absolutamente predecible. Tiene además la propiedad de no alterar el orden de las cosas: antes y después del encuentro, la relación con nuestro vecino/a va a mantenerse exactamente igual. Podríamos hablar de algo así como una **ritualización de la indiferencia**.

¿Por qué nos sucede esto? Aunque es innegable un componente, digamos individual, de disposición ante el otro, conviene tener en cuenta otros aspectos a la hora de buscar respuestas a esta pregunta, muy especialmente si queremos transformar estas dinámicas.

Pensemos, por ejemplo, en cuántas horas llevamos fuera de casa, entre jornada de trabajo y desplazamientos, cuando -precisamente para librarnos de esos encuentros de ascensor- apresuramos el paso para subir a solas. O en qué probabilidades hay de encontrarnos con alguna vecina cuando bajamos a comprar el pan en una gran superficie abierta 24 horas. Visualicemos por un momento esos patios de luces que permanecen vacíos, en desuso, mientras la vecina del 3º se sube a pulso el carrito de su bebé. Preguntémonos por las posibilidades de convivencia que quedan en edificios con un 70% de viviendas turísticas. Y no olvidemos la junta de propietarios, único espacio de encuentro formal entre vecinos/as del que disponemos y en el que, en principio, solo pueden participar quienes están en régimen de propiedad. En cuanto a quienes viven de alquiler, ¿qué motivaciones y recursos para el vínculo restan estando sujetos a una ley de arrendamiento y unos procesos de gentrificación que condenan al nomadismo cada tres años?

«La vecindad se estudia como una serie de normas que limitan el derecho a la propiedad privada (del tipo que sea; los prados en los montes también tienen sus propias reglas de vecindad). Es decir, el grueso de normas sobre vecindad no son «cómo tratar con el vecino» sino reglas de lo que uno puede o no hacer con su propiedad y sus bienes».

(Extracto de entrevista realizada con un abogado a lo largo de la investigación de La Escalera)

El vecino del 2º A
no puede subir la compra



El gato del 2º B
se queda solo una semana



Las del bajo
necesitan un taladro



LA VIDA ES UN PROBLEMA COMÚN ¿LO RESOLVEMOS EN COMUNIDAD?

1

Coge una o varias pegatinas para compartir con tus vecinos lo que necesitas o lo que ofreces.



2

Coloca las pegatinas en tu buzón (se pueden quitar con facilidad y no dejan mancha).



3

¡No olvides comprobar si aparecen pegatinas en los otros buzones!



Más información acerca de este proyecto en:

www.facebook.com/proyectolaescalera [@_laescalera](https://twitter.com/_laescalera) info@proyectolaescalera.org 644719141



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Venimos de fijarnos en una escena cotidiana, la del ascensor, y ahora queremos detenernos en una imagen: esos corchos y tabloncillos de anuncios que podemos encontrar en algunas comunidades de vecinos y que en una inmensa mayoría de casos están acristalados y cerrados con llave. Al igual que el ritual del ascensor, esta nos parece una de las estampas más representativas de las comunidades actuales. Un recurso común que decidimos ceder a figuras de autoridad, como la administración de fincas o la presidencia de comunidad, ante la amenaza de qué, exactamente: ¿el dibujo obsceno de un adolescente?, ¿que algún vecino/a lo utilice para promocionar a su cuñado electricista (cosa no tan alejada de lo que en ocasiones hace la administración de fincas)?



A través de un largo y complejo proceso, determinado por las realidades de las que acabamos de hablar (vidas precarias, barrios y edificios al servicio de intereses especulativos, etc.), y compuesto

de escenas e imágenes como las descritas, nuestras comunidades de vecinos se configuran como un lugar de paso, un espacio en el que “nos guardamos” y del que, básicamente, solo esperamos que afecte lo menos posible a nuestra cotidianidad.

¿Cómo podemos alterar unas dinámicas relacionales apuntaladas desde tantos frentes? ¿Cómo podemos resistirnos a un “cada cual a lo suyo” que se ha hecho ya hábito, cuerpo, casi necesidad?

Proyecto La Escalera

Con estas preguntas en mente nace La Escalera, un proyecto de investigación-acción participativa financiado por el Ayuntamiento de Madrid a través del Laboratorio de Innovación Ciudadana de Medialab.

Sabiendo que -a pesar de que las realidades que acorralan las relaciones vecinales de cooperación y apoyo mutuo son tenaces y están absolutamente naturalizadas- las formas en las que habitamos nuestras comunidades de vecinos pueden llegar a ser muy diferentes, el proyecto de La Escalera propone que nos detengamos y nos preguntemos cuáles de esas formas son más deseables, y cómo acercarnos a ellas en la práctica.

La iniciativa se hace pública en noviembre de 2016 a través de una campaña de difusión en redes sociales. Buscábamos cinco comunidades que quisieran participar (pensábamos que no iba a ser fácil alcanzar este objetivo) y en poco tiempo habíamos llegado a las treinta escaleras, viéndonos obligadas a cerrar la participación.

En su experiencia piloto (de noviembre de 2016 a junio de 2017), La Escalera buscaba la dinamización directa de las relaciones vecinales en las propias comunidades. Para ello, se ofrece una herramienta muy sencilla: un cartel y unas pegatinas que plantean que si «**la vida es un problema común, ¿por qué no lo resolvemos en comunidad?**». Por qué no compartimos WiFi, nos echamos una mano con las bolsas de la compra, nos regamos las plantas cuando estamos fuera o nos tomamos un café. El cartel y las pegatinas se colocan al lado de los buzones, y sirven para hacer saber al resto de vecinas y vecinos qué queremos compartir con ellos.

La Escalera interrumpe la normalidad de un portal alterando las inercias de nuestros vecindarios, y lo hace de un modo relativamente sencillo: **provocando el extrañamiento**. Creemos que, si esas inercias nos resultan extrañas, es porque contienen, en sí mismas, las tensiones que se producen como consecuencia de habitar un espacio común como si no lo fuera.

Con este proyecto, por una parte, se trata de problematizar públicamente cómo vivimos en vecindad. Pero, más allá, La Escalera persigue la **ruptura de los rituales de la indiferencia** con los que arrancábamos este texto.

Al contrario de lo que puede parecer, las pegatinas no están pensadas para provocar un intercambio inmediato. Para eso habría sido más fácil recurrir a necesidades concretas como ‘necesito un taladro’ o ‘necesito que me recojan un paquete’, pero nos pareció que ese planteamiento situaba la propuesta en un modelo de intercambio de favores del que queríamos huir para acercarnos al paradigma de la interdependencia.



Las pegatinas están elegidas por el espacio que abren, las realidades que evocan. La del café, por ejemplo, viene precisamente a romper ese planteamiento de intercambio. Y el “juego” que proponen es, sobre todo, una excusa para **evocar otra idea de comunidad**.

Creemos que es esa otra idea de comunidad la que provoca adhesión en La Escalera. Y quizá no sea ni siquiera la forma concreta de esa otra idea de comunidad, sino la pura y simple necesidad de contar con la posibilidad de imaginarla.

Si la Escalera ha conseguido oponer resistencias al “cada cual a lo suyo” que impera en nuestros vecindarios, esto puede tener que ver con dos aspectos que presentamos a continuación.

Poner en evidencia un mundo común

Si cerramos los ojos en el silencio de un patio de luces, podemos escuchar un montón de cosas: el llanto de un niño, unos huevos batiéndose y anunciando tortilla, la tele demasiado alta de los señores de abajo, un reggaetón o la discusión violenta de una pareja. La idea de abordar colectivamente (o sencillamente cara a cara) estas realidades resulta, especialmente en grandes núcleos urbanos, cada vez más difícil y menos atractiva.

Dentro del repertorio clásico de recursos para la resolución de conflictos en las comunidades de vecinos (concretamente de aquellos que tienen que ver con ruidos) se encuentra esta técnica depurada de dar una serie de golpes contra la pared, ya sea con el puño o con el palo de la fregona. Parece que **la ficción de la autosuficiencia confía en que las paredes de nuestras casas sean más gruesas de lo que realmente son**.

La Escalera ha tenido la suerte de cuestionar esa ficción señalando el escaso grosor de estos muros. Ha puesto en evidencia la comunidad de vecinos como el espacio común que es, uno en el que nos toca vivir juntas, expuestas e implicadas.

En el tratamiento mediático de La Escalera se han repetido una serie de ideas recurrentes, bañadas en cierto halo de nostalgia: «ya no conocemos a ningún vecino por su nombre», «ahora estamos con el móvil en lugar de mirarnos a la cara». Bien. La verdad es que, tenemos que reconocer, ni averiguar el nombre de nuestros vecinos ni hacer amigos en el bloque son necesariamente objetivos de este proyecto.

En el centro de La Escalera hay una interpelación directa: qué queremos hacer con toda esa información de la que disponemos por el mero hecho de habitar un espacio común; desde la incipiente sordera de la pareja de abajo hasta el llanto de la vecina de al lado, pasando también por la reciente mudanza de los de al lado y sus ganas de celebrar una fiesta de inauguración.

Aprender otro tipo de anonimato

Se podría entender el anonimato precisamente como la indiferencia y el repliegue que venimos señalando a lo largo de este texto. Podríamos también relacionarlo con el trato genérico e impersonal

de los dependientes de un supermercado o entre los pasajeros de un autobús. Esta es una manera en la que nos podemos relacionar con aquellas personas que sentimos como anónimas, pero quizá exista otra forma de anonimato.

El vecino del 2º A no puede subir la compra

El gato del 2º B se queda solo una semana

Las del bajo necesitan un taladro

LA VIDA ES UN PROBLEMA COMÚN
¿LO RESOLVEMOS EN COMUNIDAD?

1 Coge una o varias pegatinas para compartir con tus vecinos lo que necesitas o lo que ofreces.

2 Coloca las pegatinas en tu buzón (se pueden quitar con facilidad y no dejan mancha).

3 ¡No olvides comprobar si aparecen pegatinas en los otros buzones!

Más información acerca de este proyecto en:
www.facebook.com/proyectolaescalera @_laescalera info@proyectolaescalera.org 644719141

ESCALERA www.proyectolaescalera.org #LaEscalera

Te invito a un café

Te subo la compra

Te riego las plantas

Comparto WiFi

Te cuido al gato

La frase de «la vida es un problema común» la cogimos prestada de Marina Garcés, concretamente de su ensayo 'Un mundo común'. En él, la filósofa defiende la existencia de una dimensión anónima e impersonal en cada uno de nosotros. Esa dimensión anónima e impersonal, lejos de estar vacía,



contiene lo que las personas tenemos en común por el hecho de formar parte de un determinado mundo.

«Este anonimato no supone la pérdida del rostro. Lo que se pierde, incorporándolo como una dimensión de la existencia, es la soledad del cara a cara. Lo que se gana es un mundo poblado de sentidos acumulados, una visión del ser inagotablemente expresivo y secretamente articulado. El anonimato, como inacabamiento, no es entonces déficit sino potencia, no es indefinición sino campo de relaciones, no es insignificancia sino expresividad social».

(Marina Garcés, 'Un mundo común')

Señalar esta dimensión anónima de la existencia que plantea Garcés, supone aceptar que estamos coimplicados en lo que nos rodea. No hablamos de un deseo o de un deber ser, sino de un hecho, de uno tan claro como que podemos escuchar, al otro lado de la pared, la fiesta de cumpleaños del hijo pequeño de las vecinas.

Es interesante poner en relación la responsabilidad ante un mundo común y el aprendizaje del anonimato. Si seguimos la invitación de Marina Garcés, hay que perder miedo a estar junto a aquello, o aquellos, que no tienen nombre, tenemos que «dejarnos tocar por el mundo».

Así, en último instancia, este anonimato alberga una potencia: la relación anónima que se establece con un vecino en el ascensor, ese ritual predecible a través del cual se mantiene el orden día tras día, queda ahora abierto a otros finales.

La risa: Más allá de la razón¹

Ana Elúa Samaniego

El Homo ridens, así es como el sociólogo Peter Berger, en su obra *Risa redentora*, denomina al ser humano, como único animal que ríe, siendo la capacidad para reírse una esencia de la naturaleza humana. El llegar a comprender plenamente el fenómeno de la risa supondría haber desentrañado el misterio central de la misma existencia humana². Vulgarmente se ha relacionado la risa con la alegría y el llanto con la tristeza. Pero nos hemos encontrado con circunstancias en el que este orden se invierte, dejando esta relación en entredicho. Los seres humanos se ríen cuando les hacen cosquillas, cuando se sienten espontáneamente alegres, cuando se ven inesperadamente libres de un miedo o tensión o cuando comprenden un ejercicio de ingenio sutil, entonces, ¿dónde radica la esencia de la risa?, ¿qué expresamos con dicha respuesta?, ¿qué significado tiene en la existencia del ser humano? Probablemente si ahora nos preguntásemos ¿qué es la risa?, la única forma de adentrarnos en su conceptualización sería refiriéndonos a lo que motiva dicha respuesta. Nos resulta complicado definir algo que es tan característico de nuestra naturaleza humana como es la risa. Hasta conseguir una representación subjetiva de dicha experiencia también se nos dificulta si no es aludiendo a aquello que suele motivarla, aún siendo conscientes de que a veces riamos de forma hilarante desconociendo racionalmente la fuente de esa risa. Quizás ahí esté la esencia de la risa.

La risa se relaciona con la alegría, con el regocijo festivo. Pero, como señala Helmuth Plessner en su libro *La risa y el llanto*, la alegría provoca júbilo, el cual es una reacción muy distinta a la risa, aunque esta última pueda estar facilitada por la primera, pero las motivaciones que provocaron alegría, como puede ser haber recibido una buena noticia, haber recibido un regalo por sorpresa, por sí mismas no suelen ser las que provoquen la risa, ya que en palabras del propio autor “el júbilo no prorrumpe desde el hombre como la salva de risa. No tiene nada del automatismo forzado y opresor que sacude y deja sin aliento al que ríe. Por eso el júbilo desciende desde la infirmitad de la irrupción desatada y del grito hasta el cantar *de alegría, de todo corazón, con todas las fuerzas, y se remansa en un sosegado sentimiento*”³.

En el *Tratado de la risa* de Laurent Joubert podemos encontrar las siguientes palabras citadas por un tal Moisés (médico árabe): “Resulta imposible explicar a qué se debe la risa excitada por cosas vanas y necias, ni otra risa cualquiera, y menos la que se produce por las cosquillas en los

1. Texto basado en el artículo con el mismo título publicado en *Análisis, revista de psicoanálisis y cultura de Castilla y León*, 2013, 26, pp. 127-150.

2. Peter BERGER, *Risa redentora. La dimensión cómica de la experiencia humana*, Barcelona, Editorial Kairós, 1999, pp. 88-89.

3. Helmuth PLESSNER, *La risa y el llanto*, Madrid, Editorial Trotta, 2007, p. 88.



sobacos y las palmas de los pies”⁴. Pues ahí tenemos otro presunto motivo de nuestra risa, el ligero toqueteo de determinadas partes de la piel. El propio Joubert, médico renacentista, la expulsa del terreno de la verdadera risa por no estar mediada por una emoción que provenga del corazón, la que él denomina, un poco forzosamente, como *emoción risífica*, cuya vivencia sería una mezcla entre lo alegre y lo triste a la vez, falsa alegría con falso desagrado. Siendo la respuesta ante las cosquillas una risa verdaderamente falsa, producto del desarreglo que conlleva la vivencia de dos contrarios a la vez, desagrado, molestia y placer⁵. Plessner también excluye la risa provocada por las cosquillas de la auténtica risa: “Pero en momentos de irritación sensorial, que alcanza su punto crítico en el cosquilleo, prorrumpe la risa sofocada. La imagen mímica que le pertenece, con los párpados estrechamente cerrados y la boca estirada, encuentra su complemento sonoro en la serie de golpes de voz, que asemejan la risa a la confusión. Cuando alguien tiene muchas cosquillas, esta risa sofocada se produce fácilmente y como un reflejo. A la risa sofocada, que en otras ocasiones aparece como risa reprimida, se une de un modo característico la actitud de esconderse, de hacerse pequeño, gesto simbólico de retirarse sano y a salvo con la piel, es decir, con la superficie sensorial”⁶. Es ahí, en ese gesto simbólico, donde esta risa pierde la esencia de la auténtica risa, ya que para este autor la risa es gesto expresivo sin carácter significativo, en sí misma no está ligada a ninguna emoción o circunstancia. En Plessner la risa únicamente cobra sentido en el mismo momento en que aparece, como una pérdida del dominio sobre el propio cuerpo, abandonándose a su propio cuerpo, el hombre cae en la risa⁷.

El juego también tiene una relación característica con la risa, sobre todo los juegos sencillos que van apareciendo en los primeros años vida, como son columpiarse, dar volteretas, jugar a vaqueros e indios, en el que la liberación que produce el mismo juego es una fuente de alegría y regocijo, en contraposición a la seriedad de la vida cotidiana. Siendo la esfera del juego una esfera en la que se entra y se vuelve a abandonar en cualquier momento, no estando en relación con la realidad en cuanto a tal, ya que pertenecen a diferentes planos de la experiencia humana. Será Plessner, otra vez, quien analice la risa que tiene lugar en el juego, la cual es debida a la ambivalencia de la situación, en la que la persona es libre y no-libre, ata y no ata, ya que el juego es siempre jugar con algo que a su vez juega con el jugador. En palabras del autor: “Para el hombre el juego es, por tanto, un *mantenerse en lo intermedio y provisional* en dos sentidos: por una parte lo logra únicamente si cubre la realidad continuamente presente, en tanto que se le aparece permanentemente dentro de la cerrada esfera de juego; por otra parte, él sólo se mantiene en esa esfera mediante la conservación del lábil estado intermedio de una unión que hay que renovar continuamente, que es a la vez recíproca y sentido contrario, porque consiste en ligar y dejarse ligar. A la ambivalencia de un doble intermedio -entre

4. Laurent JOUBERT, *Tratado de la risa*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002, p. 111.

5. Ídem, pp. 111-118.

6. Helmuth PLESSNER, *La risa y el llanto*, op. cit., p. 91.

7. Ídem, pp. 87-130.

la realidad y la apariencia, entre atar y ser atado- el hombre reacciona con la risa”⁸. De manera que la risa tendría un sentido, un significado para quien está inmerso en el juego, el cual se rige por su voluntad y conlleva un placer, no dejándole en la encrucijada de no saber cómo responder ante dicha ambivalencia. El propio autor nos indicará que la risa en sentido propio estará orientada a la comicidad, ya que será en lo cómico donde se encuentre la esencia de la risa, por lo que no nos debe extrañar que los autores que se han ido interesando por la risa siempre lo hayan hecho por medio de la comicidad.

Entre la diversidad de las experiencias humanas que aparecen en su realidad más próxima, la experiencia de lo cómico ocupa un lugar. Dicha experiencia es universal, si bien su expresión difiere enormemente de una cultura a otra, no existiendo ninguna cultura humana en la que ésta esté ausente. La comicidad, al igual que el juego, representa un mundo separado, diferente del mundo de la realidad ordinaria, operando con normas diferentes, apareciendo como una intrusión en la vida corriente, eliminando momentáneamente la seriedad de la misma. Nos aporta otra visión del mundo en la que la risa encontrará su sitio como respuesta principal. Pero en contra de lo que nuestro raciocinio nos dice, lo cómico será la visión del mundo más seria que existe, percepción de una dimensión de la realidad que en otros momentos permanece oculta, no sólo por lo que se refiere a la propia realidad de lo cómico, sino de la realidad misma. Definir concretamente qué es la comicidad resulta extrañamente obstaculizado, debido a la fragilidad de tal experiencia, la cual aparece y desaparece fugazmente sin que nos hayamos dado cuenta de cómo ha aparecido, reconociendo subjetivamente la comicidad de una situación. Pero el saber por qué ha sido cómico, eso ya es otra historia. Es como explicar el por qué un chiste tiene gracia; ya que en el momento que analizamos dicha experiencia desde la razón y las concepciones sobre el mundo que nos son dadas, la comicidad pierde su esencia y la devuelve al mundo de las cosas serias, donde todo permanece en un orden determinado, con un significado inequívoco, siendo la rebeldía contra esta racionalidad la esencia de la experiencia cómica. En cuanto a lo cómico podemos señalar diferentes facetas, la comicidad en general que nos sorprende sin ser buscada, y la comedia o el chiste que son creados para causar un efecto hilarante. Tanto la comicidad en general como las creaciones cómicas se caracterizan por su matiz social, necesitando al otro para conseguir su efecto. Al contrario del sentido del humor, privilegio que solamente algunos poseen, encontrando la gracia, como si de una autoironía se tratase, en su propio patetismo y en lo absurdo de su existencia, donde no necesita de otro para poder disfrutar del placer que le aporta el disparate, el contra-sentido y lo absurdo.

Desde la antigüedad griega, todo aquello relacionado con lo cómico y los propios orígenes de la comedia griega se remontan al culto del dios Dionisos. El propio Aristóteles afirma que la palabra ‘comedia’ procede de *komodia*, el canto del *komos*, referida a la multitud enardecida que participaba en los ritos dionisiacos. Dionisos es el dios que transgrede todos los límites habituales al igual que sus devotos, quienes se transforman en criaturas con apariencia de sátiros, híbridos grotescos de humanos y animales. La experiencia de lo cómico era extática, no tanto en el sentido arcaico de un

8. Helmuth PLESSNER, *La risa y el llanto*, Madrid, Editorial Trotta, 2007, p. 96.



trance arrebatado, pero sí bajo la forma más suave de “estar fuera” de los presupuestos y hábitos corrientes de la vida cotidiana. La experiencia de lo cómico era también orgiástica, en sentido metafórico, uniendo lo que la convención y la moral querrían mantener separados, derribando todas las pretensiones, incluso las de orden sagrado. Lo cómico es peligroso para cualquier orden establecido, donde lo feo, lo deforme, lo que se sale del molde es objeto de mofa y ofensa, haciéndose necesario controlarlo y mantenerlo recluido. Encontrando en la comedia griega, como arte escénica, una forma de contención de la experiencia de lo cómico, ritualizada bajo formas socialmente aceptadas y confinada dentro de los límites del escenario teatral; que los espectadores puedan llegar a la hilaridad en los teatros puede servir para evitar que se rían en y de las representaciones solemnes de la religión y el Estado, lo cómico aparece como una ofensa de lo establecido pero con carácter inofensivo. Durante la época griega, la risa se vinculaba con la moralidad, el hombre virtuoso no debe reírse, dice Platón⁹.

Esta visión clásica de lo cómico, esencialmente amargada y perturbada por escrúpulos morales se mantiene en el pensamiento cristiano primitivo y medieval, el buen cristiano tiene que llorar por los pecados del mundo y prepararse para las dichas del más allá, la comedia y la risa serían una distracción reprobable ante tal obligación. Pero lejos de desaparecer la risa y el sentido de lo cómico fue en esa época donde se vivió la exuberante explosión cómica del carnaval. Quien nos acercará a estas manifestaciones cómicas carnales durante la Edad Media y principios del Renacimiento será Mijail Bajtin en su libro *La cultura popular en la Edad Media y Renacimiento*, a través del análisis de la obra de Rabelais. Dicho autor caracteriza a esa época como un mundo en el que las formas y manifestaciones de la risa se oponían a toda cultura oficial, al tono serio, religioso y feudal. Las fiestas públicas carnales, los ritos y cultos cómicos de los bufones, los bobos, gigantes, enanos, etc., poseían una unidad de estilo, constituyendo partes y zonas únicas e indivisibles de la cultura cómica popular de aquel tiempo. El carnaval, a diferencia de la fiesta oficial, era el triunfo de una especie de liberación transitoria más allá de la órbita de la concepción dominante, una abolición provisional de las relaciones jerárquicas, privilegios, reglas y tabúes; una huida temporal de los moldes de la vida cotidiana, en la que la vida misma juega e interpreta sin escenarios ni actores. La expresión de ese caos festivo es la risa. Todos ríen, el mundo entero parece cómico, es percibido y considerado en su aspecto jocoso, en su alegre relativismo. La risa se muestra ambivalente: alegre, burlona y sarcástica, que niega y afirma, amortaja y resucita a la vez. La risa destruye la seriedad unilateral y alimenta las pretensiones de significación incondicional e intemporal, liberando a su vez la conciencia, el pensamiento y la imaginación humana, quedando así disponibles para el desarrollo de nuevas posibilidades de existencia donde lo terrible se volvía cómico y ridículo.

Este mundo carnalesco aparece como una especie de locura que relativizaba y subvertía todo orden social. Locura desatada y permitida, manifestándose en el extremo de la sin razón, en la que la única limitación de su expresión era la temporal, hay que recordar que estas fiestas de carácter pagano surgían en contraposición a las festividades religiosas, pero a su vez incorporándose con éstas

9. Peter BERGER, *Risa redentora. La dimensión cómica de la experiencia humana*, op. cit., pp. 44-86.

como una forma de contención de las mismas. Un ejemplo de ello era la llamada risa pascual, donde se permitía la risa y la burla en el interior de la iglesia durante el día de Pascua, el propio clero participaba como autor de relatos y burlas con el objeto de suscitar la risa que liberase al ciudadano de las prohibiciones y restricciones que se imponían durante la semana Santa.

