

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Vol. 19, número 1, 2022



Psiquiatría Social

Ander Retolaza Balsategui
(compilador)

CUADERNOS DE **PSIQUIATRÍA** **COMUNITARIA**

Vol. 19, número 1, 2022



Psiquiatria **S**ocial

Ander Retolaza Balsategui
(compilador)

Fundada en 2001.

Director: Víctor Aparicio Basauri.

Subdirector: José Filgueira Lois.

Secretario de redacción: Juan M. García-Haro.

Consejo de redacción: Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, David González Pando, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González, Celina Padierna Sánchez, Ana Esther Sánchez Gutiérrez, César Luis Sanz de la Garza.

© Copyright 2001: Asociación Asturiana de Salud Mental

- Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)

e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web **www.aen.es** de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: “Artiges Kunststück”

(1918) de Paul Klee. Staatliche Galerie Moritzburg, Halle (Alemania).

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión: Imprenta Pelayo. C/ Caveda 32 - Gijón.

Periodicidad: Anual

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria no se editó por la crisis económica en España los años 2011, 2013 y 2016. Los años 2014, 2015 y 2017 solo se editó un número. Desde 2018 es una revista digital.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 19, número 1 - 2022

ARTÍCULOS ORIGINALES

¿Por qué una psiquiatría social?

Ander Retolaza 7

La desigualdad de género afecta seriamente a la salud mental

Andrea Cabezas-Rodríguez y Amaia Bacigalupe 28

Indicación de no-tratamiento para personas con malestar

Beatriz García Moratalla 43

Housing First: Orígenes y principios rectores del método. Una propuesta comunitaria en el campo de la Salud Mental, las adicciones y la exclusión social

Cosme Sánchez Alber 62

Una reflexión sobre la asistencia en Salud Mental con enfoque de género y a la diversidad sexual

Élida Grande 80

10 BÁSICOS 10: Psiquiatría social 99

PUNTO CRÍTICO: “La terapia electroconvulsiva”

Introducción

David González Pando 102

Terapia electroconvulsiva en Psiquiatría: usos recomendados y otras consideraciones

Luis Jiménez Treviño 108

Terapia electroconvulsiva: una mirada crítica

David González Pando 113

INFORMES

Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026):

análisis de situación 117

CUADERNOS DE **PSIQUIATRÍA** **COMUNITARIA**

SUMARIO

Vol. 19, número 1 - 2022

RESEÑAS

Nadie nace en un cuerpo equivocado. Éxito y miseria de la identidad de género
(José Errasti y Marino Pérez Álvarez) 121

IN MEMORIAM

Miguel Ángel García Carbajosa (1941-2021) 123

NOTICIAS BREVES 126

REUNIONES CIENTÍFICAS 130

REVISTAS AUTONÓMICAS 131

NORMAS DE PUBLICACIÓN 133

¿Por qué una Psiquiatría Social? Why a Social Psychiatry?

Ander Retolaza

Psiquiatra. Asociación Vasca de Salud Mental (OME).

Recibido: 3/12/2021

Aceptado: 31/03/2022

RESUMEN

La pandemia COVID-19 ha traído a la actualidad la extendida preocupación por los problemas psicológicos y psiquiátricos que existe en la ciudadanía y los medios de comunicación. También nos ha colocado ante la evidencia del gran impacto que los determinantes sociales y de género ejercen sobre la salud y, en concreto, sobre la salud mental. En las siguientes páginas se hará un resumen de esta cuestión, se describirá el estado actual de la praxis psiquiátrica en función de algunas teorías que la sustentan y se intentará llegar a conclusiones útiles.

Palabras clave: salud mental, determinantes sociales, psiquiatría académica, psiquiatría social, psiquiatría práctica.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has brought to the present the widespread concern about the psychological and psychiatric problems that exist in the citizenship and the media. It also placed us before the evidence of the great impact that social and gender determinants exert on the health and, specifically, on mental health. A summary of this issue will be provided on the following pages, the current state of psychiatric praxis will be described based on some theories that support it and an attempt will be made to reach useful conclusions.

Key words: Mental health, social determinants, academic psychiatry, social psychiatry, psychiatric practice.

PSIQUIATRÍA ACADÉMICA

La actual hegemonía de la psiquiatría biológica no está justificada en pruebas suficientes. Su posición de dominio se traduce, en la práctica, en un obstáculo que tiende a marginar una parte de la evidencia disponible. En la psiquiatría actual se observa un claro sesgo hacia una conceptualización basada en un modelo biomédico reduccionista y hacia una asistencia de predominio individualizado y hospitalocéntrico. Alejada de la salud pública, esta praxis resulta más cara y tiene

en cuenta con dificultad las necesidades de pacientes y usuarios en la comunidad.

A pesar de toda la investigación desarrollada en las últimas décadas, no existen pruebas definitivas de que la depresión o la esquizofrenia sean el resultado final (o producto exclusivo) de factores biológicos. Se han invertido cantidades ingentes de dinero con la expectativa de hallar las bases biológicas de esa entidad clínica que conocemos con el nombre de esquizofrenia sin que, hasta hoy, haya aparecido ningún hallazgo determinante.

La investigación centrada en la genética molecular, la neuroimagen y otros campos de la neurociencia lleva años desgranando encuentros y evidencias, muchas de ellas de interés, pero tiende a exagerar la importancia de sus descubrimientos (1). La mejor prueba de lo anterior es que aún no se ha producido novedad alguna que haya servido para proporcionar bio-marcadores válidos y fiables para el diagnóstico o fármacos bio-específicos para el tratamiento. Diagnóstico y tratamiento se siguen manteniendo en buena parte indeterminados y sometidos a consideraciones empíricas en sus procedimientos.

La precisión diagnóstica es un problema general en el campo de la salud mental, pero lo es especialmente para la orientación bio-médica ya que constituye uno de sus pilares esenciales. En rigor, y puesto que hablamos de biomedicina, un diagnóstico válido de enfermedad solo puede estar basado en un conocimiento y una clasificación etiopatogénicos, centrados en causas y mecanismos, que en psiquiatría no se cumplen. En ésta las clasificaciones son nosográficas, no nosológicas; esto es, están basadas en descripciones, no en conocimientos probados sobre mecanismos de producción de síntomas. En psiquiatría apenas existen signos; los síntomas, que, por definición, son de naturaleza subjetiva (basados en relato del paciente y la percepción del médico) son dominantes. Allen Frances, uno de los autores del DSM-IV, se pronuncia de manera clara al respecto: *“He revisado docenas de definiciones de trastorno mental, y yo mismo he escrito una para el DSM-IV pero no he encontrado ninguna que sea*

mínimamente útil para determinar qué condiciones deberían considerarse trastornos mentales y cuáles no, o para decidir quién está enfermo y quién no” (2).

Se trata de un problema central que ninguna formulación de enfermedad o trastorno mental logra salvar. No es posible establecer, si es que existe, una clara separación entre aquello que se califica como patológico y aquello que no. Tampoco disponemos de una etiopatogenia claramente elucidada de ningún trastorno mental que nos permita llamarlo propiamente enfermedad según un modelo bio-médico. Es cierto que esto también ocurre en otros campos de la medicina (las llamadas enfermedades idiopáticas), pero no de la manera generalizada en que se presenta en psiquiatría. Lo cierto es que las clasificaciones psiquiátricas, hasta la fecha, se apoyan en descripciones psicopatológicas muy influenciadas por los usos y costumbres que la historia de la disciplina ha traído hasta nosotros. Es conocido el hecho de que importantes entidades han entrado y salido de estas clasificaciones por motivos de naturaleza cultural, social o política. Esta forma de proceder es legítima y no las invalida completamente, ya que pueden resultar útiles en muchos aspectos, pero para el modelo biomédico de salud mental constituye un grave problema. Las clasificaciones psicopatológicas tienen una utilidad eminentemente práctica. Proceden de la observación y la interacción con los pacientes, preferentemente en un ámbito hospitalario. Llevan perfeccionándose más de dos siglos y son útiles para la clínica de todos los días. Pero no están organizadas según un modelo etiopatogénico.

Otro hecho significativo, y que va en la misma dirección, es el abandono por parte del influyente National Institute of Mental Health (NIMH) en USA de su apoyo explícito al desarrollo de los DSM, actualmente en su 5ª edición (3). Como se sabe este manual, junto con el de la OMS, la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) cuya 11ª revisión acaba de ser puesta en circulación (4), son la base del diagnóstico psiquiátrico estandarizado en la mayoría de los servicios clínicos y de gestión asistencial del mundo. En el momento presente, y tras desligarse del DSM-5, el NIMH viene apoyando públicamente al proyecto conocido como *Research Domain Criteria* (RDoC) (5). Se trata de un ambicioso programa de trabajo que trata de sistematizar dianas terapéuticas, marcadores y métodos de investigación en psiquiatría. En lo principal trata de explorar sustratos de organización biológico-cerebral que puedan servir de orientación y guía para la investigación clínica y resulten útiles como posibles objetivos terapéuticos. Los RDoC parten de un catálogo de bases neurofuncionales de la conducta y se plantean la psicopatología como una expresión fenotípica de las alteraciones que se producen en dichas funciones.

La idea que subyace tras este cambio de perspectiva del NIMH es que los DSM o la CIE han servido desde los años 80 del pasado siglo para avanzar en criterios de *fiabilidad diagnóstica*. O sea, son sistemas útiles para que diversos clínicos hagan diagnósticos concordantes en diversos lugares del mundo. Pero no logran proporcionar dianas específicas de tratamiento, lo que

a menudo convierte a éste en un proceso de ensayo y error. La fiabilidad diagnóstica no sirve para establecer la validez clínica de los trastornos. Lo que significa que no disponemos de información relevante sobre si los síntomas y los signos con los que hacemos un diagnóstico, se corresponden o no con un sustrato o proceso biológico determinado y más o menos invariable. Este sustrato constituiría la base estructural y fisiopatológica de los mencionados trastornos. La presunción de fondo es la de que el único criterio de *validez diagnóstica* posible en psiquiatría tiene que venir de la biología (molecular si es preciso).

La actitud del NIMH y el desarrollo de los RDoC suponen una puesta a cero del contador en la investigación psiquiátrica y el abandono, casi completo, de la semiología utilizada por los psiquiatras y hasta ahora desarrollada por la tradición y la clínica de la especialidad. En principio, el modelo RDoC no debiera implicar determinismo o reduccionismo biológico. Sus defensores dicen que no se pretende reducir la psicopatología a causas biológicas de manera exclusiva, sino que se entiende que los síntomas suceden en el sistema nervioso central y, por lo tanto, sus manifestaciones deben también ser detectables a ese nivel. Pero hay un aspecto crítico importante como es que, a pesar de que no se niega la existencia de factores ambientales, la perspectiva de su presencia en el desarrollo de la enfermedad mental no es explícita en el modelo RDoC. Las influencias ambientales tienen un efecto global, desde las hormonales prenatales hasta los factores de adversidad social, que son integrables

en modelos biológicos a través de factores epigenéticos.

A día de hoy, los RDoC son solo útiles en el ámbito de la investigación y el laboratorio. La mayoría de sus propuestas no tienen por el momento utilidad directa en el ámbito clínico. También reflejan, implícitamente, un reconocimiento del fracaso de la investigación realizada hasta ahora en psiquiatría al amparo de las modernas nosografías, particularmente del DSM. Y, lo que es más desconcertante, los RDoC, bajo el manto protector de las neurociencias, podrían suponer un alejamiento quizá definitivo de la clínica hasta ahora manejada como referencia del conocimiento en psiquiatría. Con ello se vislumbra un riesgo de abandono de los profesionales que la practican y de los pacientes que la sufren.

Con respecto a los tratamientos y sus implicaciones nos encontramos ante una problemática similar. A partir de la década de los 50 del pasado siglo la introducción de diversos psicofármacos, que han mostrado cierta eficacia ante algunos síntomas, ha servido de base para introducir diversas teorías sobre posibles mecanismos de acción de tipo molecular en los que se sustentarían las bases biológicas de algunos trastornos. Esto afecta particularmente a la esquizofrenia y a la depresión. Pero es necesario recapitular sobre las dificultades que encuentra la búsqueda de evidencias en este ámbito y las limitaciones que ello impone a nuestro actual estado de conocimiento.

Se ha señalado, con razón, que la teoría monoaminérgica de la depresión y la teoría

dopaminérgica de la esquizofrenia fueron desarrolladas después de que se introdujeran medicinas relativamente eficaces para tratar (parcialmente) estas entidades clínicas. Antes de eso, había poca atención sobre este tipo de neurotransmisores. El interés apareció cuando la clínica evidenció el efecto, a veces casual y no buscado, de determinadas medicaciones sobre algunos síntomas. Las consiguientes investigaciones de laboratorio pusieron de manifiesto el mecanismo de acción de estos fármacos sobre determinados neurotransmisores (dopamina y otras monoaminas). A partir de ahí se construyó una hipótesis de enfermedad para relacionar estos neurotransmisores con los síntomas. Se generó así un modelo pretendidamente causal de enfermedad.

Por otro lado, la Psicofarmacología, como ciencia, presenta una evolución errática. En lo sustancial carece de una línea de continuidad que partiendo de hipótesis ya confirmadas sirva de apoyo a los nuevos descubrimientos. Como ejemplo, consideremos el caso de los tratamientos antidepresivos. El primer antidepresivo conocido, la Iproniazida, data de los años 50 del pasado siglo. Es muy conocido que su objetivo inicial era el tratamiento antituberculoso y que fue su efecto positivo sobre el humor de estos pacientes el que dio la pista sobre su efecto antidepresivo. En 1957 Kline y colaboradores publicaron el primer estudio mostrando su eficacia en pacientes depresivos no tuberculosos. Poco después, en 1958, se observó que la Imipramina, un derivado tricíclico concebido como neuroléptico, mostraba una inesperada acción antidepresiva. De esta manera se

convirtió en el primer producto de la familia de los antidepresivos tricíclicos, capaces de bloquear la recaptación de diversas aminas como la noradrenalina y la serotonina.

Los tricíclicos se convirtieron en los fármacos de elección para el tratamiento de la depresión durante unos 30 años. Sin embargo se observó que también producían muchas reacciones adversas, algunas graves. Por ello, a partir de la década de los 80 del pasado siglo, se desarrollaron nuevos fármacos antidepresivos de carácter más selectivo y mejor tolerabilidad que, a partir de la Fluoxetina (Prozac) supusieron un cambio radical en los tratamientos. Desde ese momento los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) fueron considerados como auténticas *balas de plata* para el tratamiento de la depresión. Se desarrolló una teoría sobre ésta (aún presente en nuestros días), centrada en la serotonina como neurotransmisor clave (y probablemente único) que mediaría en el estado de humor de las personas.

Pero las necesidades de los pacientes y los intereses comerciales llevaron a probar los ISRS en otro tipo de enfermos. Finalmente se comprobó que también resultaban eficaces para tratar trastornos de ansiedad, crisis de pánico y otros varios. Además, en este tiempo, se han desarrollado nuevos productos que inhiben la recaptación de otras monoaminas diferentes a la serotonina y que también resultan eficaces para el tratamiento de la depresión. El resultado de todo ello no carece de interés práctico, puesto que disponemos de productos de eficacia probada y mejor perfil de efectos adversos. Sin embargo, la hipótesis serotoninérgica

de la depresión, sin ser completamente rechazada, ha quedado bastante debilitada. Los hechos nos obligan a aceptar que existen otros neurotransmisores con efecto en nuestro estado de ánimo.

No mencionaremos aquí una serie similar de acontecimientos que han jalonado el desarrollo de la terapia farmacológica (y sus teorías derivadas) en el caso de la esquizofrenia y otras psicosis. En el lenguaje al uso hablamos de *antidepresivos* y *antipsicóticos* como medicaciones activas sobre estas entidades clínicas, cuando en realidad disponemos de fármacos útiles para aliviar algunos síntomas (no todos) referidos a los estados de humor, las alucinaciones, las ideas delirantes o las conductas violentas propias de algunos estados mentales (sean estos catalogados o no como depresión o psicosis).

Así pues, las bases biológicas de la terapéutica psiquiátrica, aunque existentes, no están a día de hoy claramente delimitadas y, a pesar de sus avances, no disponen de un cuerpo teórico bien organizado. Eso da lugar a nuevas búsquedas y propuestas, muchas veces basadas en conjeturas audaces, al estilo de las que Karl Popper proponía como estímulo para el desarrollo de una ciencia positiva. Lo anterior está sujeto a modas, que en ciencia también tienen su lugar. En los últimos años han hecho aparición hipótesis inflamatorias y neurotróficas acerca de la neurobiología de la depresión. Se ha manifestado también un creciente interés por los posibles efectos terapéuticos de diversas sustancias hasta hace poco consideradas como prohibidas por su uso como drogas ilegales.

En concreto se ha investigado sobre la Ketamina y la Esketamina intranasal para el manejo de la depresión resistente, considerando como tal aquella sobre la que han fracasado al menos dos tratamientos previos diferentes. La Ketamina venía siendo utilizada como anestésico en veterinaria y posee un efecto disociativo por el que se utiliza ocasionalmente como sustancia de consumo recreativo. Hay que mencionar que la actividad farmacológica de la Ketamina está ligada a la nueva teoría glutamatérgica que considera al glutamato como el neurotransmisor de propiedades estimulantes más importante de nuestro cerebro. No se sabe bien si derivado de lo anterior, pero sí coincidente en el tiempo, se están estudiando también los posibles efectos terapéuticos de algunos alcaloides presentes en sustancias muy conocidas como el Cannabis y la Psilocibina, esta última presente en algunas setas alucinógenas.

Hasta la fecha aparece alguna actividad terapéutica de interés en el caso de la Ketamina, junto a sus nada despreciables efectos adversos. No disponemos aún de grandes avances en cuanto a su efectividad y uso práctico. En cualquier caso no se trata de negar a estas investigaciones y procedimientos su grado de validez, cierta utilidad y contribución al avance del conocimiento. Pero resulta muy evidente la base, inestable y dispersa, de los supuestos teóricos en los que se apoyan y la difícil estructuración de las teorías que permiten. Esta dispersión e inestabilidad en sus fundamentos ponen de manifiesto que las bases actuales de la psiquiatría biológica no son sólidas.

Un hallazgo científico tiene menos probabilidad de ser cierto si en el mismo se ponen a prueba hipótesis en un número excesivo y poco relacionado con hechos ya probados en ese campo de conocimiento. La probabilidad de que, tras realizar un estudio, sus hallazgos sean verdaderos, y presenten un valor predictivo positivo, depende de las probabilidades que ya existían antes de la realización del mismo. Por lo que es más fácil que los hallazgos de una investigación sean válidos en el caso de estudios de diseño confirmatorio, como son, por ejemplo, los grandes ensayos clínicos aleatorizados en Fase III o los meta-análisis, frente a los centrados en hipótesis generadas en experimentos. Los estudios con información novedosa y orientada al descubrimiento, muy frecuentes en psiquiatría, suelen tener muy bajo valor predictivo (6).

La evolución de la psicofarmacología ha inspirado conocimientos en biología molecular, que junto con la neuroimagen (especialmente la dinámica) y los estudios genéticos han mejorado el conocimiento de las posibles bases biológicas de los trastornos mentales. La genética (estudios de herencia y ligamiento) ha sido uno de los más firmes y convincentes soportes de la psiquiatría biológica durante décadas. Pero en la actualidad una buena parte de la evidencia a su favor está en discusión (7) y su estudio se ha complicado de tal manera que resulta sólo accesible a investigadores y profesionales de laboratorio muy especializados y alejados de la clínica. Por otra parte, aún no ha cumplido su promesa de generar productos diagnósticos o terapéuticos válidos y fiables. La investigación se ha distanciado

de la clínica. Este distanciamiento se pone de manifiesto si consideramos que una de las revistas de mayor impacto en el ramo, *Molecular Psychiatry*, centrada en los mecanismos biológicos de los trastornos mentales y sus posibles tratamientos, es apenas manejada por la mayoría de los clínicos.

No tiene sentido negarse por principio a la psiquiatría biológica, salvo por el serio riesgo de reduccionismo al que somete la comprensión de la conducta humana. Este reduccionismo aleja a los pacientes de la posibilidad de creer posible un control, por mínimo que este sea, sobre acontecimientos que rigen su vida. Por otro lado la connivencia de la psiquiatría académica con el poder y el dinero le restan independencia de criterio y limitan su credibilidad. Pero como programa de investigación y conocimiento tiene pleno sentido y ha mostrado su capacidad de aportar elementos importantes, aunque limitados, para la terapéutica. Sin embargo, hay que destacar sus insuficiencias que no son explícitas en el ambiente profesional y académico dominantes, pero sí en quienes las sufren. En cualquier caso, a día de hoy, la investigación básica y la práctica asistencial recorren caminos separados y no se sabe si mutuamente excluyentes. Neurociencia y psiquiatría práctica se han venido desarrollando de forma paralela, pero en la actualidad han sido separadas artificialmente por la divergencia de sus enfoques filosóficos, métodos de investigación y de tratamiento. Sin embargo, el conocimiento acumulado en las últimas décadas deja claro que la separación de ambas es contraproducente y seguramente

arbitraria. Los avances en la comprensión de los trastornos mentales demandan su confluencia.

PSIQUIATRÍA PRÁCTICA

Se sabe que Jaspers defendía la superioridad de la psiquiatría alemana respecto a la francesa, porque pensaba que aquella era más proclive al análisis, lo que le daba más profundidad teórica. Mientras veía a la última más descriptiva y apegada a la clínica, lo que, a su juicio, la supeditaba a la resolución de problemas prácticos. Bien pensado, el mismo argumento serviría para defender una supuesta superioridad de los psicopatólogos franceses. Hoy sabemos que, ni en el campo de la salud ni en ningún otro, puede haber teoría sin práctica, ni viceversa.

El trabajo en salud mental, especialmente en un entorno comunitario, nos confronta con una realidad bastante diferente de la que se ha mencionado en el apartado anterior. Más allá de las dificultades (y de los excesos) con los diagnósticos y de la insuficiente efectividad de la mayor parte de los tratamientos disponibles, nos encontramos en un entorno asistencial donde, desde hace tiempo, los problemas que traen los pacientes son de claro predominio social. Y muchas veces ni siquiera tienen un diagnóstico psiquiátrico evidente. No podíamos esperar otra cosa en un sistema público de salud que atiende a la población general, entre la que predominan de forma clara personas con dificultades sociales, económicas y de salud general, las cuales están en la base de su malestar. Hay que destacar, también, la presencia dominante

de mujeres en las consultas de primer nivel. Además de la posible relación entre género y trastornos mentales (la mayor prevalencia de depresión entre las mujeres es una muestra de ello) nos encontramos, de nuevo, con factores sociales y culturales que motivan diferentes comportamientos asociados a estereotipos y roles de género. Por otro lado el día a día de la práctica profesional hace preciso entender y conocer a las familias y a los vecindarios en los que se desarrolla la actividad de nuestros servicios.

Aproximadamente el 8% del total de años vividos con discapacidad a nivel mundial son provocados por la depresión y la ansiedad. Las personas con ingresos más bajos tienen entre 1,5 y 3 veces más riesgo de sufrir trastornos depresivos o de ansiedad. Los estudios hechos hasta la fecha muestran que existe una relación bidireccional entre pobreza y trastorno mental. Existen múltiples mecanismos posibles que median en esta cadena de causas. La pobreza está asociada con ingresos económicos y gastos inciertos. La incertidumbre resultante de esta situación, cuando es mantenida en el tiempo, deteriora la resistencia psicológica e incrementa el riesgo de padecer un trastorno mental. Por otra parte, estas personas suelen habitar en viviendas inadecuadas y en vecindarios con baja calidad de vida, con frecuencia socialmente deteriorados. También están más expuestas a tensiones ambientales como contaminación, ruido, inseguridad y violencia, lo que contribuye a aumentar el riesgo de que sufran trastornos mentales. Además, la pobreza en la vida temprana aumenta la probabilidad de una mala nutrición y genera nuevos factores de

estrés, lo que puede provocar déficits en el neurodesarrollo y un potencial cognitivo deficiente. Finalmente, la pobreza también se asocia con una peor salud física. Todos y cada uno de los factores señalados son causa de trastorno mental a lo largo de la vida (8).

Por añadidura, el trastorno mental empeora los resultados económicos de las personas. Diversos estudios muestran que un tratamiento adecuado aumenta los días trabajados, el rendimiento, la creatividad y la producción. La depresión y la ansiedad afectan directamente a la forma en la que las personas piensan y evalúan su potencial personal. Ambas minan su atención, concentración y memoria y distorsionan su percepción de la realidad. Todo ello afecta a la toma de decisiones a la hora de trabajar, invertir o consumir. Los trastornos mentales también pueden obstaculizar la educación y la adquisición de habilidades y conocimientos en la etapa infantil y adolescente, además de exacerbar las desigualdades de género, debido a que su prevalencia es mayor en las mujeres. Por último, el trastorno mental de los padres puede influir significativamente en el desarrollo intelectual y logros educativos de sus hijos, haciendo posible que la escasa salud mental y la pobreza se perpetúen.

En los países ricos las cosas son un poco diferentes. Es evidente que, incluso en este tipo de países persisten importantes bolsas de pobreza, que han crecido en los últimos años tras varias crisis económicas sucesivas. Pero, entre los más desarrollados, la desigualdad social emerge como una circunstancia que, más allá de la pobreza, genera importantes disfunciones entre las que el trastorno mental

es una de las más llamativas. Cada vez en mayor grado se evidencia un claro divorcio entre el bienestar material y el fracaso social experimentado por muchos ciudadanos de los llamados países avanzados. En Norteamérica y Europa la desigualdad social es la causante de un buen número de malestares y problemas padecidos por las personas. Entre estos problemas aparecen algunos muy significativos, tales como mayor presencia de violencia social y tasa de personas encarceladas, peor rendimiento académico, más embarazos adolescentes, mayor prevalencia de obesidad, peor salud física y, finalmente, peor salud mental (9).

Una vez salvados los casos extremos de miseria material o social, la desigualdad, percibida por una gran mayoría como una radical manifestación de injusticia, se mete bajo nuestra piel y nos lleva a vivir, cuando ello está a nuestro alcance, de una manera ventajista y en ocasiones poco escrupulosa. Una consecuencia de todo ello es que todos los grupos sociales, incluidos aquéllos que en apariencia consiguen alcanzar estos objetivos, acaban sufriendo una buena dosis de malestar que se objetiva en algunos de los problemas arriba referidos. Otra consecuencia de esta desigualdad se evidencia en la escasa movilidad social y la falta de oportunidades para una gran parte de nuestros conciudadanos, entre los que las mujeres, los jóvenes, los discapacitados y las minorías sociales destacan por su número.

Hay que subrayar que los datos sugieren que el estrés, los trastornos mentales y el siempre presente consumo de drogas, ocupan un lugar central en esta cuestión de

la desigualdad social. El número de personas que padecen trastornos relacionados con síntomas de ansiedad o depresión parecen mayores en los países que presentan mayor desigualdad. A mayor diferencia entre las personas más ricas y las más pobres, mayor presencia de trastorno mental en esa sociedad (9). También hay consistentes hallazgos de investigación que muestran altas tasas de esquizofrenia entre la población más empobrecida. Estas tasas son particularmente mayores entre las personas expuestas a deprivación social y carencias durante su infancia. Para no pocos autores resulta razonable pensar que diversos factores sociales ejercen un papel causal en la esquizofrenia. Pero hay significativas contradicciones en la evidencia que no pueden ser fácilmente explicadas y existen lagunas aún por conocer mejor en esta cadena de pruebas (8).

La pobreza emerge como una parte importante de las constelaciones de desventaja en las que múltiples problemas interactúan. Por su parte, el sistema educativo refleja y reproduce un alto grado de estratificación social. Los inmigrantes y sus descendientes caen en desventaja de manera añadida por medio del racismo implícito y explícito. Finalmente, las personas sin hogar son parte de una suma de desventajas particularmente intensa. Resultan difíciles de ayudar y tienden a morir jóvenes. La desventaja genera más desventaja. De esta manera, educación, migración, vivienda, poblaciones de alto riesgo y clase social baja se convierten en factores determinantes de salud, incluida la salud mental.

Aunque difícil de definir de una manera precisa, la pobreza presenta efectos importantes en un amplio rango de problemas sociales y de salud. Por otra parte no se trata de un fenómeno unitario. La pobreza urbana y la rural implican diferentes estilos de vida y diferentes problemas. En la pobreza urbana hay que destacar la importancia que diversos autores dan a una persistente situación de conflicto con la policía y con las figuras de autoridad (entre las que están médicos y sanitarios). La clase social sigue siendo un constructo válido para entender la mayoría de las desigualdades.

Relacionado con lo anterior están los problemas asociados a la coerción. El tratamiento forzado de algunos pacientes, los ingresos involuntarios o los tratamientos sometidos a condicionantes legales, son parte del trabajo diario de los profesionales de la salud mental. En la práctica, las circunstancias concretas en las que este tipo de abordajes se realizan son muy diferentes en un contexto ambulatorio frente a las propias de un servicio hospitalario (8).

Teniendo en cuenta lo anterior se efectuó una búsqueda de información en Medline con el objetivo de reforzar con nuevas pruebas lo arriba expuesto. La selección de publicaciones, aunque rigurosa, no fue sistemática. Por otro lado la mayor parte de las mismas está en lengua inglesa y predomina el ámbito social y cultural anglosajón. En todo caso, se trata de aportar una síntesis actualizada, suficientemente válida y fiable, a los efectos de esta exposición. Resumimos en diversos apartados significativos la información obtenida.

1. Desigualdades Socio-Económicas: Los trastornos mentales son más frecuentes en personas de estatus socio-económico bajo. Aunque la dirección de esta relación causal no aparece clara. En concreto niños y adolescentes en situación de desventaja socio-económica tienen entre 2 a 3 veces más probabilidades de desarrollar problemas de salud mental (10). En este caso la dirección causal entre la situación de desventaja y el trastorno mental no es mutuamente excluyente. También se evidencia una mayor probabilidad de uso de sustancias tóxicas en pacientes con bajos ingresos. Una mayoría de los estudios encontrados informan de una asociación positiva y estadísticamente significativa entre desigualdad de ingresos y riesgo de depresión (11). Desde una perspectiva diagnóstica, aparece que el riesgo de recibir un diagnóstico de psicosis es elevado para personas de raza negra y otras minorías étnicas (12). Aparece una asociación significativa entre desventaja socio-económica y conductas suicidas o autolesivas, particularmente en varones (13).

2. Clase Social: Un estudio de base poblacional realizado con un millón de empleados encontró que la tasa de trastorno mental es significativamente más alta entre personas de clase social baja (14). La movilidad social descendente se asocia a un mayor riesgo, mientras que la ascendente lo disminuye.

Se ha estudiado la clase social de pertenencia en el momento del nacimiento y su relación con el desarrollo de un trastorno

psicótico posterior. En este apartado la evidencia es controvertida. Algunos autores deducen que no es suficiente para apoyar una asociación entre clase social y psicosis. Sin embargo llama la atención que este efecto muestra variaciones temporales. Los estudios siguen un patrón cronológico. Los posteriores a 2001 apoyan con mayor frecuencia la relación entre psicosis y clase social baja (15).

- 3. Pobreza:** Un importante estudio realizado en USA (16) concluye que el Trastorno Mental Grave (TMG) se asocia con mayor probabilidad de ser pobre y mayor intensidad de la pobreza. Se identificaron con TMG grupos con peores niveles de educación, empleo precario y minorías étnicas.
- 4. Género:** Una amplia revisión (17) concluye que las mujeres pertenecientes a grupos socio-económicos en desventaja presentan un mayor riesgo de padecer peores estados de salud. Los déficits de salud se relacionan con escasa educación, falta de información y poca conciencia de los factores relacionados con la enfermedad. Lo anterior tiene especial relevancia en lo relativo a enfermedades cardiovasculares, cáncer, salud sexual y también salud mental (17). El género modula la influencia del estatus socio-económico y de la integración social sobre la salud. Los determinantes sociales y psico-sociales de salud resultan más relevantes en mujeres, mientras que los de conducta parecen serlo en varones (18). Las desigualdades de salud debidas

al género se explican por diferentes vulnerabilidades a los estresores sociales.

- 5. Edad:** La depresión en mujeres ancianas es un problema creciente. Parece que la presencia de estresores a lo largo de la vida produce un riesgo de padecer depresión mayor que el de sus parejas (19). Además, las mujeres ancianas presentan mayor probabilidad de padecer otros trastornos mentales comunes. Por el contrario, el impacto relacionado con la mortalidad de estos trastornos, incluyendo el suicidio, es mayor en los varones ancianos. Estos patrones varían entre países y diversos contextos sociales (20).

En el caso de las jóvenes se evidencia mayor prevalencia de depresión perinatal entre mujeres de escaso nivel educativo, bajos ingresos, sin empleo, con problemas de vivienda o de raza negra. Las tasas de depresión parecen menores si las mujeres de estas características están incluidas en programas que utilizan instrumentos específicos para detectar trastornos depresivos (21).

- 6. Desempleo:** El desempleo es un factor de riesgo significativo para el uso de sustancias y los trastornos derivados de ellas. Así mismo incrementa el riesgo de recaída en conductas adictivas (22). En concreto, el consumo problemático de alcohol es más prevalente entre quienes no tienen empleo. También existe mayor probabilidad de consumo y dependencia de tabaco y drogas ilegales. Y a la inversa, el uso problemático de

sustancias incrementa la posibilidad de desempleo y reduce la de encontrar y mantener trabajo. Estas circunstancias se ven agravadas por el mayor estrés derivado de la recesión económica (23).

Se evidencia una clara asociación entre desempleo juvenil y problemas de salud mental (24). Aunque se precisa más investigación en este campo ya que la dirección de la causalidad no está clara. Se ha encontrado que desempleo e inseguridad laboral percibida incrementan de manera significativa el riesgo de padecer sintomatología depresiva (25). La inseguridad laboral percibida aparece asociada a un mayor riesgo de síntomas mantenidos en el tiempo.

Profesiones de baja cualificación presentan mayor riesgo de suicidio que la población general (26). Los hallazgos sugieren un gradiente de riesgo (mayor en profesiones de baja cualificación y menor si alta). El desempleo prolongado también se asocia a mayor incidencia de suicidio (27). Se evidencia un mayor riesgo en los 5 primeros años. Aunque estos resultados deben interpretarse con alguna prudencia dada la escasez de datos disponibles.

- 7. Vivienda:** La falta de calidad en las condiciones de vivienda impacta en la salud mental (28). Entre estas condiciones se encuentran: hacinamiento doméstico, problemas hipotecarios y desahucio, cambios de domicilio, régimen de propiedad de la vivienda, inadecuación y malas condiciones físicas del alojamiento. Todos ellos aparecen asociados

a depresión, daño psicológico, ansiedad, sobrecarga mental y salud psicológica general.

La vivienda y su entorno urbano (baja calidad del alojamiento, carencia de espacios verdes, polución y ruido) se asocian a presencia de humor depresivo (29). La asociación se mantiene tras ajustar mediante diversas variables individuales. La creciente degradación de los entornos vecinales y barrios tiene efectos indirectos sobre la salud y, en particular, sobre la salud mental (30). Los conflictos hipotecarios aparecen asociados a peor salud mental y problemas de conducta. El abuso de sustancias aparece asociado a desahucio (31) junto a otros problemas de salud y dificultades financieras.

- 8. Educación:** Un estudio de cohortes de base poblacional (32) evaluó el estado de salud mental en 3416 sujetos de edades entre 16 y 29 años, durante 4,8 años de seguimiento. Los resultados muestran una pobre salud mental en el 24% de los participantes. La mala salud mental se asoció significativamente a abandono escolar. Los varones con pobre salud mental, pertenecientes a niveles educativos altos, presentaron un riesgo 5 veces mayor de abandono escolar que las mujeres.

Los hallazgos de una revisión sistemática sugieren una fuerte asociación entre salud mental y educación en ambas direcciones (33). Los trastornos del humor y ansiedad parecen tener menos consecuencias en el abandono escolar temprano que el consumo de sustancias

y las conductas disruptivas. Un buen bagaje socio-económico, el apoyo familiar y los logros académicos previos son factores de protección. Aparecen hallazgos discrepantes en lo relativo a diferencias de género. Se constatan los escasos estudios sobre el tema.

9. Otros: En líneas generales, los estudios soportan una asociación positiva entre consumo de alcohol y *Discriminación* por diversas causas (34). Hemos encontrado un mayor número de trabajos sobre discriminación étnica o racial, seguidos por los referentes a discriminación de género y por orientación sexual. La cantidad y calidad de la evidencia varían de forma considerable. Los datos parecen confirmar que los Trabajadores *Migrantes*, especialmente los menos cualificados, tienden a presentar mayor prevalencia de trastorno mental (35). Por último está la *Soledad* que se presenta como un factor de importancia creciente en las sociedades avanzadas. Un reciente estudio de cohortes de base poblacional (36) estima una Fracción Atribuible de Riesgo para la depresión asociada a soledad del 18% en el primer año de seguimiento y del 11% al final del mismo. Los autores sugieren que entre un 11% y un 18% de los casos de depresión podrían prevenirse si la soledad fuera eliminada. La asociación entre soledad y síntomas depresivos se mantiene tras 12 años de seguimiento, aunque el tamaño del efecto disminuye con el tiempo.

10. Síntesis Final: Con el conocimiento actualmente disponible no siempre es posible establecer una línea causal clara

entre factores sociales y trastorno mental. En todo caso la asociación entre múltiples problemas sociales y diversos trastornos mentales parece probada, aunque muchas veces no podamos evidenciar los mecanismos mediante los que se produce. Se percibe que un agregado de diversos factores genera un mayor riesgo. Resulta de interés, así mismo, considerar la causalidad de dirección inversa, esto es, la asociación entre trastorno mental como causa y déficits sociales como consecuencia. Ya los estudios de Faris y Dunham (37) inauguraron esta polémica que, aunque olvidada en la actualidad, sigue acompañándonos. En cualquier caso, la presencia de importantes problemas sociales acompaña a la evolución de una gran parte de nuestros pacientes y hace necesario incluirlos en el tratamiento rehabilitador si queremos mejorar los resultados obtenidos. Es obvio que necesitamos más estudios bien enfocados y con un diseño metodológico más riguroso para aclarar muchos de estos aspectos. Pero también está claro que, a pesar de su interés, este tipo de estudios tienen grandes dificultades para encontrar financiación, lo que retrae a muchos investigadores de dedicarles su esfuerzo.

PSIQUIATRÍA SOCIAL

La Psiquiatría Social tiene una larga historia. Pero lleva años marginada de las corrientes centrales de la especialidad. Está interesada en los efectos del entorno social en la salud mental de los individuos y, a la inversa, en los efectos de las personas con trastorno

mental en su ambiente social (38). En gran medida, puede ser entendida como una psiquiatría relacional. Esta relación puede abarcar desde la que se desarrolla en un espacio de intimidad familiar hasta otras relaciones mucho más amplias e incluso grandes colectivos o masas sociales de carácter anónimo. Lo anterior incluye aquellos modelos de análisis teórico y las técnicas de intervención terapéutica que focalizan su atención en la familia o en grupos, sean éstos pequeños o grandes.

Un segundo campo de interés para la Psiquiatría Social se centra en lo que denominamos Acontecimientos Vitales Estresantes. Entendemos por ello aquellos sucesos ocurridos en el pasado de un individuo (sea éste reciente o muy antiguo) que son susceptibles de generar un impacto en su salud mental y desencadenar un posible trastorno. Este territorio se relaciona, sobre todo, con lo que sabemos sobre el trauma psíquico y sus consecuencias. Aunque, en sentido contrario, cuando los acontecimientos y vivencias son de carácter positivo, o las características de un determinado sujeto manifiestan su fortaleza psíquica, aquéllos pueden ejercer un efecto protector y éste resultar resiliente.

La Epidemiología es un tercer componente, y muy importante, de la Psiquiatría Social. Estudia la distribución de los diferentes trastornos entre la población, examinando, por ejemplo, si existen diferencias de género, edad o clase social. Este tipo de estudios permite conocer la realidad con la que administradores y clínicos tienen que enfrentarse y ayuda a hacer previsiones en

cuanto a las necesidades de los servicios, los profesionales, los pacientes y sus familias.

La Epidemiología también se interesa por el estudio y descripción de los factores asociados a los diferentes trastornos mentales. A partir de esta información de carácter descriptivo se hace posible establecer hipótesis sobre variables de posible efecto causal, coadyuvante o protector en el desarrollo de los trastornos. De ahí que se hable, a veces, de Epidemiología Clínica, frente a una epidemiología más centrada en datos, que tiene una evidente expresión estadística y que ofrece sus resultados en grandes números que interesan, sobre todo, a gestores y administradores.

La Epidemiología Clínica es una disciplina que intenta tender un puente entre la salud pública y la práctica asistencial, buscando en la primera pruebas lo más rigurosas posible que ayuden a mejorar el trabajo con los pacientes. Algunas técnicas de psicoterapia, como es el caso de la Psicoterapia Interpersonal, se han desarrollado a partir de hallazgos de la epidemiología clínica. Con los años han cobrado creciente importancia los estudios sobre servicios, necesarios para juzgar la funcionalidad de los mismos y poder evaluar de una forma contrastada el grado de cumplimiento de los objetivos para los que habían sido creados (39). Cada vez más, interesan los relativos a la mejora de la calidad de vida de pacientes y familiares como resultado final de las intervenciones.

La Psiquiatría Social se ha beneficiado de nuevos conocimientos en sociología, psicología social, antropología y, más recientemente, en psicología cognitiva. Todas ellas

han contribuido al desarrollo de aquella, aportando un conocimiento más preciso, por ejemplo, sobre las características del soporte social como elemento protector de la salud mental. O también sobre las llamadas conductas de enfermedad que sirven para conocer las expectativas y comportamiento cultural de grupos específicos de pacientes, como por ejemplo, de las poblaciones migrantes.

En lo que se refiere a la historia de la disciplina hay que mencionar diversos hitos. Durante los años 30 del pasado siglo Faris y Dunham (37) estudiaron la relación entre distritos y censo con el trastorno mental en la ciudad de Chicago. Encontraron que en las áreas urbanas con mayor desorganización y fragmentación social aparecía una mayor prevalencia de trastornos, especialmente de esquizofrenia. En la década de los 50, en New Haven (Connecticut), August Hollingshead y Frederick Redlich (40) investigaron la influencia de la clase social en el desarrollo de los trastornos mentales. Llevaron a cabo un estudio muy relevante en el que encontraron más alta presencia de esquizofrenia en las áreas deprimidas de la ciudad. Desde entonces viene siendo motivo de polémica si la deprivación socioeconómica es la que causa la enfermedad o, a la inversa, es consecuencia de ella. Otros autores como Karen Horney (1937), Erik Erikson (1950) y Harry Stack Sullivan (1953) consideraron la influencia del entorno social en el desarrollo de la personalidad. Pero fue Burrow quien primero hizo una propuesta de causalidad social directa sobre el trastorno mental. Por su parte Durkheim (41) acuñó el concepto de Anomia que relacionó con la presencia de

suicidio. La Anomia consistiría en una ruptura y carencia de normas que tiende a estar presente en áreas sociales fragmentadas. En época más reciente se han hecho muy conocidos los estudios sobre la asociación entre esquizofrenia y urbanicidad efectuados en áreas del sur de Londres, especialmente con población inmigrante.

En cuanto a las intervenciones terapéuticas las principales aportaciones de la Psiquiatría Social proceden de la crítica al ambiente antiterapéutico asociado a los hospitales psiquiátricos tradicionales y el desarrollo alternativo de servicios en la comunidad. El despliegue de hospitales de día y comunidades terapéuticas es consecuencia de los hallazgos referentes a los beneficios derivados de las terapias grupales y ambientales, en las que el propio contexto relacional resulta terapéutico. En épocas más recientes se ha evidenciado con pruebas el buen resultado asociado al tratamiento de los pacientes en su domicilio, caso del Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) (42), y las ventajas de algunas actividades sociales prescritas de manera normativa en sustitución o complemento de prescripciones farmacológicas o psicológicas.

Obviamente la Psiquiatría Social tampoco puede explicar todos los fenómenos y no consigue una terapéutica infalible. Aún necesita certificar y afianzar muchos de sus procedimientos. Pero tiene una suficiente base empírica y presenta desarrollos más cercanos a los usuarios. Su riesgo está en diluirse en la sociología o la política y olvidar su lugar (que finalmente debe ser el de sostener a los pacientes en su entorno fami-

liar y social). Sus métodos son más antropológicos, sociológicos, epidemiológicos y ambientales. La investigación cualitativa le favorece, aunque algunos de sus desarrollos se adaptan bien a la investigación cuantitativa. A recordar que sus fronteras con la psicología son más conceptuales que reales. Finalmente describiremos diez características que permiten entender mejor la perspectiva de la Psiquiatría Social (8):

1. Pone su foco en la forma en la que transcurre la vida de las personas, en cómo éstas interactúan con los demás y en el impacto de todo ello en su salud mental. Trata de entender los contextos y factores influyentes en las relaciones. Se interesa por datos que puedan ser observados y puestos a prueba y por saber qué ocurre cuando aparecen cambios.
2. Se ocupa tanto del comportamiento de las poblaciones como de las conductas individuales. Comprendiendo, por ejemplo, los orígenes y efectos de determinados patrones de expresión emocional en las familias o la naturaleza protectora de las redes de apoyo.
3. Tiene una posición relativamente neutra o en lo que respecta a la importancia de factores psicológicos o biológicos en los trastornos mentales. La psiquiatría social no rechaza la importancia de ninguno de ellos, ni necesita postular que los factores sociales sean la causa última o única de los problemas.
4. La Psiquiatría Social no puede ignorar cuestiones de significado cultural puesto que toda conducta humana está afectada por ellas. Es preciso reconocer la importancia de valores que afectan al enfoque de problemas sensibles, como por ejemplo la pobreza, la inmigración, el sexismo o el racismo. Los clínicos deben tener claros sus propios valores al respecto.
5. Postula una orientación clínica lo más cercana posible a la vida cotidiana de los usuarios. Está orientada a las realidades tangibles mediante un tipo de trabajo eminentemente práctico y útil para ellos, así como relevante frente a los problemas que experimentan.
6. La Psiquiatría Social se preocupa por encontrar un equilibrio entre las exigencias de la ciencia (objetividad, mediciones, evaluación, replicabilidad...) y las cuestiones que interesan a los pacientes y sus familias.
7. Sostiene que las intervenciones no deben de limitarse al nivel individual. Las relaciones familiares y sociales, las redes de contacto, la comunidad y la salud pública son también áreas de intervención.
8. Afirma que la práctica clínica debe ser entendida en el contexto social de los pacientes. Atenderlos en su domicilio, mejor que en el hospital, posibilita otros cambios necesarios en la clínica. Esta forma distinta de trabajar está en los fundamentos de la psiquiatría comunitaria.
9. La Psiquiatría Social no puede evitar cuestiones de política social que afectan a los ciudadanos, como es el caso de las desigualdades sociales. Esto coloca

a los profesionales en el campo de la salud pública en la que todo cambio tiene implicaciones políticas. Esta situación es inevitable y origina una cierta tensión en la que la credibilidad científica puede quedar en entredicho en determinadas situaciones.

- 10.** La Psiquiatría Social es, ante todo, pragmática. Puede resultar muy difícil ayudar a alguien a salir de una situación de marginalidad o pobreza cuando además tiene un trastorno mental. Pero es importante intentarlo. Ayudar a un paciente a encontrar trabajo o resolver sus problemas de vivienda es, muy a menudo, más importante para su salud mental que encontrar el tratamiento farmacológico óptimo.

CONCLUSIONES

En muchos países, especialmente en aquellos que disponen de sistemas sanitarios públicos, existe atención a domicilio dispensada por médicos de familia, enfermería comunitaria y trabajadores sociales. Ocasionalmente también psiquiatras y psicólogos se suman a esta modalidad de servicio, como ocurre en el caso del TAC. El análisis de este tipo de situaciones nos brinda información para considerar un tema central: el contexto social y político en el que se despliega un sistema de atención sanitaria determina qué tipo de intervenciones son más probables o fáciles de realizar. De ello se deriva que la Psiquiatría Social necesita un interés de las administraciones en los problemas cotidianos de los ciudadanos para poder

desplegar sus prácticas, poner a prueba sus métodos y profundizar en sus teorías.

En nuestro contexto asistencial predominan las intervenciones sobre pacientes individuales, hechas con mentalidad biomédica y en instituciones bajo la hegemonía hospitalaria que favorecen el modelo biológico. Lo que se oferta a los pacientes, y lo que se hace o no con ellos, está condicionado por estas circunstancias y las prácticas que les son propias. El entorno comunitario de vida aparece como subsidiario de lo anterior o, a lo sumo, como un complemento más o menos necesario para un abordaje terapéutico estándar. Debería de ser al revés. Los pacientes pasan mucho menos tiempo en el hospital que en su comunidad, por lo que los tratamientos debieran acompañarles en el lugar donde viven y trabajan y adaptarse en fondo y forma a esta circunstancia. Los propios pacientes (y sus familias) deberían tener la opción de opinar y, en la medida de lo posible, elegir sobre esos tratamientos. El modelo médico procede de una tradición más patriarcal y beneficiante donde la opinión del profesional es la única o, por lo menos, la fundamental. El modelo psico-social favorece una perspectiva más proclive a plantearse problemas de justicia y autonomía donde el paciente, debidamente informado, tiene que ocupar su lugar. A ambos modelos les afecta el principio de no maleficencia, regido por el *primun non nocere*.