La expresión popular del carnaval que nacía en la vida cotidiana del pueblo como una necesidad de gozo fuera de todos los formalismos posibles, perdería con el tiempo la espontaneidad que le era tan característica. Sus manifestaciones irían sufriendo un cambio de escenario, de las plazas públicas a las cortes reales, delineándose unas normas para lo que en su esencia no deberían de existir. La experiencia iría identificándose con la denigración, la ridiculización, lo mezquino y con lo simple, siendo la burla dirigida hacia lo particular de la realidad, a una parte aislada de la misma, en contra del carácter universal e integrador de la festividad carnavalesca, en el que se llegaba a construir un mundo propio como opuesto al oficial. El final del aspecto renovador de la risa sobrevino durante el siglo XVIII, la Ilustración, debido a la defendida supremacía de la razón en la conceptualización del hombre. El criterio racionalista no podía comprender una imagen de la vida cotidiana insertada en medio de contradicciones e incongruencias, en el que nunca se logra un acabado perfecto o una unidad completa. Es a partir de ahí cuando la verdadera risa, como expresión ambivalente, que no excluye lo serio, sino que lo purifica y lo completa, queda restringida a las mínimas manifestaciones de la ironía, el sarcasmo y la parodia, como formas de incongruencia y desenmascaramiento que intentarán penetrar detrás de las fachadas del orden social, pero ocultándose tras el raciocinio¹⁰. Aún así, lo espontáneo de la comicidad interrumpirá en la vida cotidiana del sujeto, pero de una forma sorpresiva y fugaz, revelando una esencia del ser humano que la misma razón no puede aprehender y mucho menos reprimirla.

En 1900 el filósofo Henri Bergson publicaría *La risa. Ensayo sobre la significación de lo cómico*. Éste adjetiva lo cómico como algo viviente y de difícil análisis, inscrito en la experiencia humana, no existiendo nada cómico fuera de lo que es propiamente humano, enmarcándola en el plano social, dándole a la risa una función social. Lo cómico sería efecto del aspecto rígido y mecánico que aparece en el ser humano, entrando en contradicción con la vitalidad humana, encontrándose lo cómico en aquello que obstaculiza al sujeto en su desarrollo como ser viviente, la risa sería el instrumento social para denunciar dicho encorsetamiento. Lo cómico expresa ante todo una inadaptación particular de la persona a la sociedad, la rigidez contra la vida social, la persona parece como un títere que camina por el mundo, como ajeno de lo ocurre a su alrededor, entrando en desacuerdo con la sociedad. A esta insociabilidad, para que se obtenga un efecto cómico se le tendría que añadir la insensibilidad del espectador, ya que para Bergson la indiferencia emocional es el medio natural de la risa: “lo cómico para producir su efecto, exige algo así como una momentánea anestesia del corazón. Se dirige a la inteligencia pura”¹¹. A la insociabilidad e insensibilidad, Bergson le añade una tercera

10. Mijail BAJTIN, *La cultura popular en la Edad Media y en el Renacimiento*, Madrid, Alianza Editorial, 2002 (2ª edición), pp. 7-129.

11. Henri BERGSON, *La risa. Ensayo sobre la significación de lo cómico*, Madrid, Alianza Editorial, 2012 (2ª edición), p. 14.



condición, el automatismo: “Sólo es esencialmente risible lo que se realiza de un modo automático. En un defecto e incluso en una cualidad, lo cómico está en aquello en que el personaje se entrega sin saberlo, en el gesto involuntario, en la palabra inconsciente. Y cuanto más profunda sea la distracción, más elevada es la comedia. Un distracción sistemática como la de Don Quijote es lo más cómico que cabe imaginar en el mundo, es la comicidad misma, tomada lo más cerca posible de su fuente. Tomad cualquier otro personaje cómico. Por más consciente que pueda ser de lo que dice y de lo que hace, si resulta cómico es porque hay un aspecto de su persona que él ignora, un lado por el que se escapa a sí mismo. Solamente por eso nos hará reír”¹². La risa es el castigo ante la vitalidad mecánicamente petrificada. Nos reímos del distraído, nos reímos como castigo, como corrección y a la vez como aviso.

El acercamiento que realizó Freud al mundo de la comicidad lo hizo a través de su ensayo *El chiste y su relación con lo inconsciente*, escrito en 1905. Freud desconstruyó los diferentes chistes de su época para encontrar los mecanismos subyacentes del placer que aportaban dichas creaciones, dándoles un nuevo significado e intentando encontrar la última causa de la risa. El resultado de tan escrutado análisis fue considerar a los chistes como una formación sustitutiva que, por analogía con los sueños, mediante la condensación y el desplazamiento se podía dar salida a determinadas tendencias reprimidas sin que fuese obstaculizada su expresión por la coerción crítica. Lo cual se puede observar en los chistes obscenos que están destinados a mostrarnos la desnudez sin censuras, o en la sátira cuyas motivaciones hostiles son destinadas a la agresión y ataque. Siendo la elaboración final del chiste la expresión de la misma risa en el oyente o auditorio, que confirmaría al creador del chiste la victoria sobre la prohibición, aportándole así un placer.

En este texto nos limitaremos a la explicación que da de los chistes que un principio se nos presentan como ingenuos, inocentes, disparatados, absurdos, ya que en ellos no sublimamos ninguna tendencia pulsional, sino que se actualiza el placer de jugar con las palabras y sus significados, donde el equívoco es la fuente principal de dicho placer: “El pensamiento que para la formación del chiste se sumerge en el inconsciente busca allí la antigua sede del pasado juego de palabras. La función intelectual retrocede por un momento al grado infantil para apoderarse así nuevamente de la infantil fuente de placer”¹³. El placer de disparatar que se haya encubierto hasta su completa ocultación en la vida adulta. Freud señala que los niños cuando están empezando a hablar juegan con las palabras sin tener en cuenta para nada su sentido, proporcionándoles un placer original. Este placer a medida que van creciendo y aumentando su conocimiento sobre las reglas gramaticales, va siéndole prohibido, limitándose su habla a la unión de aquellas palabras que formen un sentido, donde lo que se premia exteriormente y por medio de los patrones educacionales es la exactitud del pensamiento, en el que la realidad queda ordenada bajo los parámetros de verdad o mentira. “A estas más poderosas limitaciones corresponde una más honda y duradera rebeldía del sujeto contra la coerción intelectual y real, rebeldía en la que quedan comprometidos los fenómenos de

12. Ídem, p. 105.

13. Ídem, p. 1126.

la actividad imaginaria”¹⁴. Freud considera que el disparate es el ataque más frontal a la razón por medio de la sin-razón, donde la hilaridad acarrea un alivio real ante la superación de la represión, como una rebeldía frente a la razón.

La comicidad y el chiste como una forma de quebrantar una norma, como un desafío a la comprensión humana es la defendida por Helmuth Plessner en su ya mencionado libro *La risa y el llanto*. Los fenómenos, escenas, acciones y personas cómicas en cuanto a sus manifestaciones destacan por su ambivalencia y contrasentido para nuestra comprensión, apareciendo lo cómico en relación con una regla a la que se opone negativamente. Lo cómico significa lo que llama la atención, lo que se sale del lugar, lo chocante, contradictorio y con doble sentido, algo que no sirve para nada, lo que uno no puede explicarse por haberse salido de los límites de la comprensión. Nuestra orientación en el mundo conocido queda trastocada, siendo la risa la resolución ante ese conflicto ambivalente, respondiendo el ser humano como totalidad. Plessner propone una división del hombre, con intento de trascender la tan dañina división cartesiana, que quedaría resuelta en dos proposiciones: “soy cuerpo” y “tengo cuerpo”; el hombre es sujeto y objeto a la vez, su existencia es corporal, puede comprender su cuerpo como un objeto y a su vez identificarse con él como sujeto. El tener un cuerpo le permite distanciarse de sí mismo, trascender el centro biológico de la propia vida y alcanzar así una autoconciencia, conquistando una posición excéntrica, lo que implica una visión, ponderación e interpretación de sí mismo desde el punto exterior, descentrado y crítico. El hombre se caracteriza por no estar en contacto inmediato con su entorno natural si no es por mediación de elementos artificiales, transformando el mundo natural en artificial, lo que implica que constantemente se halle sumergido en la inestabilidad y perplejidad, produciendo instrumentos y artificios para restituir el equilibrio. La moral, los valores y la vinculación a normas ideales son producto de la artificiosidad humana. Su mundo cultural y social autoconstruido únicamente es una alternativa ante la enorme variedad de posibilidades que se le abren al hombre por su posición excéntrica¹⁵.

Este mundo inventado, en cuanto lugar en el que se desarrolla su existencia más inmediata, está atravesado por un finísimo límite que separa el dominio de la familiaridad y de la extrañeza, lo familiar puede hacerse extraño y viceversa. El hombre quiere estar seguro de que las cosas tienen una explicación aunque no sepa cuál, está inclinado a sospechar una finalidad de todo, no pudiendo renunciar, si quiere vivir humanamente, a la idea de que todo lo que se encuentra, todo lo que le rodea y le soporta tiene una explicación. La vida debe contar con una posible organización, estabilidad y movilidad, con un mínimo de equivocidad/máximo de univocidad. Este carácter unívoco de la cosas se pierde en la comicidad y en los chistes, predominando la ambivalencia y la pluralidad de interpretaciones o sentidos, con un antagonismo entre la atracción y la repulsión, posibilidad o imposibilidad de respuesta, creándose una tensión que se resuelve en la risa. Para Plessner el hombre contesta así a lo imposible de contestar en su pluralidad de sentidos, al reír abandona su cuerpo a sí mismo, renunciando así a la unidad con él y a su dominio, el cuerpo que está fuera de toda relación

14. Ídem, p. 1099.

15. Ídem, pp. 13-20.



con el hombre contesta en su lugar como una totalidad. En la risa el hombre contesta a una situación de forma directa e impersonal, cae en un automatismo anónimo corporal¹⁶. El autor nos señalará como el que ríe está abierto al mundo, más allá de lo que la razón le permite, lo que nos recuerda a lo que sucedía en las fiestas carnavalescas de la Edad Media, como una forma de trascender la situación inmediata y espirar el mundo en su complejidad. La comicidad atenta a lo que nuestra razón nos hace pensar como unívoco, apareciendo la risa como única respuesta posible ante la desequilibrada equivocidad de puntos de contacto que le impide saber qué hacer consigo mismo y con el mundo. El sujeto rompe el contacto con su mundo inmediato, replegándose hacia su “soy cuerpo”, ya que propiamente no es él mismo el que ríe, sino que se ríe en él, siendo el sujeto sólo el escenario y recipiente de este proceso, y es ahí donde demuestra su humanidad según el autor, “poder hacer algo cuando no se puede hacer nada”¹⁷. Así la risa, como gesto expresivo, inmediato e involuntario cobra sentido en el mismo momento de su aparición, re-estableciéndose un contacto con el mundo cognoscitivo, siendo el cuerpo el que responde ante lo imposible de responder por la ambivalencia de su realidad más próxima. La comicidad de la experiencia humana aparece como el desafío a la lógica de la razón, donde la tensión que produce la caída de la ilusión racional de un mundo estructurado, ordenado y finito se resuelve por medio de la risa, respuesta que proviene del terreno corporal, como un triunfo ante la derrota de nuestra comprensión de la realidad más inmediata.

Como vimos con el chiste, existe una creación de lo cómico como formas de sublimar tendencias sexuales o agresivas, también como forma vanidosa de humillar al otro, satisfaciéndose una pulsión y obteniendo el placer de derrocar a la censura; pero también, como una forma de recuperar el sin-sentido infantil, en el que las palabras pierden su significado habitual, llevándolas, mediante el disparate, al extremo de lo absurdo, donde la risa sería “la súbita transformación de una ansiosa espera, en nada” señala Kant. Esa comicidad absurda, como una actitud ante la propia existencia, donde el propio creador puede exponerse como objeto de burla, es quizás, el auténtico sentido del humor, la esencia de la misma comicidad. La sátira, ironía, chistes obscenos, serían formaciones secundarias, cuyo objetivo es burlar la moral y convenciones construidas por el propio ser humano, en el que el hombre intenta mostrarse ingenioso, exaltando su falso sentido del humor, descubriéndose realmente su vanidad y su ignorancia hacia su propia necesidad. Pero el humor absurdo va más allá de las costumbres sociales, atenta hacia los fundamentos supuestamente verdaderos de la humanidad. El poder crear este humor sin sentido, sobre todo ante situaciones desesperadas, es un don raro y precioso, como dice Freud, del que sólo poseen unos cuantos elegidos.

Marina Lieberman nos presenta, en su libro *Entre la angustia y la risa*, al humor como la medicina ante lo incurable, a la vez inútil e ineficaz. El humor corta, rompe, sorprende, explota, aniquila la tranquilidad del engaño que llamamos realidad que ha sido descubierta. El humor limita con la desesperación, ya que está en el límite de la nada, de lo absurdo, cuyo resultado es el triunfo de éste

16. Helmuth PLESSNER, *La risa y el llanto*, op. cit., pp. 97-130.

17. Ídem. p. 157.

ante la misma derrota¹⁸. Es como si de alguna manera el sujeto hubiese renunciado a toda esperanza de encontrar el significado de sí mismo, encontrando su salvación en la burla de la necesidad del ser humano, su risa confirma que ha trascendido a la misma razón, entrando en una dialéctica incompresible para el resto de humanos. Como nos señala Stilman: “el humorista enfrenta al mal, representado por lo racionalmente inexplicable o injustificable. El mal puede ser la muerte, el absurdo de la vida, el inmenso vacío del universo, o el porvenir del hombre mismo; la crueldad, la estupidez, la hipocresía, el mundo asfixiante de las convenciones, son la fábrica permanente del humorismo, esa lucidez que los denuncia. La sola denuncia es una infracción a las leyes del poder enemigo, que exige un sometimiento silencioso. El humorista es un infractor peligroso, porque es capaz de burlarse aún en la derrota”¹⁹. Ante esta actitud humorística, la que manifiestan esos humoristas que rozan lo absurdo, lo grotesco, el contra-sentido, nos surge una pregunta: en qué medida esta actitud absurda ante su propia existencia podría estar relacionada con la melancolía, como posible salvación ante el vacío melancólico, como una forma de trascender, llevándole a la aceptación de la contrariedad de su propia existencia, haciéndola más sostenible y humana. Duda que en este trabajo no vamos a poder resolver, pero llama la atención como el humor más grotesco, que se burla de la misma muerte se llame humor negro. El humor negro, señala Stilman, “constituye la expresión humorística más audaz, el alzamiento de lo herético contra la ley del lugar común: extiende la contradicción a los valores más venerados, los trastoca, los identifica y los anula. Tras la batalla, es difícil saber qué se ha ganado y distinguir al triunfador”²⁰.

Quizás el caso paradigmático de este triunfo ante la derrota lo encontremos en el filósofo que ríe, Demócrito, cuya risa expresaba una concepción filosófica del mundo que abarcaba la vida humana, los vanos terrores y esperanzas del ser humano. Demócrito, debido a su hilaridad desatada fue visitado por Hipócrates para discernir sobre su posible locura, y lejos de confirmarla, el médico sentencia: “no está loco, sino que es el más sabio de todos”²¹. En el encuentro entre ambos, Hipócrates le reprende: “Pues te ríes y te burlas de cosas de las que habría que apiadarse, e igualmente te ríes de lo que tendría que alegrarte: de tal modo que no hay para ti distinción alguna entre el bien y el mal”²²; a lo que el filósofo le responde: “Dices bien, Hipócrates, pero cuando lo hayas comprendido, sé que mi risa te parecerá, tanto para ti como para tu patria, mejor remedio y medicina que tu embajada, y podrás dar la sabiduría a los demás. Tal vez, en reciprocidad, me enseñes a cambio la medicina, cuando hayas apreciado con cuánto empeño los hombres, entreteniéndose en cosas indignas de cualquier atención y esforzándose por hacer cosas sin valor alguno, consumen sus vidas en cosas ridículas”²³.

18. Marina LIEBERMAN, *Entre la angustia y la risa*, México D.F., Universidad Autónoma Metropolitana, 2005, pp.123-163.

19. Eduardo STILMAN *El libro del humor absurdo*, Buenos Aires, Ediciones Siglo Veinte, 1977, p. 8.

20. Ídem, p. 10.

21. Laurent JOUBERT, *Tratado de la risa*, op. cit., p. 179.

22. Ídem, p. 182.

23. Ídem.



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

A lo largo del presente trabajo se ha intentado dilucidar en qué consiste la risa y su relación unívoca con lo cómico, como una de las mejores soluciones ante la sin-razón del ser humano. En vez de haberse resuelto el enigma, nos hemos visto envueltos en diferentes contrariedades, sin-sentidos, incongruencias, en ocasiones llegando a lo absurdo de dicha respuesta tan puramente humana y a la vez tan incomprensible; es lo que tiene el intentar analizar, comprender y explicar mediante una lógica racional algo que la atraviesa y la inutiliza. Así, a partir de las diferentes aportaciones de los autores que se han acercado a dicho misterio de nuestra existencia, podemos concluir que lo cómico y la auténtica risa están más allá de la razón misma, siendo su denuncia más frontal y directa, y a su vez su mejor defensa, con lo que nos deja en una ambivalente encrucijada de difícil resolución, pudiendo ser una excelente respuesta la misma risa.

 AEN retwitteó



Encaja pero no gira (Jornada de prácticas en RPS) @EncajaDe · 5 sept. 

Os presentamos la jornada "ENCAJA PERO NO GIRA, prácticas en Rehabilitación Psicosocial".

Será un encuentro para la reflexión común sobre las prácticas en rehabilitación psicosocial. ¡NOS VEMOS EL 15 DE OCTUBRE! @AENEUROPSI @FlipasGAM

@consaludmental @En1aPersona @Amafesemueve

¿Para qué sirve una Estrategia en Salud?

José Rodríguez Escobar

Coordinador de la Comisión de Evaluación de Servicios Asistenciales

En diciembre de 2006 se aprobó en el Consejo Interterritorial de Salud la [primera Estrategia en Salud Mental del SNS](#).

Con sus 6 líneas estratégicas, 9 objetivos generales y 66 objetivos específicos, la estrategia fue, tras el “Informe de la Comisión Ministerial de Reforma Psiquiátrica” de 1985 y de la Propia Ley General de Sanidad de 1986, la primera iniciativa, a nivel de toda España, a la hora de fijar una serie de directrices unificadas con el objetivo de desarrollar el modelo comunitario de atención.

Esta estrategia fue [evaluada](#) y [actualizada](#) en 2009. Las novedades fundamentales de esta primera actualización fueron la inclusión de objetivos que contemplaran la perspectiva de género en la misma, y la supresión de la línea sexta de Sistemas de Información y Evaluación.

En 2014 se realizó la segunda evaluación y, en base a sus conclusiones se llevó a cabo una propuesta de actualización que fue rechazada en abril de 2016.

En estos momentos se está a la espera de una nueva actualización que alcance el consenso que no consiguió la previa.

Pero, aparte de estas consideraciones, ¿sirve para algo una estrategia?

Desde enero de 2006 y hasta diciembre de 2017, trabajé como jefe de servicio en el Área de Estrategias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Además de ser responsable, en todo este tiempo, de la Estrategia en Salud Mental, fui responsable de la elaboración y evaluación de las primeras versiones de las estrategias en Cuidados Paliativos, Ictus, EPOC y Enfermedades Neurodegenerativas.

Con esta perspectiva, y teniendo en cuenta que no deja de ser una visión subjetiva, creo que mi respuesta sería: depende.

Creo que, tras la aprobación de la Estrategia de Cuidados Paliativos, se fue creando y ampliando, donde ya existía, una estructura de equipos domiciliarios y de unidades hospitalarias y, sobre todo, se creó en la opinión pública la idea de que era un servicio imprescindible. Aunque con deficiencias, se puede afirmar que hubo un antes y un después en los cuidados paliativos a raíz de la aparición de la estrategia.

En EPOC, la estrategia permitió, sobre todo, la extensión de las pruebas de espirometrías para poder detectarlo precozmente, que era el principal problema en esta patología. A pesar de los importantes avances habidos, lo cierto es que su implantación está lejos de ser tan extensa como este importante problema necesita.



Tal vez la estrategia en la que más rápidamente se dio un cambio cualitativo en la atención y recursos fue en la Estrategia de Ictus. Ya en diciembre de 2007, un estudio realizado por el Ministerio sobre historias clínicas llegó a la conclusión que, tras la aprobación de la estrategia, la práctica clínica había dado un vuelco y los códigos Ictus y los equipos de Ictus, principales objetivos de la estrategia se habían extendido ampliamente por el territorio.

Por otro lado, raro era el congreso o jornada en la que no se nos solicitaba ir para presentar o informar sobre el desarrollo de la Estrategia, esta estaba también presente formando parte de las fundamentaciones de la mayoría de las ponencias y comunicaciones presentados a los mismos. **Pero, volviendo a la Salud Mental, ¿cuáles han sido los resultados de la estrategia?** Creo que es difícil saberlo. Según las dos evaluaciones, hay un importante desarrollo de los programas de prevención y promoción, pero, como también se señala en ella, sin un enfoque global y basados en un estudio de necesidades, además de que no se han evaluado, salvo excepciones, su impacto. También parece que se ha ido desarrollando desde 2006 una red de dispositivos tanto rehabilitadores como residenciales, alternativos a la hospitalización. Sin embargo, aún continúan los hospitales monográficos y es muy escaso el desarrollo de planes individuales de atención que suele ser, fundamentalmente, de tratamientos farmacológicos y muy poca intervención psicológica, de planes de cuidados y de valoraciones e itinerarios sociales, a pesar de ser elementos fundamentales y con mucha evidencia científica.

¿Qué hace que unas estrategias tengan mayor impacto que otras?

Hay muchos factores y, sin duda, la complejidad de los problemas de salud mental, el estigma que sufre dentro del mundo sanitario y la diversidad de enfoques influyen de forma muy importante. Sin embargo, y comparando con otras que parece que han calado más en la mejora de la atención, desde mi punto de vista, podríamos señalar algunas causas y soluciones.

Para exponerlas voy a basarme en los que, desde mi punto de vista, son los tres colectivos a los que se dirigen las estrategias:

A: Las personas afectadas y sus familiares: teniendo claro los objetivos, las asociaciones deben tomar la estrategia como bandera para difundir entre sus socios, llegar a la sociedad y exigir su cumplimiento a las instituciones.

B: Los profesionales: sacar de la estrategia las claves de modificación de la práctica clínica que incluye, por ejemplo, la evitación de coerciones, la facultad de las personas en elegir su tratamiento, el que este no se base exclusivamente en el medicamento, que esté elaborado por un equipo de enfermería, psicología y psiquiatría, que siempre haya intervención psicológica y valoración de enfermería y social, que siempre se valore y se asesore o intervenga con la familia.

C: Los gestores, que tienen que tener claro lo que se les pide. Una gran cantidad de objetivos en aspectos de promoción, prevención, atención, estructura, ... difícilmente se recuerdan.

Concluyendo:

Los objetivos cobran realismo cuando, ante la pregunta: ¿Qué propone la estrategia?, uno pueda responder de forma clara: respetar los derechos humanos en materia de tratamientos involuntarios y decisiones de las personas afectadas en cuanto a su tratamiento; rebajar la medicación innecesaria; que todos tengan en su plan individual intervención psicológica basada no en las creencias del psicoterapeuta, sino en la mayor evidencia disponible y plan de cuidados, así como valoración social con un itinerario, si precisa; que sus familiares reciban asesoramiento y apoyo... y poco más, salvo formación e investigación.

Si esto se convierte en los ejes de la reivindicación de las personas afectadas y de la actuación de los profesionales; si los objetivos de la estrategia que lo señalan son conocidos y sirven de introducción a las ponencias y comunicaciones; si esto mismo sirve para negociar con las instituciones los recursos humanos y estructurales... algo iremos avanzando, y sobre todo llegará a las personas que lo necesitan.

Es decir:

Claridad de objetivos y, cuantos menos, mejor: Una estrategia que quiere abordarlo y mejorar todo tiene más dificultades para ser llevada a cabo.

Que las personas afectadas y sus cuidadores se sientan identificados con ella y la utilicen.

Que los profesionales la utilicen como guía de su práctica clínica.