El sesgo biológico se manifiesta omnipresente, y como mínimo implícito, en el momento actual de nuestra profesión y resulta muy difícil de combatir. Está ligado a intereses económicos y grupos de presión

poderosos y, muy importante, tiene un efecto performativo (esto es, genera su propio mantenimiento y reproducción ampliadas). Lo anterior tiene importantes consecuencias en el modelo de gestión, formas de organización, de enseñanza y servicios clínicos que administran la psiquiatría a día de hoy. Este modelo dominante influye tanto en los profesionales como en la opinión pública, incluidos muchos de los pacientes y sus familias. La investigación en Psiquiatría Social está más influenciada por la práctica asistencial, de fuerte impacto comunitario, mientras que la psiquiatría biológica depende mucho de los avances técnicos en áreas como la genética y la neuroimagen, más propias de hospitales y centros de investigación.

Por otro lado, en los últimos años se percibe una mayor presencia y aceptación pública de movimientos de rechazo y crítica de la psiquiatría, especialmente entre quienes se autodenominan sobrevivientes de la misma y/o exponen su experiencia en primera persona. Esta situación resulta conflictiva para muchos profesionales, pero la mayor presencia de la opinión pública y de los derechos de las personas introduce un cambio radical en las prácticas de la psiquiatría. También están cambiando las regulaciones legales al respecto. Ya no va a ser posible eludir lo que los pacientes, por trastornados que estén, opinen sobre sus tratamientos y sobre sus vidas. Esta situación supone un tránsito radical de la profesión y sus prácticas desde una posición beneficiante y paternalista hacia otra que favorece la autonomía de los pacientes. El enfoque ético y los derechos de las personas establecen un nuevo marco de trabajo (43), más proclive a una apertura a lo social.

La pretendida síntesis Bio-Psico-Social no tiene una entidad real que permita sugerir y poner a prueba hipótesis teóricas que integren estos tres aspectos o posibilite mejorar resultados prácticos. Se trata de una solución de compromiso en la que se amalgaman, sin conseguir integrarse, diversas concepciones del trastorno mental. A resultas de ello este modelo apenas tiene relevancia en la clínica habitual y aparece como una coartada a efectos de ocultar sesgos y marginar evidencias comprometidas.

En la práctica resulta complicado integrar el trabajo en equipo de Psiquiatras, Psicólogos, Personal de enfermería, Trabajadores sociales y Médicos de familia. Lo que habitualmente nos encontramos es una yuxtaposición de intervenciones, más que una integración de las mismas. Las diversas posiciones epistemológicas que inspiran su trabajo y las diferentes pericias de los profesionales que las ponen en práctica apenas consiguen un lenguaje común y es muy difícil que acierten a poner al paciente en el centro de sus intervenciones. Se enfrentan así no solo horizontes y formaciones profesionales muy variadas, sino instituciones de diversos ámbitos (público y privado), diferentes perspectivas (hospitalaria, comunitaria, psicológica, médica, social) e intereses no coincidentes (Servicio de Salud, Clínicas privadas, Servicios Municipales e incluso ONGs). Todo ello hace bastante difícil un trabajo integrado. Y, aunque éste no es imposible, requiere de una buena dedicación y atención que hay que gestionar de manera adecuada.

La única referencia que permite mejorar este modelo de integración y gestión es la del

propio paciente. Para ello se hace preciso poner a éste en el centro de todo el proceso de atención. Pero el paciente no es un mero ente individual aislado de su historia personal o de su entorno cultural o social. Estos factores deben ser tenidos en cuenta para una perspectiva de correcto abordaje de sus necesidades.

Por otra parte las insuficiencias y sesgos del modelo biológico o del psicológico no hacen automáticamente válido el modelo social que tampoco puede explicar muchas variables, especialmente si éstas son de orden individual. También hay intervenciones sociales que pueden tener riesgos, entre los que destaca la excesiva dependencia de algunos pacientes respecto a los sistemas de ayuda y protección social o, por el contrario, los riesgos derivados de esperar demasiado de pacientes muy discapacitados. Pero la Psiquiatría Social debe tener una oportunidad para desarrollarse, tanto en el ámbito teórico como en el práctico. Como cualquier otro procedimiento, las intervenciones

sociales deben ser sometidas a evidencia contrastada. Deberán ser exigidas pruebas de resultado, buena aceptabilidad por parte de los implicados y un adecuado balance riesgo/beneficio.

Como ya se ha dicho, la psiquiatría social no se pretende exclusiva y permite una experiencia integrada donde otras conceptualizaciones y prácticas puedan tener su lugar y ser convenientemente desplegadas. En cualquier caso, se caracteriza por su perspectiva más abierta al contexto de vida de los pacientes. Ello posibilita una visión holística que facilita una mejor integración de variables médicas, psicológicas, antropológicas, culturales, sociales, de organización de servicios e, incluso, políticas. Una perspectiva social bien enfocada abre la posibilidad de un desarrollo científico más integrado y favorece el despliegue de las condiciones necesarias para superar las claras insuficiencias del modelo bio-médico y del estilo de atención individualista y desarticulado que lo caracteriza.

Referencias bibliográficas

1. Moncrieff J. The medicalisation of modern living. *Soundings*, 1997; 6: 63-72.
2. Frances A. *Somos todos enfermos mentales?* Barcelona: Ariel; 2014.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
4. Organización Mundial de la Salud. *CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. Undécima Revisión. Guía de Referencia*; Noviembre, 2019.
5. Cuthbert BN. Research Domain Criteria: toward future psychiatric nosologies. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015; Mar;17(1):89-97.
6. Ioannidis JPA. Why most published research findings are false. *PLoS Med*. 2005; 2(8): e124.
7. Jay J. *Esquizofrenia y Genética. El final de una ilusión*. Barcelona: Herder; 2021.
8. Poole R, Higgs R, Robinson CA. *Mental Health and Poverty*. Cambridge University Press; 2014

9. Wilkinson R, Pickett K. *The spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better.* Penguin Books.. 2009. Traducción española: *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva.* Madrid: Turner; 2009.
10. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2013 Aug; 90:24-31.
11. Patel V, Burns JK, Dhingra M, Tarver L, Kohrt BA, Lund C. Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry.* 2018 Feb;17(1):76-89.
12. Halvorsrud K, Nazroo J, Otis M, Brown Hajdukova E, Bhui K. Ethnic inequalities in the incidence of diagnosis of severe mental illness in England: a systematic review and new meta-analyses for non-affective and affective psychoses. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2019 Nov;54(11):1311-23.
13. Cairns JM, Graham E, Bambra C. Area-level socioeconomic disadvantage and suicidal behaviour in Europe: A systematic review. *Soc Sci Med.* 2017 Nov;192:102-111.
14. Tiikkaja S, Sandin S, Malki N, Modin B, Sparén P, Hultman CM. Social class, social mobility and risk of psychiatric disorder--a population-based longitudinal study. *PLoS One.* 2013 Nov 15;8(11):e77975.
15. Kwok W. Is there evidence that social class at birth increases risk of psychosis? A systematic review. *Int J Soc Psychiatry.* 2014 Dec;60(8):801-8
16. Vick B, Jones K, Mitra S. Poverty and severe psychiatric disorder in the U.S.: evidence from the Medical Expenditure Panel Survey. *J Ment Health Policy Econ.* 2012 Jun;15(2):83-96.
17. Luddy G. Women, disadvantage and health. *Ir Med J.* 2007 Sep;100(8):suppl 71-3.
18. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Soc Sci Med.* 2004 Jun;58(12):2585-600.
19. Whiteman K, Ruggiano N, Thomlison B. Transforming mental health services to address gender disparities in depression risk factors. *J Women Aging.* 2016;28(6):521-529.
20. Kiely KM, Brady B, Byles J. Gender, mental health and ageing. *Maturitas.* 2019 Nov;129:76-84.
21. Klawetter S, McNitt C, Hoffman JA, Glaze K, Sward A, Frankel K. Perinatal Depression in Low-Income Women: A Literature Review and Innovative Screening Approach. *Curr Psychiatry Rep.* 2020 Jan 7;22(1):1.
22. Henkel D. Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Curr Drug Abuse Rev.* 2011 Mar;4(1):4-27.
23. Nagelhout GE, Hummel K, de Goeij MCM, de Vries H, Kaner E, Lemmens P. How economic recessions and unemployment affect illegal drug use: A systematic realist literature review. *Int J Drug Policy.* 2017 Jun;44:69-83.
24. Bartelink VHM, Zay Ya K, Guldbbrandsson K, Bremberg S. Unemployment among young people and mental health: A systematic review. *Scand J Public Health.* 2020 Jul;48(5):544-58.
25. Kim TJ, von dem Knesebeck O. Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Int Arch Occup Environ Health.* 2016 May;89(4):561-73.
26. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2013 Dec;203(6):409-16.

27. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8(1):e51333.
28. Singh A, Daniel L, Baker E, Bentley R. Housing Disadvantage and Poor Mental Health: A Systematic Review. *Am J Prev Med*. 2019 Aug;57(2):262-272.
29. Rautio N, Filatova S, Lehtiniemi H, Miettunen J. Living environment and its relationship to depressive mood: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry*. 2018 Feb;64(1):92-103.
30. Tsai AC. Home foreclosure, health, and mental health: a systematic review of individual, aggregate, and contextual associations. *PLoS One*. 2015 Apr 7;10(4):e0123182.
31. Tsai J, Huang M. Systematic review of psychosocial factors associated with evictions. *Health Soc Care Community*. 2019 May;27(3):e1-e9.
32. Hjorth CF, Bilgrav L, Frandsen LS, Overgaard C, Torp-Pedersen C, Nielsen B, Bøggild H. Mental health and school dropout across educational levels and genders: a 4.8-year follow-up study. *BMC Public Health*. 2016 Sep 15;16:976.
33. Esch P, Bocquet V, Pull C, Couffignal S, Lehnert T, Graas M, Fond-Harmant L, Anseau M. The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*. 2014 Aug 27;14:237
34. Gilbert PA, Zemore SE. Discrimination and drinking: A systematic review of the evidence. *Soc Sci Med*. 2016 Jul;161:178-94.
35. Porru S, Elmetti S, Arici C. Psychosocial risk among migrant workers: what we can learn from literature and field experiences. *Med Lav*. 2014 Mar-Apr;105(2):109-29.
36. Lee SL, Pearce E, Ajnakina O, Johnson S, Lewis G, Mann F, Pitman A, Solmi F, Sommerlad A, Steptoe A, Tymoszek U, Lewis G. The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2020 Nov 9:S2215-0366(20)30383-7.
37. Faris R, Dunham H. *Mental Disorders in Urban Areas*. Chicago: Illinois. University of Chicago Press; 1939.
38. Leff J. The historical development of social psychiatry. En: Morgan C, Bhugra D. Eds. *Principles of Social Psychiatry*. 2nd. Wiley-Blackwell. John Wiley & Sons Ltd; 2010. p. 3-11.
39. Thornicroft G, Tansella M. *Better Mental Health Care*. Cambridge University Press; 2009.
40. Hollingshead AB, Redlich FC. *Social Class and Mental Illness; A Community Study*, New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1958.
41. Durkheim E. *Suicide*. Illinois; The Free Press, Glencoe; 1952.
42. Thøgersen MH, Morthorst BR, Nordentoft M. Assertive community treatment versus standard treatment for severely mentally ill patients in Denmark: a quasi-experimental trial. *Nord J Psychiatry*. 2019 Feb;73(2):149-158
43. Bracken P, Thomas P. *Postpsychiatry. Mental Health in a Postmodern World*. Oxford University Press; 2005.

Ander Retolaza

Correspondencia: ander.retolaza@telefonica.net

La desigualdad de género afecta seriamente a la salud mental

Gender inequality seriously affects mental health

Andrea Cabezas-Rodríguez

Departamento Enfermería I, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa (Bizkaia), España. Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK, Leioa (Bizkaia), España.

Amaia Bacigalupe

Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa (Bizkaia), España. Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK, Leioa (Bizkaia), España.

“El ideal de la mujer blanca, seductora pero no puta, bien casada pero no a la sombra, que trabaja pero sin demasiado éxito para no aplastar a su hombre, delgada pero no obsesionada con la alimentación, que parece indefinidamente joven pero sin dejarse desfigurar por la cirugía estética, madre realizada pero no desbordada por los pañales y por las tareas del colegio, buen ama de casa pero no sirvienta, cultivada pero menos que un hombre, esta mujer blanca feliz que nos ponen delante de los ojos, esa a la que deberíamos hacer el esfuerzo de parecernos, a parte del hecho de que parece romperse la crisma por poca cosa, nunca me la he encontrado en ninguna parte.

Es posible incluso que no exista”.

Virginie Despentes. *Teoría King Kong*

Recibido: 15/6/2021

Aceptado: 31/03/2022

RESUMEN

En relación a los problemas de salud mental englobados en el “trastorno mental común” las mujeres presentan prevalencias más elevadas. Esto podría explicarse por el hecho de que las mujeres viven vidas más sufridas como consecuencia de la desigualdad que experimentan en las sociedades patriarcales. Sin embargo, el progresivo proceso de medicalización de los malestares cotidianos, unido a la construcción biologicista y androcéntrica de la psiquiatría, puede estar influyendo en el abordaje médico de la salud mental. Los mandatos de normatividad femenina y

ABSTRACT

In relation to mental health problems under the umbrella of “common mental disorder”, women always show higher prevalences. This could be explained by the fact that women’s lives are surrounded by greater sources of suffering, as a consequence of the inequality they experience in patriarchal societies. However, the progressive process of medicalisation of common discomfort, together with the biologicist and androcentric construction of psychiatry, may be influencing the medical approach to mental health. The conflicting mandates of female and

masculina, contrapuestos entre ellos, han tenido gran influencia en cómo se han construido los diagnósticos psiquiátricos y en lo que entendemos por estar mentalmente sano/a.

El artículo tiene como objetivo reflexionar acerca de la relación entre la desigualdad de género y la salud mental, así como sobre las dinámicas de su medicalización, desde una perspectiva que entienda la complejidad del fenómeno, tanto por lo polimorfo de su presentación como de las raíces que lo explican y las consecuencias que acarrea.

Palabras clave: *Desigualdad, género, medicalización, salud mental.*

male normativity have had a great influence on how psychiatric diagnoses have been constructed, and on what we understand as mentally healthy.

The article aims to draw on the relationship between gender inequality and mental health, as well as on the dynamics of its medicalisation, from a perspective that understands the complexity of the phenomenon, both in terms of its polymorphous presentation and the roots that explain it and the consequences it entails.

Key words: *Gender, inequality, medicalization, mental health.*

INTRODUCCIÓN

“Nunca hay ningún problema al que pueda ponerle nombre. Pero estoy desesperada”.

Betty Friedan. *La mística de la feminidad.*

Que las mujeres vivimos en sociedades que nos discriminan, y que tenemos peores condiciones de vida y sufrimos violencias específicas por el hecho de serlo, ha pasado a constituir el marco de encuadre preliminar de cualquier análisis o propuesta política que pretenda luchar contra las desigualdades de género. Ello ha provocado un cierto vaciado de significación y relevancia social acerca de lo que implican tales desigualdades, tantas veces puestas sobre la mesa. Por ello, no nos detendremos en esta introducción en volver a recordar cuantas muertes, cuanto dolor físico y mental y cuanta injusticia social recae sobre los hombros de las mujeres en nuestras sociedades. Precisamente sobre el dolor mental, está ya

muy manido también el argumento de que las mujeres tenemos peor salud mental que los hombres, al menos en lo que se refiere a esa familia de malestares, de contornos blandos y etiología difusa, que genera tanto sufrimiento psíquico. Este hallazgo también ha pasado a formar parte de ese mismo marco, casi incuestionado y casi ya apriorístico, sobre el que se construye cualquier análisis sobre la salud mental de la población en la actualidad.

La progresiva normalización de los hallazgos en estos dos ámbitos -el de la existencia de claras desigualdades de género y su manifestación en la vida cotidiana de las mujeres en forma de peor salud mental-, no hacen sino dificultar un acercamiento crítico a las razones más profundas e imbricadas entre sí que subyacen a las diferencias observables en la salud mental de hombres y mujeres, al menos en lo referente a lo que clínicamente se denomina “trastorno mental común” y que mundanamente denominamos malestares de la vida

cotidiana (1). Ya en 1963, Betty Friedan, en la *Mística de la Femenidad* denominaba como “el problema que no tiene nombre” (2) a la profunda insatisfacción estructural que sentía una gran parte de las mujeres de clase media en Estados Unidos y que se traducía en sufrimiento psíquico y malestares emocionales, para los que habitualmente se procuraba una solución farmacológica. Y, probablemente, sólo una parte de todo este difuso magma de malestares, sufrimientos, heridas o desasosiegos que sufren las mujeres llega a las consultas, se transforman en diagnósticos y prescripción de psicofármacos, y son analizados desde una mirada clínico-epidemiológica.

A nivel internacional, numerosos estudios han puesto de manifiesto que tanto los índices de mala salud mental como los diagnósticos de ansiedad y depresión y el consumo de psicofármacos son mayores en mujeres que en hombres, llegando, incluso, a ser el doble en algunos casos (3-8). La explicación a los diferentes resultados es probable que no dependa de un único factor, sino que converjan diferentes circunstancias que contribuyan al característico patrón epidemiológico de preponderancia femenina. Un abordaje más complejo de esta realidad requiere, para empezar, reconocer que encontraremos poca certeza en las afirmaciones basadas en los datos puramente epidemiológicos, para entender las raíces del posible mayor malestar o sufrimiento psíquico de las mujeres.

De hecho, a menudo, se parte de marcos epistemológicos que naturalizan las cate-

gorías diagnósticas como la depresión, la ansiedad o la distimia, queriéndolas entender como entidades reales, naturales y objetivas en sí mismas, y no como categorías culturales que se han construido con coordenadas espaciotemporales, y por tanto políticas, concretas. Jeanne Marecek (9) argumentó que “la depresión no es algo que las personas tienen, sino un conjunto de prácticas autorizadas por la cultura a través de las cuales las personas expresan a los demás que están sufriendo”. Las narrativas culturales organizan, proveen de significado e influyen en la forma y en la frecuencia en la que observamos cualquier proceso de salud y enfermedad, y muy especialmente de aquellos que pertenecen al ámbito de la salud mental. A lo largo de la historia, criterios y síntomas han ido mutando de acuerdo con las convenciones culturales o políticas de cada época, haciendo de la entrada y salida de diagnósticos en los manuales de referencia una práctica habitual. Por ello, hemos de ser cuidadosas al interpretar directamente las diferencias en las frecuencias de los diagnósticos, trastornos o problemas de salud mental en hombres y mujeres, ya que ni sus características, ni tampoco su etiología o su aterrizaje en síntomas son los mismos en cada caso. Utilizamos, en definitiva, una misma denominación (diagnóstica) para una diferente realidad clínica y social.

Sin embargo, y aun partiendo de un marco que contemple esta visión fundamentalmente relativista o constructivista en términos culturales de la salud mental, es más que plausible pensar que las mujeres sufran en términos psíquicos de

forma más intensa que los hombres, así como de forma específica. Este hecho estaría ligado a la existencia de relaciones sociales desiguales, estructuras de poder generizadas y límites materiales impuestos por la domesticidad convencional (9) que las exponen a historias de vida más sufrientes. Además, el género, como categoría primigenia de jerarquización social, disciplina nuestras subjetividades, siendo uno de los ejes vertebradores más relevantes de la psique y de la construcción normativa de las identidades femenina y masculina. A lo largo de la historia, las mujeres han desarrollado lo que Almudena Hernando (10) ha denominado la *identidad relacional*, basada en cuidar los vínculos interpersonales y los afectos, que dan sentido de pertenencia a las personas, pero que ha dificultado su individuación, tal y como sí han hecho los hombres. Esta identidad, ya de inicio devaluada, tiende a enfatizar la complacencia al resto, la subalternidad, la sumisión, así como la representación del agrado de encontrarse en tal situación (11), lo que trunca la autonomía de quien la detenta y genera dependencia y culpa, tanto por insuficiencia, inadecuación o directa transgresión de los mandatos de género (1), lo que garantiza finalmente la sumisión misma al rol impuesto. Es precisamente el estrecho espacio de normalidad permitido a la identidad femenina normativa, según los mandatos de género, lo que provoca, entre otras cuestiones, que su salud mental se haya situado en una encrucijada: tanto el cumplimiento de las expectativas de feminidad, como el desafío a las mismas ha generado y sigue produciendo malestar

mental a las mujeres (12). Friedan denominó a todo ello como la “mística de la feminidad” y Virginie Despentes detalló brillantemente cómo se aterriza en la vida cotidiana de las mujeres en su introducción a la *Teoría King Kong* (13).

Ante una realidad de tal complejidad, Jane Ussher (14) propone que construyamos una mirada que combine dos perspectivas: lo que aporta el construccionismo social y su mirada cultural para entender la salud mental como producto sociohistórico concreto, junto con la perspectiva materialista, que contempla el efecto real que las injusticias material-socioeconómica y simbólica-identitaria (15) tienen sobre la salud mental de las mujeres. En definitiva, adoptar una perspectiva epistemológica crítica-realista (14), que reconozca la importancia de las experiencias de desigualdad social en la materialidad/corporalidad de lo somático/psicológico y su transformación en diagnósticos psiquiátricos, a la vez que entiende que tal materialidad está condicionada por la cultura, los marcos discursivos y las relaciones de poder insertas en el desarrollo de las disciplinas científicas, como la psiquiatría.

El artículo tiene como objetivo precisamente reflexionar acerca de la relación entre la desigualdad de género y la salud mental, así como sobre las dinámicas de su medicalización, desde una perspectiva que entienda la complejidad del fenómeno, tanto por lo polimorfo de su presentación como de las raíces sociohistóricas que lo explican y las consecuencias que acarrea.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIO-CULTURAL (Y POR TANTO, ANDROCÉNTRICA) DE LA SALUD MENTAL

“Las causas cerebrales o genéticas no se llegan a concretar nunca, pero se sostienen como suposiciones indudables para mantener estratégicamente el modelo biomédico de la locura, es decir, el de la enfermedad sin lesión, antes que preocuparse por conocer a las personas que sufren y se enajenan”.

Fernando Colina. Foucaultiana.

No es posible llegar a comprender las desigualdades de género en salud mental sin antes hablar del androcentrismo –perspectiva o visión del mundo que se deriva de la centralidad de la experiencia social masculina, lo que implica la equiparación de lo masculino con lo humano en general, constituyendo, así, a los hombres como la norma (16)– que ha regido históricamente en la ciencia. La teoría feminista viene jugando un papel fundamental en visibilizar como la ciencia ha legitimado la discriminación y subordinación de las mujeres, al invisibilizarlas a ellas y a sus especificidades. De hecho, hay autoras que han calificado al androcentrismo como “opresión científica” (17) y se ha catalogado, incluso, como una forma de violencia (18).

El enfoque histórico únicamente masculino en la investigación clínica ha conllevado una clara falta de genealogía del relato de las mujeres en biomedicina, y por tanto de cómo muchas enfermedades les afectan. Además, tradicionalmente, las investigaciones que incluían mujeres tendían a enfocarse en aspectos relacionados con la

salud reproductiva, generando numerosos sesgos de género en la investigación y en la práctica clínica (19,20). Son sólo algunos ejemplos la consideración de ciertas sintomatologías que manifiestan las mujeres como subclínicas al comparar los valores de sus analíticas con las de los hombres, así como la asunción de clínica igual o similar en la manifestación de ciertas enfermedades, como en el caso del infarto agudo de miocardio, donde hombres y mujeres presentan diferente sintomatología. El hecho de asumir que los síntomas masculinos son trasladables a las mujeres, ha supuesto que se considerase la expresión de síntomas femenina como atípica, dificultando tanto el diagnóstico por parte del personal sanitario como la identificación por parte de las propias mujeres. Esta ausencia de conocimiento del trascurso de la enfermedad en ellas ha generado retraso en el diagnóstico y en el tratamiento, con el consecuente aumento de complicaciones y de la letalidad (20).

La psiquiatría, que surge tardíamente como rama científica del cuerpo médico en el siglo XIX, nace condicionada por una orientación médica fundamentalmente biologicista y androcéntrica, siguiendo la estela del resto de especialidades. Su marco psicopatológico ha sido, por tanto, el resultado de tal epistemología biomédica estrecha de entender la salud (21), según la cual los trastornos mentales se reducen a procesos biológicos, es decir, determinados por causas físicas. De esta manera, los pensamientos, sentimientos y acciones problemáticas se consideran signos y síntomas de una alteración física subyacente y, por tanto, el ideal de tratamiento será la intervención médica, principalmente farmacológica (22, 23).

Incluso sin encontrar causa orgánica a muchas manifestaciones del sufrimiento mental, la psiquiatría ha justificado la conceptualización de la enfermedad mental como una enfermedad física, mediante la construcción de diagnósticos en base únicamente a la agrupación de síntomas (21). De hecho, el principal sistema diagnóstico que utiliza la psiquiatría, el DSM (24), basándose en la clasificación nosológica del CIE, ha creado diagnósticos mediante la categorización de síntomas, agrupándolos y dándoles un nombre, pese a no existir una correspondencia orgánica, como sucede en los diagnósticos no psiquiátricos (21). En este sentido, incluso dentro de la propia disciplina psiquiátrica, existen profesionales que cuestionan la utilización del término *diagnóstico* al no haber evidencia física de un proceso patológico, señalando que más bien se trataría de una clasificación descriptiva de los síntomas que presenta una persona (25).

Pese a las perspectivas críticas, la práctica clínica y la investigación en salud mental siguen desarrollándose bajo la influencia del modelo biomédico. De hecho, la mayor parte de la evidencia en torno a la salud mental es el resultado del análisis de indicadores clínicos (diagnósticos, prescripción y consumo de psicofármacos o escalas de salud mental con fines diagnósticos) (26). Esta orientación biologicista parecería reflejar los esfuerzos de la psiquiatría para estandarizar los criterios diagnósticos materializados en el DSM, con el fin, quizás, de aumentar su legitimidad científica dentro de la medicina (27). El marco positivista que caracteriza al modelo biomédico prima lo orgánico y medible frente a lo subjetivo y socialmente construido, por lo que desde esta perspectiva tan reduccionista el enten-

dimiento y la respuesta a los malestares psicológicos puede resultar, como mínimo, miope (21, 28).

Frente a perspectivas estandarizadoras de la salud mental, a menudo se reivindica la necesidad de diferenciar, al menos, entre los conceptos de malestar y de enfermedad mental. En este sentido, Burín (29) define el malestar como el sufrimiento ligado a situaciones específicas o acumuladas de opresión, donde el reconocimiento de la raíz social que lo origina ha sido denegado. El concepto de enfermedad no se asociaría a vivencias de subalternidad, siendo un padecimiento individual atribuido directamente a disfunciones biológicas. De este modo, separa el malestar de la concepción biomédica, incluyéndolo en el discurso social y colectivizando, así, lo que hasta ahora había sido un problema médico individual.

Las implicaciones de todo ello sobre la capacidad de detección diferencial de la enfermedad mental en hombres y mujeres por parte de la psiquiatría parecerían relevantes. Chesler (12) describió como “doble estándar” al proceso por el cual la psiquiatría ha definido de forma desigual la buena salud mental en hombres y en mujeres, de forma congruente con las expectativas sociales que disparan los roles normativos de género. En el caso de las mujeres, la buena salud mental iría, por tanto, en consonancia con sus roles de acatar una posición de sumisión, dependencia, vulnerabilidad y sentimentalidad, mientras que para los hombres el bienestar mental iría ligado a características contrapuestas a las de las mujeres, como independencia, fortaleza, racionalidad o liderazgo. En las mujeres, además, tan perjudicial sería, en términos

de salud mental, acatar las expectativas de su rol femenino, como intentar subvertirlas, debido al desgaste emocional que implican ambas posturas, con lo cual se podría decir que la salud mental de las mujeres se encuentra en una suerte de encrucijada. Esto lleva implícito un deterioro emocional que puede llegar a ser catalogado como patológico y medicalizado por el discurso psiquiátrico hegemónico (12). El margen de normalidad que socialmente se permite a las mujeres es, en consecuencia, mucho más estrecho que a los hombres, tal y como Virginie Despentes describe al inicio del artículo.

En este sentido, la psiquiatría hegemónica, en lugar de centrarse en el papel que juega la jerarquización patriarcal y las experiencias de subordinación que sufren las mujeres, ha preferido despolitizar el malestar psíquico y enfocarse hacia una visión individualizadora y, por tanto, medicalizadora de la salud mental. De hecho, estudios recientes realizados en el campo de la psiquiatría no están teniendo en cuenta la importancia del género en la salud mental, con los sesgos que ello implica en la creación de la evidencia. El estudio de Howard et al. (30) señalaba que, de una muestra de 768 ensayos clínicos sobre el tratamiento de la depresión, pese a que el 89% había reclutado mujeres y hombres, menos del 1% informó la intención de hacer un análisis por sexo. Asimismo, la revisión de los artículos publicados con muestras tanto humanas como animales en dos importantes revistas de psiquiatría en un periodo de tres años mostraba que de los 728 artículos que incluían hombres y mujeres, únicamente el 16% estratificó sus análisis por sexo (30). Esta ausencia de perspectiva de género en la psicopatología

determina el modo en que se percibe un problema y su abordaje posterior, lo que a veces se traduce en sesgos de género, que acaban aterrizando en la consulta en forma de etiquetaje diferencial y medicalización de la salud mental de las mujeres.

En este sentido, datos analizados en el contexto del proyecto *SAMEGEN “Salud mental, Medicalización y Género: análisis de las desigualdades y de sus factores determinantes”* a nivel estatal ha mostrado que la probabilidad de recibir tanto un diagnóstico de ansiedad y/o depresión como una prescripción de psicofármacos es mayor en mujeres, incluso ajustando los análisis por las diferencias en la edad, el estado de salud mental o el número de consultas médicas entre hombres y mujeres. En el diagnóstico de ansiedad y/o depresión las mujeres llegan a tener un 78% más de probabilidad de recibir un diagnóstico que los hombres (3), lo que podría sugerir que nos encontramos ante un sesgo de género en el etiquetaje de la salud mental.

¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO CUANDO HABLAMOS DE LA SALUD MENTAL?

Proceden de todas las unidades, histéricas, epilépticas y neuróticas, jóvenes y no tan jóvenes, todas carismáticas, como si lo que las distinguiera no fuese la enfermedad y el encierro, sino una manera de ser y estar en el mundo”.

Victoria Mas. *El Baile de las Locas*.

Como se ha mencionado previamente, la evidencia alrededor de las desigualdades de género en salud mental se ha generado a

través del análisis de indicadores mayoritariamente clínicos. Pero, ¿qué es lo que nos muestran estos indicadores? ¿son neutros al género o siguen perpetuando el doble estándar de buena salud mental en hombres y mujeres?

Es evidente que existe una estrecha relación entre los mandatos normativos de género y la descripción clínica de los diagnósticos psiquiátricos. Así, la construcción de los diagnósticos psiquiátricos en base a las subjetividades típicamente masculina y femenina, ha podido influir en las características no neutras de las herramientas de diagnóstico clínico y de los instrumentos psicométricos de valoración de la salud mental. Mientras que características tradicionalmente asociadas a las mujeres (apatía o llanto) forman parte, generalmente, de los ítems de este tipo de herramientas, actitudes típicamente masculinas (agresividad o consumo de sustancias) no suelen estar presentes, pudiendo tener, como resultado, sesgos de género en la identificación de problemas de salud mental (31). La evidencia en torno a los posibles sesgos de género en los instrumentos de valoración de la salud mental es escasa, pero la disponible insinúa que la inclusión de ciertos ítems puede tener influencia en los resultados que proporcionan. Por ejemplo, respecto al CES-D (instrumento utilizado para la identificación de individuos en riesgo de depresión clínica) (32), la probabilidad de que las mujeres respondan al ítem “episodios de llanto” era más del doble que en los hombres y, además, el hallazgo no variaba en función de la gravedad de los síntomas depresivos (33). Otro estudio que valoraba la perspectiva de los pacientes en torno a qué cuestiones debería abordar el personal sanitario con el objetivo de identificar la

depresión, concluyó que hombres y mujeres diferían acerca de los temas a los que las y los profesionales debían hacer referencia. Mientras que las mujeres consideraban que los/as profesionales debían indagar en cuestiones relacionadas con el llanto, los hombres optaban por preguntas relacionadas con comportamientos disruptivos habitualmente agresivos (34).

Estos resultados podrían tener importantes implicaciones conceptuales y diagnósticas, ya que, si en hombres y mujeres se vinculan diferentes emociones a la depresión, teniendo en cuenta que dichas emociones no están igualmente representadas en las herramientas de valoración, estaríamos ante un sesgo de género en la identificación de problemas de salud mental. En el caso de los hombres, existe la posibilidad de estar ante un fenómeno de infraidentificación, mientras que, en las mujeres, se puede estar dando una sobreidentificación. En este sentido, Martin et al. (35) observaron que al introducir en las escalas de valoración de la depresión síntomas alternativos masculinos en lugar de los síntomas tradicionales (típicamente presentes en la identidad normativa femenina), se detectaba un mayor número de hombres que cumplía los criterios de depresión. Asimismo, si se incluían tanto síntomas alternativos como tradicionales, no se encontraban diferencias de género en la prevalencia de personas que cumplían los criterios para diagnosticar depresión.

Si, además, trascendemos una mirada exclusivamente clínica de valorar la salud mental, para considerar otro tipo de indicadores (no clínicos) de bienestar emocional como el optimismo, la felicidad o la satisfacción con la vida, se observa que no muestran el

mismo patrón de género que los indicadores tradicionales. En este sentido, estudios en el contexto europeo ponen de manifiesto que las mujeres, independientemente de la edad, presentan mayores prevalencias que los hombres en satisfacción con la vida (36) y felicidad (37). Son destacables los resultados de un estudio que analizaba los niveles de gratitud, optimismo, bienestar subjetivo y depresión, ya que las mujeres presentaban prevalencias más altas que los hombres en las tres primeras dimensiones, lo que podría hacer pensar que los niveles de depresión reportados serían más bajos que los de los hombres. Sin embargo, los niveles de depresión, también fueron más elevados en las mujeres (38). Los/as autores/as señalaban que estos resultados podrían ser consecuencia de la diferente socialización de género que predispone a las mujeres a una mayor expresividad emocional, teniendo una mayor capacidad para reconocer y expresar sentimientos que las expone a experimentar emociones (tanto positivas como negativas) de una manera más intensa que los hombres. Por ello, pese a los resultados contradictorios, tener en cuenta otros indicadores, además de los clínicos, podría enriquecer el estudio de las desigualdades de género en salud mental, ayudando a comprender esta realidad tan compleja.

SUMA DE VULNERABILIDADES SOCIALES: PORQUE NO SOLO EL GÉNERO NOS ENFERMA

“All the Women Are White; All the Blacks Are Men, But Some of Us are Brave”

[*“Todas las Mujeres Son Blancas; Todos los Negros Son Hombres,*

Pero Algunas de Nosotras Somos Valientes”]

Akasha Gloria Hull, Patricia Bell-Scott y Barbara Smith.

Estas palabras que dan comienzo al artículo *“Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics”*, de Crenshaw (39) sobre las implicaciones jurídicas desiguales a las que se enfrentan las mujeres negras en EEUU, ponen de manifiesto la invisibilización de los subgrupos más vulnerables dentro de categorías sociales más grandes. En este sentido, el feminismo negro ha criticado el sesgo occidental, burgués y blanco del feminismo hegemónico por el racismo que implica la universalidad de la categoría mujeres, al no reflejar la realidad de aquéllas racializadas y procedentes de territorios colonizados, reivindicando que el género no actúa de manera aislada, sino que interactúa con otras vulnerabilidades preexistentes, como la raza o la clase social, apuntalando las desigualdades (40).

Al hablar de salud, se trata de considerar que la experiencia múltiple de discriminaciones o vulnerabilidades atraviesa simultáneamente la experiencia vital de las personas y, por tanto, las oportunidades de gozar de una buena salud (mental). No tener en cuenta los diferentes ejes de desigualdad por los que se ven atravesadas las mujeres conllevaría la invisibilización de la multidimensionalidad de las experiencias de las personas racializadas, pobres o de mayor edad, entre otras cuestiones. A esta interacción entre vulnerabilidades sociales Kimberlé Crenshaw la denominó *interseccionalidad*, señalando

que los miembros más privilegiados de cada grupo marginan a aquellos que experimentan múltiples cargas dentro de su mismo grupo, silenciando aquellas experiencias que no son el resultado de una única discriminación (41). La relevancia de la mirada interseccional reside en que las poblaciones que se sitúan simultáneamente en varios ejes de desigualdad social –clase social, género, etnia, situación administrativa o edad- son expuestas a riesgos específicos añadidos, que no son el simple resultado acumulado de los derivados por su pertenencia a diferentes categorías sociales.

La evidencia en torno a la interseccionalidad en salud mental ha mostrado que las mujeres, a partir de la adolescencia, comienzan a presentar peores indicadores, manteniéndose así a lo largo del ciclo vital (8, 42). Asimismo, se ha puesto de manifiesto que las mujeres de clase social manual, en desempleo o con bajo nivel educativo también presentan mayores cifras de mala salud mental (43).

Con datos de diferentes encuestas, el proyecto *SAMEGEN* también ha descrito que, a medida que descendía el nivel educativo, las desigualdades de género en el diagnóstico de depresión, así como en el consumo de antidepresivos y/o estimulantes aumentaban y que, además, esto seguía sucediendo tras eliminar el efecto del peor estado de salud mental de las mujeres, su mayor asiduidad a las consultas de atención primaria y su mayor número de diagnósticos (esto último en el caso del consumo de psicofármacos prescritos). Asimismo, en el caso del consumo de psicofármacos, las desigualdades de género desaparecían en las personas con estudios universitarios,

poniendo de manifiesto que el efecto de la desigualdad de género opera, sobre todo, en las poblaciones más vulnerables. Respecto a la edad, también hubo importantes desigualdades de género, sobre todo en los grupos de mayor edad, entre quienes la probabilidad de las mujeres de ser diagnosticadas de ansiedad y/o depresión llegaba a ser más del doble que en hombres, presentando, a su vez, un 50% más de probabilidad de que se les prescribiesen psicofármacos (3, 4, 6).

Al igual que se sucede con el nivel educativo, la clase social y la edad, el efecto combinado del género con otro tipo de discriminaciones también se ve reflejado en la peor salud mental y medicalización de las mujeres inmigrantes (44). Asimismo, la identidad de género y de orientación sexual dominantes en la sociedad exponen a las personas que no se enmarcan dentro de la cisnormatividad y/o la heterosexualidad a una peor salud mental al no cumplir con las expectativas que impone la construcción binaria del sexo (45, 46).

La interrelación entre diferentes ejes de estratificación social es posible que no solo afecte a la salud mental de las personas que se ven atravesadas por estas circunstancias, sino que también pueda influir en la respuesta que el personal sanitario ofrece a estas mujeres, haciéndolas más vulnerables a los prejuicios de género. De hecho, diferentes estudios han puesto de manifiesto que pacientes con menor nivel educativo o menores ingresos reciben menos información por parte de sus médicos/as, limitando su papel en la toma de decisiones respecto a su tratamiento (47). Otra investigación en atención primaria acerca del diagnós-

tico de enfermedades coronarias mostró que a las mujeres se les preguntaba menos y se les realizaban menos exploraciones físicas y pruebas diagnósticas, elevando el riesgo de un diagnóstico menos preciso y, en consecuencia, un tratamiento no adecuado (48). Asimismo, otro estudio reveló la importancia del sexo de los/as pacientes en la relación interpersonal y en la toma de decisiones por parte de los/as médicos/as respecto al tratamiento a seguir (49). Estos estudios, a pesar de que no tienen una perspectiva interseccional, dejan entrever que la relación médico/a-paciente pueda verse afectada por la suma de diferentes vulnerabilidades sociales. Se precisan investigaciones en este ámbito para intentar conocer si la interseccionalidad afecta a la atención sanitaria que reciben diferentes grupos sociales.

¿QUÉ HACEMOS CON LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA SALUD MENTAL Y SU MEDICALIZACIÓN?

“Si la respuesta al incremento del sufrimiento psíquico no se hace desde una perspectiva de salud pública, preparaos para ver una tremenda uberización de los psicólogos y una carrera de buitres hacia vuestro malestar”.

Tweet (18 de octubre de 2021). Javier Padilla.

Teniendo en cuenta lo expuesto a lo largo del texto, lograr un punto de inflexión que revierta la situación actual requerirá de la puesta en marcha de intervenciones a

diferentes niveles. Como apuntan Cabruja y Fernández-Villanueva (50), muchos problemas del estado de ánimo pueden ser atribuidos a los esfuerzos y tensiones socioestructurales derivados de la desigualdad y la opresión, o la rotura de roles. En consecuencia, las políticas públicas dirigidas a disminuir las desigualdades de género a nivel estructural (mercado laboral, violencia de género, corresponsabilidad en el trabajo doméstico y de cuidados, presencia política y social, etc.) conllevarán también efectos positivos sobre las desigualdades de género en salud mental. Respecto al proceso de medicalización de la salud mental de las mujeres, la utilización de fármacos para solucionar problemáticas cotidianas o síntomas que no justifican su uso precisa de un análisis crítico acerca de esta tolerancia y dependencia social a los psicofármacos, con el objetivo de diseñar estrategias dirigidas a minimizar la medicalización de los malestares cotidianos desde una perspectiva de género. Asimismo, el hecho de que actualmente se siga destinando prácticamente la totalidad del presupuesto de salud mental al tratamiento agudo del mismo, impide abordajes tanto preventivo de los malestares como de promoción de la salud mental, para los cuales es clave el papel que la salud pública y la salud comunitaria puedan jugar. Las intervenciones individualizadas pueden aliviar el sufrimiento de manera particular, pero, sin embargo, siguen sin ir a la raíz del problema, el cual en muchas ocasiones tiene como origen la exposición a situaciones múltiples de subalternidad o directamente de opresión. La intervención clínica, sin una acción política y colectiva, solo es un parche temporal que no ataja el problema.

Desde la práctica clínica, la reflexión acerca de qué se cataloga como mala salud mental y en base a qué criterios, aplicando una mirada feminista, podría ayudar a revertir la actual deriva medicalizadora de la salud mental de las mujeres. La resignificación del sufrimiento, desde la comprensión de que ciertos problemas tienen un origen social, podría evitar la patologización de dicho malestar, redirigiendo la asistencia médica hacia una práctica clínica más justa. Así, con una visión de los/as pacientes desde lo estructural, que complete la actual mirada individual centrada en los síntomas, sería más plausible un abordaje sanitario más equitativo de la salud mental, especialmente entre las mujeres.

El logro de una asistencia justa y menos medicalizada de la salud mental de las mujeres precisa de la visibilización de estas en la medicina en general y en la psiquiatría en particular. El androcentrismo ha silenciado históricamente a las mujeres y sus especificidades y, en consecuencia, tanto el conocimiento como la formación recibida por los y las profesionales ha sido parcial. Mientras se siga excluyendo a las mujeres de los ensayos clínicos de la investigación biomédica (preclínica y clínica), así como estableciendo como otredad sus experiencias, los sesgos de género en la atención sanitaria seguirán siendo una constante difícil de revertir.

En referencia concreta a los posibles sesgos de género en los instrumentos de valoración de la salud mental en base a la vinculación diferencial de emociones de hombres y mujeres respecto a la depresión, apostar por la incorporación de la perspectiva cualitativa en la investigación en salud mental podría arrojar luz en cómo hombres y mujeres experimentan el malestar emocional, pudiendo aplicar ese conocimiento a los criterios de valoración. Asimismo, la mirada cualitativa, aplicada tanto en pacientes como en profesionales de la salud, sería de gran ayuda en la profundización del conocimiento de los factores explicativos de las desigualdades de género en la medicalización de la salud mental.

Finalmente, la evidencia disponible ha puesto de manifiesto la relevancia de no tratar a las mujeres como un grupo homogéneo, ya que la existencia de otras estructuras de poder expone a ciertos grupos sociales a una mayor vulnerabilidad para padecer problemas de salud mental y sesgos en su abordaje. Ello hace que la incorporación de la perspectiva interseccional sea una herramienta clave para poder conformar una foto más completa de la realidad y, así, poder desarrollar intervenciones que tengan en cuenta la complejidad intracategoría de las mujeres y sus especificidades.

Referencias bibliográficas

1. Benedicto C. Malestares de género y socialización: El feminismo como grieta. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018; 38(134):607–25.
2. Friedan B. *La mística de la feminidad*. Madrid: Cátedra; 2009.
3. Bacigalupe A, Cabezas A, Bueno MB, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. *Informe SESPAS 2020. Gac Sanit.* 2020; 34 Suppl 1:61–7.
4. Bacigalupe A, Martín U. Gender inequalities in depression/anxiety and the consumption of psychotropic drugs: Are we medicalising women's mental health? *Scand J Public Health.* 2021; 49(3):317–24.
5. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015; 17(3):327–35.
6. Cabezas-Rodríguez A, Bacigalupe A, Martín U. Diagnosis and treatment of depression in Spain: Are there gender inequalities? *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(24):9232.
7. Sáenz-Herrero M. *Psychopathology in women: Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology*. Springer; 2015.
8. van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med.* 2010; 71(2):305–13.
9. Marecek J. Social suffering, gender, and women's depression. En: Keyes CLM, Goodman S, editores. *Women and Depression: A Handbook For The Social, Behavioral, And Biomedical Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p. 283–308.
10. Hernando A. *La fantasía de la individualidad: Sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno*. Madrid: Traficantes de Sueños; 2018.
11. Ranea B. *Desarmar la masculinidad*. Catarata; 2021.
12. Chesler P. *Mujeres y locura*. Madrid: Continta me tienes; 2019.
13. Despentès V. *Teoría King Kong*. Barcelona: Literatura Random House; 2018.
14. Ussher JM. Are we medicalizing women's misery? A critical review of women's higher rates of reported depression. *Fem Psychol.* 2010; 20(1):9–35.
15. Fraser N. ¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas de la justicia en la era "postsocialista". *New left review.* 2000; 126–55.
16. Ortiz T. *Medicina, Historia y Género. 130 Años de Investigación Feminista*. Oviedo: KRK; 2006.
17. Sáez-Buenaventura C. *Sobre mujer y salud mental*. LaSal; 1988.
18. Miqueo C. ¿Feminismo en el mundo científico médico? *Isegoría.* 2008; (38):155–67.
19. Ruiz-Cantero MT. *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Nueva Salud Pública; 2009
20. Valls-Llobet C. *Mujeres, salud y poder*. Cátedra; 2009.

21. Pujal i Llombart M, Calatayud M, Amigot P. Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. *Rev Int Sociol.* 2020; 78(2):e155.
22. Bendelow G. *Health, emotion and the body.* Oxford: Polity Press; 2009.
23. Cockerham WC. *Sociology of mental disorder.* 4^a ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 2013.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5).* 5^a ed. Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
25. Timimi S. *Insane Medicine: How the Mental Health Industry Creates Damaging Treatment Traps and How you can Escape Them.* Mad in America; 2021.
26. Stoppard J. *Understanding depression: Feminist social constructionist approaches.* Routledge; 1999.
27. Kirk SA. *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry.* London: Routledge; 1992.
28. Roberts GA. Narrative and severe mental illness: what place do stories have in an evidence-based world? *Adv Psychiatr Treat.* 2000; 6(6):432–41.
29. Burin M. *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental.* Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano; 1987.
30. Howard LM, Ehrlich AM, Gamlen F, Oram S. Gender-neutral mental health research is sex and gender biased. *Lancet Psychiatry.* 2017; 4(1):9–11.
31. Smith DT, Mouzon DM, Elliott M. Reviewing the assumptions about men's mental health: An exploration of the gender binary. *Am J Mens Health.* 2016; 12(1):78–89.
32. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977; 1(3):385–401.
33. Cole SR, Kawachi I, Maller SJ, Berkman LF. Test of item-response bias in the CES-D scale. *J Clin Epidemiol.* 2000; 53(3):285–9.
34. Wilhelm K, Brownhill S, Harris J, Harris P. Depression--what should the doctor ask? *Aust Fam Physician.* 2006; 35(3):163–5.
35. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry.* 2013; 70(10):1100–6.
36. Lysberg F, Gjerstad P, Småstuen MC, Innstrand ST, Høie MM, Arild Espnes G. Has life satisfaction in Norway increased over a 20-year period? Exploring age and gender differences in a prospective longitudinal study, HUNT. *Scand J Public Health.* 2018; 46(1):132–40.
37. Solé-Auró A, Jasilionis D, Li P, Oksuzyan A. Do women in Europe live longer and happier lives than men? *Eur J Public Health.* 2018; 28(5):847–52.
38. Yue XD, Hiranandani NA, Jiang F, Hou Z, Chen X. Unpacking the gender differences on mental health: The effects of optimism and gratitude. *Psychol Rep.* 2017; 120(4):639–49.
39. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Univ Chic Leg Forum.* 1989; 1989(1):139–67.

40. Lugones M. Colonialidad y género. *Tabula rasa*. 2008; (9):73–101.
41. Crenshaw K. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Rev.* 1991; 43(6):1241–99.
42. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017; 4(2):146–58.
43. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health*. 2004; 94(1):82–8.
44. Jurado D, Mendieta-Marichal Y, Martínez-Ortega JM, Agrela M, Ariza C, Gutiérrez-Rojas L, et al. World region of origin and common mental disorders among migrant women in Spain. *J Immigr Minor Health*. 2014; 16(6):1111–20.
45. Marti-Pastor M, Perez G, German D, Pont A, Garin O, Alonso J, et al. Health-related quality of life inequalities by sexual orientation: Results from the Barcelona Health Interview Survey. *PLoS One*. 2018; 13(1):e0191334.
46. Suess Schwend A. La perspectiva de despatologización trans: ¿una aportación para enfoques de salud pública y prácticas clínicas en salud mental? *Informe SESPAS 2020. Gac Sanit.* 2020; 34:54–60.
47. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns.* 2005; 56(2):139–46.
48. Arber S, McKinlay J, Adams A, Marceau L, Link C, O'Donnell A. Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: a video-simulation experiment. *Soc Sci Med.* 2006; 62(1):103–15.
49. Borkhoff CM, Hawker GA, Kreder HJ, Glazier RH, Mahomed NN, Wright JG. Influence of patients' gender on informed decision making regarding total knee arthroplasty. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013; 65(8):1281–90.
50. Cabruja T, Fernández-Villanueva C. Psicologías feministas: perspectivas críticas, posmodernas y radicales. En: Ovejero A, Ramos J, editores. *Psicología Social Crítica*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2011. p. 83–97.