Las estrategias no son leyes y, por tanto, si una comunidad autónoma no cumple los objetivos, puede no pasar nada (de hecho no pasa): pero, volviendo a la Estrategia de Ictus, recientemente se ha condenado a la Comunidad de Madrid a indemnizar a una paciente a la que no se aplicó el código Ictus, y es que, si un objetivo, en este caso el código Ictus, se convierte en una bandera clara y defendido por todos, una práctica extendida, y, por escrito, hay un compromiso de las comunidades, sí puede tener repercusiones legales.

Pronto tendremos una nueva estrategia, leedla, difundidla, trabajadla, utilizadla. Puede llegar a ser una buena herramienta.



Pasos y tropiezos hacia una Neurociencia Crítica

José Camilo Vázquez Caubet

(Texto originalmente publicado en [este blog](#))

1. Afinidades, idealizaciones y reticencias

Como todo aquello que se populariza, y como ya le ocurriera al psicoanálisis en su momento, a la Neurociencia y sus productos les ha llegado la hora de ser juzgados.

Algunos autores como [Salvatore Aglioti](#) afirman que hemos pasado del Neurocentrismo de la [Década del Cerebro](#), el [Conectoma](#) o el [Blue Brain Project](#) a una presunta Neuromanía, manifiesta en la tendencia de las neurociencias a fagocitar campos ajenos, a veces con la complicidad de las disciplinas colonizadas. Aglioti señala además la existencia de una creciente Neurofobia, como él la llama, la aversión más o menos fundamentada hacia las ciencias del sistema nervioso.

Esto le permite escribir y vender un libro al respecto, con lo que ya vamos percibiendo una de las dinámicas que señalan el momento cultural que viven las Neurociencias: son el foco del intelectualmente estimulante, lucrativo y en ocasiones tumultuoso debate público.

Si bien la mayoría somos, en el día a día, más pragmáticos y eclécticos de lo que solemos reconocer ante los demás (especialmente en las redes sociales) el caso es que ante el avance de las neurociencias parece que muchas personas se sienten impelidas a posicionarse, escogiendo bando entre afines o escépticos. Esto puede llevar a expresar entusiasmos poco fundados, pero también animadversiones y críticas viscerales.

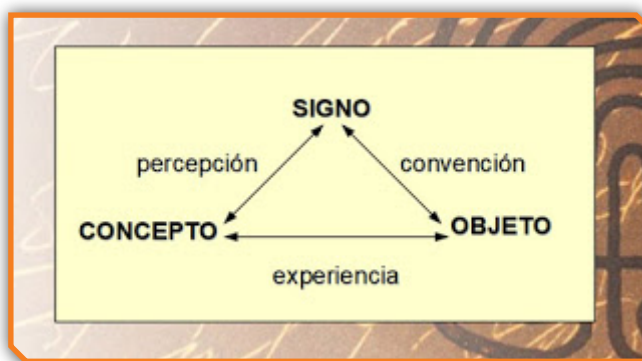
A nuestro juicio, que uno acabe posicionado de uno u otro bando dependerá no tanto de un análisis reflexivo, sino fundamentalmente de dos factores: la idea que se tenga de Neurociencia, es decir, cuál es la red de significantes que uno tiene asociados a la misma y, más importante aún, cuál es la postura hacia las neurociencias que mantienen los miembros de nuestros grupos de pertenencia.

2. La neurociencia y el imaginario

Los autores que han hablado del imaginario social, [término acuñado por Castoriadis](#), aspiraban a comprender los mecanismos por los que se constituyen las sociedades más allá de sus necesidades puramente materiales. Esta vía de análisis nos lleva a un terreno resbaladizo, pero no ajeno a los profesionales que trabajamos con la subjetividad de las personas. Puede que una institución (pongamos un hospital) requiera presupuesto, herramientas de trabajo, planificación, personal, pero desde el momento de su concepción va a tener que investirse de símbolos, palabras que representen los temores, deseos e ideas trascendentes que motivan a las personas, tales como la salud, la compasión, la justicia, el progreso, la tradición... Los humanos somos primates envueltos

en símbolos, y necesitamos dar un sentido narrativo a nuestra experiencia. De esta mezcla híbrida y confusa de elementos materiales y las historias que nos contamos al respecto, se compone el mundo que habitamos.

Pero ¿qué palabras invisten una institución y por qué no otras?, o también, ¿por qué se van sustituyendo con el paso del tiempo?. Sin una teoría del lenguaje resulta difícil justificar cómo se adhieren las palabras a este imaginario que primero es individual y pasa a ser social cuando se comparte. Apenas estamos empezando a entender cómo nos relacionamos con las palabras y cómo éstas se entretrejen con nuestro pensamiento, pero el conductismo radical nos ofrece un abordaje prometedor. La denominada Teoría de los Marcos Relacionales sostiene que la conducta verbal se desarrolla por medio de la exposición repetida a asociaciones entre palabras, objetos y conceptos (“neurona”, una célula nerviosa, la idea que tenemos de la misma) de las cuales se van derivando relaciones complementarias (piramidal, glía, biología, ciencia, bata...).



Contrariamente a lo que se reprochaba por inviable al conductismo clásico no hace falta exponerse a todas las combinaciones posibles de palabras para aprender a utilizarlas de forma efectiva. Basta con aprender determinadas palabras y las categorías de relación que mantienen con otros estímulos (de equivalencia, distinción, oposición, comparación, jerárquica, de causalidad...). Nuestra apabullante capacidad lingüística se basa en el condicionamiento operante en un contexto social (obtenemos refuerzos en forma de más atención, más conversación, caras sonrientes y tonos afectuosos) a partir del cual se derivan automáticamente relaciones apropiadas (por ejemplo, solo necesitamos aprender que los hermanos los son siempre entre sí, y no asociar una y otra vez que alguien es el hermano de otro alguien).

Aprendemos a hablar, por tanto, en virtud de un histórico de asociaciones reforzadas socialmente al ser usadas en contextos adecuados. Y que el refuerzo llegue dependerá de nuestra adhesión o no a las peculiares tramas entre símbolos que le son propias a cada cultura (la palabra nieve no es la misma, ni tiene las mismas relaciones simbólicas en Dinamarca que en Mozambique a pesar de que intente designar lo mismo). Con las neurociencias ocurre lo mismo. Podría llevarse a cabo un análisis materialista, describiéndolas como la aplicación del método científico y determinadas tecnologías al estudio del sistema nervioso animal. Sin embargo, desde la perspectiva del imaginario social podemos analizar las neurociencias simbólicamente. Podremos observar de esta forma que el significante



Neurociencia cuenta con una creciente red de relaciones con diferentes palabras y conceptos que van tejiendo una vasta urdimbre. Desde las mariposas del alma a las que se refería Cajal hasta el neuromarketing, pasando por el biologicismo o el [capital cognitivo](#). El imaginario social de las neurociencias no para de crecer.

3. Palabras a la importancia

Como expusimos al analizar [los lazos simbólicos entre “Lo Natural” y las “terapias alternativas”](#), en nuestro momento sociocultural hay una serie de asociaciones que se prestan más que otras. Si tuviéramos que relacionar un listado de palabras por su afinidad u oposición al concepto de Neurociencia, probablemente coincidiríamos en muchas de ellas (no en vano nos influyen los mismos medios de comunicación de masas, en los que las neurociencias gozan de un estatuto hegemónico). Sin embargo sería mucho más interesante estudiar las discrepancias que las coincidencias. Este patrón de asociaciones diferenciales entre las palabras que relacionamos unos y otros probablemente estaría revelando algo importante de nosotros mismos. En la medida en que aprendemos a hablar en el seno de al menos un grupo, nuestra red de significantes arrojaría luz sobre nuestra historia de relación y nuestros grupos de pertenencia. Cada uno podría intentar rastrear, como en un ejercicio de libre asociación, el camino que recorre a tientas y en sentido inverso nuestra historia de aprendizaje verbal en relación con la Neurociencia.



Por ilustrar con un ejemplo personal, al iniciar la carrera de medicina uno de nuestros primeros profesores afirmó algo parecido a esto: “la medicina es un idioma de unas 7000 palabras. A aprenderlas dedicarán los siguientes 6 años de su vida”. Lo cierto es que ese aprendizaje nunca se detuvo ahí. Las personas nos pasamos la vida aprendiendo idiomas y dialectos, que luego se van puliendo con la

incorporación de acentos regionales y matices grupales. Este proceso de socialización continuo, del que se habla poco y pasa a menudo inadvertido, está particularmente presente en el mundo de las profesiones que se dedican a la atención clínica de los problemas de salud mental, las denominadas profesiones “psi”. Cuando uno se incorpora a una de estas profesiones emprende un viaje lingüístico en el que aprenderá palabras completamente nuevas (forclusión, microglía), mientras que antiguas palabras se irán invistiendo de significados alternativos (falo, devolver, proyectar...).

Los potenciales dialectos no escasean, al existir diversos grupos. Por su formación académica diferenciamos entre psiquiatras, psicólogas, enfermeras, trabajadoras sociales, educadoras sociales, terapeutas ocupacionales... Estos grupos comparten tarea (prevenir o reducir el sufrimiento psíquico de las personas) pero al ser ésta tan compleja se la reparten con el fin de que cada uno de ellos se centre en abordar un nivel diferente de la realidad (biológico, psicológico y social). Pero las divisiones no acaban ahí. Una de las dinámicas grupales más conocidas en la especie humana es la tendencia a la división interna (cismogénesis) cuando se alcanza una determinada masa crítica. Así tenemos diferentes escuelas de pensamiento dentro de los grupos mencionados: los hay psicoanalistas, conductistas, biologicistas, sistémicos, humanistas, gestalt... Y dentro de cada escuela no es raro que surjan nuevas escisiones, subdivisiones impulsadas por alguna figura de autoridad o un posicionamiento ante una categoría concreta (por ejemplo ejemplo, la antipsiquiatría contra la institución asilar). Las divisiones siguen y siguen “hacia dentro” siguiendo una dinámica fractal, que se replica de forma idéntica a diferentes escalas. Pero también existen divisiones en función de otros ejes: existe el eje público-privado, el de PIR-no PIR, el de clínico e investigador, el de Atención ambulatoria y Atención hospitalaria, etc...

Cada uno de estos grupos atesora una historia de relación diferente con las palabras. Unos estarán más familiarizados y aceptarán con total naturalidad el contacto con los campos semánticos de la neurobiología, la psicofarmacología, la psicobiología... Otros lo estarán menos, en la medida en que requieren hacer uso de otras palabras para enfrentarse al tipo de realidad que es el objeto de su trabajo. Con el paso del tiempo uno podrá reconocer fácilmente la procedencia o el grupo profesional al que pertenece otro compañero, simplemente por su forma de hablar sobre determinados temas o por la reacción emocional ante determinadas palabras. Y es que, más allá de que las palabras sean nuestra principal herramienta de trabajo, [ya dijo Austin \(1962\)](#) que con las palabras no solo transmitimos información, sino que llevamos a cabo actos de habla. Una de las funciones más importantes de las palabras, aún de forma no premeditada, será la de identificarnos. Como veremos, nuestra relación con una palabra como Neurociencia puede influir en cómo nos relacionamos con otros grupos humanos.

4. Desvío etológico: el ellos y el nosotros

El problema fundamental de los grupos es de convivencia. En su libro más reciente, el biólogo y profesor de Stanford [Robert M. Sapolsky](#) repasa lo que sabemos acerca del sesgo intergrupar, el principal obstáculo a dicha convivencia. Todos los primates (los humanos entre ellos) se agrupan



en bandas con un número más o menos estable de miembros. Sin embargo la conducta entre los miembros de un mismo grupo es menos competitiva que la que se da entre diferentes grupos. Parece ser que existe una tendencia instintiva a diferenciar entre los nuestros (endogrupo) y aquellos que no pertenecen al mismo (exogrupo). A esta tendencia se la denomina el sesgo “us-them” (nosotros-ellos). Se trataría de un mecanismo innato, de base emocional y despliegue automático. Las implicaciones son relevantes, ya que se ha demostrado de forma consistente que modifica profundamente nuestra actitud hacia las personas. Siempre que nos encontramos ante alguien que pertenece a nuestro grupo nos mostramos más solidarios, tendemos a ser más indulgentes hacia sus defectos, minimizamos sus equivocaciones y sentimos que comparte con nosotros los valores adecuados, unos valores o creencias “claramente” superiores a los de los otros grupos. Así mismo valoramos en el individuo y nos resulta atractivo todo aquello que indique pertenencia a nuestro grupo.

Los grupos humanos no son simples acumulaciones de individuos en el espacio y el tiempo. En el caso de los Sapiens, al no congregarse los individuos únicamente por cuestiones de parentesco sino hacerlo también por lazos simbólicos, hablamos de grupo en la medida en que sus integrantes comparten una cultura. Esta cultura grupal se compone de elementos implícitos y explícitos. Dentro de cada cultura encontramos valores, creencias, ideologías y atribuciones, que son los elementos implícitos: invisibles, pero comunicables verbalmente y fundamentales para la cohesión del grupo. Como elementos explícitos y señalizadores de la pertenencia al grupo se desarrolla de forma acumulativa toda una serie de marcadores externos arbitrarios, como son la apariencia, el lenguaje (las palabras que se usan, el modo en que se combinan, pero también el acento) así como determinados ritos y marcadores conductuales (un saludo, una forma de caminar).

¿Qué ocurre con aquellos que no parecen pertenecer a nuestro grupo? A los individuos catalogados como “ellos” sistemáticamente se les devalúa, se les tiende a percibir como más amenazantes, probablemente enfadados y de poco fiar. La expresión más significativa de este sesgo sería el asco, que se incrementa hasta el punto de promover la intolerancia, que denominamos xenofobia. Con esta base emocional en marcha, casi cualquier argumento o justificación verbal que se solicite a quien siente asco estará formada por elementos percibidos a través del sesgo de confirmación y argumentos racionales contruídos ad-hoc. Lo verdaderamente interesante es que esta división nosotros-ellos se genera en función de la categoría que estemos considerando relevante en cada momento, en función del contexto. Podría hablarse de interseccionalidad, en el sentido de que son múltiples las circunstancias que pueden hacer sentirnos dentro o fuera de un grupo, interactuando de forma compleja en muchas ocasiones. Nuestra naturaleza simbólica ha convertido esta disposición compartida por todos los primates en una fuente inagotable de encuentros y desencuentros. Tal vez esto explique por qué nuestra especie es capaz de sacrificar millones de individuos en una guerra ideológica, pero al mismo tiempo sea capaz de juntar a 50 desconocidos adultos en un vagón de metro sin que se forme un tumulto automáticamente, como sucedería por ejemplo con una colonia de chimpancés.

5. Concluyendo

La palabra Neurociencia es uno de esos significantes que está cogiendo peso rápidamente, que se está moralizando. Como palabra que es no puede defenderse por sí sola, y ha de quedar expuesta al uso que entre todos le vayamos dando. A veces se la empleará como emblema del conocimiento indiscutible y acrítico, mientras que en otras ocasiones nos parecerá el signo de aquellos que secretamente desean sojuzgarnos.

Funcionará, cada vez más, como un marcador visible que nos permita distinguir entre ellos y nosotros. Una cuota importante de filias y fobias nos vendrá más bien de casta, en la medida en que forme o no parte la Neurociencia de las cosas que se aprecian o desprecian entre los nuestros. Pero las personas somos contradictorias por naturaleza y, en la medida en que todos pertenecemos simultáneamente a diferentes grupos, seguiremos bandeándonos entre la fidelidad a nuestra conciencia y la reconfortante entrega hacia los nuestros.

Por ello será bueno recordar que tal vez gran parte del debate no sea más que un hacerse notar, una ocasión para reivindicarse ante los demás, y así convencerles y convencernos a nosotros mismos, un poco, de que pensamos lo que pensamos.

Porque a veces queremos creer que creemos en espejos con axones, en cerebros plásticos y epigenéticas. Otras tantas abjuramos. Y poco de eso tiene que ver, si lo pensamos bien, con la Neurociencia.

Bibliografía

Törneke N, (2016). Aprendiendo TMT. Una introducción a la Teoría del Marco Relacional y sus aplicaciones clínicas. Ed. MICPSY.

Sapolsky R, (2017). Behave. The biology of humans at our best and worst. Ed. Bodley Head.

Haidt J, (2012) El perro emocional y su cola emocional. Guía Comares de neurofilosofía práctica. Ed. Comares.



La muerte de un joven que no quiso ingresarse.

José Leal Rubio

Psicólogo Clínico. Psicoanalista

El relato que el diario La Vanguardia hace de la intervención del SEM, els Mossos y la Guardia Urbana de Abrera (Barcelona) para lograr el ingreso psiquiátrico involuntario de un joven de 27 años es conmovedor y lacerante. Parece más, siento decirlo, el relato de acoso a un animal acorralado que una acción humanitaria que tiene como protagonista a un joven que no quiere salir de su casa y ser ingresado contra su voluntad. El titular dice: "[Muere un joven tras ser reducido por los Mossos al oponerse a un ingreso psiquiátrico](#)". La historia, contada por los diversos medios de comunicación de Barcelona con algunos matices, es la siguiente. El Servicio de Emergencias Médicas se presenta en un domicilio para proceder al cumplimiento de una orden médica consistente en ingresar en una unidad psiquiátrica a un joven contra su voluntad. Van acompañados, como dice el protocolo, de una unidad de refuerzo dels Mossos por si son necesarios. La familia propone, y así se hace, que no entre el cuerpo de seguridad. Los técnicos del SEM intentan, sin éxito, convencer al joven de que se deje ingresar. Tras media hora sin éxito y ante la tardanza de dos especialistas, psiquiatra y psicólogo, a quienes se ha llamado, lo intentan los miembros policiales. El resultado es el aumento de tensión y respuesta, al parecer, violenta del joven. No sabemos qué tipo de violencia. La policía pide refuerzos y se presentan varias patrullas y una de la Guardia Urbana de la población. Logran "reducirlo", es la expresión que emplean; no quiero imaginar cómo tuvieron que emplearse para lograrlo. Cuando en el portal de la casa el joven ve la camilla y la ambulancia aumenta su violencia y se produce, dicen, una segunda "reducción". Tal vez no fuera su primer ingreso y siente terror. Logran subirlo a la camilla y atarlo. Al poco, ya en la ambulancia, sufre una parada cardio-respiratoria que intentan resolver los técnicos sin éxito y el joven llega sin vida al hospital. Acaba así la noticia: "Estas mismas fuentes (policiales) sostienen que la actuación policial fue completamente reglamentaria. "La propia familia estuvo presente en todo momento", resuelven. "Estamos muy tranquilos", sentencian desde la policía catalana".

Hasta aquí el relato escueto de los hechos contados por la prensa. Entiendo que la tranquilidad de la policía se refiere a que no habrá consecuencias penales porque, parece ser, se ha cumplido el protocolo. No es difícil suponer que quienes han participado en una situación tan dolorosa, a pesar de las muchas situaciones amargas en las que intervienen, deben estar tremendamente heridos. Con mayor dolor, la familia y todos los profesionales que en estos años le han ofrecido cuidados. Lamentablemente la operación fue un éxito, se cumplió el protocolo, pero el paciente murió en la camilla.

Sinceramente no está en mi ánimo señalar culpabilidades. Se de la muy alta dificultad de estas situaciones una vez se ha instalado esa tremenda escalada de tensión vinculada a la terrible angustia que debe sentir un ser que se siente acosado y que muy posiblemente no puede entender que quieran

protegerlo así. No culpo a nadie pero he de ser honesto y expresar que, en mi criterio, la muerte del joven, ese corazón que deja de latir después una tan gran violencia no puede considerarse ajena a esa excitación que le supone la situación de forzamiento de su deseo y de coerción de su libertad que defiende como puede. De estas violencias hemos de seguir hablando. La propuesta de ingreso involuntario por parte de un facultativo hay que entenderla como parte de una relación de ayuda. El forzamiento debería ser el menor, si es posible ninguno. No necesariamente tiene que ser ejecutada la propuesta en el momento en que se presenta el dispositivo de retirada de la persona de su domicilio para ser ingresada. Parece que en este caso, a la llegada del SEM el joven no estaba agitado ni mostraba violencia. Mostraba desacuerdo y debía estar con cierta capacidad de diálogo cuando estuvieron los técnicos del SEM intentando convencerle durante media hora. Poco tiempo para una tarea tan importante y difícil, sin que pasara nada más que el fortalecimiento de su decisión de no ingresar. ¿Es necesario en ese estado forzar la intervención dels Mossos para convencerlo? ¿Tienen mayores recursos dialécticos y contenedores que los técnicos? En este caso no porque aumentó la violencia. ¿Se podría haber estado más tiempo para hablar, tranquilizarlo en lo posible aún al coste de renunciar al ingreso? ¿Donde está la ética de la responsabilidad que nos obliga a elegir lo mejor en cada momento calibrando los costes, incluso, de la renuncia a un mandato que cuando se hizo pudo ser lógico pero incumplible ahora? ¿Se podía haber pospuesto el ingreso, haber intervenido un equipo conector de modos de intervenir en crisis y de contención sin violencias? Mis interrogantes así como los de tantos otros no son reproches. Son preguntas al viento en un momento de preocupación e inquietud. Son también preguntas entre nosotros, testigos cada día del intenso dolor de tantos y de la, tantas veces, dificultad para ofrecer bálsamo y remedio.

Se atribuye a Winnicott haber dicho que todo lo que podemos decir de lo más profundamente humano ya lo han dicho los poetas. Estoy convencido. Y ahora recuerdo esto que dijo Leon Felipe en Antología Rota: "No hay otro oficio ni empleo que aquel que enseña/al hombre a ser un Hombre"./ El Hombre es lo que importa./El Hombre ahí,/desnudo bajo la noche y frente al misterio,/con su tragedia a costas,/con su verdadera tragedia,/con su única tragedia.../la que surge, la que se alza /cuando preguntamos,/cuando gritamos en el viento./¿Quién soy yo?/Y el viento no responde... Y no responde nadie./ ¿Quién es el Hombre?...

Lo que ha pasado mientras se forzaba el cumplimiento de una propuesta médica de ingreso psiquiátrico involuntario es la muerte de un hombre. No es la primera. Ojalá sea la última. Es la muerte de un hombre y ojalá lleve a la desaparición de un modo de hacer que, aún sin quererlo, daña. Y además de dañar la vida, daña la dignidad, daña la autonomía y daña el supremo valor que es la libertad. "La libertad, Sancho, es uno de los más preciosos dones que a los hombres dieron los cielos; con ella no pueden igualarse los tesoros que encierra la tierra ni el mar encubre; por la libertad así como por la honra se puede y debe aventurar la vida, y, por el contrario, el cautiverio es el mayor mal que puede venir a los hombres" (El Quijote, Cap. LVIII)

No hay que ceder ni un paso en la defensa de prácticas basadas en valores y contrarias a la coerción y las violencias. Que se sostengan en una ética del cuidado, de los principios y de la responsabilidad.



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Que se basen hasta el agotamiento en el diálogo, la palabra y los gestos que contienen las angustias de otro. Y que ofrezcan también espacios en los que poner en común las vivencias de dolor y fracaso de aquellos que intervienen en situaciones de tanta dificultad. Si es irremediable lo pasado no ha de serlo que se repita. Nunca más.

El dolor del otro es nuestro dolor. Y no digamos, su muerte. El haber cumplido con el protocolo no exime de la necesidad de reflexionar sobre el coste, en este y otros casos, de su aplicación. La inexistencia de responsabilidad jurídica no exime de la responsabilidad de los efectos de unas decisiones tomadas con tan indeseables resultados.

AEN retwitteó



Rafa Cofiño @rcofinof · 12 oct.

El joven científico español que busca por qué las ciudades nos enferman | Ciencia | EL PAÍS @usama_bilal @HHHproject Enhorabuena!



EL PAÍS

El joven científico español que busca por qué las ciudades nos enfer...

EE UU financia con dos millones de dólares un innovador proyecto sobre los patrones urbanos que influyen en la salud

elpais.com

Histoires D'Ome

I Aportaciones OME-AEN al Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2019-2023

<https://gobiernoabierto.navarra.es/es/participacion/procesos/plan-estrategico-salud-mental>

Aportaciones para la Elaboración del Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2019-2023

OME-AEN

A) EJES DE ACTUACIÓN

LA PERSONA

La persona como eje central. Tener en cuenta sus necesidades y su situación, partiendo de su propio punto de vista y sus recursos, y alentando su participación en la ayuda y servicios propuestos. En relación con la promoción de la salud: respeto y protección de los derechos ciudadanos como punto fundamental.

Se trata de asegurar el pleno ejercicio de los derechos de ciudadanía de las personas diagnosticadas de trastorno mental, dentro y fuera de la Red de Salud Mental de Navarra (RSMN)

SU ENTORNO INMEDIATO

Reconocimiento y participación de la red social de apoyo, allegados y familiares como aliados y colaboradores, en el caso clínico, en la organización, planificación y prestación de servicios. Favorecer la implicación y participación de la red social formal e informal de las personas usuarias de la RSMN.