Andrea Cabezas

Correspondencia: andrea.cabezas@ehu.eus

Indicación de no-tratamiento para personas con malestar

Indication of no-treatment for people with discomfort.

Beatriz García Moratalla

Psiquiatra. Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB/BOMS).

Recibido: 3/12/2021

Aceptado: 31/03/2022

RESUMEN

Los profesionales de la salud mental estamos siendo protagonistas en las últimas décadas de un incremento de demandas de malestar en relación a problemas sociales y de la vida cotidiana, que podrían ser considerados procesos normales y que no cumplen criterios diagnósticos de trastorno mental y, por tanto, deberían estar fuera del ámbito sanitario. Este aumento del malestar está enmarcado en una sociedad moderna cuyos aspectos sociales, políticos, culturales y económicos han influido en esta nueva vivencia del sufrimiento desde lo médico en la que se busca una respuesta sanitaria. El manejo del malestar hasta hoy en día no está consensuado, sigue siendo controvertido y dispar entre los profesionales y es, por ello, que en este artículo insistimos en la defensa de la indicación de no-tratamiento como aquella intervención dotada de unos elementos psicoterapéuticos básicos que deberían conocer y entrenar los profesionales para ponerla en práctica en su día a día, y cuyo objetivo es evitar una psiquiatrización/psicologización de la sociedad y una saturación del sistema sanitario.

Palabras clave: *Indicación de no-tratamiento, malestar, problemas sociales, psiquiatrización/psicologización de la sociedad.*

ABSTRACT

In recent years, the mental health professionals are protagonist of increased demand of people with social problems and of everyday life which are considered normal processes and it don't meet criteria diagnostic criteria for a mental disorder and, therefore, it should be outside the health field. This increase in discomfort is framed in a modern society whose social, political, cultural and economic aspects have influenced this new experience of suffering from the medical point of view, seeking a health response. The management of discomfort to this day remains controversial and uneven among the different professionals and it is, therefore, that we defend the indication of no-treatment as an intervention with some basic psychotherapeutic elements that professionals should know and train, and whose objective is to avoid a psychiatrization / psychologization of daily life and a saturation of the health system.

Key words: *discomfort, social problems, indication of no-treatment, pPsychiatrization/ psychologization of society.*

INTRODUCCIÓN

“El estanque de la normalidad se está reduciendo a un pequeño charco”.

Til Wykes.

Los que nos dedicamos a la asistencia clínica en Salud Mental a nivel público hemos atendido en las últimas décadas a personas con un amplio abanico de problemas sociales y de la vida cotidiana. Existen multitud de ejemplos: divorcios conflictivos, fracasos escolares, niños inquietos que no se adaptan al orden pedagógico estandarizado de las aulas, adolescentes rebeldes con dificultades de manejo en el ámbito familiar, angustias en las etapas vitales (crianza, adolescencia, jubilación, vejez), duelos recientes en los que no se tolera la tristeza y el vacío, mujeres trabajadoras y cuidadoras desbordadas, personas con dolor crónico y otras enfermedades crónicas que no pueden trabajar y se les deniega la incapacidad laboral. De otra índole como problemas económicos serios que precisan de ayudas sociales, desahucios, desempleo, precariedad laboral, conflictos laborales con superiores explotadores que abusan de empleados sumisos y temerosos, ancianos solos sin soporte familiar que les cuiden, petición de informes psiquiátricos que recojan un diagnóstico y les eximan de responsabilidades para con la sociedad, etc. Estas demandas que generan malestar no se corresponden con los trastornos mentales clásicos y, en muchas ocasiones, su respuesta sanitaria es dudosa. El malestar refleja un amplio conjunto de sentimientos desagradables e incómodos (tristeza, angustia, rabia, impotencia, fracaso, soledad,

hostilidad) que aparecen en el contexto de un acontecimiento o situación vital estresante y/o problemas sociales pero que se corresponden con una respuesta emocional adaptativa, legítima y proporcionada, autolimitada y, por tanto, no patológica (1). En realidad, todas esas quejas no son nuevas enfermedades; son viejos dolores cotidianos o problemas de origen colectivo y social que antaño tenían otras maneras de afrontarse. Actualmente tratan de convertirlos en un problema de salud personal, individual en el que se busca una respuesta en el espacio técnico-sanitario, con la creencia equivocada que los psiquiatras y los psicólogos tienen solución para todo. Evidentemente esto no es así ya que el locus no está en el cuerpo o la mente del sujeto sino en el orden sociocultural y politicoeconómico que es el que hay que modificar (2).

Es importante saber que la “normalidad” es una quimera sociológica con una estrecha vinculación a la realidad cultural, histórica, contextual, temporal, y no existe, por tanto, una norma que determine la normalidad. En psiquiatría, la línea divisoria entre “trastorno mental” y “normalidad” es confusa pues se carece de pruebas biológicas y depende enormemente de juicios subjetivos.

Son conceptos intrínsecamente que están carentes de una definición clara y precisa, extremadamente amorfos, heterogéneos y cambiantes por lo que resulta imposible establecer una línea divisoria entre ambos. Y hay que tener en cuenta que, los síntomas aislados o leves, inespecíficos, no definen por sí solos un trastorno mental, sino que éstos tienen que perdurar en el tiempo de una manera sostenida y provocar, además, una aflicción y una incapacidad significativa en el

funcionamiento cotidiano de la persona. En ocasiones, estas emociones se nos pueden ir de las manos y provocarnos una angustia y/o discapacidad considerables. Sin embargo, no debemos olvidar que la homeostasis y el tiempo son remedios curativos naturales y la mayoría de las personas se recuperan y recobran su equilibrio normal.

Por tanto, ¿tendríamos entonces que tratar en un centro de salud mental, de atención especializada, a estas personas con malestar que no padecen ningún trastorno mental? Está claro que no podemos frenar ni hacer caso omiso a estas demandas por los diferentes factores que conforman la sociedad de hoy en día; podríamos pensar que no hay nada que hacer y que hay que atenderlas y tratarlas, bien con psicofármacos, bien con psicoterapia pero, también sería importante determinar los límites de nuestras prestaciones y las consecuencias de nuestra actuación: hasta dónde podemos emplear de una manera congruente los recursos sanitarios, sociales y comunitarios de que disponemos sin que se vean perjudicados los verdaderos enfermos mentales, que ya de por sí sufren una carestía de atención de calidad y de recursos sociales. Es momento de intentar entender qué está pasando, cuestionarnos nuestra actitud, hacernos preguntas y buscar respuestas, reflexionar cuál es nuestro espacio y nuestras funciones para contribuir en dar a la sociedad una respuesta sanitaria adecuada.

Y, por consiguiente, la pregunta entonces que nos deberíamos hacer: ¿cuál sería la intervención más adecuada para abordar el malestar que nos evite la psiquiatrización/psicologización de la vida cotidiana? A partir de los estudios realizados previamente,

nuestra propuesta ha sido la **indicación de no-tratamiento**, que pasaremos a describir más detalladamente en la última parte de este artículo.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

“La medicina no tiene derecho a inmiscuirse en la vida de aquéllos que no lo necesitan” .

P. Skrabanek.

En la sociedad de las últimas décadas, han intervenido un conjunto de factores constitutivos (socioeconómicos, políticos, culturales, asistenciales) que han propiciado este cambio de registro en el campo de la salud y la enfermedad. Es imposible poder abordar todos detenidamente en este artículo, intentaré realizar una aproximación que permita una visualización global del momento actual para resituarnos en el contexto en el que se halla inmerso el individuo posmoderno.

En 1926, el Presidente de la Asociación Médica Americana, W. Phillips, declaró “que los médicos debían darle un nuevo significado a la palabra paciente, ya que actualmente los enfermos, como las personas sanas, deberían estar incluidos en las listas de sus médicos.” Y esta idea se incluyó en los estatutos de la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) en 1946 en los que la salud se define como un “estado de bienestar físico, psíquico y social”, una definición demasiado simplista y vaga que abrió así la versión más completa del pen-

samiento salubrista, el cual promete en una primera fase la eliminación del sufrimiento (tanto físico como moral) y el retraso de la muerte, y en una segunda fase, reclama el derecho a la felicidad. La salud tiene que ser algo más que la ausencia de enfermedad. La salud se equipara a felicidad y la felicidad es salud.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Alma Ata (1978), reafirmando la definición de la OMS, y con el eslogan de “Salud para todos en el año 2000”, 134 países aceptaron por unanimidad que la salud debía ser concebida como bienestar, un “derecho fundamental del ser humano” que solo es posible alcanzarlo si los gobiernos, que tienen la obligación de cuidar de los pueblos, toman las medidas sanitarias y sociales adecuadas (3). La salud se convierte así en EL valor social predominante y, por tanto, se entiende que la protección del mismo es una acción prioritaria. Se convierte en la meta a alcanzar y mantener por todos, en un producto de consumo más y, por tanto, sometida a criterios sociales y modas, a fuerzas políticas y económicas, incluso a leyes de mercado. Y todo ello pone el énfasis en el cuerpo como agente hedonista y en las tecnologías corporales como promesas de reversibilidad corporal, rejuvenecimiento y de felicidad. Se genera así un culto narcisista a la juventud, a la salud y a la belleza con miedo al envejecimiento y la muerte, siendo el individuo el único responsable de mantener y de cuidar su salud. Y, a su vez, conduce a una progresiva medicalización de la vida desde el afán desmesurado por la prevención que ahora abarca muchos más problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas (fenóme-

nos normales que forman parte de la vida humana, como el embarazo, la menopausia o el envejecimiento; factores de riesgo) o ciertas actividades que antes se consideraban inmorales, indeseables o criminales.

Zola (1972) definió la medicalización como el “proceso de la vida diaria que se ha convertido más y más bajo el dominio, influencia y supervisión médica” y supone un cambio de rol de la medicina en la sociedad moderna, pues la medicina se acaba convirtiendo en una institución de control social. Sobre este tejido social, en los años 90, Lynn Palmer acuña el término de *disease mongering* (venta, invención, fabricación de enfermedades) describiendo cómo funciona la invención de enfermedades mediante la dilución de los límites de la normalidad que las transforman en enfermedades susceptibles de ser tratadas y, consecuentemente, se etiquetan enfermos siendo sanos con un mayor gasto económico y una mayor saturación asistencial (4-7).

¿Y la salud mental? Como ya he mencionado, la salud en general es sinónimo de felicidad, y más si cabe, la salud mental en particular. El derecho a la salud es el derecho a la felicidad. La felicidad se ha convertido en un elemento fundamental en nuestras vidas, y se considera un conjunto de estados psicológicos que pueden gestionarse mediante la voluntad del individuo (al igual que la salud), cuyo único objetivo es que la vida sea digna de ser vivida con el mínimo sufrimiento (o ninguno, a ser posible) (8). Pero el problema no está en la búsqueda de la felicidad, sino que radica en los caminos por los que transita para conseguirla. Por tanto, si el individuo no consigue alcanzar

este estado de felicidad permanente, recurre a los “especialistas” que le van a aportar los psicofármacos y/o las técnicas psicológicas necesarias para desarrollar su potencial (9). Todo ello favorecido por la expansión y popularización que, en las últimas décadas, han tenido los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos que han llegado más a la población general, gracias a las políticas externalizadas de atención a la salud mental que han contribuido al aumento de recursos asistenciales ambulatorios que se produjo con la desinstitucionalización psiquiátrica. A ello también han contribuido los profesionales de la salud mental que, a través de los medios de comunicación, influenciados por la industria farmacéutica con pingües beneficios económicos y/o con intereses propios hacia sus negocios privados, promocionan la importancia de estas disciplinas trasladando una imagen de “expertos” que pueden opinar acerca de casi todo. Los profesionales ofertan solución casi para todo exagerando los efectos positivos (sin evidencia científica), y al mismo tiempo inoculando en la conciencia de las masas un aumento mayor de enfermedades mentales, generando una hipocondría emocional que conlleva una preocupación constante por cómo conseguir la felicidad. Estos “expertos” a su vez, a través de lobbies, asesoran a nuestros políticos para dirigir las políticas de salud mental que deberían mejorar la atención a nuestros enfermos mentales pero que, paradójicamente, están muy lejos de la realidad clínica y asistencial.

Siguiendo el hilo conductor del contexto actual, otra de las causas que lleva al individuo de hoy en día a la búsqueda de la felicidad, es la sociedad posmodernista que nos

envuelve; como decía Bauman (10), “vivir sin vínculos es la receta que da el individualismo”, con la importancia del presente y del “vivir para uno mismo”, la libertad y elección múltiple supone una pérdida de las referencias y el declive de los valores sociales, de las tradiciones y las costumbres, de las creencias religiosas, de la escasez de lazos y compromisos sociales y familiares con vínculos emocionales laxos e inestables, una crisis de los espacios de seguridad que antaño suponía la familia, el barrio, la iglesia, el trabajo, los amigos, . . . espacios que nos servían de refugio, apoyo, protección, contención y que se han visto sustituidos por el autismo tecnológico que nos lleva cada vez más a estar solos y a interrelacionarnos por otras vías como las redes sociales. Los colectivos humanos se juntan hoy por tiempos cortos, con finalidad de gratificación tan instantánea y en un marco de competición por el consumo que solo logran articular vínculos inestables incapaces de crear cultura popular. Hay una falta de fines y formas de resistencia colectiva de lucha ante las desigualdades sociales y la explotación, no hay cabida para la solidaridad y el altruismo (no estamos dispuestos a sacrificarnos por los demás).

El individuo posmodernista es renuente a los conflictos y a la espera, exigente de la inmediatez y la rapidez del bienestar, con escasa tolerancia a la frustración, al esfuerzo y al displacer, con la necesidad de sostener una euforia perpetua proclamando como derecho básico el tenerlo todo sin renunciar a nada. Se ha reducido la capacidad de experimentar alegrías y placeres sencillos de la vida, se necesitan cada vez estímulos más enérgicos para proporcionar a la gente de una sociedad anestesiada alguna

sensación de estar viva. Y para ello tenemos el consumo en el que, constantemente, hay nuevas demandas para el consumidor, con la creación de “continuas y nuevas necesidades” que generan una insatisfacción crónica y midiendo su éxito personal mediante los ingresos y las posesiones materiales. A nivel laboral, las condiciones laborales son precarias y extremas y nos llevan al nomadeo, a la explotación buscando el máximo rendimiento. Se ha perdido el trabajo como vocación, con nuevos medios tecnológicos avanzados que producen una sobreexplotación predominando la competitividad, el emprendimiento, la necesidad de éxito y reconocimiento. Y, finalmente, las personas se acaban autocondemnando y acaban individualizando los conflictos laborales, reduciendo las posibilidades de lucha colectiva contra las injusticias laborales y aliándose con el psiquiatra/psicólogo mediante bajas laborales e informes (11-15).

En este contexto social, la psiquiatría actual, dentro del modelo kraepeliano dominante de la medicina, se basa en un reduccionismo organicista, que asume la analogía de las enfermedades físicas y tiende a traducir los sentimientos, emociones y comportamientos de las personas en alteraciones de la neurotransmisión que pueden ser modificadas por psicofármacos. Para ello utiliza las clasificaciones diagnósticas realizadas por profesionales escogidos bajo la creencia en la “existencia” de trastornos mentales concretos y diferenciados. Dichos trastornos son definidos siguiendo unos criterios de carácter operativo y pragmático, descriptivos, estáticos y unidimensionales, cuya fun-

ción valiosa sería mejorar la fiabilidad del diagnóstico y conseguir un mayor consenso entre los profesionales, lo cual no siempre ha sido así. Son definiciones marcadamente ateóricas (dificultad de integrar las distintas tendencias teóricas cuando se parte de hipótesis etiológicas específicas) con una base de evidencia muy débil y descriptiva (no introduce hipótesis causales ni tratamientos, se limitan a presentar un conjunto de síntomas asociados a un trastorno). Estas clasificaciones desplazan lo subjetivo, se centran en lo medible y cuantificable y desechan la ética, la cultura, los significados y todo lo humano; abandonan el interés por el papel de los factores culturales y sociales de la enfermedad psíquica (16). El énfasis recae aquí sobre las enfermedades y no sobre los enfermos y su contexto, se reafirma el modelo de “padecer” y se diluye la vinculación de la enfermedad con el “ser” del enfermo (17).

Curiosamente, estas clasificaciones diagnósticas en un momento biográfico determinado, se han visto influenciadas por cambios políticos y económicos, en concreto por la irrupción del neoliberalismo cuyo énfasis se situó en la libertad individual, la autonomía, la elección, la responsabilidad, para justificar políticas económicas de libre mercado como la privatización, la desregulación, los impuestos bajos, los mercados laborales flexibles y el libre comercio. Y el neoliberalismo, además, asume fuertes conjeturas sobre el comportamiento humano que necesita que las personas presenten unos rasgos (ambición, motivación, resiliencia, carácter) para así cooperar mejor con el sistema. Y, consecuentemente, habrá un mayor aumento de la desigualdad, fragmentación de las

comunidades y mayores niveles de problemas emocionales y de comportamiento que serán catalogados en última instancia dentro de estas clasificaciones. Y ello ha justificado que, desde la primera edición del DSM-I en 1952 a la del año 2000 (DSM-IV-R) las categorías diagnósticas han crecido un 200% (pasando de poco más de 100 a casi 400 trastornos mentales), dándose el mayor aumento a partir de las ediciones de 1980. El DSM-5 no ha logrado reprimirse a esta inflación diagnóstica, lo cual abre todavía más la puerta a una mayor laxitud en los criterios diagnósticos ampliando los márgenes espaciales y temporales para incorporar, en la definición de lo patológico, situaciones habituales de adversidad humana (duelos, catástrofes, conflictos familiares), nuevas enfermedades (fobia social, hiperactividad) y nuevas “necesidades de salud” (bienestar emocional), campos pseudoespecializados que no son propios de la salud mental (mobbing laboral), con diagnósticos más genéricos y tratamientos más inespecíficos. Este sobrediagnóstico puede preparar el escenario para un uso incorrecto y excesivo de los psicofármacos con un aumento de los costes y crear la impresión de que proporcionan respuestas científicas a cuestiones sociales y morales complejas que para la sociedad podrían ser difíciles de abordar. Estos temas pueden retirarse del debate público y así sus componentes sociales, políticos, éticos y morales pueden permanecer ocultos.

Y no olvidemos el papel de la industria farmacéutica que ha querido explotar el mercado formando gente sana preocupada y/o infeliz que pueden mejorar tomando pastillas y así asegurarse un buen número

de clientes. Sus descubrimientos han sido escasos en los últimos 20 años (efecto “me too”) y fundamentalmente cosméticos. Todo ello se debe principalmente a un desarrollo del marketing con campañas publicitarias dirigidas a la población general y a los médicos en particular, de los que se encarga de su formación y que participan en sus investigaciones con resultados sesgados que se promocionan en revistas especializadas por líderes de opinión. A su vez, han contribuido a esa inflación diagnóstica ayudada por los medios de comunicación que se hacen eco de supuestos descubrimientos revolucionarios, soluciones mágicas y terribles plagas de dudosa base científica (ej. la “depresión postvacacional”). Hoy en día los distintos psicofármacos que existen en el mercado tienen múltiples indicaciones, utilizándose de forma inespecífica en un gran abanico de trastornos. No es que los psicofármacos no “funcionen”, es que no tiene poder curativo alguno, sólo alivian.

Como dice G. Rendueles (12), “a la consulta psiquiátrica llegan, hoy en día, multitud de pacientes que la utilizan a modo de muro de las lamentaciones en donde descargan malestares cotidianos imposibles de solucionar desde los espacios psi”.

RECONSIDERACIÓN DEL ABORDAJE DE LAS PERSONAS CON MALESTAR

“Es más fácil no hacer daño cuando se hace poco, que cuando se hace mucho”.

Juan Gervás.

Es urgente una reflexión profesional colectiva sobre hacia dónde nos conduce el camino realizado hasta el momento. Son varias las preguntas que deberíamos hacernos: ¿qué podemos hacer los profesionales de la salud mental ante semejante panorama asistencial?, ¿tenemos verdaderamente respuestas técnicas para dichos malestares?, ¿estamos recurriendo a intervenciones inadecuadas, improcedentes o excesivas ante este tipo de demandas? ¿son nuestras intervenciones neutrales e inocuas?, ¿podemos cambiar/mejorar el abordaje que hasta ahora se ha venido haciendo?, ¿es necesario que lleguemos a unos acuerdos mínimos entre los profesionales en torno a un abordaje menos iatrogénico?, ¿es adecuado que “exijamos” a los médicos de Atención Primaria que frenen la demanda, que asuman ellos este tipo de quejas, cuando ni siquiera entre los profesionales de la salud mental tenemos un abordaje consensuado?

Hasta hoy, la postura adoptada en la mayoría de los casos por psiquiatras y psicólogos, ha sido la más cómoda, que es sancionar este malestar como patología, poner una etiqueta diagnóstica (la más socorrida, “trastorno adaptativo” o “trastorno de ansiedad”) y expender un psicofármaco (mínimo un ansiolítico, y a veces, incluso ansiolítico asociado a un antidepresivo con/sin hipnótico) y/o realizar un “apoyo/acompañamiento” psicológico. Tras esta actuación, algunos de ellos se muestran luego, compartiéndolo con sus compañeros, indignados o sorprendidos por la derivación del médico de cabecera, la queja de estas personas y las expectativas tan altas que depositan ante nosotros para que les ayudemos a resolver sus problemas. No

vale quejarse cuando la intervención realizada es contraria a tu pensar. Y quisiera recalcar que esta actuación no está exenta de unas consecuencias a diferentes niveles (18):

1. A nivel farmacológico, estamos fomentando un uso cosmético de los psicofármacos: No olvidemos que no hay estudios hasta hoy en día que avalen la eficacia de los psicofármacos, y en concreto de los antidepresivos, en las personas con malestar. Ni siquiera en estudios sobre trastornos depresivos leves y/o subumbrales ha habido resultados concluyentes si se benefician claramente de los psicofármacos. La psiquiatrización del malestar ha supuesto en las últimas décadas, un aumento extraordinario en la prescripción de antidepresivos en España (se han recogido tasas entre 150-200%), sobretodo ISRS, que se han convertido en el tercer producto farmacéutico líder en ventas, lo cual no está justificado porque haya habido un aumento lineal de la tasa de depresión, sino más bien con un uso cosmético inapropiado en consonancia con lo mencionado anteriormente: nuevas enfermedades mentales, límites borrosos de los criterios diagnósticos, indicaciones poco precisas donde no hay estudios científicos que avalen su eficacia. Es imprescindible considerar en cada caso si se beneficiarían más de otras intervenciones no sanitarias alternativas de corte social, ser cautos en la prescripción y considerar el impacto de los efectos adversos de los psicofármacos a medio/largo plazo, además de los costes económicos que generan para un sistema de salud público.