LA COMUNIDAD

El desarrollo e implantación de los servicios, medidas y actuaciones han de hacerse en el contexto de la comunidad, integrados en ella, facilitando la accesibilidad a los usuarios de los servicios, y de los servicios a los usuarios, basándose y sacando todo el partido a los recursos formales e informales ya existentes en la comunidad.

B) DIRECTRICES GENERALES DE ACTUACION

PRÁCTICAS Y SERVICIOS RESPETUOSOS Y FAVORECEDORES DEL PLENO EJERCICIO DE LA CIUDADANIA

1. Diagnóstico de situación:

- a. *Niveles desconocidos y presumiblemente muy altos de coerción formal e informal, ingresos involuntarios, contenciones mecánicas, medicación forzosa, aislamiento, y otros procedimientos coercitivos en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP), incapacidades civiles por motivo de Salud Mental y tutelas y curatelas con objetivos sanitarios, experiencias de Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI) o similar,*



*acceso a servicios sociales bajo condición de tratamiento, coerción informal en todos los dispositivos de la RSMN, incluidos los Centros de Salud Mental (CSM).*²⁴ España se encuentra en una posición muy desfavorable, 26ª entre 30 países en el ranking europeo de la escala de gobernanza que incluye asuntos de derechos humanos y lucha contra el estigma²⁵. *No hay motivos para pensar que la situación navarra sea mejor que la media española.*

- b. Ausencia de información sobre derechos y forma de ejercitarlos en todos los servicios y dispositivos de la Red de Salud Mental.*
- c. Falta de información de la gama de ayuda posible, su eficacia, sus efectos adversos a corto y largo plazo, y del derecho a elegir del usuario.*
- d. Unidad de Atención al Paciente (UAPA) dependiente de la Gerencia, con actuaciones en clave «defensiva» de los profesionales de la RSMN*
- e. Estigma asociado al Trastorno Mental Grave, generalizado y particularmente intenso dentro de los centros y servicios de Salud Mental, sanitarios en general, sociosanitarios y otros.*
- f. Participación puramente testimonial, cuando se produce, de usuarios e interesados en el diseño de planes y programas asistenciales y, en general, de la política asistencial.*
- g. Inexistencia de la figura profesional de experto en primera persona.*

2. Medidas propuestas:

- a. Obtener y publicar datos de las prácticas coercitivas.*
- b. Plan de acción en todos los dispositivos de la Red de Salud Mental con adopción de indicadores de calidad hacia su disminución/erradicación, hacia la contención mecánica cero, hacia UHP puertas abiertas, disminución de ingresos involuntarios, tratamiento medicamentoso no obligatorio, con formación para intervenciones y procedimientos alternativos a las medidas coercitivas.*
- c. Desarrollo de programas alternativos a la coerción. P.ej., programas de gestión de casos como alternativa a la tentación de desarrollo de programas de Tratamiento Ambulatorio Involuntario (requiere formación para trabajo colaborativo en red).*
- d. Implantar, desarrollar y respetar el sistema de directrices anticipadas o planes conjuntos de crisis. Diseñarlas con la participación activa del movimiento de usuarios y formar a los profesionales para su cumplimiento. Crear un registro central, accesible en situaciones de crisis.*

24. Se utilizan los términos y conceptos aceptados internacionalmente en una literatura científica muy abundante. Citaremos, en particular, el estudio referente europeo EUNOMIA European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice Project– realizado en 13 países, incluido España, en 2005, y financiado por la UE; el informe del relator especial de la ONU de 2017 <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf?OpenElement> ;y en España los informes anuales de la Confederación Salud Mental España, el último publicado en Julio 2018 <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2017.pdf>

25. *Mental Health And Integration Provision For Supporting People With Mental Illness A Comparison Of 30 European Countries* 2014 https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/Mental_health_and_integration.pdf

- e. Cuando haya pérdida de autonomía respetar las directrices anticipadas, si las hubiere, y dialogar con los acompañantes de la persona atendida -elegidos por ella- que puedan garantizar que sus derechos y sus voluntades se respeten en el proceso terapéutico. El interlocutor de las medidas clínicas propuestas no puede ser el juez.
- f. Informar a los usuarios de sus derechos, no viéndolos como privilegios a utilizar en el proceso terapéutico sino como derechos inherentes a la persona, e implantar en los dispositivos herramientas y figuras profesionales para que puedan ejercerlos.
- g. Un plan para hacer posible la trasmisión de la información, veraz y comprensible, sobre los tratamientos y permitir la elección de los usuarios.
- h. Transformación de la UAPA en un servicio independiente de la Gerencia de Salud Mental y del que forme parte un experto-paciente y un familiar
- i. Lucha contra el estigma promoviendo campañas dirigidas a diversos sectores y, en particular, a los intervinientes profesionales de los dispositivos de salud, salud mental, socio-sanitarios, bienestar social, educación, justicia
- j. Intervención de usuarios y antiguos usuarios, expertos en primera persona, en la planificación, organización y evaluación de servicios.
- k. Adoptar la figura profesional de experto en primera persona e implantarla empezando allá donde las situaciones de crisis y la vulnerabilidad del paciente sea mayor.
- l. Crear una Comisión de Bioética en Salud Mental, con la implicación de usuarios y representantes ciudadanos.
- m. Desarrollar los valores éticos de los servicios públicos en todos los dispositivos de Salud Mental: autonomía, diálogo, colaboración, seguridad, respeto, equidad, tolerancia, honestidad, lealtad... en lugar del paternalismo.

PRÁCTICAS Y SERVICIOS DIRIGIDOS A LA RECUPERACION

Recuperación basada en la **experiencia individual**, necesidades y valores de la persona y su camino hacia una vida que considere satisfactoria y plena, sea cual fuere la persistencia del trastorno y de sus síntomas.

1. Diagnóstico de Situación

- a. Servicios y dispositivos dirigidos a resultados a corto plazo, bloqueo de síntomas y resolución de situaciones de urgencia, según necesidades de gestión de los propios dispositivos y redes, sin tener en cuenta la funcionalidad y recuperación a largo plazo.
- b. Objetivos clínicos que apuntan a la remisión de síntomas, no a la recuperación, y mucho menos a la calidad de vida, concepto este último que superpone a la sintomatología y a la recuperación la percepción subjetiva de la persona usuaria, según su propio proyecto de vida, valores y preferencias. Existe abundante literatura científica al respecto²⁶.

26. Larsen-Barr M. Experiencing antipsychotic medication from first prescriptions to attempted discontinuation, tesis doctoral: https://www.researchgate.net/publication/309485009_Experiencing_Antipsychotic_Medication_From_First_Prescriptions_to_Attempted_Discontinuation



- c. *Cifras desconocidas, en probable aumento, de tasas de discapacidad, incapacidad laboral, dependencia e incapacidad civil asociadas al Trastorno Mental.*
- 2. *Medidas propuestas:*
 - a. *Registro y publicación de indicadores de evolución de discapacidad, incapacidad y dependencia asociados al Trastorno Mental.*
 - b. *Desarrollo de indicadores de gestión clínica que tengan la recuperación como objetivo clínico prioritario, por encima de tratamiento sintomatológico, recaídas y rehospitalizaciones.*
 - c. *Incorporar a los objetivos del tratamiento el concepto de calidad de vida subjetiva del paciente, que puede primar sobre otras consideraciones sanitarias y clínicas, como el riesgo de recaída y de rehospitalización.*
 - d. *Activación de los recursos personales, incluyendo sus redes sociales, considerando los profesionales como complementarios a los anteriores.*

PRÁCTICAS Y SERVICIOS ADAPTADOS A LAS NECESIDADES CON UNA OFERTA SUFICIENTEMENTE DIVERSIFICADA

Adaptar los dispositivos a las necesidades y ofrecer una gama variada de intervenciones y servicios con arreglo a las necesidades, sistemas de valores y preferencias de los usuarios. Se trata de que las personas tengan acceso a servicios adecuados y adaptados a su situación particular.

- 1. *Diagnóstico de situación:*
 - a. *El diseño arquitectónico actual de las UHP es el habitual para plantas con pacientes encamados, completamente inadecuado para personas con sufrimiento psíquico que tienen otras necesidades.*
 - b. *Lo mismo puede decirse de las actuales urgencias psiquiátricas hospitalarias con un diseño absurdo para personas en crisis emocional o conductual. La atención en urgencias no es multidisciplinar, asegura actualmente una dimensión principal de contención y de filtro/puerta de entrada para el ingreso en Unidades de Agudos y es poco adecuada a las verdaderas intervenciones en crisis como parte de un proceso clínico dirigido hacia la recuperación personal y la vida funcional.*
 - c. *Los objetivos de gestión de las UHP no están adaptados a las necesidades, tiempos de estancia media miméticos respecto a otro tipo de unidades, «timing» inadecuado en el abordaje de las crisis, pobre multidisciplinariedad, objetivos limitados a la contención de los síntomas positivos, rederivación a otros dispositivos cuando no se consigue, media estancia, larga estancia...*
 - d. *Deriva de los Centros de Salud Mental hacia servicios de evaluación y triaje de las derivaciones realizadas por Atención Primaria, ordinarias/preferentes que no obedecen a criterios clínicos, con listas y tiempos de espera como indicadores de calidad, en detrimento de los servicios ofertados, con intervenciones terapéuticas imposibles de facilitar por frecuencia y duración de consultas inadecuada -psicoterapias, intervenciones en crisis*

- e. *Servicios centrados en la psicofarmacología con otros abordajes, psicoterapéuticos, psicoeducativos, sociosanitarios... secundarios a la psicofarmacología. Es fácil seguir en Navarra y en España el aumento exponencial del uso de psicofármacos en todos los tramos de población²⁷ y la evolución en constante aumento del gasto asociado. Se recogen en el diagnóstico de situación del anterior Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra donde se afirma que «El consumo de psicofármacos en Navarra está por encima de la media española»²⁸.*
 - f. *Propuesta de protocolos unificados como objetivos de calidad, supeditando los deseos y valores de los usuarios al cumplimiento de los protocolos²⁹.*
 - g. *Consentimientos informados diseñados para convencer, que no informan de alternativas ni permiten una auténtica toma de decisiones continua e informada.*
2. *Medidas propuestas:*
- a. *Rediseño, arquitectónico y de otros tipos, de las actuales UHP de forma que se adapten, a las necesidades de pacientes no encamados, con espacios suficientemente amplios para poder convivir, incluidos espacios habilitados para fumadores. Existe literatura al respecto con medidas diversas, algunas que no exigen gran desembolso, otras que llevarían a un rediseño integral de las UHP³⁰.*
 - b. *Creación de un dispositivo alternativo que permita realizar hospitalizaciones fuera del hospital general, unidades pequeñas e incluso poco medicalizadas, tanto en agudos como en otro tipo de pacientes. Existen en otros países, por ejemplo en el Reino Unido, y son bien valorados por los propios pacientes, que los prefieren a los internamientos en plantas hospitalarias muy medicalizadas³¹.*
 - c. *Son posibles otros modelos de intervención en crisis 24/24, 7/7 comunitarios, ya instaurados en otros países (Escandinavos, Reino Unido)³². Podrían perfectamente implantarse en Navarra, en el contexto, por ejemplo, del programa de Primeros Episodios Psicóticos PEP, dotando a este de una alternativa para detectar e intervenir en primeros episodios, reducir el DUP más adecuada a la actual.*

27. P.ej. en niños. Cf. Sáiz Fernández LC Psicoestimulantes para el TDAH: Análisis integral para una medicina basada en la prudencia 2018, p.330

28. https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/plan_estrategico_smna_2012-2016.pdf p.93

29. Se alude al Código Postal como variable indeseable que rige el tipo de tratamiento que se va a ofertar a los usuarios y se apela a la necesidad de protocolos unificados. Se trata de un uso desviado de un conocido concepto salubrista según el cual las tasas de esperanza de vida y enfermedades varían entre barrios de una misma ciudad y comarcas de una misma región en sintonía con los indicadores de exclusión social, paro, pobreza, niveles de estudios... <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia./longevidad/mapa/index.htm> Señalaremos que la existencia de protocolos no es sinónimo de calidad y buenos resultados

30. P.ej. la guía Ward Stars <https://wardstars.org/download/the-ward-stars-guide-pdf/>

31. Cooke, A. (Editor) Comprender la psicosis y la esquizofrenia. <http://www.infocop.es/pdf/comprenderpsicosis.pdf>

32. Seikkula & Arnkil Diálogos terapéuticos en la Red Social Herder Barcelona 2016



- d. *Cambios en las responsabilidades de intervención y el modelo de derivación Centros de Atención Primaria/Centros de Salud Mental*³³. Es necesario para ello la incorporación a Atención Primaria de personal formado en técnicas de intervención no psicofarmacológicas³⁴.
- e. *Mayor incorporación a los equipos de salud mental de figuras profesionales no prescriptoras, psicólogo/a, enfermera/o, auxiliar, educador/a, trabajador/a social, terapeuta ocupacional que permitan una diversidad técnica que garantice una mejor asistencia y la posibilidad de elegir por parte del usuario.*
- f. *En todos los dispositivos, buscar las necesidades personales, recoger el relato personal de las situaciones de dificultad y recoger la demanda concreta de ayuda que dice necesitar... y disponer de tiempo para ello.*
- g. *Tener en cuenta que la combinación de tratamientos psicofármacos-psicoterapia no ejerce necesariamente un efecto suma. Frecuentemente tienen objetivos distintos y relatan las dificultades de forma opuesta. También son valorados diferentemente por las personas usuarias*³⁵. A los «protocolos unificados» ha de superponerse la elección de la persona usuaria³⁶.
- h. *Informar a los usuarios de alternativas al abordaje ofertado, resultados a corto y largo plazo, pros y contras, de forma que puedan sopesar y elegir.*
- i. *Ante un conflicto entre eficacia y elección personal prima la elección personal, excepto en los casos aislados y limitados temporalmente donde haya situaciones de riesgo objetivo que se necesiten solventar.*

PRACTICAS Y SERVICIOS QUE TENGAN EN CUENTA EL ENTORNO INMEDIATO DE LA PERSONA

Se trata de incorporar a la ayuda prestada los allegados de la persona, utilizar de manera óptima los recursos informales de su red social, sobre todo en las personas diagnosticadas de Trastorno Mental Grave.

1. Diagnóstico de Situación:

- a. *En general grandes reticencias a incorporar a familiares y allegados a los procesos de evaluación y propuesta de tratamiento, alegando en muchas ocasiones confidencialidad, aun cuando la situación sea de dependencia y cuidados por parte de familiares y allegados.*

33. P.ej. según el modelo de escalones para la depresión propuesto por la guía NICE, GUIDELINES 90/91 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90> <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>

34. El NH inglés, p.ej. ha optado por la incorporación de psicólogos a atención primaria, el programa IAPT <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/>

35. Pérez Álvarez, M. Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Síntesis, 2014 Madrid

36. Es indudable que no podrán realizarse en todos los dispositivos todos los procedimientos que se han mostrado eficaces respecto a determinadas dificultades o trastornos. Habrá que limitarse a asegurar que los procedimientos utilizados tienen evidencia científica, no son terapias placebo y que la posibilidad de elección existe. Cf. el apartado prácticas y servicios sujetos a mejora continua.

- b. *En personas diagnosticadas de TMG tendencia a coaliciones entre los profesionales y los familiares, dejando a los usuarios al margen de la toma de decisiones establecida.*
 - c. *En otras, los familiares se convierten en nuevos usuarios de la RSMN, de manera que se multiplican las intervenciones realizadas con la misma familia, siendo los receptores de la intervención los usuarios individuales y nunca la familia entera.*
 - d. *Escasa utilización de recursos informales y de la red privada de la persona.*
2. *Medidas Propuestas:*
- a. *Incorporación general y sistematizada de familiares, allegados y recursos informales de personas diagnosticadas de TMG, compatibilizándolo con el respeto a la confidencialidad.*
 - b. *Formación generalizada de todos los intervinientes profesionales en técnicas y procedimientos de intervención familiar, en crisis, y de colaboración en redes.*
 - c. *Información sistematizada respecto a grupos de autoayuda existentes.*

PRÁCTICAS Y SERVICIOS ENCARDINADOS EN LA COMUNIDAD

1. *Diagnóstico de Situación:*
- a. *Pérdida del carácter central en la Red de Salud Mental de los Centros de Salud Mental.*
 - b. *Desarrollo de servicios alternativos a los que no pueden facilitar los CSM, suprasectoriales y centralizados, mucho menos encardinados en la comunidad. Ejemplos: PEP, Programa de psicoterapias «de continuidad» y proyecto actual de centralizarlas en el S. Francisco Javier, ausencia de un programa de intervención en crisis y utilización en ese sentido de las Urgencias Hospitalarias.*
 - c. *Diseño de los CSM en pirámide invertida, con una mayoría de facultativos, «profesionales de despacho» y déficit de personal de apoyo, acompañamiento y ayuda, enfermería, auxiliares, educadores*
 - d. *Falta de desarrollo ▫en realidad pérdida de lo poco que ha llegado a hacerse históricamente- de intervenciones en la comunidad desde los CSM, visitas a domicilio, hospitalizaciones a domicilio, terapias en el mundo real ▫de desensibilización sistemática, p.ej.- intervenciones en crisis*
2. *Medidas propuestas:*
- a. *Recentrar el eje de los servicios de Salud Mental en los Centros de Salud Mental.*
 - b. *Monitorizar la evolución de cada persona atendida, según sus necesidades, en tiempo real, modificando la periodicidad asistencial y dando realmente preferencia a los casos que más lo necesitan.*
 - c. *Reconvertir los servicios suprasectoriales comunitarios (PEP, psicoterapias...) en intersectoriales, con incorporación a los mismos, a tiempo parcial, de profesionales que sigan trabajando en los CSM. Lo mismo para otro tipo de servicios, p.ej. de intervención comunitaria asertiva, que puedan crearse.*



- d. Rediseñar los equipos de Salud Mental, aumentando el número de profesionales de apoyo, ayuda y acompañamiento.
- e. Desarrollo de programas actualmente inexistentes y que deberían tener como base los CSM, intervención domiciliaria, hospitalizaciones a domicilio, servicio de intervención en crisis 24/24; 7/7... alternativo al actual.
- f. No se necesita para ello un aumento del número de los CSM; sí cambios en sus prioridades, en el número y naturaleza de los profesionales que los componen y en la utilización de recursos □son centros que cierran por las tardes.

PRÁCTICAS Y SERVICIOS COLABORATIVOS Y CULTURA DE TRABAJO EN EQUIPO

De los diversos estamentos, disciplinas y especialidades dentro de cada Servicio, de los diversos centros y niveles de la Red de Salud Mental, y de las diversas organizaciones que actúan en Salud Mental (Atención Primaria, Servicios Socio-sanitarios, Servicios Educativos...)

1. Diagnóstico de situación:

- a. Muy escasa cultura de equipo dentro de cada dispositivo, con gran frecuencia de toma de decisiones «en el despacho» sin puesta en común, discusión e intervención interdisciplinar del equipo en la toma de decisiones.
- b. Propuesta de un modelo de gobernanza en el que se interviene mediante protocolos al objeto de obtener una homogeneidad de actuaciones y reducir la variabilidad asistencial, disminuyendo así la paleta de la oferta asistencial y el abordaje adaptado a las necesidades de los usuarios.
- c. Relación inter-servicios en la Red de Salud Mental bajo la fórmula de derivación, con asunción total de responsabilidades por el servicio receptor y ruptura frecuente del plan terapéutico previamente establecido por el equipo derivador.
- d. Inexistencia de un procedimiento de gestión de casos que permita asegurar la continuidad de cuidados.
- e. Muy escasa relación colaborativa con otros intervinientes en Salud Mental, Centros de Salud de Atención Primaria, Socio-Sanitarios, Bienestar Social, Educación, etc., en general bajo la fórmula de derivación entre profesionales de atención directa, y coordinación de temas generales por parte de responsables administrativos.

2. Propuesta de medidas:

- a. Desarrollar la cultura de trabajo en equipo en todos los dispositivos de Salud Mental, reuniones de equipo periódicas, toma conjunta de decisiones, equipo como un espacio de aprendizaje inter-pares y de apoyo entre profesionales.
- b. Gestión de casos. Continuidad de cuidados basada en la persona encargada del caso, que debe situarse en el CSM, en colaboración con los recursos que sean, en trabajo en red, cuando se precise.
- c. Colaboración con Atención Primaria, Bienestar Social, Educación, mediante diversas fórmulas, programas y servicios conjuntos, equipos mixtos, servicios conjuntos...

- d. *En situaciones complicadas, coordinación y toma de decisiones conjuntas por parte de los profesionales de atención directa, en colaboración con los interesados, independientemente de en qué área (servicios sanitarios, sociales, educación) se haya detectado el problema. Existe abundante literatura y experiencias al respecto*³⁷.

PRACTICAS Y SERVICIOS ORIENTADOS HACIA Y MEDIDOS SEGÚN RESULTADOS

Desarrollar una cultura de medida de resultados

1. *Diagnóstico de situación:*
 - a. *Indicadores y medidas de resultados “autistas”, básicamente de funcionamiento de la propia Red de Salud Mental, número de consultas, ingresos, diagnósticos, listas de espera etc. Cf. memorias de Salud Mental*
2. *Medidas Propuestas:*
 - a. *Evaluar los resultados en base a las altas, vuelta a la vida normal, e indicadores de calidad inversos respecto a números de discapacidades, incapacidades laborales y civiles, personas derivadas a recursos/prótesis sociosanitarios...*
 - b. *Toma de decisiones tras medición de resultados. No deben excluirse cambios radicales en dispositivos y servicios si los resultados no son buenos.*

PRÁCTICAS Y SERVICIOS SUJETOS A MEJORA CONTINUA

De acuerdo con las evidencias científicas existentes al respecto, según rango de evidencia, haciendo hincapié en los estudios a largo plazo, medidas de funcionalidad, recuperación, y calidad de vida.

1. *Diagnóstico de situación:*
 - a. *Uso retórico y apelaciones a la evidencia científica generalmente respecto a procedimientos no psicofarmacológicos, en particular psicoterapias.*
 - b. *Primacía de evidencias de estudios ECA a corto plazo, en detrimento de estudios a largo plazo.*
 - c. *Prácticas psicofarmacológicas dudosas, polifarmacia, dosis e indicaciones no recogidas en ficha técnica, uso crónico de la medicación que se convierte en un problema en sí mismo (benzos, ISRSs, estimulantes...), abundante utilización de «nuevos» medicamentos que nada aportan, salvo un mayor gasto, según informes de posicionamiento terapéutico y agencias de evaluación.*
 - d. *Formación e información sobre psicofármacos en gran medida a cargo de la industria farmacéutica.*
2. *Medidas propuestas:*
 - a. *Deben medirse los diferentes procedimientos clínicos con un mismo nivel de rigurosidad y exigencia: hay que exigir a los procedimientos psicofarmacológicos lo mismo que a los psicológicos y a los psicosociales.*

37. Erikson & Arnkil Taking up One's Worries A Handbook on Early Dialogues <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80315/d4782cad-3b09-471b-b80c-bb42f6f07ee6.pdf>



- b. *Uso de evidencias científicas y guías de buenas prácticas en todos los dispositivos, aspectos de la intervención y a todos los niveles (p.ej. primacía de intervenciones no psicofarmacológicas en atención primaria y RSMN para trastornos menos graves, evitar cronicidad en el uso de psicofármacos, benzos, antidepresivos, estimulantes en TDAH).*
- c. *Atención específica a los resultados a largo plazo y al balance riesgo/beneficio de los procedimientos e intervenciones utilizados³⁸.*
- d. *Respecto a las psicoterapias, tanto las terapias cognitivo conductuales como las psicodinámicas, como las de orientación humanista, como las de intervención familiar, han demostrado su eficacia. Las diferencias entre ellas son pequeñas³⁹. La tendencia actual apunta a su integración y su facilitación según estudio funcional y necesidades del paciente en cada momento de su proceso⁴⁰.*
- e. *Fomentar la formación continua y la de posgrado, MIRes, PIRes, EIRes basándose en los estudios y técnicas que muestran mejores resultados sobre recuperación, funcionalidad y la vida diaria.*
- f. *Se debería primar la formación realizable desde instancias de la administración, no necesariamente gratuita, y preservada de los conflictos de intereses. Debe ser más valorada la formación realizada desde esas instancias que la suministrada bajo el amparo directo o indirecto de la industria farmacéutica.*
- g. *Considerar seriamente el centralizar la información facilitada por la industria farmacéutica, impidiendo el acceso libre de los llamados «visitadores» a los dispositivos de Salud Mental, y distribuirla contrastada con las evidencias científicas disponibles. Existen suficientes recursos en ese sentido en Navarra, profesionales de farmacia, tanto en la RSMN como en el SNS-O, con publicaciones conocidas y reconocidas en España y fuera de ella⁴¹.*

38. Objeto de controversia incluso en aquellos aspectos que se dan por comprobados a corto plazo, p.ej. el beneficio de los antipsicóticos a largo plazo, cf. Correll et al. ¿Cuál es el cociente riesgo-beneficio del tratamiento antipsicótico a largo plazo en personas con esquizofrenia? y fórum relacionado ¿es favorable el cociente riesgo beneficio del tratamiento antipsicótico a largo plazo para la mayoría de personas con esquizofrenia y qué podemos hacer para mejorarlo? [World Psychiatry Volumen 16, número 18 Junio 2018](#)

39. Pérez Álvarez, M. Anatomía de la psicoterapia: el diablo no está en los detalles. Clínica Contemporánea Vol. 4, n.º 1, 2013 - Págs. 5-28. Se habla del efecto «pájaro Dodo»

40. Surviving, Existing, or Living: Phase-Specific Therapy for Severe Psychosis Pamela R. Fuller B Martindale - Routledge /2013.

41. El Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra BIT que publica regularmente [dossieres respecto a psicofarmacología](#) y otros relacionados con Salud Mental. Apenas se difunden en la RSMN

SÍNTESIS Y CONSIDERACIONES GENERALES

Entendemos que la aplicación de los ejes y directrices generales de actuación orientan suficientemente para la respuesta a la encuesta dirigida a los profesionales. Su aplicación puede realizarse de diversas maneras y no entraremos en detalles.

Aunque, sí haremos algunas consideraciones generales.

- *La prevención y promoción de la Salud Mental incluye muchos y diversos aspectos cruciales que tienen que ver con el estilo de vida y que muchas veces ni siquiera caen dentro del campo de intervención de la RSMN, paro, pobreza, exclusión social, relaciones no igualitarias, violencia de género, acoso escolar, racismo, aunque el profesional de la RSMN, especialmente el orientado psicosocialmente, puede ser un partícipe más en su abordaje.*
- *Los profesionales de Atención Primaria realizan en Salud Mental intervenciones miméticas a lo que perciben que se hacen desde la RSMN. Es paradigmático, p.ej. que coincida en el mismo acto médico la prescripción de un medicamento, benzodiacepinas, un antidepresivo... y la derivación a la RSMN en trastornos comunes, con lo que eso supone, o la derivación a Psicología Clínica de «casos menores» y a Psiquiatría de otros «más severos». No se obtendrán cambios sustanciales en Atención Primaria mediante interconsultas, formación etc. Para obtener cambios en Atención Primaria tendrá que cambiar la propia RSMN.*
- *Lo mismo respecto al estigma. Una de las fuentes principales de estigma asociado a la llamada enfermedad mental es la falta de respeto a los derechos de ciudadanía de los usuarios y el uso extendido de medidas coercitivas, impensables en otras áreas sanitarias. Las actitudes positivas hacia las medidas coercitivas se asocian al estigma, también entre los profesionales de la Salud Mental. De ahí que las campañas anti-estigma deberían dirigirse también, y en primer lugar, a estos últimos, y que la reducción de las medidas coercitivas y el desembarazarlas de su imagen de arbitrariedad y castigo pueden disminuir el estigma asociado a la enfermedad mental⁴².*
- *Los planes específicos para la atención al suicidio descansan sobre la idea de que a más depresiones tratadas menos suicidios, lo que carece de evidencia científica suficiente⁴³. Los programas de seguimiento telefónico no pueden sustituir a un espacio de relación*

42. Gaebel, W. y Záske, H. (2011). Coercive treatment and stigma – is there a link?, en Kallert, T.W., Mezzich, J.E. y Monahan, J. (editors). Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, legal and ethical aspects. (p. 13-32). UK: Wiley

43. Gøtzsche P. Antidepressants increase the risk of suicide, violence and homicide at all ages, BMJ 2017; 358 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j3697> (Published 02 August 2017). <https://www.bmj.com/content/358/bmj.j3697/rr-4>

Moncrieff & et al. Antidepressant prescribing and suicide. Antidepressant prescribing and suicide. BMJ 2003;327:288 y ss. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7409.288> (Published 31 July 2003). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1126670/pdf/3270288.pdf>

Sharma et al. (Nordic Cochrane Centre). Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ 2016; 352 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i65> (Published 27 January 2016) <https://www.bmj.com/content/bmj/352/bmj.i65.full.pdf>



clínica. Quizás la alternativa sea una psicoterapia adaptada, en la que se puedan hablar de las dificultades, los valores e intereses de la persona y ayudarle en ello.

- *El experto en primera persona nada tiene que ver con que «unos enseñan a otros». Son figuras profesionales ya incorporadas en España, Cataluña, Alcalá que se incorporan como profesionales plenos en los equipos clínicos.*
- *Recentrar los CSM como eje del sistema supone buscar la reintegración a los mismos de todos los programas comunitarios existentes y/o en planificación. Pueden tener, como en otras regiones, Cataluña, p.ej. carácter intersectorial, incorporar a los mismos a tiempo parcial a profesionales que trabajen en los CSM y utilizar los recursos de espacio de estos, no utilizados por la tarde. No vemos otra posibilidad de asegurar, p.ej., la transición de los pacientes del PEP al tratamiento ordinario, tradicional punto débil de los programas PEP, o la necesaria coordinación de estrategias entre procedimientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos para la hipotética unidad de psicoterapias.*
- *El uso de los pabellones del San Francisco Javier no es baladí porque sigue teniendo en Pamplona una connotación de fuerte estigma. Es necesario considerar la retirada del programa de Primeros Episodios Psicóticos y de la una hipotética Unidad de Psicoterapias del mismo.*
- *Respecto a los programas transversales, no pueden estar sujetos a modas y vaivenes, sino a datos epidemiológicos, de morbilidad y administrativos. Es obvio que el de las drogodependencias es en ese sentido el programa peor dotado de la RSMN desde cualquier punto de vista, y no se puede soslayar que pertenece de forma primordial al ámbito de Salud Mental, aunque muchas veces son casos multi-problemas y multi-servicios.*
- *Merecen especial atención los programas en infanto-juvenil y tercera edad, por la especial vulnerabilidad de esos tramos de edad.*
- *En infanto juvenil, se propone:*
 - o *Estudio de situación de la «epidemia» TDAH y tratamientos con estimulantes, cuando y desde donde se prescriben.*
 - o *Estudio de situación del uso de antipsicóticos en niños y adolescentes (TEA, Trastornos de Conducta).*
 - o *Estudio de situación en menores institucionalizados.*
 - o *Fomentar programas que tengan como objeto un uso mínimo de tratamientos psicofarmacológicos en niños y adolescentes.*
 - o *Desarrollo de programas en ámbito educativo protagonizados por sus propios profesionales con apoyo de Salud Mental.*
- *En la tercera edad:*
 - o *Estudio de situación del uso de psicofármacos y medidas de contención física en residencias de ancianos.*
 - o *Creación de guías de uso farmacológico mínimo y prudente en la tercera edad y alternativas psicosociales y ambientales a los problemas habituales.*

- **Formación:**
 - o *Asegurar que la formación sea siempre impulsada por la administración y descartar como formadores a profesionales con conflictos de intereses.*
 - o *Formación e Información sobre farmacoterapia desligada de la industria farmacéutica*
 - o *Incluir con carácter prioritario en la formación MIR, PIR, EIR y la formación continua, una perspectiva bioética y de respeto a los derechos de ciudadanía de las personas, formación básica en intervención familiar, y en colaboración entre redes.*
 - o *Fomentar el debate científico y que varias posiciones puedan tener voz para explicar su perspectiva.*
- **Investigación:**
 - o *Promover investigación aplicada respecto a resultados de los dispositivos de la RSMN.*
 - o *Es de particular importancia estudiar la evolución de la discapacidad, incapacidad y dependencia asociados al Trastorno Mental en usuarios de la RSMN.*
- *Los resultados de la RSMN se asocian a un alto nivel de discapacidad, tanto cuantitativo como cualitativo. La RSMN y SNS-O no puede desentenderse de los mismos y esperar que otros, p.ej. el Departamento de Derechos Sociales, se ocupen de ellos. No hay solución de continuidad en las necesidades de los usuarios de la RSMN; tampoco debería haberlas en las respuestas a esas necesidades. Es manifiesta la necesidad de diseñar dispositivos y servicios mixtos, que incorporen profesionales de salud y sociales, en pie de igualdad, con compromisos presupuestarios compartidos⁴⁴.*

Pamplona, Julio de 2018

II Crónica anticipada de un Tratamiento Ambulatorio Involuntario en Navarra

La Gerencia de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud anuncia una acción «formativa» respecto al tratamiento Ambulatorio Involuntario

Julio 2018

44. Además de la bibliografía reseñada, se han consultado:

- III Plan de Salud Mental de Andalucía 2016-2020
- Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Estratègia 2017-2019
- Plan d'Action en Santé Mentale 2015-2020 Québec
- Actualización de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2015 /2019. Borrador. Aportaciones OME-AEN a la Estrategia Nacional 2015 y Propuestas OME-AEN para una Estrategia de Salud Mental



“El Tratamiento Ambulatorio Involuntario”

INTRODUCCIÓN:

Es una realidad que un cierto número de pacientes con enfermedad mental, se opone al tratamiento y lo abandona con facilidad. Esta es la causa de recaídas frecuentes que obligan en muchos casos a ingresos de carácter involuntario.

La utilización del tratamiento ambulatorio involuntario como alternativa para evitar ingresos involuntarios es una posibilidad que no está exenta de controversia. Entran en juego diferentes aspectos relacionados no solo con la autonomía del paciente sino también con la relación terapéutica y práctica clínica.

Esta mesa redonda pretende proporcionar un espacio para el aprendizaje, para el intercambio de experiencias y por supuesto para mejorar la calidad de la atención de las personas con enfermedad mental en el ámbito judicial así como en el sanitario.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer los aspectos legales relacionados con el Tratamiento Ambulatorio Involuntario.

Conocer la experiencia de otras Comunidades sobre el tema.

Identificar aspectos que puedan interferir en la relación terapéutica con los pacientes, en el uso del TAI.

Mejorar la coordinación sanitario-judicial.

CONTENIDOS:

12:30 Apertura

D^a xxxxx. Jefa de Servicio del Área Comunitaria y CSM. Gerencia de Salud Mental. SNS-Osasunbidea.

12:45 Mesa Redonda: Controversias en la utilización del Tratamiento Ambulatorio Involuntario.

Modera: D. xxxx. Jefe de Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Navarra.

Participan:

Dña. xxxx. Juzgado de Primera Instancia nº xxxx de Navarra. «Legislación que regula el Tratamiento Ambulatorio Involuntario»

D. xxxx. Psiquiatra. xxxx «Proyecto para la mejora de la coordinación sanitario-judicial: Tratamiento Ambulatorio Involuntario».

D. xxxx. Psicólogo Clínico. «Aspectos éticos y relación terapéutica en el TAI».

14:15 Debate

15:00 Cierre de sesión

DIRIGIDO A:

Profesionales de la Red de Salud Mental de Navarra, tendrán preferencia psiquiatras.

LUGAR Y FECHA:

El día 27 de septiembre de 2018, en el Salón de Actos del Área de Hospitalización de Salud Mental, Centro San Fco Javier.

Ome se inquieta, evidentemente, y escribe, a quien le quiera leer:

(15 de Julio 2018)

Estimados/as amigos/as:

Unas líneas para compartir nuestra preocupación por este anuncio de una Mesa Redonda como actividad formativa para la Red de Salud Mental de Navarra, se facilita en adjunto, tanto por su contenido, el Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI), como por el momento, en plena fase de elaboración de un Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2019-2023 que, en su documento 0, parece más orientado hacia la persona que su predecesor, a juzgar por lo recogido en el punto 2.8. «Implementar el plan de humanización. Incorporar a los pacientes en la toma de decisiones. Incorporar la evaluación de la percepción y satisfacción de los pacientes y sus familias en la mejora continua de los servicios. Creación de una Comisión de Ética Asistencial en el ámbito de Salud Mental.» y 2.9 «Tendencia a la contención mecánica cero».

Existen evidencias científicas de que la aplicación del TAI no mejora los resultados del tratamiento voluntario y no evita los ingresos involuntarios. La última revisión Cochrane es de 2017 y concluye en que en términos NNTB (Número Necesario a Tratar para obtener un Beneficio) son necesarias 142 órdenes TAI para evitar una rehospitalización. Se ha argumentado que siendo esto así en líneas generales, es posible que exista algún subgrupo de pacientes que, por su gravedad, pobre funcionamiento, aislamiento social etc. sí podría beneficiarse del TAI, pero se ha probado que tampoco esto es cierto: el TAI no beneficia a ningún subgrupo de pacientes. Las razones por las que el TAI es tan popular en ciertos países y su uso parece ir en aumento no son científicas, tienen que ver con motivos sociopolíticos, securitarios y de estigma relacionados con el «enfermo mental».

Si lo que se desea es una disminución de los ingresos involuntarios, es necesario implantar otros procedimientos, como son las Instrucciones Anticipadas o Planes de Crisis Acordados, con hasta un 23% de reducción de las hospitalizaciones involuntarias, procedimientos intensivos de gestión de casos o incluso intervenciones familiares que también pueden reducir significativamente las rehospitalizaciones Quien desee profundizar sobre las bases científicas y resultados del TAI y otros procedimientos coercitivos, encontrará información en



el Cuaderno Técnico 20 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (AEN) Capítulo 1 y Capítulo 6, descargable desde la propia Intranet de Salud Mental navarra, Biblioteca, Artículos recomendados, o directamente desde la web de la AEN.

En España la legislación en vigor no contempla el TAI. No lo contempla porque los intentos para establecerla legalmente, al menos tres, dos en el Congreso de Diputados, años 2005 y 2006, y uno en el Parlamento Catalán en 2009 han sido rechazados siempre, por oposición del Defensor del Pueblo, un amplio sector de profesionales (que pueden verse [aquí](#), [aquí](#) y [aquí](#)), los familiares organizados en la Confederación Salud Mental «antigua FEAFES- y el emergente movimiento de asociaciones en Primera Persona. Es de destacar la postura de la Confederación, que partiendo de llevar al Congreso de Diputados la propuesta para regular el TAI en 2005, cambió luego de opinión a partir de 2009. La Confederación publica informes anuales acerca de Derechos Humanos y Salud Mental, el último en abril 2018 Su postura es inequívocamente contraria a la implantación del TAI. El informe de 2016 de la Confederación recoge bajo forma de anexo su propuesta Alternativa al TAI de 2009 de desarrollo de recursos sanitarios y sociosanitarios. La AEN, la Confederación, y asociaciones en primera persona firmaron conjuntamente en 2016 el llamado Manifiesto de Cartagena que promueve la abolición de las prácticas coercitivas en la atención en Salud Mental, y más recientemente en 2017, un nuevo documento contrario a la implantación del TAI.

No conocemos ninguna publicación de ninguno de los participantes en la Mesa Redonda del 27 de Septiembre respecto al TAI. A tenor de la legislación española, el texto de introducción a esta actividad formativa, otras publicaciones y debates, y cierta práctica testimonial en algunos juzgados españoles es de suponer que en la Mesa Redonda se tratará de alguna propuesta que combine el consentimiento por representación, previsto en el art. 9.3 de la Ley 41/2002 (de autonomía del paciente), que necesitaría en este caso de la aplicación de algún tipo de Incapacitación Parcial según la ley 15/2015 de Jurisdicción Voluntaria, un procedimiento largo, laborioso, poco ágil, muchas veces permanente y que, por todo ello, suele desaconsejarse, y de la aplicación del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) que permite el internamiento involuntario en un centro de tratamiento. El argumento habitual es que dado que la aplicación del artículo 763 de la LEC permite el máximo nivel de privación de libertad ¿por qué no podría utilizarse para medidas más parciales y menos restrictivas como el TAI? Bastaría con aplicar la máxima jurídica de que «quien puede lo más puede lo menos».

Tanto partidarios como detractores del TAI coinciden en que para aplicarlo es necesaria una legislación específica que no existe actualmente en España. Difieren en que los primeros la consideran deseable y posible, mediante una Ley Orgánica, puesto que se trata de un derecho fundamental □no se olvide que el artículo 763 de la LEC fue declarado inconstitucional por el Tribunal Constitucional español, al estar regulado por una Ley Ordinaria- y los segundos indeseable e imposible, al existir compromisos de rango superior que lo impiden, en concreto,

la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad del 2006, de Naciones Unidas, ratificada por España en 2008. Os paso en adjunto el artículo de Fuertes Rocañín y otros, de Enero 2018 y la reciente respuesta, de Julio 2018, en la misma publicación, de Ventura Más y otros.

El artículo de Fuertes Rocañín es el que, con su propuesta en nombre de la Asociación Aragonesa de Psiquiatría Legal y Ciencias Forenses de «proponer al poder legislativo una nueva regulación del tratamiento psiquiátrico ambulatorio involuntario», ha originado el debate posterior acerca del TAI del que se han hecho eco medios de comunicación y asociaciones profesionales.

Fuertes Rocañín argumenta que en materia de restricción de derechos fundamentales «no necesariamente quien puede lo más puede lo menos. Hay que tener en cuenta que, si el internamiento involuntario supone una situación de absoluto déficit de capacidad de entendimiento y decisión del paciente con alto riesgo para su salud o vida, el tratamiento ambulatorio obedece a situaciones intermedias, en las que es la prevención y no la atención a un riesgo presente o inminente el fundamento último que puede estar detrás de la decisión médica» Apunta también al riesgo de la «excesiva discrecionalidad judicial, que en algunos casos podría llegar a la arbitrariedad; ya que hay órganos jurisdiccionales más sensibles que otros ante este tipo de enfermedades y por lo tanto a ordenar la aplicación de un tratamiento amparándose solo en el criterio «ad maiore ad minore».

Ventura Más y otros coinciden en que no es posible la aplicación del TAI sin una legislación propia al respecto, que consideran actualmente imposible por la existencia de una norma superior que lo impide, la citada Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En lo que se refiere a la relación terapéutica con el paciente sometido al TAI, Fuertes Rocañín es taxativo al considerar que: «La posible ruptura de la «alianza terapéutica» que se podría producir es difícilmente comprensible y aceptable, cuando estamos precisamente ante personas cuya capacidad de introspección es mínima o inexistente, y cuando esta alianza no puede existir al no tener conciencia de enfermedad». Seguramente hay muchas personas, entre ellas los miembros de las asociaciones en primera persona que, sea cual fuere la opinión que les merece su diagnóstico, encuentran muchas y válidas razones para rechazar el tratamiento que se les propone. La falta de conciencia de enfermedad y el desacuerdo con el diagnóstico psiquiátrico, no anula siempre y definitivamente la autonomía del paciente ni implica que no entienda la propuesta de tratamiento, o no pueda establecerse una alianza terapéutica favorable para su recuperación. En España, incluso desde una óptica favorable al TAI se reconoce que la coacción en la asistencia psiquiátrica genera problemas en personas que «se siguen sintiendo heridas y ofendidas mucho tiempo después» dificultando su adherencia al tratamiento, en palabras de Calcedo Barbas. Respecto a la adherencia al tratamiento, todos tenemos la experiencia de los pacientes que atendemos bajo medidas de seguridad alternativas a la prisión.



En nuestra opinión, ni la calidad de la asistencia sanitaria en Salud Mental mejora ni el respeto a los derechos fundamentales de sus usuarios se asegura mediante Protocolos y Comisiones Mixtas de Coordinación Sanitario-Judicial. La mejora de la asistencia sanitaria se obtiene mediante la implantación, desarrollo y mejora continua de programas y recursos adecuados, sanitarios y sociosanitarios, y el respeto a los derechos fundamentales mediante su inclusión en la legislación en vigor aplicando los compromisos internacionales firmados por España al respecto que deberían llevar, en opinión del Comité de Bioética de España en su informe de 2017 sobre la necesidad de adaptar la legislación española a la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, entre otros asuntos «a la derogación del artículo 763 LEC, remitiendo el tratamiento de esta situación a la legislación sanitaria general». En cualquier caso, en palabras de Fuertes Rocañín, la ausencia de una regulación legal expresa del TAI produce una inseguridad jurídica que dejaría en caso de aplicarse en la situación actual «a la plena discrecionalidad de los tribunales una medida médica y no jurídica».

El TAI no viene recogido como tal en el Documento 0 del Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2019-2023, salvo que se entienda que formaría parte de « Evaluar la necesidad de un programa/equipo asertivo comunitario» punto 4.1.» algo en principio muy diferente. Si la agenda de la Gerencia de Salud Mental prevé desarrollar el TAI, o si se considera que ya se está aplicando mediante la colaboración sanitario-jurídica con el Juzgado de Primera Instancia nº 8 de Navarra, debería de constar explícitamente como tal en el Plan en su fase de participación y exposición pública, para recoger la opinión de todos los intervinientes, interesados y afectados.

En cuanto a la Mesa Redonda, nuestra propuesta a la Gerencia de Salud Mental Navarra es que se realice con los mismos ponentes, añadiendo alguno más que desarrolle una opinión diferente, y que se saque del espacio privado de un encuentro entre profesionales de la Red de Salud Mental y jueces, publicitándolo y llevándolo a un espacio público fácilmente disponible en Pamplona, tipo CIVICAN, CIVIVOX, Universidad. Los derechos fundamentales de las personas diagnosticadas de Trastorno Mental Grave atañen a todos, no solo a los profesionales de Salud Mental «preferentemente psiquiatras».

Un abrazo, y mucho ánimo a todas/todos

La Gerencia de Salud Mental de Navarra se pone en contacto con Ome y le invita a participar en la mesa redonda.

Debate interno en Ome. Posturas divergentes. Hay quien piensa que hay que participar «que se oiga nuestra voz»; otros piensan que las decisiones «ya están tomadas»; y hay quien piensa que participar es «como defender en una mezquita las cualidades nutritivas y gastronómicas de la carne de cerdo». Finalmente se decide sostener la propuesta de participar únicamente si el acto es público. La Gerencia lo rechaza, mantiene su “actividad formativa” sin cambios, y se realiza tal como estaba prevista.

Ome informa:

(2 de Octubre 2018)

Hola a todos, finalmente tuvo lugar en Pamplona el 27 de Septiembre la mesa redonda "El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI)"

Tal como estaba previsto, intervinieron como ponentes dos compañeros de Huesca a los que presentaron como expertos en el tema, y la titular de un juzgado de primera instancia de Navarra. No hubo debate entre ellos, se mostraron fundamentalmente de acuerdo, así como con el moderador.

El moderador, jefe de servicio de hospitalización psiquiátrica en el Hospital de Navarra, se encargó de la presentación, haciendo hincapié en las ventajas comparativas existentes en Navarra respecto a otras comunidades, su pequeño tamaño, la posibilidad de establecer protocolos de coordinación, diálogo, sinergias y una magistrada sensible. Propuso a partir de ahora y aprovechando el desarrollo del Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra «no dejar las cosas como están», adaptar lo que se ha hecho en otros lugares o hacer algo similar en Navarra, motivo por el que se hacía la sesión y se había traído a los expertos aragoneses.

La magistrada planteó crudamente que no existe legislación que regule el TAI específicamente pero sí otras normas y derecho fundamental que lo ampara. Se refirió como norma al artículo 763 de la LEC aplicando la máxima de que «quien puede lo más puede lo menos». Como marco jurídico más general apeló a la propia Constitución, al Tribunal Constitucional, a la ley de Autonomía del Paciente, e incluso a la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de NN.UU, en particular su artículo 12. Dando por hecho que el marco legislativo lo permite, abogó por medidas siempre en beneficio del paciente y lo menos restrictivas posibles, entendiendo que la más restrictiva, puesto que supone privación de libertad, es el ingreso involuntario según el 763 de la LEC. ¿Cómo encauzarlo? Partiendo de una propuesta razonada del médico asistencial y aplicando «como mínimo» las mismas garantías que en un Internamiento Involuntario, informe del ministerio fiscal, tutela por parte del juzgado con obligación de informar y un periodo máximo de aplicación de la medida de 18 meses. Se refirió al modelo de Huesca donde se acaba de aprobar un protocolo en 2018 y existe una relación muy fluida entre los facultativos y el juzgado.

Intervinieron más tarde los compañeros de Huesca.