2. A nivel de terapia psicológica: Las terapias psicológicas más reconocidas por su eficacia son las que se han adaptado al modelo médico. Cabe pensar que, si las psicoterapias son tan potentes como para inducir cambios positivos en la evolución clínica de los pacientes, igualmente podrían tener la capacidad de perjudicar. A nivel global, el efecto negativo más llamativo que está ocasionando es el fenómeno de la “psicologización de la vida cotidiana”. Entendiendo por ello la inadecuada atribución y/o sobreinterpretación psicológica en la explicación de los hechos humanos cotidianos individuales o sociales, y/o la proliferación de intervenciones técnicas psicológicas en la orientación y corrección de los quehaceres cotidianos (20). La psicoterapia proporciona así un sistema de “tutelaje”, aparentemente sin daños colaterales ni contraindicaciones, bajo dos asunciones: hay una forma idónea de vivir la vida basada en conocimientos científicos y hay un profesional experto que puede asesorar y dar respuesta al usuario sobre sus dilemas cotidianos. Es por ello que se ha producido una expansión de las disciplinas *psi* en las que hoy en día hay psicólogos dispuestos a asesorarnos ante cualquier situación o decisión de la vida cotidiana haciendo de guía emocional, de gerentes de lo íntimo. De esta manera, no hay límites en las posibles demandas de ayuda y de respuesta. En el caso de las demandas por malestar, cuando un paciente sufre situaciones sociales adversas, la psicoterapia puede convertirse en una aproximación ingenua e ineficaz porque no va a mejorar a esa persona (ya que no mejora las situaciones sociales adversas que le están generando ese malestar). Se desposee al usuario del control de su vida, le desresponsabiliza de sus conductas y emociones que pasan a ser gestionadas por los expertos y tiende a reducir la capacidad del individuo para afrontar sus problemas; consecuentemente, colocamos al individuo como un espectador pasivo y enfermo ante los avatares de la vida y los problemas sociales, se perpetúa el rol de enfermo produciendo ganancias secundarias y se respalda el debilitamiento de las redes sociales y la búsqueda de los caminos tradicionales de la curación natural: apoyo de la familia y amigos, de la comunidad, hacer cambios vitales necesarios, descargarse de tensiones excesivas, practicar aficiones e intereses, hacer ejercicio físico, descansar, distraerse, cambiar el ritmo,
3. Saturación de la oferta asistencial en los centros de salud mental con el aumento de consumo de recursos y de costes, y el peligro consecuente de disminuir las prestaciones al resto de pacientes con enfermedades mentales y realizar una mala distribución de los recursos, y por tanto, menor y peor atención a estos “verdaderos” enfermos mentales (ley de cuidados inversos de Tudor Hartt).
4. Proceso de individualización sobre problemas colectivos (laborales, económicos, sociales). Se puede justificar muchas intervenciones psicoterapéuticas desde la prevención para evitar que se desarrolle

una patología mental en el futuro, lo cual sea dicho de paso no cuenta con evidencia científica (ej., debriefing en situaciones traumáticas como las catástrofes, terapia en duelos normales, tratamientos de relajación en pacientes propensos a la ansiedad...), pero no olvidemos que estos tratamientos pueden generar iatrogenia en personas sanas con el buen propósito de protegerlas y que, una visión individualizada de la prevención no debe obviar una perspectiva social o colectiva que suponga cambios sociales, económicos y políticos favorables para el conjunto de la población y que no nos corresponde a los profesionales de la salud mental hacernos cargo de ellos, sino a instancias superiores que se deberían resolver en otras escalas: juzgados, sindicatos, políticas sociales y ambientales... Es más fácil cambiar los propios deseos individuales que el orden del mundo. Supone propugnar un adaptacionismo personal frente a las situaciones sociales injustas y contribuye a bloquear cualquier posibilidad de un planteamiento colectivo para luchar contra ellas.

No podemos creer ingenuamente que nuestras intervenciones, por mínimas que sean y siempre guiadas por nuestra buena voluntad y el deseo de ayudar (a veces también por interés particular), van a ser inocuas. Nuestra capacidad terapéutica como profesionales de salud mental resulta bastante limitada y, antes de intervenir, debemos reconsiderar con actitud crítica los beneficios que podemos proporcionar y los daños que podemos infligir. Y, para ello, tenemos que evitar

someternos a tener una solución para todo e inmediata y trabajar nuestra tolerancia (y la del paciente) a la incertidumbre. Esto significa reconsiderar la fórmula de “esperar y ver” antes de prescribir y reivindicar la indicación de no-tratamiento que evite efectos negativos de intervenciones innecesarias o excesivas.

Hay que devolver los problemas personales a las personas y los problemas sociales a la sociedad.

ESTUDIOS ACTUALES SOBRE EL MALESTAR

Llama la atención que, a pesar este aumento de la demanda por malestar, apenas hay estudios empíricos asistenciales que evalúen, cuantifiquen y describan este fenómeno. En la década de los 90, se realizaron escasos estudios al respecto, en países con un sistema sanitario diferente al nuestro, retrospectivos, y solo valoraban la prevalencia así como concluían que estas demandas suponían una carga asistencial.

El primer estudio realizado en España (y a nivel internacional) que analiza este fenómeno fue en el año 2000 en Madrid siendo la autora firmante una de las colaboradoras del mismo (21); se trata del primer estudio observacional descriptivo-prospectivo de aquellos pacientes evaluados en una primera entrevista clínica en el CSM del distrito de Salamanca durante un año y que no cumplían criterios clínicos de trastorno mental. Según las clasificaciones nosográficas DSM-IV y CIE-10, dichas

demandas se definen con el término **código Z**, en un capítulo aparte a los trastornos mentales. En versiones anteriores de estas clasificaciones (DSM-III-R y CIE-9) se denominaban **códigos V** (5), término que ha recuperado a su vez el DSM-5.

Destacar que no sólo evaluaba la prevalencia, variables sociodemográficas y clínicas de este grupo de personas y la relación estadísticamente significativa entre ellas; sino que se estudiaba (y esto es lo novedoso) la evolución clínica a los nueve meses para conocer qué proporción de ellos desarrollaba una enfermedad mental (y si eso justificaría o no una actuación preventiva individual) así como el consumo de recursos que realizan. Los resultados recogidos fueron bastantes, pero aquí señalaremos algunos de los más relevantes. De un total de 1004 pacientes nuevos atendidos por primera vez en esos doce meses, casi el 25% no tenían un trastorno mental (244 pacientes). Casi 70 % eran mujeres, con edad media de 43 años, lo cual confirmaba el sesgo de género que en otras fuentes se ha mencionado: la medicalización del cuerpo femenino, pues muchos eventos o situaciones cotidianas de las mujeres son interpretados como susceptibles de ser tratados, sin tener en consideración el influjo de los factores sociales y culturales; las mujeres consultan más y son las principales receptoras de prescripciones psicofarmacológicas (19).

En el 50% de los casos la demanda es a petición propia (teniendo en cuenta que existe un filtro en Atención Primaria). La mitad de ellos venían con tratamiento farmacológico pautado desde Atención Primaria, e incluía antidepresivos en una cuarta parte (por

lo que, en el mismo acto asistencial de derivación, se pauta el tratamiento sin esperar respuesta terapéutica). Los códigos Z más frecuentes fueron los problemas de pareja y laborales. Y los resultados más relevantes de este estudio confirman la hipótesis inicial de la que se partía: que la mayoría de estos casos sin patología mental, no desarrollaban un trastorno mental a medio plazo, en concreto, el 85% de los códigos Z evolucionaron favorablemente; sólo un 2% (5 pacientes en concreto) desarrollaron un trastorno mental a medio plazo (siendo 3 trastornos adaptativos). Al 52% se les dio el alta en la primera cita y el 60% habían sido dados de alta a los 6-12 meses; la media de citas concertadas a los doce meses fueron tres citas, lo cual supone un consumo de recursos no justificados en personas que no padecen ninguna patología mental. Se observó una clara diferencia en la actuación de los profesionales: los psiquiatras dieron altas más tempranas y mantuvieron en seguimiento hasta los 6 meses (2-3 citas); los psicólogos dieron menos altas a corto plazo y mantuvieron en seguimiento en mayor proporción (4 citas en 12 meses) con porcentaje mayor de abandonos, entendiéndose con ello, que esas personas cuando se encontraban mejor, no consideraban necesario continuar el seguimiento.

Dicho estudio se replicó en el año 2018-2019 en el CSM de Santurtzi (Bizkaia) donde actualmente trabaja la autora firmante y los resultados aún no están publicados. A destacar como adelanto, del total de 717 pacientes atendidos por primera vez en una entrevista de evaluación, 99 pacientes

(14%) fueron diagnosticados de códigos Z, es decir, no presentaban un trastorno mental. Esta prevalencia es menor a la del estudio previo, y entre las hipótesis que se barajan posiblemente se podría pensar que se debe a la población que se analizaba (menor nivel socioeconómico, mayor tasa de paro, mayor problemática social,...características asociadas a una peor salud mental) y a los profesionales que participaron en el estudio (quizás menos concienciados con dicha demanda). Al igual que en el anterior, se repetía el sesgo de género: 62 pacientes (2/3) eran mujeres y 37 pacientes (1/3) eran hombres. Otros resultados se repiten como el previo: casi la mitad de ellos ya tenían pautado tratamiento psicofarmacológico desde Atención Primaria (benzodiacepinas +/- antidepresivos) y casi la mitad fueron por problemas familiares, seguidos por problemas laborales y problemas en el estilo de vida. Más de la mitad fueron dados de alta tras la primera entrevista. Y en el estudio prospectivo a los doce meses, se vuelve a confirmar la hipótesis inicial: solo seis pacientes desarrollaron trastorno mental siendo los diagnósticos en estos casos de trastorno adaptativos y trastornos de personalidad. A los doce meses, 73% de los casos habían sido dados de alta; casi un 20% habían abandonado el seguimiento a los doce meses. Los psiquiatras diagnosticaron mayor número de códigos Z (71 frente a los 28 de los psicólogos) y tenían un mayor porcentaje de altas a los doce meses, y los abandonos se correspondían más con los psicólogos.

Sería relevante que este estudio se pudiera realizar de manera multicéntrica en diferen-

tes centros de salud mental a nivel nacional con el objetivo de comparar si existen diferencias en los resultados y valorar cuáles serían los factores que pudieran estar en relación a ello para un análisis más profundo de este fenómeno y cuantificar el consumo de recursos que hacen.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN SOBRE EL MALESTAR: LA INDICACIÓN DE NO-TRATAMIENTO

“A veces lo más eficaz para proteger la seguridad de mis pacientes ha sido no hacer nada en absoluto”.

Sydenham.

Indudablemente, y muy a nuestro pesar, la demanda existe y no podemos ignorarla, y ante esta evidencia, lo más sensato sería pensar cuál es el manejo más correcto para estos casos con las mínimas consecuencias negativas tanto para el usuario como para los profesionales de la salud mental. A partir de los resultados del estudio de Madrid de los códigos Z en los que se comprobó que la mayoría de las personas que acudían por malestar no desarrollaban trastorno mental y la experiencia subjetiva (tanto por los profesionales como por los usuarios) en cuanto a la indicación de no-tratamiento fue positiva, se plantea que dicha intervención podría ser el abordaje “idóneo” para las demandas por malestar. Se decidió denominarla indicación de no-tratamiento. Se refiere a aquella intervención clínica por

la que acordamos con el paciente no realizar ninguna intervención terapéutica y parte del planteamiento potenciador basado en la filosofía esencial propuesta por Mies van der Rohe (“Menos es más”).

La indicación de no-tratamiento es la intervención paradigmática de la prevención cuaternaria en salud mental que se trata del conjunto de acciones que pretenden evitar la actividad sanitaria innecesaria y paliar y revertir el daño que conlleva la actividad sanitaria necesaria. Y esta actuación se basa en el principio de no-maleficencia (*primum non nocere*) que es el primero y más fundamental del profesional sanitario. La indicación de no-tratamiento no es algo resuelto, ni definitivamente consensuado; quizás el término puede generar confusión, no equivale a no intervención o no atención, sino a una intervención dirigida a reasignar el malestar y la demanda de la persona. Supone trabajar para llegar a ser innecesarios, buscar la máxima calidad con la mínima cantidad, ofrecer intervenciones no invasivas y no negar la realidad social (2, 22, 23). Curiosamente es una paradoja: intervenimos para no intervenir en personas no enfermas y, además, indicar no-tratamiento ya tiene algo de psicoterapéutico. De esta manera, reivindicamos el “esperar y ver”, mantener una actitud expectante, mantener la calma, no tener prisa, ser flexibles, con actitud positiva.

Debería ser una intervención frecuente en el día a día de los profesionales de salud mental, y también en Atención Primaria, que depende del encuentro intersubjetivo profesional-usuario y que está sujeta a múltiples variables

de índole clínica, asistencial, personal del terapeuta y del usuario. Es llamativo que una intervención tan frecuente, con tanta relevancia clínica y que técnicamente precisa de un manejo y un entrenamiento de habilidades psicoterapéuticas haya sido tan poco estudiada, poco entrenada y dignificada. Sería fundamentalmente una labor de contención, que no significa ignorar el sufrimiento, ni trivializarlo; ni tampoco magnificarlo ni darle el estatuto de enfermedad para el que corresponde un psicofármaco. Y eso podría realizarse en una única entrevista de evaluación, a lo sumo 2-3, que, al mismo tiempo, suponga un encuentro psicoterapéutico en el que, más allá de la comunicación de una etiqueta diagnóstica, se debería establecer una alianza terapéutica mínima de confianza, aceptación y colaboración entre terapeuta y usuario, abandonando la actitud habitual paternalista y estableciendo una relación más horizontal que le permite al profesional ver a esa persona como alguien que necesita ayuda y no como un usuario equivocado, lo que permitirá a su vez sentirse comprendido en su sufrimiento y no expulsado del sistema sanitario y favoreciendo a su vez su autonomía y la capacidad en la toma de decisiones para resolver conflictos (24-26).

Desgranando más esta intervención, podríamos dividirla en tres etapas dentro de esa entrevista de evaluación. Estaría indicado, en la medida de lo posible, seguir el orden de estas etapas, pues si saltamos alguna de ellas o intentamos adelantarnos, eso puede generar obstáculos que entorpezcan nuestra actuación.

PRIMERA FASE: ESCUCHA EMPÁTICA Y EXPLORACIÓN POSITIVA.

En esta primera parte (que se correspondería con una buena parte, en cuanto a tiempo, de esa primera entrevista), el usuario debería tener la oportunidad de hablar de su sufrimiento personal favorecido por un clima de entendimiento y cooperación que permita la construcción de una mínima alianza terapéutica (27).

Ya, a mitad del siglo XX, Gregorio Marañón advertía del peligro de usar herramientas técnicas sin escuchar con atención al enfermo ni interesarse por él. Cuando el médico se sienta y escucha, le está comunicando una actitud humanista a la persona. Y esta capacidad se está perdiendo cada vez más en la medicina actual. Escuchar con atención es una verdadera herramienta de trabajo y una habilidad que el médico tiene que aprender para conocer y entender al sujeto como persona. Y escuchar no es oír.

La escucha es un proceso intuitivo en el que no solo es importante el relato verbal del sujeto. Es necesario también tener en cuenta otros aspectos como los “no verbales” (es más importante cómo se dice algo, que lo que se dice), lo “no explícito” (los sobrentendidos, los contenidos implícitos, las omisiones y las evitaciones, los discursos recurrentes,...), la respuesta experimentada por el entrevistador (sentimientos, pensamientos y conductas que nos despierta el paciente). Y no debemos olvidar los juicios hacia la persona que nos puedan situar a favor o en contra de ésta (incluso antes de que le evaluemos, en la información del volante de derivación que a veces ya nos condiciona) y es necesario

tenerlos en cuenta para poder suspenderlos, dejarlos en el aire y que no entorpezcan la entrevista.

Escuchar a una persona implica esforzarse en mantener una actitud general de ESTAR que es de importancia capital con una postura acogedora, cercana, tranquila y receptiva hacia la otra persona, mirándola y atendiéndola, sin deseo de herir, sin crítica ni enjuiciamiento moral y con un compromiso genuino de ayudar; hay que mostrar disponibilidad, dejar que hable, respetar sus silencios, su expresión emocional,... Y estamos perdiendo el gusto por sentarnos y escuchar narrativas de vida (y mirar a la persona), lo cual nos hace perder mucha información por el camino y transmitiendo la percepción en el otro de que no está siendo plenamente escuchado.

La técnica más empleada en las primeras entrevistas es la exploración positiva. Y dicha exploración no puede reducirse a una exploración psicopatológica, a veces incluso a modo de interrogatorio; debe abarcar además otros campos: problema/s, ámbito de manifestación, factores limitantes y facilitadores, biografía. Es importante que el terapeuta no adopte un papel de pasividad, al contrario, debe mantener un rol de curiosidad activa, colocando al sujeto en una postura de “experto en sí mismo” desde la idea de constructivismo.

La exploración en sí misma es también intervención: hay que indagar en la experiencia del individuo con el fin de aumentar la comprensión que él pueda tener sobre sí mismo. A través de las preguntas no solo obtenemos información, sino

que las aprovechamos también como instrumento para construir esa versión inicial del problema. Hay que realizar preguntas abiertas de una manera fluida y espontánea, evitando los guiones clásicos de una entrevista clínica por apartados, evitar las preguntas cerradas o los porqués, las preguntas críticas/acusadoras/cuestionadoras, hacer preguntas aclaratorias no quedándonos con mensajes generales (“estoy triste”, “tengo ansiedad”) y recoger emociones, sentimientos, ponerles nombre construyendo un discurso más emocional y rescatando así los comentarios atribucionales en los que se busca el significado personal a esos sentimientos/emociones que la persona hace. Y no sólo eso, el preguntar también conlleva metacomunicaciones, también pueden contener connotaciones exculpatorias o acusadoras, ayuda a entender y clarificar la demanda (¿cómo, cuándo, con quién, por qué ahora?), detectar necesidades y/o expectativas, ayuda al cuestionamiento de la relación causa-efecto, analizar las estrategias que han fracasado (para no repetir las), permite la búsqueda de detalles inadvertidos o acontecimientos extraordinarios y el establecimiento de nuevas perspectivas (28).

Hay que señalar que el terapeuta no debería solo explorar aspectos negativos sino que debería ayudar a la persona a rescatar los puntos fuertes, fortalezas y los recursos personales en aquellos otros momentos vitales anteriores en su biografía en los que hayan sido capaces de hacer frente a otros acontecimientos adversos de manera más resolutiva para poder ayudar a la persona a verse a sí misma en términos

de cambio y señalárselos y reforzarlos. Es decir, INDAGACIÓN APRECIATIVA: Sus fortalezas están ahí y se convertirán en el principal motor de cambio junto con los recursos del entorno y el apoyo de las redes sociales. Se trata, pues, de POTENCIAR.

SEGUNDA FASE: CONSTRUCCIÓN CONJUNTA DE LA VERSIÓN INICIAL.

Nuestro esfuerzo por ayudar a la persona para que cambie se basa en la comprensión de aquello que va mal. Al construir la versión inicial del problema, es importante una EXPLICACIÓN con un diálogo sencillo, razonado y franco, incluyendo mensajes de reconocimiento, refuerzo, reflejo, sostén y atención, y ello nos va a permitir que el individuo se sienta identificado, comprendido y contextualizado. Dicha explicación debe ser una intervención empática; resaltar que el problema existe y la legitimidad e importancia correspondiente desde el punto de vista subjetivo. Y también hay que hacer una personalización del problema mediante su contextualización insistiendo en la validación del sufrimiento como algo real pero también como algo no patológico (29,30).

Hacer uso de la EMPATÍA como agente terapéutico para ver el mundo a través de sus ojos y comprender y valorar su perspectiva y por tanto, dar así una respuesta adecuada.

El terapeuta debe colocarse implícitamente como LEGITIMADOR de las experiencias, sentimientos, emociones y conductas del individuo, poniéndoles nombre y validándolos, ofreciendo una imagen del terapeuta como alguien capaz de percibir la comple-

alidad y de evaluarla en términos comprensivos y benévolos. Curiosamente, lo que uno observa en la inmensa mayoría de estas personas no es que tengan unos deseos o sentimientos graves. Por el contrario, lo más habitual suelen ser emociones muy comunes pero que están codificadas como negativas, vergonzosas, prohibidas o peligrosas (rabia, culpa, rencor, odio, celos,...). El objetivo principal es desprenderle de esos significados negativos y aceptar sus sentimientos como naturales, legítimos y no patológicos a las circunstancias que lo han provocado.

También es importante en esta fase describir la fuente del malestar como transicional o temporal, como una “etapa” en la que surge el mayor malestar con una predicción hacia la remisión espontánea en la que se trata de proporcionar dirección y estímulo para hacer el cambio posible para ello.

TERCERA FASE: RESIGNIFICACIÓN DE LA VERSIÓN INICIAL Y DESPEDIDA.

La estrategia terapéutica que resulta nuclear y específica en la indicación de no-tratamiento es la resignificación de la demanda. Va a ser una parte de la entrevista un poco más tensa porque el terapeuta tiene que cuestionar y desmontar esa versión inicial para co-construir con el sujeto la nueva versión en la que tanto el problema como su solución están fuera del ámbito sanitario. Esto supone que el individuo logre un cambio de perspectiva en torno a la narrativa que trae con el objetivo de que no se vea a sí mismo como “un enfermo” necesitado de

tratamiento, si no como alguien sano que está en una situación problemática que le produce un sufrimiento pero que es legítimo y adaptativo y, por tanto, no requiere tratamiento. El terapeuta se halla ante una historia que reinterpretar, co-construir un relato alternativo que pueda ser reconocido como propio, y buscar nuevas posibilidades de cambio para una conducta más adaptada movilizándolo recursos personales y sociales e, incluso, a una actitud contemplativa en aquellos casos que no precisan de una intervención inmediata o dependa de cambios en el entorno (29).

Con la resignificación de la narrativa que trae la persona a la consulta, vamos a poder finalmente cerrar la entrevista tranquilizándole al transmitirle que no padece una enfermedad y la percepción de sí mismo como agente de su propio cambio, reforzando sus habilidades y recursos personales desde la trayectoria vital, darle una respuesta realista a sus expectativas y explicarle el motivo por qué no se le indica tratamiento, comunicándole el alta, la utilidad de ese encuentro, e informarle de los pasos a dar si empeora, y despedirnos.

Una vez realizada la intervención, la eficacia de la misma habría que medirla mediante el grado de satisfacción del sujeto (y del terapeuta) porque ya entiende su malestar desde otra perspectiva. En la gran mayoría de las ocasiones, las personas que reciben una indicación de no-tratamiento se sienten satisfechos por la buena atención que han recibido y aliviados de no ser considerados “enfermos”, por eso hace que se considere terapéutica. Sin embargo, algunos de ellos

quedarán decepcionados e insatisfechos, más resistentes a dicha intervención (sobre todo aquellos que obtienen ganancias secundarias), por lo que el profesional tendrá que anticipar y asumir cierta incomodidad para que el clima emocional no contribuya a desviar su objetivo e, incluso, puede que sea necesario una segunda consulta más para reforzar nuestra postura.

Señalar que, en aquellos casos que lo consideremos oportuno, aprovecharemos esta fase, para realizar la deprescripción del tratamiento psicofarmacológico que el sujeto esté tomando, muchas veces pautado desde Atención Primaria en un primer acto terapéutico al mismo tiempo que se hace la derivación a Salud Mental. En esta línea, la deprescripción es otra actividad crucial, insuficientemente valorada y extendida que habría que valorar en personas sin trastorno mental. Nunca un psicofármaco debería ser considerado como un recurso de urgencia ni como el único recurso.

No hay evidencia científica que determine cuánto tiempo hay que mantenerlos; en la práctica clínica las cosas tampoco están tan claras y los psiquiatras tienen dificultades para interrumpir un tratamiento, ya sea porque no ha habido mejoría o porque ésta se ha producido durante la prescripción (aunque podría deberse a una recuperación clínica espontánea) y surge el temor, si se suspende, que el sujeto vuelva a experimentar los síntomas. Para incrementar el grado de confianza en el proceso de deprescripción es fundamental que dichos cambios se realicen de forma gradual, explicando el motivo de

la retirada y aclarando que ningún cambio es irreversible.

Si hay que pautar algún psicofármaco para tratar síntomas molestos o incómodos, se puede optar por las benzodiazepinas en tiempos recortados y a dosis mínimas con supervisión desde Atención Primaria.

CONCLUSIÓN

Dado que la demanda por malestar asociado a los avatares de la vida cotidiana y problemas sociales cada vez es mayor en las consultas de salud mental, es necesario replantearnos el manejo de estos sujetos con el objetivo de no psiquiatrizar/psicologizar la vida cotidiana ni producir una saturación de los recursos asistenciales. Por lo que proponemos la indicación de no-tratamiento como aquella intervención clínica cuyo objetivo principal es no hacer daño a la persona que consulta con acciones sanitarias no necesarias. Esta forma de encarar el malestar es, en apariencia tan simple y tan sofisticada en lo profundo, por cuanto supone hacer posible un encuentro humano y contiene muchos elementos terapéuticos que deben ser entrenados, todos ellos encaminados a que el individuo no asuma el rol de enfermo y no busque una respuesta técnica sanitaria a su malestar.

Como dice Pascal Bruckner (9), “un acto de pensar la historia del sujeto cuya subjetividad ha de ser entendida más allá de los síntomas y que precisa de otro que haga posible la significación de su malestar”.