XXX tras una introducción teórica sobre el tema, investigación existente, citó a Kisely en su estudio de 2005 sobre la falta de eficacia del TAI (Existe otro posterior de 2017 con las mismas conclusiones), la experiencia suya personal y la de su compañero trabajando en un centro de Media Estancia, con buenos resultados con pacientes ingresados involuntariamente que se difuminaban más tarde al producirse el alta, rehospitalizaciones, puertas giratorias presentó el protocolo de Huesca como un tipo de medida diferente a las órdenes de tratamiento ambulatorio inglesas, más «soft», con una apelación a la autoridad judicial como «un paraguas», que no necesariamente implicara ingreso hospitalario si malos resultados o abandono, de hecho tras el periodo de 18 meses en caso de malos



resultados, incumplimiento etc. una de las posibilidades era simplemente dar por finalizado el TAI. Presentó con mucho detalle el protocolo de Huesca, explicando que tenía carácter oficial, se estaba aplicando, aunque no contaba con la unanimidad de todos los intervinientes de Salud Mental. De hecho una de las instancias previstas en el protocolo (nos pareció entender que se trataba de una comisión colegiada para analizar las propuestas TAI, hacer un seguimiento etc.) no se había puesto en marcha. El resto del protocolo ya estaba en marcha, entendimos que ya se había aplicado en un pequeño número de casos, que eran medidas muy individualizadas, no un «café para todos», que tenía como objetivo la no aplicación de medidas más restrictivas (el internamiento), que la evaluación se haría bajo la forma pre-post, y que el universo de pacientes potencialmente beneficiarios de esta medida sería reducido. En ese último sentido se refirió a la experiencia de Guipúzcoa donde durante unos 15 años se había aplicado esta medida en unas pocas «decenas de casos».

En el debate posterior hubo muy pocos intervinientes entre los asistentes. La jueza fue muy rotunda en sus planteamientos, y se refirió en términos muy elogiosos al artículo de Furtes Rocañín publicado en La Ley en Enero 2018, el mismo autor psiquiatra y forense cuyas declaraciones han sido recogidas posteriormente en medios de comunicación, se ha entrevistado con Ciudadanos etc. Dio a entender que en gran medida inspiraba su posición, salvo en lo que se refiere a la necesidad de una legislación específica, que no comparte.

Pedimos que el TAI se incluyera entre las propuestas a debatir públicamente en el Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra (ahora mismo no figura, sí lo hace una propuesta de Tratamiento Asertivo Comunitario) y a los compañeros aragoneses les pedí que nos hicieran llegar sus presentaciones, en particular el protocolo en cuestión. Me prometieron que así lo harían. El último interviniente de la sala dio por hecho que se aplicaría esta medida también en Navarra y abogó por una «tendencia a TAI cero» de forma similar a como el Plan Estratégico recoge la «tendencia a contenciones mecánicas cero».

A la espera de que se nos haga llegar el protocolo en cuestión, nos gustaría que este tema se tratara en la Junta AEN del 19-20 de Octubre. En nuestra opinión puede tratarse de una «puerta trasera» para hacer realidad el TAI, al menos allá donde existan jueces “sensibles” al respecto capaces de autorizar la aplicación de un protocolo que se parece como una gota de agua a otra a proyectos de ley que han sido rechazados en el Parlamento.

Ánimo a todos

A fecha de hoy, Noviembre 2018, aun no se ha recibido el supuesto protocolo oficial de coordinación Sanitario-Judicial que rige en Huesca, a pesar de haberlo solicitado de forma repetida.

III Ome desea conocer los datos de las Contenciones Mecánicas que se realizan en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Navarra.

Aprovecha para ello la existencia en Navarra de una Ley de Transparencia y Gobierno Abierto. La resolución del Gerente de Salud es favorable:

RESOLUCIÓN 761/2018, de 5 de julio, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se estima la solicitud de información pública presentada por don XXXXXX XXXXX XXXXXXXXXXX XXXXXXXX.

Con fecha de 11 de junio de 2018 el Servicio de Gobierno Abierto ha remitido una solicitud de información pública presentada por don XXXXXX XXXXX XXXXXXXXXXX XXXXXXXX.

El artículo 22 de la Ley Foral 11/2012, de 21 de junio, de la Transparencia y del Gobierno Abierto, determina que cualquier ciudadano o ciudadana, ya sea a título individual y en su propio nombre como en representación y en nombre de las organizaciones legalmente constituidas, tienen derecho a acceder, mediante solicitud previa, a la información pública, sin más limitaciones que las establecidas en dicha Ley Foral 11/2012, de 21 de junio.

En cuanto a la información solicitada el 11 de junio de 2018 a través del Gobierno abierto, por don XXXXXX XXXXX XXXXXXXXXXX XXXXXXXX:

“En Junio de 2017 el pleno del Parlamento de Navarra ha aprobado por unanimidad una resolución por la que se insta al Gobierno de Navarra a llevar a cabo un estudio para conocer el estado de las técnicas de coerción (especialmente las técnicas de contención mecánica) en aquellos centros en los que se realicen dentro de la Comunidad foral.

Diario De Sesiones Del Parlamento De Navarra, pag 54 y siguientes:

Pues bien, ya ha pasado un año, y en los medios no aparecido nada sobre este asunto.

Querría tener la información de ese estudio: conclusiones, en que situación está, y todo lo que se haya hecho.

Muchas gracias. “

Por otra parte, con fecha 20 de junio de 2018, se recibió en el Buzón Salud Responde del Departamento de Salud un correo, remitido desde Atención Ciudadana del Gobierno de Navarra, de don XXXXXX XXXXX XXXXXXXXXXX XXXXXXXX solicitando la siguiente información sobre contenciones o sujeciones físicas en pacientes de psiquiatría:

“Se ha dado a conocer de que se ha empezado a llevar el registro de contenciones mecánicas, quizás desde enero o febrero del 2018, en las unidad de agudos de psiquiatría en el complejo hospitalario de Navarra; es decir en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de Agudos Sección A, en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Sección B y en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil. También es posible que se lleve a cabo en la Unidad de Ingresos Psiquiátricos de Hospital Reina Sofía de Tudela. Este registro parece incluirse dentro de Ficha de Medidas Especiales del Registro de Contenciones Mecánicas, que tiene campo especial en la Historia Clínica Informatizada en psiquiatría hospitalaria.

Se sabe que también en el servicio de urgencias es frecuente la contención mecánica a los pacientes psiquiátricos, incluyendo a las personas con pensamientos suicidas, y también a los menores que



se considera que se encuentran agitados. Quizás también se incluya dentro de la ficha clínica informatizada y pueda contabilizarse.

Y se puede entender que como cualquier otra práctica asistencial puede ser explotada estadísticamente y conocida, también por la ciudadanía interesada.

Por ello, y en aras de la transparencia que propugnan de forma adecuada nuestras instituciones políticas mediante este escrito se solicita la siguiente información.

1. N° de contenciones mecánicas aplicadas por meses en cada una de las tres unidades de ingreso para agudos (se incluye la Unidad Infanto-Juvenil de psiquiatría) del complejo hospitalario.

2. Número de contenciones y número de ingresos por meses, en cada unidad.

3. Número de pacientes que son contenidos en cada ingreso y el número de pacientes ingresados, por meses, en cada unidad,

4. Tasa de pacientes a los que se les aplica la contención en relación con el número de pacientes que ingresan, por meses, en cada unidad.

5. Pacientes contenidos cada mes distribuidos por edad y sexo, en cada unidad.

6. Duración media en tiempo de las contenciones mecánicas por meses, en cada unidad.

7. Media de los procedimientos de contención aplicados, considerando si son de 3, 4 o 5 puntos en cada acto de contención, por meses, y en cada unidad

8. N° de contenciones mecánicas en función del motivo, por meses, en cada unidad.

9. Actividad previa a la contención mecánica con intención de evitarla, por meses, en cada unidad.

10. Acciones posteriores a la contención mecánica para analizar el episodio, por meses (debriefing, búsqueda de alternativas, justificación, etc.).

11. N° de contenciones realizadas por meses en relación al turno: mañana, tarde, noche (en cada unidad).

12. Explicación dada a los familiares o no y de qué tipo, por meses y unidades, cuando el paciente fue contenido.

13. Y cualquier otro tipo de información que se considere relevante respecto a este tema.

Muchas gracias por su atención. “

Se remiten las solicitudes de información a la Gerencia de Salud

Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, quien nos facilita la contestación que se adjunta como ANEXO 1.

De conformidad con lo establecido en el artículo 15 de los Estatutos del Servicio Navarro de

Salud-Osasunbidea, aprobados por Decreto Foral 171/2015, de 3 de septiembre,

RESUELVO:

1º.- Estimar la solicitud de información pública de don XXXXXX XXXXX XXXXXXXXXXX XXXXXXXX, trasladándole la respuesta en el documento adjunto ANEXO 1.

2º.- Trasladar esta Resolución a la Gerencia de Salud Mental, al Servicio de Atención a Ciudadanos y Pacientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, a la Secretaría General Técnica del Departamento de Salud, y al Servicio de Gobierno Abierto de la Dirección General de Presidencia y Gobierno Abierto, a los efectos oportunos.

3.- Notificar esta Resolución a don XXXXXX XXXXX XXXXXXXXXXX XXXXXXXX, con indicación de que contra la misma, que pone fin a la vía administrativa, puede interponer, con carácter potestativo, reclamación en materia de acceso a la información pública ante el Consejo de Transparencia de Navarra, en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente al de su notificación, de conformidad con lo establecido en el artículo 33 bis, de la Ley Foral 11/2012, de 21 de junio, de la Transparencia y del Gobierno Abierto, o recurso contencioso-administrativo ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Navarra, en el plazo de dos meses contados a partir del día siguiente al de su notificación, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 10, 25 y 46 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

Pamplona, cinco de julio de dos mil dieciocho.

EL DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA

Pero la Gerencia del Salud Mental se niega a facilitar los datos solicitados y responde así:

“Durante el año 2017 iniciamos la planificación de la elaboración de un sistema de registro y control de calidad de las contenciones mecánicas en el ámbito de Salud Mental. Dada la ausencia de este tipo de registros públicos en el resto del país, la elaboración del protocolo y el proceso de registro se iniciaron desde cero. Se ha diseñado una ficha de registro en la Historia Clínica Informatizada que recoge un elevado número de variables de este procedimiento que sirven como control de calidad del mismo.

El pilotaje en los Servicios de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Navarra y del Hospital Reina Sofía de Tudela se ha iniciado en el mes de febrero de 2018 tras resolver los requerimientos técnicos derivados de la complejidad de los sistemas de información (inclusión de la ficha de registro en Historia Clínica Informatizada e Irati) en los que se basa este sistema de registro.

El pilotaje se extenderá a lo largo del año 2018, durante el cual se están detectando las mejoras necesarias en el registro informático de los datos y aplicándolas progresivamente con las correspondientes modificaciones de la ficha de registro. Esta fase de verificación de los datos estará concluida a finales de 2018 así como el pilotaje.

Se prevé que en enero de 2019 ya esté implantado un registro sistemático y fiable de los datos. Es



deseable obtener una serie anual de datos al objeto de proporcionar una visión real de los indicadores de uso y de calidad de este procedimiento.

Habida cuenta que las connotaciones del lenguaje no son asépticas, en ningún caso se debería hablar de “medidas coercitivas” sino de “medidas de seguridad” en el contexto de la atención sanitaria y como medida terapéutica.

La agitación psicomotriz y las conductas de auto y heteroagresividad son síntomas prevalentes tanto en las descompensaciones médicas como en las psiquiátricas en el Hospital General que requieren de un abordaje y medidas específicas.

Dentro de las medidas, sanitarias específicas se encuentra el tratamiento farmacológico, las técnicas de contención verbal y las medidas sanitarias de contención mecánica. La contención física o mecánica es por tanto una medida terapéutica sanitaria que tiene indicaciones específicas y que sólo se debe aplicar en el contexto de una atención especializada y tras una valoración diagnóstica y e indicación de tratamiento por un especialista.

La contención física en los pacientes con trastornos mentales se realiza siempre en el contexto de un plan de tratamiento individualizado y tiene como objetivo la solución de la agitación psicomotriz y la prevención de conductas potenciales de alto riesgo inminente de tipo auto o heteroagresivo. Nunca es un tratamiento único y siempre se indica cuando otras medidas han fracasado y por el tiempo más breve posible para corregir la situación de riesgo para sí mismo o para los demás. Se aplica bajo condiciones de gran seguridad y seguimiento con revisiones continuas tanto por parte de facultativo como por parte de enfermería y TCAEs mientras dura el procedimiento de contención.

La contención mecánica conlleva la privación temporal de libertad y esta medida está contemplada y regulada en nuestra legislación vigente y en concreto en el Código Civil (Ley 1/2000, artículo 763, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil), en la Ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de abril, B.O.E. del 29 de abril de 1986) y en la Constitución.

Además cuenta con el respaldo de las guías de práctica profesional más avanzadas, como las siguientes:

Guía Salud: *implementación del protocolo. “uso terapéutico de la contención mecánica en pacientes psiquiátricos” (se trata de un proyecto de un grupo de enfermería)*

Guía NICE: *(viene a decir que su uso debe de ser excepcional, en casos de extrema violencia o autoagresiones frecuentes o gravísimas 1.4.34; 1.4.35; 1.4.36 Los británicos practican la contención manual)*

Guía de la Joint Comission: *(una guía de recogida de datos y definiciones)*

Ome no se conforma, y dirige una reclamación al Consejo de Transparencia de Navarra quien, en sesión celebrada el día 27 de Agosto adopta el siguiente Acuerdo:

1°. *Estimar la reclamación formulada por el señor don XXXXX XXXXX XXXXX XXXX frente al Servicio*

Navarro de Salud-Osasunbidea por no haberle entregado esta la información que le había solicitado el 20 de junio de 2018, relativa al uso y aplicación de contenciones mecánicas en las Unidades de Salud Mental del Complejo Hospitalario de Navarra

2°. Dar traslado de este acuerdo al Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea para que en el plazo de quince días proceda a facilitar la información al reclamante en los términos señalados en el fundamento jurídico quinto, y para que remita al Consejo de Transparencia de Navarra copia del envío de los datos realizado al reclamante en el plazo máximo de diez hábiles desde que se realice, a fin de acreditar el debido cumplimiento de este acuerdo.

3. Notificar este acuerdo a don XXXXX XXXXX XXXXX XXXX.

4°. Señalar que, contra este acuerdo, que pone fin a la vía administrativa, podrá interponerse ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Navarra recurso contencioso-administrativo en el plazo máximo de dos meses, contado desde el día siguiente al de la notificación del mismo, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

5°. Publicar este acuerdo en el espacio web del Consejo de Transparencia de Navarra, previa notificación a las partes y disociación de los datos de carácter personal que figuran en el mismo, para su general conocimiento.

El Presidente del Consejo de Transparencia de Navarra. Nafarroako

Gardentasunaren Kontseiluako Lehendakaria..

Lo que notifico a Vd. para su conocimiento y demás efectos.

Pamplona-Iruñea, 25 de septiembre de 2018.

Ome espera expectante los datos en cuestión

27 de Octubre 2018



Extracto de Melancolía y sociedad

A continuación os ofrecemos un fragmento (págs. 181-185) de *Melancolía y sociedad*, de Wolf Lepenies, publicado en 2018 por la AEN, en el nº29 de su Colección Historia, traducido por Enric Novella y Maria Luisa Veja Soriano. Tenéis disponible la publicación completa [aquí](#).

Tras pasar cinco años en las cárceles de la Inquisición, el poeta español Fray Luis de León (1527-1591) regresó a Salamanca para retomar su actividad docente. En su primera aparición pública, una numerosa corte de oyentes esperaba un amargo ajuste de cuentas o al menos un relato de sus penalidades. Pero Luis de León pronunció “unas palabras que pronto se volvieron célebres y simbólicas en todo el mundo hispano -‘decíamos ayer...’ (*dicebamus hesterna die*)- y continuó con sus lecciones justo en el punto en el que las había dejado cinco años antes”. Luis de León representa el ejemplo más memorable de una conducta cuya serenidad y aplomo ya llamó la atención en el siglo XVI y que hoy en día nos resulta tan estilizada como el comportamiento de los personajes en los dramas del clasicismo francés y español. Soslayando su evidente inspiración religiosa, la efectividad de esta conducta se debe en gran medida a que en ella trasluce una combinación muy llamativa y poco común de reflexión e inhibición. El encarcelamiento como “imposición de aburrimiento” (Müller-Eckard) ya despertó el interés de Schopenhauer, que señaló las altas tasas de suicidio entre los presos. La mera representación de una celda pequeña, miserable y opresiva sugiere al pensamiento la imagen paradigmática de un estado de inhibición en el que el recluso apenas puede animarse a consumir una última acción: el suicidio. Luis de León constituye el ejemplo de una conducta que supera los riesgos de la inhibición por medio de la meditación y la contemplación religiosa, evitando caer en una reflexión autodestructiva.

Precisamente por constituir un ejemplo tan poco común, Luis de León nos recuerda que hacer frente a la reflexión impuesta desde fuera es algo que solo está al alcance de aquellos entrenados en la meditación y que han elegido la renuncia como objetivo primordial de sus acciones. Como imagen de lo que debe entenderse por reflexión e inhibición, resulta en cambio más cercana la novela *Oblómov* (1859) de Iván Goncharov, que ha dado nombre a una forma de comportarse típicamente rusa: “oblomovear”. Oblómov tiene antecedentes en la literatura rusa -en Pushkin y Gogol, entre otros- en los que no podemos detenernos aquí, pues es él el que se ha convertido en la figura decisiva. Oblómov yace indolente en su sofá, hace grandes planes y esboza un futuro de color de rosa, pero nunca hace nada. Dobroliubov habló de la “figura” de Oblómov y señaló cómo en ella “vemos más que la lograda creación de un gran talento literario; nos encontramos ante un producto de la vida rusa y un signo de los tiempos”. En opinión de Dobroliubov, Oblómov se aburría con todo lo que hacía, en gran medida, porque siempre se estaba preguntando por el sentido de todo. Era “demasiado flojo de carácter” y tendía a una “felicidad idílica y pasiva”. [...] La conducta de Oblómov o, mejor dicho, su abstención de actuar, se parece mucho a lo que cabe entender como inhibición. [...] Cabe retener este tipo inmortal procedente de la “literatura de terratenientes” rusa como la encarnación de una forma no forzada de inhibición que tiende a manifestarse más en la especulación gratuita, el ensueño ocioso y la fantasía errabunda que en la reflexión profunda. [...]

Entre los factores que favorecen la melancolía, Galeno ya mencionó el pensar en exceso; Constantino el Africano era de la misma opinión y recomendó el movimiento corporal como remedio; *multa cogitatio* era una de las principales causas de la melancolía para Rufo de Éfeso, Rhazes o Marsilio Ficino; Tomás de Aquino hablaba de la acedia que “no conduce a la acción, sino que, por el contrario, aleja de ella”; en relación con los individuos inhibidos y aislados de la sociedad, Diderot hablaba de los “pensamientos extravagantes” que “germinaban en su mente como zarzas en tierra silvestre”; John Donne fustigó la *thoughtfulness* como causa frecuente de melancolía; Schopenhauer, en cambio, pensaba que la vida era una mala cosa y decidió “sobrellevarla reflexionando siempre sobre lo mismo”; Schäffle describió el “temperamento melancólico” como “muy inapropiado para la acción enérgica”; los “graves errores estratégicos” del hiperactivo Blücher en la batalla de Laon parecen haberse debido a una melancolía senil; Joachim Ritter llegó a señalar que incluso “la reflexión sobre la risa pone melancólico”; y Helvétius era de la opinión de que el ser humano había sido dotado de espíritu justamente para no aburrirse. [...]

Los ejemplos anteriores -a los que podrían añadirse muchos otros de muy diversa procedencia- hacen patente la gran importancia del fenómeno de la reflexión en relación con la melancolía. Sus implicaciones ya se han sugerido puntualmente a lo largo de este ensayo: en efecto, puede decirse que resulta imposible abordar el pensamiento utópico, la melancolía o el aburrimiento sin tener en cuenta esta relación.





Cuaderno técnico sobre violencia sexual

Llegó la Manada y nos sacó a las calles, a gritar contra la justicia patriarcal, a rezumar rabia vicaria, a decir: no estamos dispuestas a seguir soportando esto.

Se nos pidió una respuesta como asociación. Preferimos no dar una respuesta inmediata sino hacer lo que, creemos, sabemos hacer mejor. Pararnos, buscarnos, pensar juntas. Pensar para proponer. Porque no hay una Manada, hay muchas. En las calles nocturnas de las ciudades en fiestas y en los juzgados, pero también en las familias, en los entornos más cercanos (esos que creemos seguros), en los trabajos, en quienes se supone velan por nuestra seguridad. Decidimos hacer un cuaderno técnico. Que hable de la violencia sexual desde la cultura de la violación. De la intervención clínica desde la perspectiva feminista. Que permita reparar, dar voz, exigir una sociedad exenta de algo que hasta ahora ha estado escalofriantemente normalizado.

Que sirva para guiar en el acompañamiento a las víctimas/supervivientes/afectadas, pero también para quitar vendas de los ojos. Para que aprendamos a saber dónde buscar, cuándo y cómo preguntar, a cuántas violencias sexuales estamos siendo sordxs y ciegs. Por no poder asumirlo, por no saber responder.

Recogemos testimonios, de mujeres designadas como pacientes, de mujeres que se designan terapeutas. A todas nos han marcado las experiencias vividas a este respecto, las que nos han relatado, las que nos han desvelado cuántas otras veces habremos pasado por alto situaciones que escondían esta violencia.

Sentíos libres de poneros en contacto con nosotras para compartir experiencias, temores, esperanzas. Os leemos en cuadernotecnicovienciasx@gmail.com. Contactad con nosotras en ese correo y pondremos a vuestra disposición la forma de transmitirnos vuestros testimonios de forma completamente anónima.

PROYECTO CONFERENCIAS DE CENTROS DE SALUD MENTAL

Pedro Cuadrado Callejo

El 14 de diciembre de este año se va a celebrar la Tercera. Cuando se celebró la Primera el 25 de noviembre de 2016, la idea explícita era ir haciendo camino año a año y el 19 de diciembre de 2017, se celebró la Segunda. Las dos Primeras repitieron sede, el Hospital 12 de Octubre de Madrid. La Tercera llega al Hospital Gregorio Marañón. La Filosofía de las Conferencias es la de los circos ambulantes: ir rotando la ubicación de su Jornada presencial por las distintas áreas asistenciales de Madrid. Está pensado para que sean un espectáculo hecho por los profesionales y para los profesionales de la práctica en salud mental en su contexto. Por lo tanto, se alimenta de las filosofías de “la cocina de proximidad” y la sostenibilidad. Y tiene más que ver con cómo nos organizamos para el trabajo y organizamos el trabajo para quien trabajamos, que en cómo se ejecuta una receta. Es un espectáculo, fundamentalmente, asistencial.

El objetivo de este proyecto es repensar la atención a los problemas de salud mental desde un espacio propio, con el que se puedan articular modelos teóricos, en el que se puedan colocar las prácticas asistenciales y desde donde se pueda mirar e interpelar a otros espacios de la red de atención, con la confianza y el compromiso con la mirada que solo te dan unos pies bien plantados. Podía haber sido cualquier otro espacio de la red de atención y saldrían otras miradas y otras Conferencias. Hemos elegido el Centro de Salud Mental porque es el nuestro, y por que sin él es casi imposible pensar en cualquier red de salud mental. No se puede pensar en una UHB (Unidad de Hospitalización Breve) y en un CRL, (Centro de Rehabilitación Laboral), u otro dispositivo, formando parte de una misma red si no está en ella el Centro de Salud Mental.

El proyecto está auspiciado y organizado por la Red de Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Su germen fue las reuniones de Jefes y Coordinadores de Servicios de Salud Mental de Distrito y de Centros de Salud Mental que se hacían, en turno de tarde, en el Centro de Salud Mental Tetuán, en la calle Maudes, teniendo como maestro de ceremonias a Mariano Hernández, uno de los psiquiatras imprescindibles y grandes renovadores de las prácticas en salud mental en Madrid en los últimos 25 años. La plataforma de participación on-line la puso en marcha Belén González en la 1ª Conferencia y José Camilo Vázquez, en la 2ª y 3ª. La imagen es un cartel realizado por Antonio Escudero, psiquiatra infantil y creador artístico, que impacta, remueve y transmite fielmente el papel del Centro de Salud Metal buscando su sitio entre dispositivos asistenciales y redes neuronales, a medio camino entre la neurobiología y la vida cotidiana. Al igual que el cartel, al que solo se le van cambiando las fechas y el lugar de celebración, La Conferencia ha nacido explícitamente sin plazos, para ir día a día y año a año; pero en nuestro fuero interno sabemos que necesitaremos un mínimo de diez años, por decir algo, para poder llegar a cualquier sitio, darse la vuelta y mirar el camino recorrido.



PRIMERA CONFERENCIA

La I Conferencia tuvo lugar el 26 de noviembre de 2016 y no solo era la presentación sino que queríamos que fuese La Conferencia de las conferencias, el guion de las venideras, tanto en la estructura de las mismas: plataforma on-line y jornada presencial, 3 Mesas-Debate para discutir in situ y sobre lo colgado previamente en la plataforma, propuesta de informe de conclusiones a discutir on-line y su aprobación, remisión del mismo a responsables sanitarios y su incorporación a un repositorio on-line propio; los contenidos y el tratamiento de los mismos; el criterio de elección de los coordinadores y discusores; y la forma de participación de los profesionales de la Red. Este fue su programa.