Referencias bibliográficas

1. Ortiz Lobo A, García Moratalla B, Lozano Serrano C. Las consultas sin patología en salud mental. En Retolaza A, editor. Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid: AEN Estudios, 41; 2009. p. 97-108.
2. Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Madrid: Colección Salud Mental Colectiva. Grupo 5; 2013.
3. Petr Skrabanek. La muerte de la medicina con rostro humano. Madrid: Diaz de Santos; 1999.
4. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión clínica y sanitaria. 2003; 5 (2): 47-53.
5. Morell ME, Martínez C, Quintana JL. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2009;11 (43) Julio/Septiembre: 491-512.
6. Frances A. ¿Somos todos enfermos mentales? Barcelona: Ariel; 2014.
7. González Pardo H, Pérez Álvarez M. La invención de trastornos mentales. Madrid: Alianza; 2007.
8. Bruckner P. La euforia perpetua. Sobre el deber de ser feliz. Barcelona: Tusquets; 2001.
9. Cabanas E, Illouz E. Happycracia. Barcelona: Paidós; 2019.
10. Bauman Z. Vida líquida. Barcelona: Paidós; 2006.
11. Lyon D. Postmodernidad. Madrid: Alianza; 1996.
12. Rendueles G. Las falsas promesas psiquiátricas. Madrid: La Linterna Sorda; 2017.
13. Lipovetsky G. La era del vacío (3ª edición). Barcelona: Anagrama; 2005.
14. Sennett R. La corrosión del carácter (5ª edición). Barcelona: Anagrama; 2001.
15. Verdú V. El estilo del mundo (3ª edición). Barcelona: Anagrama; 2003.
16. British Psychological Society. El marco de poder, amenaza y significado. Hacia la identificación de patrones de sufrimiento emocional, experiencias inusuales y comportamientos problemáticos o perturbadores, como una propuesta alternativa a los diagnósticos psiquiátricos funcionales. Leicester. 2020.
17. Martínez Hernández A. Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura. En Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina. Bellaterra. Barcelona. 2000. p. 249-276.
18. Ortiz Lobo A, Huertas R. Críticas y alternativas en psiquiatría. Madrid: Catarata; 2018.
19. Instituto Deusto de Drogodependencias. Mujeres y psicofármacos. Bilbao: Deusto Digital; 2020.
20. Pons i Antón Ignasi. Psicologización de la vida cotidiana. Átopos. 2008; 7: 48-53.
21. Ortiz Lobo A, García Moratalla B, Lozano Serrano C, de la Mata Ruiz I, Rodríguez Salvanés F. Conditions that do not reach the threshold for mental disorder in spanish psychiatric outpatients: prevalence, treatment and management. Int J Soc Psychiatry. 2011; sep 57(5): 471-9.

22. Sáinz F, Talarn A. Prevención cuaternaria en salud mental. Intercambios: papeles de psicoanálisis, 2009; 23: 59-67.
23. Ortiz Lobo A. Iatrogenia y prevención cuaternaria en los trastornos mentales menores. En: Retolaza A, editor. Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid, AEN Estudios, 41; 2009. p. 313-23.
24. Ortiz Lobo A, Murcia García L. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En: Retolaza A, editor. Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid, AEN Estudios, 41; 2009. p. 179-94.
25. Ramos García J. Medicalización del malestar. Alegato por una aproximación compleja para un minimalismo terapéutico. Rev Asoc Esp Neurop. 2004; 91: 99-113.
26. García Moratalla B. Indicación de no-tratamiento para personas sin diagnóstico de trastorno mental. Norte de Salud Mental, 2012; 10(43): 43-52.
27. Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Triacastela; 2006.
28. Wachtel PL. La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz. Bilbao: Descleé de Brouwer; 2008.
29. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Descleé de Brouwer; 2001.
30. Zapater Torras F, Vila Rigat R. Habilidades para no medicalizar. FMC, 2008; 15(10): 672-677.

Beatriz García Moratalla

Correspondencia: beatriz.garciamoratalla@osakidetza.eus

Housing First. Una propuesta comunitaria en el campo de la Salud Mental, las adicciones y la exclusión social

Housing First. A community proposal in the field of Mental Health, addictions and social exclusion

Cosme Sánchez Alber

Trabajador Social. Experto en Salud Mental Comunitaria.

Recibido: 3/12/2021

Aceptado: 31/03/2022

RESUMEN

El presente trabajo expone los orígenes y el método conocido como Housing First, dirigido a personas que viven en la calle y tienen problemáticas asociadas a la salud mental y las adicciones. Esta metodología apuesta por un abordaje desde los derechos humanos, el apoyo y la continuidad en los cuidados como alternativa frente a otros modelos centrados en la vertiente terapéutica. Se trata de una experiencia que permite reflexionar sobre los modelos de trabajo existentes en el tratamiento de la salud mental, las adicciones y la exclusión social, prestando especial atención a los abordajes comunitarios y en red.

Palabras clave: *housing first, salud mental, exclusión social, adicciones, acompañamiento, sin hogar.*

ABSTRACT

This work focuses on the origins and the method known as Housing First, aimed at homeless persons and have problems associated with mental health and addictions. This methodology is committed to an approach to human rights, support and continuity in care as an alternative to other models focused on the therapeutic aspect. An experience that allows us to open the question about the existing work models in the treatment of mental health, addictions and social exclusion, paying special attention to community and network approaches.

Key words: *housing first, mental health, social exclusion, addictions, accompaniment, homeless*

INTRODUCCIÓN

Housing First se dirige a personas que viven en la calle y tienen problemas de salud mental y adicciones. El método Housing First (HF) supone un abordaje original de tres fenómenos fundamentales de nuestra época: la fractura de los lazos sociales y los fenómenos identificatorios, el empuje

masivo al goce sin límites y la adicción global y las problemáticas psíquicas que cobran el estatuto de una epidemia depresiva, hiperactiva o suicida.

La propuesta Housing First se presenta como una fórmula eficaz para tratar, de manera conjunta y racional, estos tres fenómenos: Exclusión social, salud mental y adiccio-

nes. No olvidemos que si bien podemos identificar las diferencias entre el malestar psíquico, las adicciones y las problemáticas del vínculo social, no es menos cierto que entre ellas existen relaciones, efectos y consecuencias, y que en no pocas ocasiones se presentan juntas. En mi práctica he podido advertir que una toxicomanía puede ser la respuesta de un sujeto frente a un síntoma, un malestar, un desencadenamiento o un fenómeno elemental en el campo de las psicosis. En este mismo sentido, el aislamiento o la ruptura de los vínculos sociales (familiares o laborales) pueden responder a fenómenos de intrusión típicos de una estructura paranoica. Estas relaciones entre la salud mental y los fenómenos de ruptura en el lazo social pueden ser abordadas de manera inter-disciplinar e inter-servicios organizando redes de colaboración entre servicios sociales, salud mental y adicciones. El modelo *Housing First* responde a esta lógica y apuesta por el factor social y comunitario en la atención.

Tanto la exclusión social como las adicciones y las problemáticas de salud mental encarnan dificultades muy notables en su abordaje. En ocasiones, la red asistencial no sabe cómo abordar estas problemáticas concretas y se ve impelida a inventar nuevas fórmulas de acceso, nuevas formas de hacer institución y reincorporar a sus redes de atención a aquellas personas que han quedado a la deriva, aislados o en desamparo. El programa institucional encuentra, en la atención de estos casos, obstáculos muy persistentes que a su vez repercuten tanto en los modelos y servicios de atención como en los profesionales, pacientes y personas usuarias de estos servicios. Falta de coordi-

nación y colaboración entre áreas sanitarias y sociales, puerta giratoria, déficit de financiación, burocracia excesiva, *burn out* entre profesionales, dificultades de acceso a los servicios, cronificación, falta de recursos humanos, iatrogenia, etc. Estas dificultades han llevado a muchos profesionales, tanto de la salud mental como de los Servicios Sociales, a interesarse por nuevos modelos de abordaje y nuevas formas de pensar la red de atención y los servicios.

PRINCIPIOS DEL MÉTODO

El modelo *Housing First* se postula como una respuesta nueva y eficaz frente a estas dificultades. Una propuesta que incide en el tratamiento de las estructuras estatales de distribución de los cuidados y de la salud abordando estos tres fenómenos de manera simultánea y relacional.

Housing First utiliza la vivienda como punto de partida. Esto resulta novedoso ya que en los modelos anteriores a HF la vivienda era concebida como objetivo final de las intervenciones. HF subvierte esta lógica. La vivienda es el comienzo y el inicio de la intervención. Una alternativa frente a las políticas propias del llamado “modelo escalera” que es cómo se conoce al modelo hegemónico, más extendido y utilizado, en la red asistencial para el tratamiento del “sinhogarismo” y cuyas características desarrollaremos más adelante. Por el contrario, en un servicio *Housing First* lo primero que se proporciona, previo a cualquier otro tipo de apoyo e intervención, es el alojamiento.

Housing First proporciona una vivienda unipersonal en un contexto comunitario. Se

trata de proporcionar un lugar, un espacio propio y privado, íntimo, como principio de la intervención. Se confía en las relaciones posibles entre el espacio, el lugar y el vínculo social. Vivienda y apoyo son los dos ejes fundamentales de la propuesta *Housing First*. Sam Tsemberis (creador del modelo) parte del modelo de “alojamiento con apoyo” de cara a desarrollar y conceptualizar el modelo *Housing First* destinado a prestar apoyos y acompañamiento a personas en situación de sin hogar y con trastorno mental severo. *Housing First* ofrece acceso rápido a una vivienda estable en la comunidad, combinada con servicios itinerantes (móviles y dinámicos) de apoyo que visitan a las personas en sus propios hogares y las acompañan en aquello que necesiten, caso por caso, persona a persona, en función de las necesidades y circunstancias. Por otro lado, en *Housing First* no existen ni requisitos de abstinencia ni es necesario aceptar ningún tratamiento a cambio de la vivienda (separación radical y necesaria entre el tratamiento y la vivienda). No se expulsa a las personas de la vivienda y si el comportamiento de una persona o las necesidades de apoyo implicasen la pérdida de la vivienda, *Housing First* ayuda a estas personas a encontrar otro sitio donde vivir.

Este modelo tiene como objetivo prioritario alojar a la persona en una vivienda estable tan pronto como sea posible, estableciéndose bajo los siguientes principios rectores:

- Voluntariedad de la persona.
- Separación de vivienda y servicios de tratamiento.
- Ofrecer servicios que promuevan la recuperación.
- Integración en la comunidad.
- Práctica basada en la evidencia.
- La vivienda es un derecho humano.
- Elección y control de las personas.
- Compromiso activo sin coerción.
- Planificación centrada en la persona.
- Apoyo flexible y disponible durante el tiempo necesario.

El programa desarrollado por *Pathways to Housing*¹ contiene los siguientes elementos clave que permiten orientar un trabajo y una práctica continuada en el tiempo (1):

- Se dirige exclusivamente a personas que sufren trastornos mentales incluyendo adicciones.
- Proporciona acceso inmediato a una vivienda asequible y permanente directamente desde la calle o desde los dispositivos de emergencia (albergues, centros de día, programas de reducción de riesgos, educadores de calle, Centros de Salud Mental, Servicios de Urgencias Sociales, etc.).

¹ *Pathways to Housing* es una organización sin fines de lucro fundada en 1992 por el Dr. Sam Tsemberis con el objetivo de erradicar el sinhogarismo crónico.

- A las personas usuarias se les recomienda la participación en un tratamiento de salud mental y/o en programas de reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas, pero no es obligatorio ni para el acceso a la vivienda ni para que puedan mantenerse en el servicio residencial y recibir el apoyo social necesario.
- La vivienda se proporciona a través de un contrato de arrendamiento sin límite de tiempo, y la prestación del servicio está disponible todo el tiempo que sea necesario. La vivienda y el apoyo social se mantienen independientes entre sí.

Una de las principales innovaciones de *Housing First* es poner el foco en los derechos, en la dimensión social tanto de la vivienda como del trabajo con las personas. Hasta ahora los programas para personas sin hogar, salud mental o adicciones estaban basados en el paradigma terapéutico; el tratamiento, en muchas ocasiones, preceptivo se ubicaba en el centro de la intervención. *Housing First* permite desplazar la atención hacia la cuestión social, poner el acento en los derechos del ciudadano, en nuestro caso, el derecho a una vivienda y a un acompañamiento, un apoyo.

Como hemos señalado, *Housing First* se dirige a personas para las cuales los abordajes y programas existentes han resultado ineficaces, insuficientes o incluso perju-

diciales, y cuya modalidad de rechazo se muestra con especial intensidad quedando en ocasiones fuera de las redes de atención; expulsadas o sin posibilidades de acceso a la red de Servicios Sociales, salud mental y adicciones. Para estas personas resulta prácticamente imposible acceder a un hogar, a una casa, a una vivienda, no solo debido a condiciones estructurales, sociales, clínicas o subjetivas sino, fundamentalmente, debido a los condicionantes terapéuticos y burocráticos que profesionales y servicios estiman suficientes, necesarios e imprescindibles para acceder a un servicio residencial.

Profundizaremos en algunos de los fundamentos del modelo así como en su valor social, sin embargo, empecemos por el principio. ¿De dónde surge *Housing First*? ¿Qué propósitos y experiencias lo animan? Y, no menos importante y central para nosotros ¿Qué relaciones mantiene con el campo de la salud mental, los derechos y la vida comunitaria?

ORÍGENES DEL MODELO: SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Housing First es seguramente la innovación más importante de las últimas décadas en el diseño de servicios para las llamadas “personas sin hogar”². Desarrollado en la ciudad de Nueva York por Sam Tsemberis³, psicólogo clínico de origen griego, el modelo *Housing First* ha demostrado tener un enorme éxito

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

3 Desde 1992, Tsemberis es director ejecutivo de la organización sin ánimo de lucro *Pathways to Housing* en Estados Unidos. Es profesor de psicología en el Departamento de Psiquiatría en el *Medical Center* de la Universidad de Columbia (Nueva York) y trabaja como consultor internacional para gobiernos y organizaciones del tercer sector sobre sinhogarismo.

en el abordaje del sinhogarismo en personas con grandes necesidades de apoyo, tanto en EE.UU. como en Canadá así como en varios países europeos que, como Italia, Francia o España, han iniciado proyectos afines al método conocido como HF. Como señala la Guía Housing First Europa: “Housing First está diseñado para personas que necesitan niveles significativos de ayuda para poder salir del sinhogarismo. Entre los grupos a los que los servicios Housing First pueden ayudar se encuentran personas sin hogar con enfermedad mental severa o problemas de salud mental, con consumos problemáticos de drogas y alcohol, y/o con salud física delicada, enfermedades limitantes y discapacidades” (1). Los servicios Housing First también han demostrado ser efectivos en personas con trayectorias de situación de calle largas o recurrentes que, además de otras necesidades de apoyo, a menudo carecen de apoyos sociales o familiares. En Estados Unidos y Canadá, los programas Housing First también se utilizan con familias sin hogar y con personas jóvenes.

Housing First nace en Nueva York a principios de los años 90 de la mano del Dr. Sam Tsemberis quien había creado con anterioridad una organización llamada *Pathways to Housing*, asociación sin ánimo de lucro destinada a la erradicación del sinhogarismo. En sus inicios, *Housing First* fue pensado para ayudar a personas con problemáticas de salud mental que estaban viviendo en la calle, muchas de las cuales, además, eran ingresadas frecuentemente en hospitales psi-

quiátricos. Los colectivos que más adelante accedieron al programa se fueron ampliando para incluir tanto a personas que pasaban largas temporadas en los dispositivos de albergue para personas sin hogar como para aquellas personas que se encontraban en situación de riesgo de acabar en la calle cuando se les daba el alta en los hospitales psiquiátricos o a su salida de prisión. Con alguna modificación en el tipo de atención prestada, los servicios *Housing First* se utilizan también en la actualidad con familias y jóvenes sin hogar en Norteamérica.

En el Nueva York de los años ochenta, Tsemberis trabajaba en un servicio de emergencias móvil adscrito al Hospital y dirigido específicamente a la atención y auxilio de personas sin hogar. Es allí, en su práctica, donde pudo advertir las dificultades y carencias de las redes asistenciales en sus intentos por alojar a estas personas. En la mayoría de los casos la única respuesta posible era el hospital o un centro de desintoxicación para el tratamiento de las adicciones. Los ingresos en el hospital, vía urgencias o unidades de psiquiatría, fracasaban una y otra vez en el mejor de los casos funcionaban como contención posible frente a situaciones de crisis que se repetían. En otra serie de casos, la asistencia hospitalaria cumplía con la función social de protección, alojamiento y manutención, comida, ropa y cuidados generando frustración e impotencia en los equipos médicos y sociales adscritos al hospital. Por su parte, los centros de deshabitación y desintoxicación veían frustrados sus esfuer-

4 San Tsemberis fue entrevistado por Silvia Blanco para el periódico El País en noviembre del 2016.

zos al no contar con espacios residenciales donde el paciente pudiera dar continuidad al trabajo comenzado en dichas unidades. Lamentablemente, aquellos que no acababan en la cárcel volvían, una y otra vez, a las calles tras su paso por estos servicios (Hospital y centros de desintoxicación) produciéndose un efecto de “puerta giratoria” y cronificación de los casos. Una repetición implacable y sintomática que *Housing First* tratará de evitar creando un nuevo modelo de abordaje. El propio San Tsemberis⁴ lo decía en una entrevista “íbamos a la calle para buscar a los que tuvieran problemas de salud, gente que tosía sangre, que llevaba los pies con ampollas... Muchos mejoraban en el hospital, pero el problema es que después volvían a la calle. Pensamos: este sistema no va a ninguna parte. No querían ir al hospital primero, ni al dentista primero, ni a un tratamiento de desintoxicación primero... No. Querían una casa. Yo pensaba: ‘¡Dios mío! ¿Una casa? No tengo una casa. Tengo una clínica, una furgoneta, un sándwich, una manta... Una casa. Así que dejé el hospital y empecé mi ONG” (2).

En cualquier caso y con anterioridad al modelo *Housing First* podemos hacer una breve referencia a otros dos programas que

tienen en común el rápido realojo en personas que se encuentran en situación de sin hogar. El programa *Houselink*⁵ desarrollado durante los años setenta en Toronto, Canadá, nos interesa especialmente ya que durante este periodo Canadá atravesaba un proceso de desinstitucionalización debido al cierre generalizado de hospitales psiquiátricos, dejando en una situación muy vulnerable a las personas que salían de estos centros. Muchos se vieron forzados a vivir en las calles en situaciones de abandono y precariedad. Así nace el *Houselink*, un programa cuyo origen podemos situar en la acción comunitaria asociativa y que pone el acento en el derecho al acceso a una vivienda y en la capacidad de decisión de las personas que acceden al programa, a la vez que se proporcionan servicios de soporte y acompañamiento. Por otra parte, en el año 1988 se lleva a cabo en la ciudad de Los Ángeles el programa denominado *Beyond Shelter*⁶, primero en utilizar el término “housing first” para su proyecto dedicado a proporcionar una vivienda lo más rápido posible a familias sin hogar, reduciendo el uso de los refugios, albergues, ingresos hospitalarios o viviendas de transición, y favoreciendo el realojo en viviendas permanentes (Cartoixa y Jobet, 2016).

5 En su página web señala lo siguiente: “*Houselink Community Homes* es líder en el campo de la vivienda de apoyo y la recuperación para las personas que viven con problemas persistentes de salud mental y problemas de adicción. Como organización benéfica centrada en la comunidad, Houselink continúa abordando los problemas de la falta de vivienda y la marginación de hombres y mujeres solteros, jóvenes, ancianos y familias con niños en la ciudad de Toronto”. <https://houcelink.on.ca/>

6 *Beyond Shelter* es una organización sin fines de lucro fundada en 1988 en respuesta al creciente número de familias sin hogar en Los Ángeles y la necesidad de un enfoque más integral para atenderlas. Hoy, la misión de la agencia es desarrollar enfoques sistémicos para combatir la pobreza y la falta de vivienda entre las familias con niños, y mejorar la seguridad económica y el bienestar de la familia.

UN CAMBIO DE PARADIGMA: DEL MODELO “EN ESCALERA” AL MÉTODO *HOUSING FIRST*

Antes de Housing First, en Norteamérica sólo se ofrecía alojamiento permanente con apoyo a personas sin hogar después de que hubiesen pasado por una serie de etapas que empezaban por el tratamiento y la abstinencia, ambos preceptivos y obligatorios. Es decir, el modelo anterior se basaba en el principio de tratamiento y el abandono permanente/definitivo del consumo de tóxicos, dos condiciones previas necesarias para el acceso a una vivienda. La vivienda estaba condicionada a estos dos requisitos, a estas dos obligaciones, que debían ser mantenidos y motivados en el tiempo durante toda la intervención, de lo contrario el proyecto de acceso a un alojamiento quedaría definitivamente descartado (3).

Estos programas se basaban en el trabajo por objetivos y en el cumplimiento riguroso de las fases del tratamiento. Cada escalón de esta “escalera” estaba diseñado para preparar a las personas a vivir de manera independiente en su propio hogar, en un futuro programado como final de la intervención. De esta manera se establecían una serie de pasos que se irían cumpliendo de manera sucesiva, razón por la cual a este modelo se lo conoce con el nombre de modelo “escalera”. El fin último del modelo era la vida independiente que los esperaba al final del camino; un camino previamente marcado y diseñado por los técnicos y profesionales de la red, fase a fase, paso a paso, pero sin tener en cuenta las diferencias y las características propias de cada persona; su palabra, sus tiempos, sus decisiones, su responsabilidad. Cuando se habían completado

todas y cada una de las etapas y fases del programa, de manera sucesiva, se consideraba que la persona estaba “preparada para el alojamiento”, ya que se la había “formado”, “tratado” y “educado” para vivir de manera independiente, autónoma y plena. Como se ha señalado anteriormente, a este tipo de servicios se los denomina habitualmente “en escalera”, “tratamiento lineal residencial” o “enfoque basado en el tratamiento”. Esta es la denominación que usaremos en el presente artículo para referirnos al modelo hegemónico que se ha replicado, y se replica en la actualidad en multitud de países y ciudades del mundo occidental, avalado y apoyado por científicos, técnicos y profesionales que desarrollan su trabajo en los diferentes servicios de la amplia red asistencial, unidades hospitalarias de desintoxicación y deshabitación de drogas, comunidades terapéuticas, centros de salud mental, Servicios Sociales y educativos.

Estos servicios en “escalera” son solidarios con una cultura centrada en la “aptitud” y la voluntad, la meritocracia o la “motivación para el cambio” y sus antecedentes los podemos encontrar en las prácticas realizadas en los hospitales psiquiátricos norteamericanos donde las personas con diagnóstico de trastorno mental severo eran consideradas como “incapaces funcionales” y, en consecuencia, necesitados de atención y supervisión las veinticuatro horas del día. De estas consideraciones limitadas de la salud mental y de las llamadas “locuras”, en el sentido de la psiquiatría clásica, se deduce una visión muy deficiente del paciente psiquiátrico, alguien que no puede tomar sus propias decisiones, incapaz de contribuir al trabajo terapéutico de manera responsable y en colaboración

con los médicos, los psiquiatras o los trabajadores sociales. De alguna manera, se consideraba que el paciente se encontraba en una situación de inferioridad y menos-cabo, y en consecuencia debía adaptarse al modelo de “normalidad” imperante, seguir escrupulosamente las técnicas de la época y abandonar las conductas consideradas antisociales o perjudiciales para su salud e higiene, sin tener en cuenta las condiciones particulares de cada caso, los derechos individuales, sus tiempos, sus ideas, su palabra o su capacidad para tomar decisiones y elegir las opciones que considere más oportunas.

Durante los años 80, algunos profesionales de la salud mental comenzaron a cuestionar la efectividad y la ética de aquellos servicios que basaban su metodología en unas consideraciones deficitarias y esencialistas sobre la enfermedad mental. En cualquier caso, el enfoque en escalera se estableció firmemente en Norteamérica como el modelo prioritario (único y monolítico) para ayudar a las personas sin hogar con grandes necesidades de atención. Este enfoque tenía tres objetivos fundamentales (4):

1. Formar a las personas para vivir en sus propias casas tras haber estado en situación de calle o entrando y saliendo regularmente de hospitales, centros penitenciarios o albergues sociales.
2. Garantizar que las personas recibiesen tratamiento y medicación por cualquier problema de salud mental activo.
3. Asegurar que las personas no desarrollasen comportamientos que pudieran poner en riesgo su salud, bienestar y estabilidad en la vivienda, especialmente

que no hiciesen uso de drogas y alcohol (abstinencia total).

Housing First se aparta del enfoque dirigido a la abstinencia y adopta un enfoque solidario de los métodos conocidos como de reducción de riesgos y daños en relación al consumo de drogas de donde surgieron iniciativas y proyectos inéditos e innovadores para su época. En el campo de las toxicomanías y los enfoques de reducción del daño podemos encontrar el nacimiento y la implementación de servicios tan interesantes e imprescindibles en la actualidad como los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM), las salas de consumo supervisado, los programas de intercambio de jeringuillas o los servicios de acompañamiento de “baja exigencia” que proponen un acercamiento diferente a las personas consumidoras de drogas sin pasar necesariamente por la abstinencia. Trabajar con las personas consumidoras implica incorporar una visión nueva frente al fenómeno de las adicciones. Como señala la *Guía Housing First Europa* de 2016 “Housing First está diseñado para garantizar que las personas sin hogar tengan un alto grado de elección y control. Los servicios Housing First fomentan activamente la reducción del daño en consumos de drogas y alcohol y la participación en tratamiento de las personas usuarias; pero no están obligadas a ello. Otros servicios para personas sin hogar, como los del “sistema en escalera”, a menudo obligan a las personas sin hogar a participar en un tratamiento y a mantener la abstinencia de drogas y alcohol antes de que se les permita el acceso a una vivienda. Además, pueden expulsar a una persona de su alojamiento si no sigue el

tratamiento o no mantiene la abstinencia de drogas y alcohol” (1).