PROGRAMA.

I CONFERENCIA DE CENTROS DE SALUD MENTAL. 25 DE NOVIEMBRE 2016. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

<https://iconferenciadecsm.wordpress.com>

La I Conferencia de Centros de Salud Mental quiere poner el reloj a cero y dar respuesta a tres preguntas: ¿Qué Centros de Salud Mental queremos?, ¿qué funciones deben tener? Y ¿Con que recursos deben contar para cumplir estas funciones?

La Conferencia se estructura en tres mesas-debate que hemos llamado: El Lugar de los Centros de Salud Mental, Las Intervenciones y Los Profesionales. Cada Mesa-Debate constará de 2 coordinadores y entre 6 y 8 discusores que debatirán los aspectos concretos de cada una de ellas, que han sido previamente trabajados y debatidos en una plataforma on-line participativa y abierta a todos os profesionales, creada a tal efecto, cuyo link es: <https://iconferenciadecsm.slack.com/x-51264668560-61795864082/signup>, a la que se accede directamente, o por invitación y aceptación del invitado. El objetivo es que todos los profesionales de la Red de Atención a la Salud Mental puedan ser invitados.

Tras el análisis de las discusiones on-line y de lo expuesto en las Mesas de la jornada presencial se redactará un documento de conclusiones que será validado, tras ser sometido a un proceso de discusión on-line.

JORNADA PRESENCIAL.

VIERNES 25 DE NOVIEMBRE. MAÑANA.

9:00-9:45. INTRODUCCIÓN Y ACTO INAUGURAL.

9:45-11:45. 1ª MESA: **EL LUGAR DE LOS CSMs.**

- Desde la historia.
- Desde la Organización Asistencial

- El lugar desde nosotros.
- El lugar desde A. Primaria.
- El Lugar desde A. Hospitalaria.
- El lugar desde los Dispositivos de Rehabilitación.- El lugar desde los Profesionales en Formación.

- **Desde su papel en la Atención**

Eje especificidad

Eje severidad

Eje cronicidad

Desde su papel en la Prevención, Docencia e Investigación.

PARTICIPANTES

Moderadores:

Javier Sanz (Centro de Salud Mental Usera) y Esperanza Almenta (Centro de Salud Mental Alcorcón).

Discusores:

Marisa Zamarro (Centro de Salud Mental Alcobendas), Cristina Polo (Centro de Salud Mental Hortaleza), José Arturo García Bueno (Centro de Salud Gregorio Marañón), Juan Díaz (Centro de Salud Mental Vallecas Villa), María Fe Bravo (Hospital Universitario La Paz), Esther Gómez (Hospital Universitario de Getafe), Abelardo Rodríguez (Red de Rehabilitación Psicosocial); José Antonio Hernández (Centro de Atención Integral a Drogodependientes Vallecas) y Manuel Nieves (Médico Interno Residente Hospital 12 de Octubre)

PLATAFORMA ON-LINE <https://iconferenciadecsm.slack.com>

Canales de participación:

1) lugar_del_csm.

Lugar del CSM. Aspectos generales del lugar que ocupan los CSMs en la Red de Atención a la Salud Mental: conceptos, historia, devenir, perspectivas, controversias, singularidades, alternativas a los CSMs.

2) csm_desde_csm.

El CSM desde el CSM. Cómo ven al CSM los profesionales de los CSMs: ¿es el centro del sistema?; ¿dónde le ubican: cerca de Atención Primaria, en Atención Especializada, formando parte de la Atención Hospitalaria?; ¿qué debe atender: el sufrimiento psíquico a demanda, las enfermedades psiquiátricas, los trastornos mentales graves, los problemas y malestares de la vida cotidiana?; ¿cómo



los debe atender: con un modelo de oferta, con un modelo de demanda, con población de referencia, de forma integral, intensiva, breve, prolongada, dónde se produzca la demanda....?

3) csm_y_ap.

El CSM y Atención Primaria. Cómo ve Atención Primaria los CSMs: ¿cómo el centro del sistema?, ¿cómo el dispositivo de atención primaria a la Salud Mental?, ¿cómo el dispositivo para la atención a todos los trastornos y problemas de Salud Mental?, ¿cómo la Atención Especializada para los Trastornos psiquiátricos?, ¿cómo el complemento necesario para el manejo de los Trastornos Mentales Graves? ¿Debe haber profesionales de salud mental en los equipos de Atención Primaria?, ¿qué profesionales y para qué? ¿Deben los CSM estar integrados y depender de las estructuras organizativas de Atención Primaria?

Cómo ven los profesionales de los CSMs a Atención Primaria: ¿cómo los responsables de los pacientes?, ¿cómo el primer nivel de atención a la Salud Mental?, ¿cómo la puerta de entrada a la Atención Especializada en Salud Mental?, ¿cómo la responsable del seguimiento de todos los Trastorno Mentales?, ¿cómo la responsable de la atención de los trastornos Mentales Comunes o Menores?

4) csm_y_hospitalizacion.

El CSM y la Hospitalización. Como ven Las Unidades de Hospitalización a los CSMs: ¿cómo el centro del sistema?, ¿cómo una Atención Primaria para la Salud Mental?, ¿cómo el responsable de los pacientes?, ¿cómo el dispositivo de descarga?, ¿cómo una consulta externa?, ¿cómo una “coletilla” al final de los informes?

Como ven los profesionales de los CSMs a las Unidades de Hospitalización: ¿cómo los responsables de los pacientes graves? ¿Cómo los responsables del control del riesgo? ¿Cómo un dispositivo de descarga?, ¿cómo un dispositivo de tránsito?

5) csm_y_rehabilitacion.

El CSM y la Red de Rehabilitación. Cómo ven Los Dispositivos de Rehabilitación a los CSMs: ¿cómo el centro del sistema?, ¿cómo los responsables de los pacientes?, ¿cómo la fuente derivación de sus pacientes?, ¿cómo corresponsables en la atención a los Trastornos Mentales Graves? ¿Debe la Red de Rehabilitación integrarse en Salud Mental?

Cómo ven los profesionales de los CSMs a los Dispositivos de Rehabilitación: ¿cómo dispositivos de apoyo en la atención a los Trastornos Mentales Graves?, ¿Cómo dispositivos similares a los Servicios de Rehabilitación físicos?, ¿cómo parte integrante de la Red de Atención a la Salud Mental?, ¿cómo agencias externas? ¿Deben los CSMs hacerse cargo de todos los procesos de rehabilitación y recuperación?, ¿deben los dispositivos de rehabilitación depender de los CSMs?

6) csm_y_red_drogas.

El CSM y la Red de Drogas. Cómo ven Los Dispositivos de Drogas a los CSMs: ¿cómo el primer nivel de atención a los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS)?, ¿cómo los responsables de la atención de los

problemas de alcohol y adicciones comportamentales?, ¿cómo los responsables de la atención a los trastornos psiquiátricos asociados al consumo de sustancia (Patología Dual)? ¿Debe haber profesionales de Salud Mental integrados en los equipos de la Red de Drogas?, ¿debe integrarse la Red de Drogas en la Red de Salud Mental?

Como ven los profesionales de los CSMs a la Red de Drogas: ¿cómo los responsables de todos los TUS, salvo el alcohol y adicciones comportamentales? ¿Se deben atender los TUS y las adicciones comportamentales, en los CSMs?, ¿debe haber profesionales de la Atención a Drogas integrados en los CSMs?, ¿debe integrarse la Red de Drogas en la Red de Salud Mental?

7) csm_y_mirpireir.

El CSM y la Formación MIR PIR y EIR. Cómo ven los profesionales en formación MIR, PIR, EIR, a los CSMs: ¿cómo el centro del sistema?, ¿cómo una rotación más?, ¿Cómo un complemento a la formación hospitalaria?

Cómo ven los CSMs la formación MIR, PIR, EIR: ¿cómo una carga?, ¿cómo una actividad fundamental? ¿cómo la rotación más importante?, ¿cómo un complemento a la formación hospitalaria?

8) csm_e_investigacion.

El CSM y la Investigación. Cómo ven los investigadores a los CSMs: ¿hay sitio para la investigación en los CSMs?, ¿se puede hacer investigación clínica; sobre la cronicidad; y de eficacia de intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales; fuera de los CSMs?

12:15-14:15. 2ª MESA: LAS INTERVENCIONES.

- Modelo de toma a cargo/ Alianza terapéutica/ Accesibilidad/ Disponibilidad
- Intervención Prolongada/ Intervención en Crisis/ Intervención Breve/ Interconsulta/ Intervención Domiciliaria/Intervenciones multiprofesionales/Coordinación.
- Psicoterapias (individuales, grupales, adultos, infancia-adolescencia) / Psicoterapias de la cronicidad (Acompañamiento terapéutico) / Psicofarmacoterapias (intensivas, mantenimiento, adultos, infancia-adolescencia).
- Intervenciones de Mediación Social y Emisión de Informes (judicial, educativa, socio-laboral).
- Los Cuidados.
- Las Intervenciones Ocupacionales.
- La Cobertura de Necesidades Sociales.

PARTICIPANTES

Moderadores:



José Juan Rodríguez (Centro de Salud Mental Puente de Vallecas) y Encarnación Mollejo (Centro de Salud Mental Arganda/Rivas)

Discusores:

Silvia Zabala (Centro de Salud Mental San Blas), Emilio Gamo (Centro de Salud Mental Parla), Araceli Rosique (Centro de Salud Mental Alcalá de Henares), Pilar Roig (Centro de Salud Mental Ciudad Lineal), Eva Rivas (Centro de Salud Mental Moratalaz), Violeta Suárez (Centro de Salud Mental Majadahonda), M^a José Ortega (Centro de Salud Mental Barajas) y Daniel Gil (Centro de Salud Mental Colmenar Viejo)

PLATAFORMA ON-LINE <https://iconferenciadecsm.slack.com>

Canales de participación:

1) csm_intervenciones.

Las Intervenciones. Cómo deben ser las intervenciones: ¿programadas?; ¿se deben ver Urgencias?; ¿se deben hacer intervenciones en crisis?; ¿dónde se deben hacer las intervenciones en crisis: en el Centro, en el domicilio?; ¿se deben hacer intervenciones domiciliarias?; ¿qué tipo de intervenciones domiciliarias: evaluaciones, primeras consultas, seguimientos?; ¿las intervenciones deben ser: de evaluación y seguimiento hasta resolución, o cómo interconsultas: de evaluación y alta o seguimiento por A. Primaria (alta resolución)? ¿Cómo organizar las intervenciones multiprofesionales?

2) toma_a_cargo.

La Toma a Cargo. Cómo debe ser el modelo de atención: ¿toma a cargo con alianza terapéutica, accesibilidad y disponibilidad del profesional responsable, o atención inespecífica?

3) psicoterapia adultos.

Psicoterapia Adultos. Cómo deben ser las psicoterapias: ¿Deben ser breves e intensivas?; ¿prolongadas y de acompañamiento terapéutico?; ¿individuales?; ¿grupales?; ¿psicoeducativas y de intervención sobre estilos de vida? ¿Cómo se articula la psicoterapia de la cronicidad? ¿Cuáles son los criterios de indicación de las psicoterapias?; ¿cuáles son sus riesgos? ¿Se pueden llevar a cabo psicoterapias regladas en los CSMs?; ¿qué requisitos se precisan? ¿Quién debe hacer psicoterapia? ¿Qué oferta de psicoterapias deben tener los CSMs? ¿Cómo convertir al CSM en un espacio psicoterapéutico?

4) psicoterapia infantil.

Psicoterapia Infancia-Adolescencia. Cómo deben ser las psicoterapias: ¿Siguen siendo el núcleo central del tratamiento en infancia-adolescencia? ¿Deben ser breves e intensivas?; ¿prolongadas y de acompañamiento terapéutico?; ¿individuales?; ¿de grupo?; ¿de intervención familiar?; ¿psicoeducativas? ¿Cuáles son los criterios de indicación de las psicoterapias?; ¿cuáles son sus riesgos? ¿Se pueden llevar a cabo psicoterapias regladas en los CSMs?; ¿qué requisitos se precisan? ¿Quién debe hacer psicoterapia? ¿Qué oferta de psicoterapias deben tener los CSMs? ¿Cómo convertir al CSM en un espacio psicoterapéutico?

5) farma_adultos.

Farmacoterapia Adultos. Cómo debe ser la farmacoterapia: ¿Cómo núcleo esencial del tratamiento?, ¿cómo facilitador de los abordajes psicoterapéuticos?, ¿cómo último recurso para los trastornos adaptativos y problemas de la vida? ¿Intensiva y con orientación al corto plazo?, ¿de orientación al largo plazo y de mantenimiento? ¿Específica ó con orientación sintomática? ¿Priorizando el control sintomático o los efectos iatrogénicos?

6) farma_infantil.

Farmacoterapia Infancia-Adolescencia. Cómo debe ser la farmacoterapia: ¿Es necesaria la farmacoterapia en infancia-adolescencia?, ¿dónde está indicada?, ¿debe ser el último recurso?, ¿qué grupos farmacológicos son los más utilizados?, ¿con qué finalidad? ¿Qué barreras y limitaciones tiene su uso?

7) rehabilitacion_en_tmg.

La Rehabilitación. Cómo deben ser los Programas de Rehabilitación y Recuperación para los TMG: ¿Qué criterios deben primar para la inclusión en los mismos: diagnósticos, de persistencia del cuadro clínico, de necesidades asistenciales, de utilización de recursos?, ¿deben incorporarse en cuanto se produce el diagnóstico de trastorno psiquiátrico mayor? ¿Qué papel deben cumplir los Programas de Rehabilitación en los CSMs: derivar a la Red de Rehabilitación?, ¿dónde deben llevar a cabo las intervenciones? ¿Qué número máximo de pacientes debe llevar cada gestor de casos? ¿Qué expectativas tienen los Programas de Rehabilitación de los CSMs respecto a los dispositivos de la Red de Rehabilitación?

8) mediacion_social.

La Mediación Social. Cómo deben ser las Intervenciones de Mediación Social: ¿Qué se incluye dentro de las intervenciones de mediación social?, ¿se contemplan estas intervenciones en las agendas? ¿Qué papel debe jugar el CSM ante las demandas de informes, evaluaciones y peritajes del sistema judicial?, ¿se puede compaginar la relación terapéutica con el paciente con las obligaciones con la justicia? ¿Qué papel deben jugar los equipos de infancia-adolescencia en las situaciones de separación o conflictos de tutela de los padres de sus pacientes; cómo situarse ante las demandas del sistema educativo? ¿Cómo manejar las situaciones de Baja Laboral o la emisión de informes para pensiones e incapacidades?

9) cuidados_enfermeria.

Los Cuidados de Enfermería. Cómo deben ser los Cuidados de enfermería en los CSMs: ¿Cuál debe ser su papel en los Programas de Continuidad de Cuidados en adultos e infancia-adolescencia?, ¿en la vinculación de los pacientes?, ¿en el cumplimiento terapéutico?, ¿en el control de efectos secundarios de los tratamientos?, ¿en el control psicopatológico?, ¿en el control de la salud física?, ¿en la promoción de hábitos saludables?, ¿en las actividades de coordinación?, ¿Qué tipo de intervenciones terapéuticas deben desempeñar? ¿Deben asumir el liderazgo en los seguimientos domiciliarios? ¿Deben poder



prescribir algunos medicamentos? ¿Qué tipo de tareas específicas deben desarrollar en la atención a infancia-adolescencia?

10) terapia_ocupacional

La Terapia Ocupacional. Cómo deben ser las Intervenciones Ocupacionales en los CSMs: ¿Cuál debe ser su papel en los Programas de Continuidad de Cuidados en adultos e infancia-adolescencia, en la atención a las drogodependencias, en psicogeriatría?

11) trabajo_social.

Trabajo Social. Cómo debe ser el Trabajo Social en los CSMs. ¿Cuál debe ser su papel en los Programas de Continuidad de Cuidados de adultos e infancia adolescencia?, ¿Qué papel deben en jugar en la vinculación de los pacientes?, ¿en el acceso a las prestaciones sociales?, ¿en la cobertura de necesidades básicas?, ¿en la facilitación de la integración social?, ¿en la aplicación de las medidas de protección a la infancia?, ¿en la salvaguarda de los derechos de los pacientes?, ¿en las Mesas del Menor?, ¿en los Consejos de Salud y de Infancia? ¿Qué tipo de intervenciones terapéuticas deben desempeñar?

12) nuevas_buenas_practicas.

Nuevas Buenas Prácticas. ¿Qué experiencias asistenciales novedosas se están poniendo en marcha en los CSMs?

VIERNES 25 DE NOVIEMBRE. TARDE.

15:30-17:30. 3ª MESA: LOS PROFESIONALES.

- La composición de los equipos/ las ratios de profesionales/ la capacitación/los liderazgos
- Las Necesidades de los profesionales.
 - El reconocimiento.
 - El cuidado de los profesionales.
 - La formación continuada

PARTICIPANTES

Moderadores: Mayelín Rey (Centro de Salud Mental Ciudad Lineal), Francisco José Otero (Centro de Salud Mental Villalba)

Discusores: Pilar Rojano (Centro de Salud Mental Colmenar Viejo), Laura Gotor (Centro de Salud Mental Tetuán), Ana Castaño (Centro de Salud Mental Moratalaz), Concha Pérez (Centro de Salud Mental Alcorcón), Mercedes Navío (Oficina Regional de Salud Mental), Juan Carlos Duro (Formación Continuada de Salud Mental), Agustina Crespo (Centro de Salud Mental Puente de Vallecas), Eulalia Araujo (Centro de Salud Mental Salamanca) , Marta de Loresedecha (Centro de Salud Mental Móstoles)

PLATAFORMA ON-LINE <https://iconferenciadecsm.slack.com>

Canales de participación:

1) profesionales

Los Profesionales. Cómo queremos que sean los profesionales de los CSMs: ¿qué capacitación precisan los psiquiatras, los psicólogos, los enfermeros, los terapeutas ocupacionales y los trabajadores sociales? ¿Es viable una atención de calidad sin profesionales especializados?, ¿se pueden constituir equipos de infancia-adolescencia sin psiquiatras y psicólogos infantiles?, ¿se puede ofrecer una atención psicológica con garantías al margen de la formación PIR?, ¿son viables unos cuidados de enfermería sin enfermeros especialistas en salud mental?

2) composición_equipos

La Composición de los Equipos. Cómo queremos que sean los equipos de los CSM: ¿Qué profesionales constituyen el equipo base del CSM: en atención a adultos y en infancia-adolescencia? ¿Son suficientes los profesionales con los que cuentan los CSMs en la actualidad?, ¿están bien repartidos?, ¿cuál son las principales carencias? ¿Deben existir ratios de los distintos profesionales establecidos por población, características de la demanda y procesos y programas implantados?

3) liderazgos

Los Liderazgos. Cómo queremos que sean los liderazgos en los CSMs: ¿De quién dependen los profesionales de los CSMs? ¿Cómo se debe establecer el liderazgo en los CSMs? ¿Pueden funcionar los CSMs sin un liderazgo propio? ¿Qué ha supuesto para los CSMs su adscripción a las Gerencias Hospitalarias?

4) formación_continuada

La Formación Continuada. Cómo queremos que sea la formación continuada en los CSMs: ¿Promovida, acreditada y reconocida por la organización sanitaria? ¿Inespecífica o adaptada a las necesidades de cada momento del servicio, de las áreas de actividad y procesos? ¿Específica para cada profesional o dirigida a la formación del equipo multiprofesional y compartida con los profesionales de la red de dispositivos asociados?

5) necesidades_prof

Las Necesidades de los Profesionales. Cómo queremos que se incentive y se cuide a los profesionales de los CSMs: ¿es posible el compromiso con el trabajo sin incentivos económicos ligados a la actividad, sin estabilidad laboral, sin reconocimiento de la especialización y formación, sin posibilidades de promoción, sin participación en la organización y gestión del CSM, sin facilidades para conjugar las obligaciones asistenciales con el desarrollo de intereses propios y sin facilidades para acceder a actividades e intervenciones dirigidas al cuidados de su salud mental?



17:30-18:00. CONCLUSIONES Y CLAUSURA.

Al informe de conclusiones se puede acceder en [este enlace](#)

SEGUNDA CONFERENCIA.

La 2ª Conferencia tuvo lugar el 19 de diciembre de 2017 y surge en el clima de la elaboración de un nuevo Plan de Salud Mental, y en el movimiento de los Centros de Salud mental por incorporar al mismo una Línea estratégica de Organización en la que se redefiniese y fijase el papel de los Centros de Salud Mental, dentro de las Gerencias hospitalarias. Queríamos llevar a la Conferencia un elemento definitorio que mostrase cual es la consideración de nuestro trabajo y nuestras prácticas para la organización, y el tema de los Indicadores cumplía todos los requisitos. Se nos juzga, se asignan recursos y se paga productividad por cosas que nada tienen que ver ni con nuestra misión ni con lo que hacemos. La Conferencia debería servir, como decíamos en el Programa para *“definir un conjunto, mínimo pero muy específico, de indicadores de estructura, de proceso y de resultados para los Centros de Salud Mental. Indicadores, que nos tienen que permitir conocer la situación actual de nuestros dispositivos, fijar un modelo de funcionamiento y una cartera de servicios, definir los recursos que precisamos para desarrollar nuestras funciones y establecer líneas de desarrollo futuro basadas en datos”*. Este fue el [programa](#).

Se puede acceder a las Conclusiones de la Conferencia, con la propuesta de indicadores, en [este enlace](#).

TERCERA CONFERENCIA.

Tendrá lugar el 14 de diciembre de este año, surge tras la aprobación del Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020: sin cambios en la estructura organizativa y con un arrinconamiento de los llamados Trastornos Mentales Menores o Comunes al ámbito de la Atención Primaria. Su memoria económica refleja bien cuál es su orientación y hacia donde quiere llevar a la Red de Salud Mental: un tercio, de los 30 millones de su financiación, va para concertar nuevas Unidades de Media y Larga Estancia, otro tercio para Unidades Hospitalarias y el tercio restante para reforzar los Programas de Continuidad de Cuidados del Trastorno Mental Grave. La razón para que esta Conferencia se ocupe del Trastorno Mental Común, se explicita en el [Programa](#), *“Si en los últimos años se ha ido consolidando una red de dispositivos y una manera de funcionar, a través de los Programas de Continuidad de Cuidados, en el manejo del Trastorno Mental Grave, nada hemos hecho con el Trastorno Mental Común qué por su ubicuidad, nivel de sufrimiento, repercusión funcional y grado de discapacidad que producen, teniendo en cuenta la línea base de la que parten las personas afectadas, no se diferencian mucho de los Trastornos Mentales Graves”*.

Mientras tanto en la AEN

a continuación os traemos parte de la actividad reciente y próxima de nuestra asociación.

La junta directiva de la AEN ha participado activamente en la campaña contra la aprobación del protocolo adicional al Convenio de Oviedo. El día 19 de octubre tuvimos una reunión con las entidades españolas representadas en Mental Health Europe para tratar este asunto y coordinar acciones. Asimismo se ha solicitado el posicionamiento de los Comités de Bioética de las Comunidades Autónomas. De momento, el Estado Español, mantiene su posición favorable al protocolo, a pesar de nuestros esfuerzos. En el mismo encuentro también acordamos aprovechar la presencia en el Board de MHE de un representante de la AEN, Andrés Suárez para incrementar nuestra influencia en este ámbito. Hicimos también aportaciones en el trámite de audiencia del Anteproyecto de Ley sobre las modificaciones de la legislación civil y procesal en materia de incapacidad. Esperamos que en el proyecto tengamos ocasión de participar con más tiempo. En la misma línea, vamos a recopilar información para denunciar algunas modalidades de tratamiento ambulatorio involuntario que se han propuesto en algunos lugares. El grupo de trabajo de Coerción y Salud Mental también va a seguir activo, una vez publicado el cuaderno técnico. La Junta mantiene el interés en celebrar un encuentro con las entidades en primera persona, que nos gustaría poder tener en febrero. Por último, la Sociedad Británica de Psicología nos ha autorizado la traducción y difusión del Marco Amenaza-Poder-Significado que ya está disponible en [la web](#), que os animamos encarecidamente a leer.

La Escuela de Salud Mental de la AEN (ESMAEN) ha acreditado las XXVI Jornadas de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría “El trabajo en equipo y en red en salud mental” así como el curso “Buenas prácticas en salud mental” de la asociación asturiana de salud mental, el Taller sobre dificultades en la adquisición del rol de terapeuta, organizado desde el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, y el Diploma en salud mental en situaciones de violencia política y catástrofes organizado por el GAC (grupo de acción comunitaria).

La AMSM está organizando unas jornadas para los próximos 28 y 29 de marzo cuyo eje temático será la comunidad. Salud pública, intervenciones en primeros episodios y postpsicopatología serán algunos de los muchos temas a tratar. Por otra parte han subido a [su canal de youtube](#) el contenido completo de sus pasadas jornadas. ¡Disfrútalo!

La ACPSM- AEN cat ya ha arrancado la preparación del próximo Congreso de la AEN, que tendrá lugar en 2021. Mientras tanto han organizado el 23 de noviembre las jornadas “Salut Mental i Comunitat. Quines intervencions? Quins models? Reflexions sobre la vitalitat de la xarxa” y están inmersos en la organización del VII Congrés Català de l’Infància i l’Adolescència, que tendrá lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2020, en colaboración con otras entidades, bajo el título: “Transicions, exclusions i soledats”.

La AMUSM ha presentado importante actividad tanto a nivel institucional como divulgativo, participando entre otros proyectos en las recomendaciones del “No hacer” elaboradas por la Consejería de Salud, en colaboración con muchas otras especialidades.



La ACLSM acaba de celebrar sus jornadas “A contracorriente: resistencia en salud mental”. Renta básica universal, pluralidad y alternativas, experiencias colectivas y falacias diagnósticas han sido algunas de las muchas temáticas tratadas. Os reproducimos aquí su texto de presentación para recordar muchos de los motivos por los que trabajamos en esta asociación.

“En los duros tiempos en que vivimos nos sentimos obligados a proponer la Resistencia como una actitud vital e imprescindible: Porque resistencia es negarnos a asumir un pensamiento único que se nos intenta imponer desde posiciones hegemónicas y deshumanizadoras. Resistencia es revolvernos ante los intentos de convencernos de que la coerción y la dominación son las únicas soluciones. Resistencia es seguir, cada vez más, sublevándonos ante visiones reduccionistas que consideran a las personas como objetos, y no como sujetos activos protagonistas y dueños de su propia existencia. Resistencia es hacernos conscientes de que la neutralidad es imposible; que o se está en un lado o en el otro. Resistencia es tomar partido, hacer una opción clara por la dignidad y la libertad del ser humano. Resistencia es volver a la “clínica”, al inclinarse al lado del que sufre, y al hacernos cargo. Resistencia es emplear la escucha como un acto revolucionario, ya que el sufrimiento del otro nos lleva necesariamente al compromiso y a la acción. Resistencia es obligarnos a imaginar que un mundo, una sociedad y una atención a la salud mental diferentes son posibles. Resistencia es pasar a la acción, en nuestras consultas y en el ámbito social, porque no podemos separar la salud mental de lo que pasa en el mundo. Resistencia es convencernos de que el cambio será necesariamente colectivo o no será. Resistencia es que los que queramos, aún sin estar de acuerdo en todo, nos juntemos a pensar, a crear alternativas, a luchar por la transformación de la Resistencia atención a la salud mental y de la sociedad, porque estas son inseparables. En definitiva, Resistencia es tomarnos la vida en serio.

Porque hoy, más que nunca, es imprescindible ir “a contracorriente”

“Contra el pesimismo de la razón, el optimismo de la voluntad”. (A. Gramsci).”

En Baleares la ABSM ha organizado unas exitosas jornadas el pasado día 23 de noviembre bajo el epígrafe “Los 4 conceptos fundamentales de la Salud Mental”, con aportaciones desde el psicoanálisis a los grandes temas de debate en la salud mental actual.

La sección de psicoanálisis llevó a cabo el pasado 28 de septiembre las jornadas Psicoanálisis y neurociencia, en el Hospital Universitario Gregorio Marañón. En sus propias palabras, frente a las críticas desinformadas con las que se ha pretendido descalificar al Psicoanálisis -intensas en los últimos tiempos-, la mejor respuesta no es una constante protesta, sino la posibilidad de generar un debate en las propias instituciones de Salud Mental y con interlocutores de prestigio. La nutrida asistencia (150 personas) habla por sí misma de la relevancia del tema. Por otra parte en mayo de 2019 tendrán lugar las XV Jornadas Bienales de la sección, cuyo eje central será “el amor”. En preparación de estas jornadas disfrutaremos en el mes de enero de la mesa “Amor, feminismo y diversidad” moderada por Marjorie Gutiérrez, con la presencia de figuras como Dauder García, Marina de la Hermosa y Jorge Alemán.

La siempre activa sección de psicoterapia de grupo presentará el libro “La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental” el próximo 18 de diciembre a las 18 horas, en el aula Eloy López de la Fundación Jiménez Díaz, en Madrid. Además en [este enlace](#) puedes disfrutar de la mesa que la sección organizó en el pasado congreso de Córdoba, en la que se puso de relieve, entre otras muchas cosas, la necesidad de implementar en la formación de residentes este tipo de intervenciones. Por otra parte en octubre de 2019 tendrán lugar las II Jornadas de la sección, cuyo preprograma ya está en marcha.

Otra activísima sección es la de DDHH, que actualmente anda enfrascada en la organización de un curso anual sobre prescripción basada en derechos y necesidades 2019/2020; la denuncia de malos tratos mediante la vehiculización de quejas al defensor del Pueblo, la contribución a la apertura de un proceso de Verdad, Justicia y Reparación en salud mental, propuesta de Grupo de Apoyo Mutuo de profesionales feministas, la contribución en la revista de la AEN en la temática de violencias sexuales y la coordinación de Mesa en las XII jornadas estrategias positivas de desarrollo cuyo tema es Defensoras de los derechos Humanos.

Por último la AGSM está inmersa en la preparación de las próximas jornadas estatales de la AEN en Santiago del 20 al 22 de junio de 2019. Cerramos el boletín con el texto Frontera, que las presenta mucho mejor de lo que podríamos hacer aquí.

AEN retwitteó



Clara Benedicto @ClaraBenedicto · 11 oct.

Ayer, hoy y siempre. Cribado de depresión en población general, un sinsentido que sobrediagnostica y sobreatra. Ya lo dijimos @AdrasteaQuiesce y yo aquí > google.es/url?sa=t&source=... #colectivosilesia

Columbia Psychiatry @ColumbiaPsych

Today is National Depression Screening Day. Columbia Psychiatry's Dr. Randy Auerbach and Dr. Rachel Zuckerbrot talk about the importance of screening for depression in adolescents and young adults. columbiapsychiatry.org/news/importanc...



Gracias!!! (históricas)

Ana Conseglieri

Olga Villasante

sección de historias de la AEN

Al pensar en una crónica sobre las *XI Jornadas de la Sección de Historia de la AEN* celebradas en Madrid, lo primero que se me ocurre es dar las gracias. La escasa presencia, pero no innecesaria, de la historia en nuestra sociedad nos hace sentirnos orgullosas de representar esta sección que, desde las Primeras Jornadas de Oviedo, en 1995, ha mantenido sus encuentros en Valencia (1997), A Coruña (1999), Valladolid (2001), Albacete (2004), Madrid (2006) y Tarragona (2008), Bilbao (2010), Ourense (2012) y Donostia (2015).

Los días 25 y 26 de octubre pasados nos reunimos en el Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC), para abrir las undécimas Jornadas bajo el título “PSIQUIATRÍA Y CAMBIO SOCIAL”, acompañadas de Carmen Cañada. Convocamos, en la mesa de apertura, a algunos de nuestros *Pilares de la historiografía española* para reflexionar y rendir un homenaje a obras como *Ciencia y Marginación* de José Luis Peset, *Miserables y Locos* de Fernando Álvarez-Uría y *La Razón y la Sinrazón* de Josep María Comelles. Libros y autores que nos han nutrido a las que, tanto desde la clínica como desde la historia académica, hemos tratado de reflexionar sobre nuestra profesión, nuestras ideas o instituciones psiquiátricas. Este coloquio orquestado por Rafael Huertas y que contó con Manuel Desviat y Ricardo Campos como discusores, abrió las Jornadas que acogieron profesionales de campos como la antropología, filosofía, enfermería, psicología, historia, sociología, psiquiatría... consolidando nuestra identidad como asociación multiprofesional.

Después de esta rica discusión contamos con las disertaciones, en torno a la *Psicología y Psicoanálisis en el primer franquismo*, de la psicóloga Annette Mülberger, la filósofa Silvia Levy y las psiquiatras Julia Álvarez-Arenas y Ana Conseglieri. El cierre de la jornada del jueves avanzó temporalmente llegando al *Tardofranquismo y Transición* mesa que reunió a estimados veteranos procedentes de puntos geográficos bien diferentes como David Simón de Ourense, Cándido Polo de Valencia, Oscar Martínez Azumendi de Bizkaia o Antonio Labad de Reus.

El punto de esparcimiento llegó con las viandas y vermouths de las centenarias *Bodegas Rossell* que no nos privaron de madrugar el segundo día que se inició con las tempranas comunicaciones, presentaciones de libros y las conversaciones junto a los variados posters presentados.

El viernes participaron como ponentes Enric Novella, Andrés Porcel, Margarita Medina y Fabiola Irisarri para presentar algunos discursos o conflictos sociales del tardofranquismo, así como recuperar las voces de la psiquiatría y de la historia como la de nuestro querido Antonio Rey. La guinda de la jornada fue la mesa sobre *Grupos marginados y Activismo* que contó con las aportaciones de Francisco Molina Artaloytia, Mercedes del Cura y Ricardo Campos

Pero lo más importante de la Jornada son, sin duda, aquellas jóvenes que no he citado pero llenaban la sala y dan sentido a que se mantengan estos espacios de discusión. No sé si podemos ser optimistas en esta sociedad del pragmatismo, la celeridad, la eficiencia y el voraz capitalismo que invade nuestro quehacer cotidiano, pero estimula conocer nuevas caras que se acercan a estos encuentros. En una oferta tan plural, fragmentada en sub-especializaciones dentro de la salud mental, no es fácil orientar nuestro trabajo hacia la historia para bucear en nuestro pasado. Sin embargo, las que nos hemos reunido tenemos la esperanza de seguir manteniendo periódicamente estos espacios para escuchar y narrar “nuestra historia”, intentando ser honestos y fieles al pasado, que es la base del futuro.





Fronteras

Ramón Area Carracedo

El próximo mes de junio, la AEN (eso espero) viajará a Santiago para dejarse enredar en unas nuevas jornadas. Ese fue el encargo de la directiva y tras las dudas y vacilaciones fruto de la prudencia (o tal vez de ese [carácter](#) del que ya no vale la pena desprenderse) decidimos aceptar.

La asociación galega de saúde mental siempre fue un poco a su aire. No tiene nada de malo ni de bueno. Es una constatación, quiero decir. Tardamos años en integrarnos en la asociación española de neuropsiquiatría, a muchos no nos gusta demasiado viajar y lo que está más allá del Padornelo se lee o se pregunta a quién ha tenido que emigrar y ver mundo: *E por alá, como vai a cousa?*

La asociación, sin embargo, ha sido muy activa desde su fundación (allá por los setenta-ochenta), con personas muy valiosas que han ido pasando y dejando un aroma a saber y curiosidad (véase la revista Siso-saúde). Esa es [nuestra herencia](#).

Así que el cuerpo se le pone a uno como desasosegado solo de pensar que le toca hacer discurso.

Hemos intentado construir un programa (que en sentido estricto se refiere a aquello que se hace antes de escribir, luego devino en significar la manera concreta de organizar el día para después, ya rendidos ante el presunto progreso, entregar al mundillo de la informática una hermosa palabra que griegos y romanos habían mimado con esmero).

Así, en un coche que regresaba de Córdoba, empezamos a hablar y a atrevernos a pensar posibilidades. Atrás quedaba el calor, la mezquita, un pequeño restaurante que nos recomendó Pepe Leal (agradecidos, Pepe), ponencias interesantes y un bar en el que disponían con generosidad la habitual pócima de cebada con la que solemos combatir la *morriña* (esa muerte pequeña equivalente al dolor por lo nuestro que sugiere el vocablo nost-algia)

Puede que fuese en un peaje o quizás en una estación de servicio. Sé que Marc Augé pondría empeño en llamarle un no-lugar. En definitiva, la intuición entró por la ventanilla mientras nos sabíamos en dirección al mar para indicarnos (como uno de esos carteles de cualquier carretera comarcal) que todo debía girar alrededor de la idea de frontera. Quizás, pensábamos, de esa manera podríamos arullar un concepto que después nos ayudase frente a la aridez del sufrimiento y del oficio.

A veces, ya se sabe, uno se pone optimista y se viene arriba y le parece que todo va a salir bien e incluso está seguro de vencer (casi) todo.

Otra cosa es ponerse, claro.

A *raia* es el nombre de la [frontera](#) entre Galicia y Portugal. Yo la conocí de niño, hacia el final del franquismo, cuando la familia viajaba algunos fines de semana rumbo a ValenÇa do Minho, a Braga o a Viana do Castelo, para comprar café, sábanas o cuberterías, y existía un puente internacional,

controles de la guardia civil (y de la *garda nacional republicana*, los g'n'r) y la lengua o los dulces sabían de otra manera que, sin embargo, irremediablemente también tenían que ver con nosotros.

Hay una *raia húmida*, donde el río Miño divide el territorio, y una *raia seca*, de frontera mucho más imprecisa. Allí, entre la sierra de Cebreiro y de Larouco Pena, estaba el territorio del [Couto Mixto](#), desde la independencia de Portugal en 1147 hasta el Tratado de Lisboa de 1864, que ya son años.

A él pertenecían tres aldeas, Santiago, Rubiás y Meaus (de una cuarta, Pena, solo hay constancia documental) sin que se hayan identificado las razones exactas de su singular origen y desarrollo. No pertenecían a España. Tampoco a Portugal.

Sus habitantes se reunían en asamblea, elegían a un juez o representante cada tres inviernos al que ayudaban tres *homes de acordo*, quienes guardaban las tres llaves de un arca con los documentos relativos a su independencia. Un *vigairo del mes* era el encargado de que se cumpliesen los acuerdos.

Lo atravesaba una carretera neutral, el *camiño privilexiado* (un sendero de seis quilómetros que unía entre sí las aldeas y que llegaba al pueblo portugués de Tourém), sobre la que los guardias no tenían jurisdicción. Los *arraianos* contaban con algunas ventajas: no pagaban impuestos, no hacían el servicio militar, no necesitaban licencia de armas, no estaban obligados a utilizar impresos oficiales, no precisaban documentos acreditativos de su identidad (bastaba con la partida de nacimiento), podían cultivar tabaco y existía derecho de asilo. Sus habitantes eran presentados como portugueses unas veces y como españoles otras, según los vientos de su interés, pero no se consideraban sujetos de ninguna de las dos Coronas.

Esta manera de ser frontera duró siete siglos, dice García Mañá que tras nacer por la ambigüedad en el reparto territorial entre el reino de Castilla y el de Portugal, y finalizar durante el reinado de Isabel II, cuando en la(s) capital(es) decidieron poner un poco de orden. El Couto mixto pasó a ser español a cambio de otras tres aldeas denominadas *promiscuas* por estar situadas (para desconcierto gubernamental) justamente en la línea fronteriza de los mapas, de manera que podías desayunar en España (el comedor) y soñar en Portugal (los dormitorios): Cambedo, Soutelinho da Raia y Lama d'Arcos.

A partir de su disolución, en el Couto comenzó un fluido contrabando transnacional que duró hasta la década de los sesenta. Son ya las historias que escuchaba durante mi infancia, mientras la caravana avanzaba con lentitud hacia el control aduanero, preocupados los progenitores por si los agentes obligaban a abrir el maletero. La noche se poblaba de faroles, señales, *fardeiros* (por los fardos que cargaban a sus espaldas) y, dicen, extraordinarios canes con un olfato increíble en la detección tricornos.

De Portugal se traía tabaco, medicamentos, jabón, azúcar, bacalao y sal, asunto vital para la matanza del cerdo y la conservación de alimentos en los tiempos previos a las neveras (en las casas era costumbre instalar un depósito secreto que se zafaba de las inspecciones). Los portugueses, por su parte, tenían por costumbre salir con zapatos viejos y regresar con los nuevos puestos.

Y luego está toda aquella historia del wolframio que, con la venia, dejo para otra ocasión.



Si, por ejemplo, recordamos las cosas del imperio y su empeño por la línea geométrica, todo parece muy diferente, no solo en esa historia que suelen contar libros y tratados, protagonizada por grandes sucesos y hombres presuntamente importantes, sino para la gente común.

Hay veces que no puedo evitar recurrir a lo que creo que es el verdadero origen de la palabra delirio (salirse del surco), por lo general interpretado a través de una metáfora agraria. Sin embargo, cuando se tiene en cuenta la costumbre romana en la fundación de ciudades (trazaban una línea en el suelo, lo de dentro era ciudad, lo de fuera barbarie o extranjería), el surco se entiende como aquello que separa, que coloca personas por fuera de ese nosotros que renuncia a incluir.

A *raia* es entonces una costura, un lugar de convivencia e intercambio en la que se ha ido creando a lo largo de los siglos una cultura peculiar, quizás un territorio permeable en el que los *arraianos* renunciaron a la geometría. La frontera terminó por ser un verdadero lugar poblado por verdaderas personas, cuestión que difiere bastante de muros y verjas, estén en Melilla, Palestina o México.

Platón hizo inscribir en la entrada de su academia una frase: que no entre nadie que no sepa geometría. Méndez Ferrín (autor de un libro fundamental para entender estas cosas), por el contrario, escribió: La *raia* es un alimento terrestre en múltiples usos y permanencias.

Las primeras fronteras dejaron huella en el lenguaje. Por lo general, los que estaban del otro lado eran “no hombres”, “enemigos” o “los que no saben hablar”. Ese es el origen de bárbaro (el que balbucea bar-bar-bar) y de *hostes* (el enemigo/extranjero). En las fronteras siempre operaron contradicciones: lo humano y lo extrahumano, lo natural y lo sobrenatural, lo real y lo imaginario. Así, en el Mediterráneo estaba presente una geometría del fin del mundo que, al llegar al Atlántico, se transformó en una catarata que conducía al abismo. Y las civilizaciones antiguas oponían al mundo conocido otro universo poblado de seres mitológicos. Y, en la edad media, el mundo se dividía por una línea que separaba los creyentes de los infieles. Y en los estados modernos se amalgamó cultura, origen y destino de las más variadas maneras, desde la inocencia hasta la perversión absoluta.

Frederick Jackson Turner, a finales del siglo diecinueve, escribió un libro titulado *El significado de la frontera en la historia de los Estados Unidos*. Se suele señalar que rompió con la tradición historiográfica europea al relacionar identidad y frontera.

Para Turner fue el proceso de avance de los colonos desde el este hacia el oeste quien originó una presunta manera de ser de los ciudadanos de Norteamérica. El movimiento de la frontera exigía lucha y adaptación (no lo dice Turner, pero los Sioux, los Cheyennes o los [Tlingit](#) añadirían que también unos escrúpulos tirando a escasos) y era causa (Turner dixit) del espíritu emprendedor, el deseo de ir más allá y la constante búsqueda de oportunidades que él creía caracterizaba a sus compatriotas.

La globalización proclama un mundo sin fronteras para, sin solución de continuidad, trazar con mano firme una perfecta línea en relación al poder. Para Inneraty lo global es lo que engloba, lo que aspira a contenerlo todo, a que nada quede por fuera, a negar el mundo de los alrededores. Cuando lo leo, pienso más en la idea de fagocitar (devorar) que en la de contener o coser.

Antes de todo esto eran los alrededores en donde se permitía, de alguna manera, un estar por fuera. Lo marginal, el conflicto, los estallidos, lo raro, las bandas juveniles, los pobres, los locos... eran una cuestión de marginalidad. Hoy, sin embargo, ya nada puede quedar al margen porque todo puede afectar, todo puede llegar a la puerta de las personas normales un domingo por la tarde. Y ya decía Vila Matas que la personalidad se forja durante las tardes dominicales, así que nada de sustos o intromisiones en la vida de los ciudadanos ejemplares.

El mundo sin fronteras es, por fuerza (y por la fuerza) un mundo hiperlegislado e hipercontrolado, porque el riesgo es ese otro que acecha, el bárbaro, las huestes, el enemigo, el no-ser, el que no sabe hablar... incapaces de permanecer al otro lado de la línea y que están en el mismo aquí que estamos tod@s.

En relación al saber hay una mutación de la cualidad del paradigma dominante, situado más allá de las revoluciones científicas, de la dialéctica e, incluso, de la historia o la verdad (pónganle el prefijo post a todas estas palabras y les sale un alarmante artículo de suplemento semanal).

Lo global es también la dificultad de la disidencia, la desaparición del extrarradio, de las barriadas y la posibilidad de una C en el medio y medio que las transforme en barri(c)adas.

El conocimiento es un nicho que contiene todo, crea usted lo que crea o piense lo que usted piense. Esa parece ser la máxima. La identidad y sus problemas no disponen de un lugar más allá del movimiento propio de la mercancía que se traslada eternamente como manera de ganar o perder valor. Los alrededores, como manera de habitar el planeta, llevan camino de sucumbir a la especulación, nada muy distinto a lo acontecido con los espacios reales de la periferia urbana.

La cosa no va de personas que habitan una línea en donde la pertenencia está en juego. La pertenencia es obligatoria, nadie puede no-pertenecer desde que el peligro está en cualquier lugar y momento y ya no es una cuestión del orden del confinamiento.

No es esa la lucha, pertenencia o exclusión. Ahora todo es jerarquía, desde la víscera hasta el amor.

Me gusta pensar la Agsm (y la Aen, con perdón por ser, en cierta forma, un recién llegado) como una *raia*. Un lugar en el que se entrecruza saberes y en el que intentamos coser la convivencia para así mirar y escuchar lo mejor posible el sufrimiento mental. Por eso el programa (en fin, otra vez la palabreja) girará alrededor de la idea de frontera. Es una manera de entender el oficio, una necesidad de crear alrededores que nieguen la geometría de los saberes dogmáticos y simplificadores. Si algo debe caracterizar a la salud mental es precisamente eso, la necesidad de apertura como manera de entender y aproximarse a lo subjetivo, aceptar los horizontes y rechazar la obligatoriedad de colonizar personas, instituciones o disciplinas. Creo que es conveniente decir que no estamos contenidos en nada, y que nos rebelamos frente a la disolución de los márgenes, y que creemos en los alrededores como manera de vivir y entender a las personas.

Somos, o debiéramos ser, gente de barrio.



Estos días ha llegado por primera vez a Galicia un cuadro de Castelao: *A derradeira lección do mestre* (La última lección del maestro). Dos niños están al lado de un maestro ejecutado durante la guerra civil que yace en un suelo del que brotan dos árboles sin hojas, con el cuello en un escorzo que hiere la mirada.

El muerto se parece extraordinariamente a Alexandre Bóveda, republicano, nacionalista y amigo de Castelao, fusilado el diecisiete de agosto de mil novecientos treinta y seis, a la edad de treinta y tres años.

El cuadro ha sido fagocitado sin pudor por el monte Gaiás, edificio erguido justamente para señalar que la cultura entera debiera estar en sus entrañas. El presidente de la Xunta prefirió no mencionar el fusilamiento de Bóveda o la represión franquista, interpretando el cuadro cautelosamente (diría él) como una defensa de la educación y de los valores democráticos.

Los dibujos de Castelao siempre han sido otra frontera, por mucho que pretendan esconder aquellos alrededores en la Argentina, de huida y exilio e intentos por sostener lo que había derribado la guerra.

No todo puede estar dentro.

Galicia es un finisterre periférico que cuenta con una historia de tensión entre lo global y lo local. En ocasiones, ha sido capaz de crear un estilo mestizo, un universo *glocal* nunca suficientemente comprendido desde ese poder que ocupa la oficialidad exterior e interior: la *raia*, la emigración, la pesca, los mercados, las fiestas... son lugares con extrañas formas de viajar, de ir de un lado a otro, de mirar hacia delante y hacia atrás, de escuchar, mirar y aprender.

Hemos tratado de imaginar un par de días de junio. Que resuenen a un estilo. Habrá cinco mesas (y renuncio a divagar alrededor de la idea de comensalidad) tituladas “territorios”, “clínicas”, “infancias”, “tiempos” y “perspectivas”, un coloquio de apertura y una conferencia de clausura.

Intentaremos, sobre todo, que haya tiempo para hablar, también durante los intermedios, esas pausas en donde lo aparentemente informal esconde en tantas ocasiones lo verdaderamente interesante.

Si deciden venir, estaremos por aquí. Hacia el norte y el oeste. Donde el océano y la tierra se compinchan para levantar una frontera a la que a veces llamamos *mar de adentro* y otras, simplemente, *las rías*.

A lo mejor tiene a bien aparecérsenos un territorio fronterizo para las personas y para las palabras. Sería estupendo. Unas jornadas completamente *arraianas* de las que cada uno regrese con sus pequeños contrabandos.

AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE NEUROPSIQUIATRÍA