Durante los años 90, empezó a ser evidente que los servicios en escalera para personas con diagnósticos psiquiátricos, en particular con problemas de adicción concurrentes, no estaban funcionando con demasiada efectividad. Se planteaban tres problemas principales:

1. Las personas se quedaban “atascadas” en los servicios en escalera, porque no siempre conseguían cumplir con las obligaciones y los requisitos necesarios para pasar de una etapa a la siguiente, de manera que los casos tendían a cronificarse de manera crítica o se estancaban en alguna de sus fases.
2. Las personas eran a menudo expulsadas de los servicios residenciales debido al incumplimiento de la normativa, fundamentalmente debido al quebrantamiento de la obligación de abstinencia o a la falta de participación en un tratamiento psiquiátrico o de carácter terapéutico.
3. Existía preocupación sobre si los servicios en escalera estaban marcando estándares inalcanzables; se esperaba que las personas usuarias tuviesen un comportamiento ejemplar, ideal e inalcanzable, más correcto y adaptado incluso que el de las personas consideradas “normales” (según la norma estadística).

Las personas expulsadas de los servicios volvían inevitablemente a las calles aumentando considerablemente su sentimiento de fracaso y reforzando su rechazo a los tratamientos, a los apoyos y a los servicios que aún quedaban a su alcance (5). El uso

de los servicios de urgencia se multiplicaba ya que, en definitiva, supone en ocasiones la única vía de acceso a la red de atención social y sanitaria. Una atención que responde únicamente frente a situaciones de urgencia, una red basada en la urgencia, refleja improvisación e ineficacia aumentando tanto el gasto público como el desamparo subjetivo en una comunidad que no consigue proveerse de una red de servicios continuados en el tiempo que pueda prevenir y abordar situaciones que sin los apoyos necesarios devienen procesos de exclusión social, cronificación y desamparo.

SERVICIOS DE ALOJAMIENTO CON APOYO

Los servicios de “alojamiento con apoyo” (germen del modelo *Housing First*) se desarrollaron en Norteamérica como una alternativa a los servicios en escalera, sosteniendo un enfoque muy diferente al anterior y convirtiéndose en una opción posible frente al modelo hegemónico. Estos servicios consistían en alojar inmediatamente y con carácter de urgencia a antiguos pacientes psiquiátricos en viviendas dentro de las comunidades, donde recibían ayuda y tratamiento flexible desde los equipos móviles de atención, dentro de un marco en el que las personas usuarias del servicio tenían amplia capacidad de elección y control sobre sus propias decisiones. Este apoyo se ofrecía durante tanto tiempo como fuera necesario garantizando una atención continuada en el tiempo y adaptada a las necesidades de cada paciente (6).

Es interesante replantearse el concepto de “apoyo”, ya que en ocasiones puede tra-

tarse de una figura intermedia (que media y conecta) entre el ciudadano y los servicios que eventualmente puedan ayudarle. Por un lado, se trata de poder acompañar a estas personas en su incorporación a la red de servicios ya existente en la comunidad facilitando su acceso a la misma. Como hemos señalado, muchas personas quedan fuera de las redes de atención simplemente porque no conocen su régimen de acceso o no se sienten capaces de realizar los trámites necesarios ni la burocracia requerida que permitiría a estas personas engancharse a estos servicios y profesionales tanto en el campo de la salud mental como en la diversidad de programas y ayudas sociales. Por ejemplo, es habitual que muchas de estas personas cumplan ya las condiciones necesarias para el acceso a una pensión de carácter económico o a otro tipo de ayudas y se trata tan solo de acompañarlas y ayudarlas con los requisitos burocráticos para acceder a estos derechos. Estas ayudas permitirían a muchos percibir alguna fuente de ingreso mínimo vital para cubrir necesidades básicas de alojamiento, comida o ropa. Muchos otros podrían beneficiarse de su inserción en programas de viviendas sociales, solicitar una valoración de minusvalía o bien incorporarse a un empleo protegido, por citar algunas de las posibilidades existentes, haciendo efectivos los derechos de protección social y facilitando el acceso a ayudas y programas. En otros casos, puede favorecerse la entrada en programas públicos de formación profesional que mejoren la empleabilidad a largo o medio plazo y su inserción en el mercado de trabajo.

En 1988 el programa para familias sin hogar “Beyond Shelter” (más allá del refugio)

supuso una importante innovación en el abordaje del sinhogarismo, más allá del tradicional “alojamiento temporal” del modelo asilar y de refugio, al llevar a las familias sin hogar y a los adultos que pernoctaban en la calle, directamente a viviendas permanentes de alquiler situadas en barrios residenciales de la ciudad de Los Ángeles. La novedad más importante que introduce este programa es el cambio de paradigma que se empieza a producir con respecto al tratamiento que reciben las personas sin hogar. Los métodos tradicionales utilizaban servicios residenciales colectivos al estilo de albergues sociales o residencias temporales basados en el tratamiento “en escalera” que ya hemos mencionado con anterioridad y que, en ocasiones, reproducían las condiciones menos propicias para la promoción e inclusión social y de derechos de las personas a las que trataban de ayudar.

Uno de los principios fundamentales que se tuvieron en cuenta era el hecho de que cuanto más tiempo permanece una persona o una familia sin hogar en las calles, más difícil y complejo se presenta su retorno a la vida en comunidad, su salud, sus derechos civiles, económicos y políticos. En consecuencia, este proyecto considera la urgente necesidad de reducir al máximo el tiempo de permanencia de una persona o una familia en situación de sin hogar. En este sentido, proporcionar alojamiento a las personas sin hogar es sólo el principio de un largo proceso de intervención y apoyo, si el programa aspira a conseguir resultados a largo plazo. Sin las ventajas que proporciona este enfoque integrado, que aporta servicios y asesoramiento en un continuo de atención, muchas familias corren el riesgo de convertir

una situación de crisis en un estado crónico, indefinido y con muy mal pronóstico.

El programa “Beyond Shelter” ubica a las familias sin hogar directamente en viviendas permanentes y les proporciona ayuda individualizada. Estos programas cambian radicalmente las directrices administrativas, políticas y culturales en el tratamiento del sinhogarismo apostando por un modelo de integración social y sanitaria de carácter emancipador incluyendo una perspectiva comunitaria. Este tipo de programas se dirigen fundamentalmente al problema de la fragmentación, diversificación y atomización de los servicios proporcionando un método integrador en muchos aspectos: incorpora de manera rápida a las personas y familias sin hogar en vecindarios estables –y de esta forma en el conjunto de la sociedad y la vida comunitaria– e integra los servicios diseminados ya existentes de forma que facilita el acceso a los mismos de manera coordinada e incorporando una lógica colaborativa de trabajo en red. De esta manera se mejora tanto la productividad de la red asistencial como su rendimiento y eficacia, lo que genera menor gasto público.

La metodología de *Beyond Shelter* se basa en la colaboración entre asociaciones de carácter benéfico, ONGs, administraciones y sector privado, para conseguir un cambio en las condiciones de vida de las personas sin hogar, ayudándoles a elaborar un proyecto de vida personalizado dentro de una comunidad residencial. Hay que tener en cuenta que este tipo de metodología ha sido desarrollada en una época en la que los recursos tanto humanos como materiales escaseaban, siendo concebido para adaptarse y replicarse

en otras comunidades y lugares en todo el mundo. Esto fue debido a dos de sus principios organizadores. En primer lugar, el hecho de tratarse de una acción orientada por la singularidad y segundo por tratarse de una acción diseñada con el objetivo de aprovechar al máximo los servicios y los recursos disponibles.

Para finalizar, señalar que realojar a las familias y a los adultos sin hogar directamente en viviendas en alquiler y proporcionarles servicios de atención individualizada y adaptada a cada situación les ofrece la oportunidad de una transición hacia una estabilidad futura. Las personas sin hogar llegan a “Beyond Shelter” por medio de una red a la que pertenecen un notable número de asociaciones que trabajan en la comunidad, incluyendo albergues, programas de tratamiento de adicciones, organizaciones de servicios sociales, centros cívicos o parroquias, en un proceso que asegura la participación de un amplio abanico de familias y personas que viven en las calles de la ciudad de Los Ángeles. Durante los procesos de selección e inscripción, las familias trabajan con el personal de la asociación para elaborar su “plan de transición”, en el que establecen sus necesidades de vivienda y de apoyo, y los pasos necesarios para mejorar sus condiciones de vida. De manera prioritaria se ayuda a estas familias a conseguir una vivienda en régimen de alquiler asequible en barrios de su elección dentro del distrito de Los Angeles mediante una ayuda puntual para afrontar los gastos iniciales de los contratos de alquiler. A cada familia se le asigna un asistente, coordinador del caso que proporciona ayuda y acompañamiento mientras participa en los planes de transición. El progreso se evalúa

cuatrimestralmente⁷. Este proyecto se ha incorporado también al programa “Cuidados continuos” del Departamento de Vivienda y Urbanismo para acabar con las situaciones de desamparo.

Los servicios norteamericanos de alojamiento con apoyo no exigían abstinencia de drogas y alcohol, y no requerían un cumplimiento estricto del tratamiento como una condición indispensable para mantener la vivienda. El hecho de dar a las personas usuarias mucha más capacidad de elección y de decisión sobre cómo vivían y organizaban sus vidas, a la vez que se fomentaban cambios positivos y proporcionaba ayuda cuando la solicitaban, demostró ser más efectivo que el enfoque en escalera.

Este modelo permitió abrir otra posibilidad de trabajo con estas personas, adaptándose a las necesidades de cada caso y ofreciendo un apoyo individualizado. Esta práctica fue la base de *Housing First*, una nueva manera de enfocar el trabajo con personas en situación de sin hogar que fue poco a poco abriéndose espacio en la red asistencial y demostrando su eficacia. Sin embargo con el incremento de las fracturas sociales, económicas y políticas los servicios para personas sin hogar siguieron utilizando el modelo en escalera, ya que se mostraba coherente con el modelo predominante de servicios de salud mental en los Estados Unidos y Europa. En la actualidad, el modelo en escalera continúa siendo utilizado de manera prioritaria, no obstante

las experiencias *Housing First* continúan desarrollándose en diferentes comunidades y países del mundo demostrando su eficacia social.

Este enfoque supone una innovación en la estructura de la arquitectura social al situar a las personas sin hogar dentro de la comunidad, en una vivienda estable, donde poder recuperar tanto la dignidad inherente y potencial a todo ciudadano de derecho como la estabilidad y el porvenir que un lugar así puede proporcionar.

UN MODELO DE ATENCIÓN BASADO EN LA COMUNIDAD: SALUD MENTAL COMUNITARIA

Tras la reforma psiquiátrica y la desinstitutionalización pasamos de una atención centrada en el hospital a una atención comunitaria o ambulatoria, en red, inscrita en las comunidades. El proyecto *Housing First* es tributario de la reforma psiquiátrica y el comienzo de la atención comunitaria y en red. El origen del proyecto ya planteaba las complejas relaciones entre la salud mental y la calle; la exclusión social y las desinserciones de larga duración que se encuentran atravesadas por problemáticas que podemos situar en el campo de la salud mental comunitaria. La reforma de la salud mental tuvo efectos positivos pero también consecuencias muy graves en términos de desatención y desamparo, como señala el

7 Estos datos han sido extraídos del artículo “Algo más que un cobijo” (“Beyond Shelter”): un programa para familias sin hogar en Los Angeles, California (EE UU). Experiencia seleccionada en el Concurso de Buenas Prácticas patrocinado por Dubai en 1996 y que pueden encontrar en la siguiente web <http://habitat.aq.upm.es/dubai/96/bp349.html>

psiquiatra Manuel Desviat (7) en el libro *La Reforma Psiquiátrica*: “En todos los procesos de reforma ha habido, aún hay, la tentación al abandono de estos pacientes, dejándoles, con escasos recursos y con el personal más cronificado, sumidos en un progresivo deterioro en los restos de los manicomios. No pudieron con ellos la comunidad terapéutica, la psicoterapia institucional o las asambleas basaglianas. Tampoco las actuaciones terapéuticas convencionales, desde la psicofarmacología a la psicoterapia. La cuestión era otra. Y otras, por tanto, las respuestas. De los límites de una clínica y de unos servicios pensados en la cultura de la crisis y del paciente agudo, después de varias décadas de desinstitucionalización, surgieron, bien entrada la década de los 70, de la mano de asociaciones de voluntariado ciudadano, de familiares y de autoayuda que hacía tiempo venían cubriendo insuficiencias sociales y afectivas de los servicios de salud mental, los programas de rehabilitación y de apoyo comunitario. Hay un cambio de orientación. Perdida la omnipotencia médica –el todo de la pronta reparación, que al hacerse imposible lleva al fácil y habitual abandono-, se pasa de la curación al cuidado...”

Es un desplazamiento que va del exterior, de los márgenes, hacia el interior de la ciudad. Esto implica una conceptualización diferente tanto de la salud mental como de su abordaje, así como de las respuestas posibles a implementar. Hay, al menos, dos desplazamientos: El primero de ellos a nivel topológico nos presenta un recorrido que va del afuera hacia dentro, al interior de la ciudad y de las comunidades. Por otro lado, y no menos importante, un despla-

amiento del Uno del hospital psiquiátrico al “entre varios” de la atención en red, a la diversificación de las redes de atención. De lo médico, como única respuesta y como único saber en juego, a lo interdisciplinar: social, comunitario, servicios de acompañamiento y redes de atención (salud mental, Servicios Sociales, participación comunitaria). La salud mental pasa a ser considerada en su vertiente social, subjetiva y clínica, y en consecuencia, su abordaje ha de contemplar diferentes disciplinas y servicios. Señala Desviat: “El sistema sanitario, las ciencias de la salud, ancladas hasta ahora en una medicina reparadora, en la mitología de la “curación”, deben ensayar nuevas respuestas para reducir esta, quizá inevitable cronicidad. Deben ensayar prestaciones amplias, flexibles, coordinadas con servicios sociales, centradas en el cuidado y la rehabilitación. La descentralización de la gestión que permite diseños específicos por áreas de salud, considerando las características demográficas, con programas que den cobertura a toda la población y en especial a los grupos de riesgo. Programas evaluables que contemplen la integración de recursos hospitalarios y ambulatorios, la atención domiciliaria e intenten evitar el germen de la propia cronicidad en su diseño, en la propia respuesta” (7).

UNA ALTERNATIVA FRENTE A LA HIPERMERCANTILIZACIÓN DE LA VIVIENDA

Housing First plantea una acción política sobre la vivienda, en concreto priorizando su uso social, su valor de uso, frente a su valor de cambio, es decir, al precio que alcanza

en el mercado, o dicho de otra manera, su valor mercantil. Sucede que los sistemas de vivienda no funcionan como un mercado de competencia perfecta en el que la oferta y la demanda se equilibran entre ellas sin que influyan otras variables.

Como señala el sociólogo David Madden (8) en el libro *En defensa de la vivienda* escrito en colaboración con Peter Marcuse, desde los años ochenta asistimos a una intensa transformación en el ámbito de la vivienda a la que los autores denominan “hipermercantilización”. Por un lado, en muchos países los parques de vivienda pública han sido parcialmente privatizados y, en consecuencia, han terminado en manos de élites próximas al poder político y financiero. A esto podemos añadir que los sistemas de regulación de precios de alquiler han sido gradualmente erosionados y reducidos, otorgando carta blanca a la industria inmobiliaria para comprar viviendas reguladas, expulsar a los inquilinos y multiplicar su precio. En cualquier caso, el aspecto de mayor impacto, en lo que respecta a esta hipermercantilización de la que hablamos, ha sido la transformación de la vivienda en un activo líquido para el sistema financiero. Lo que conlleva una desconexión sin precedentes entre el aspecto económico de la vivienda (como producto inmobiliario que genera rendimiento económico) respecto de su factor social (hogar).

La vanguardia de este cambio son los fondos de inversión privada, que están alterando por completo los sistemas de vivienda en las grandes urbes. Estos fondos compran la vivienda a precios totalmente desconectados de los salarios locales, mediante operaciones

altamente especulativas y en consecuencia producen un cortocircuito entre el mercado inmobiliario, la oferta, y las necesidades locales habitacionales de los ciudadanos que residen, trabajan o viven en dicha comunidad. El paradigma de este tipo de inversión son las SOCIMIs (Sociedades Anónimas Cotizadas de Inversión Inmobiliaria), sociedades de inversión que adquieren miles de viviendas con el objetivo de generar amplios beneficios a inversores a distancia.

La verdadera naturaleza de la crisis que vivimos actualmente en el mercado inmobiliario demuestra que la vivienda se ha convertido en un campo de batalla político, y como señaló el sociólogo Pierre Bourdieu no existe un mercado que esté más construido por lo público que el de la vivienda donde el mito de una competencia perfecta, autorregulada, se muestre de forma tan descarnada. Paradójicamente, las políticas de vivienda están ampliamente influenciadas por la gobernabilidad del Estado que regula, entre otros, los usos del suelo, los planes urbanísticos o los porcentajes de viviendas de protección oficial en conexión con otros agentes. Sin embargo, la hipermercantilización ha dado paso a lo que podríamos describir como una suerte de colonización de los sistemas de vivienda por parte del sistema financiero con el consecuente aumento de precio que resulta desproporcionado respecto a los salarios. El crecimiento de estos fondos financieros ha supuesto un cambio radical donde la vivienda se ha convertido en una fuente de acumulación financiera de primer orden, tanto para el capital como para el Estado, convirtiéndose en un espacio de producción y reproducción social central para el sistema económico.

En general, la mayoría de las medidas orientadas a desmercantilizar la vivienda, como por ejemplo la construcción de vivienda pública o la regulación del precio del alquiler resultan insuficientes frente a los avances especulativos de los fondos de inversión aunque no sea posible resolver el problema de la vivienda en un contexto socio-político globalizado, sí es posible modificar la configuración del sistema habitacional actual proponiendo algunas prácticas alternativas. Esto es precisamente lo que aporta *Housing First* en el ámbito de las prácticas con personas en situación de sin hogar; una intervención de carácter socio-político sobre el uso y distribución de viviendas en un ámbito local concreto. Tal como afirman Madem et al. (8) “el fracaso del modelo basado en la vivienda en propiedad y la hipermercantilización ha disparado la alienación residencial. Con este concepto, Madden y Marcuse se refieren a todo aquello que sucede cuando un bien esencial para el desarrollo de nuestras vidas (la construcción de un hogar, de un sentido de un lugar en el mundo y la base emocional que nos permite sentirnos bien en nuestro entorno) es sujeto a explotación y control por terceros actores. Que la vivienda se haya convertido en fuente de especulación tiene un impacto enorme en muchas esferas de la vida más allá del techo”.

Como señalan estos autores, la vivienda es un bien pero es también un derecho que permite una estabilidad y una vía de acceso a una serie de derechos fundamentales, entre ellos los que se derivan de la residencia en un lugar determinado, de manera que por mediación de un padrón podremos acceder al ambulatorio, Servicios Sociales o a la Seguridad Social, en definitiva, hacer

efectivos los derechos sociales, políticos o sanitarios en nuestra localidad de residencia. La vivienda continúa siendo uno de los factores que en mayor medida determinan el acceso a los recursos sociales y sanitarios. La vivienda tiene un papel protagonista en la creación y consolidación de los vínculos entre las personas, las comunidades y las instituciones democráticas contribuyendo a estructurar la vida social.

La situación de las personas sin hogar pone en evidencia que el papel de la vivienda como inversión se encuentra muy por encima de su uso social, independientemente de que este uso se encuentre fundamentado en un derecho, en una necesidad, en una tradición, en una jurisprudencia y en una Constitución. Proyectos como *Housing First* inciden en esta cuestión reivindicando y priorizando el uso social frente a la mercantilización y la especulación de un bien de primera necesidad. Visto así, la realidad de las personas sin hogar, desde un punto de vista sociológico, es consustancial al actual sistema de vivienda y afecta a familias enteras, a amplias capas de la población, juventud, personas desempleadas, personas mayores, trabajadores precarizados y clase media. La subida de los alquileres provoca que un sueldo medio no permita el alquiler de una vivienda unipersonal.

En España encontramos ejemplos donde la vivienda constituyó una reivindicación dentro del movimiento obrero y urbano durante los años de la Transición. Las asociaciones de vecinos promovieron la construcción de la ciudad desde abajo, participando en los planes urbanísticos como máximo exponente de una democracia redistributiva.

Sin embargo, el periodo está marcado por la ausencia de propuestas y alternativas para modificar un sistema de vivienda basado en la propiedad y la hipoteca como única fórmula socialmente aceptable de adquisición inmobiliaria.

En Estados Unidos, la crisis de la vivienda es especialmente grave en Nueva York. Esta ciudad tiene en la actualidad más personas sin hogar que en cualquier otro periodo desde la Gran Depresión. Más de la mitad de los hogares no pueden pagar el alquiler. El desplazamiento de la población, la gentrificación y los desahucios ofrecen cifras alarmantes. Dos pilares fundamentales del sistema de vivienda en Nueva York, las viviendas de titularidad pública y la regulación del alquiler están siendo gravemente amenazados. Según los indicadores habituales de accesibilidad a la vivienda, no hay ni un solo estado en Estados Unidos en el que una persona que trabaje a tiempo completo y gane el salario mínimo pueda permitirse alquilar o comprar una vivienda de un solo dormitorio.

En Nueva York, entre finales del siglo XIX y los años setenta las organizaciones vecinales trataron de cambiar el sistema de vivienda a través de acciones que incidieran en el control de los precios del alquiler en nombre de la justicia social y el bien común. Estas acciones incluyeron desde acciones antidesahucio a campañas de desprestigio contra propietarios abusivos, litigios y huelgas de alquileres por bloques, vinculadas al concepto de vivienda como espacio de autonomía y emancipación, y a otras formas de liberación (laboral, étnica, racial, sexual). En cualquier caso, nos interesa destacar que el

movimiento por la vivienda ha resultado más productivo cuando se ha aliado con otros colectivos, como el Black Power, el movimiento por los derechos civiles o con los sindicatos laborales, por citar algunos ejemplos recientes. En nuestro caso, *Housing First* conecta diversas ideas, colectivos e instituciones; asociaciones de personas sin hogar, usuarios de Servicios Sociales, colectivos por una vivienda digna, etc.

La cuestión de la vivienda va mucho más allá de sus aspectos técnicos, se trata de un problema político, económico y social de gran calado que implica una amplia colaboración entre diferentes agentes, instituciones y colectivos dispuestos a remar en una misma dirección. Lo residencial es político, eso significa que la configuración del sistema de vivienda es el resultado de las luchas y tensiones entre grupos y clases. Lo que nos plantea algunas preguntas sobre las medidas que toma el Estado y sobre el sistema económico en general.

La vivienda se encuentra amenazada por diversos conflictos que interactúan de manera simultánea y compleja. El más inmediato y próximo es el que existe entre la vivienda entendida como espacio social, en el que se vive y se construye un proyecto de vida, y la vivienda como instrumento al servicio de la obtención de beneficios. El conflicto entre la vivienda en su dimensión de hogar y la vivienda como bien inmueble y productivo. En definitiva, la vivienda plantea serios interrogantes sobre el poder, la desigualdad y la justicia en la sociedad capitalista, en la economía y en la política contemporánea y, en consecuencia, es un ámbito que interesa, y mucho, a las polí-

ticas sociales. Proyectos como *Housing First* pueden arrojar algo de luz sobre las medidas a adoptar y los obstáculos a superar, entre otras cosas porque es un modelo que se está desarrollando en diferentes países, municipios y ciudades adaptándose a las particularidades del mercado inmobiliario de cada comunidad. Además ofrece la posibilidad de ampliar el campo de visión, evaluar los resultados y pensar en términos de política comparada entre los diferentes territorios donde ya se está desarrollando.

Friedrich Engels (9) escribe en 1872 uno de los textos clásicos sobre aspectos socio-políticos de la vivienda; *Contribuciones al problema de la vivienda*. Allí nos encontramos la consideración de que la problemática de la vivienda es inseparable de las estructuras propias de la sociedad de clases y, por lo tanto, replantear hoy en día el problema de la vivienda significa revelar las conexiones que existen entre todos los poderes en juego. Por su parte Henri Lefebvre (10) en *El derecho a la ciudad* (1968) imagina un porvenir en el que las necesidades sociales no están subordinadas a las necesidades puramente económicas, en el que pudiera contarse con un espacio residencial “desalienado” y disponible para todos, en el que tanto la igualdad como la diferencia serían principios básicos de la vida social y política. Como advierten Maden et al. (8) “la experiencia de la crisis en el ámbito de la vivienda refleja e intensifica las tendencias generales hacia la inseguridad en las sociedades capitalistas. La crisis de la vivienda es el resultado predecible y lógico de una característica básica del desarrollo espacial capitalista: la vivienda no se produce y se distribuye con la finalidad de

que todo el mundo tenga un lugar en el que vivir, sino que se produce y se distribuye como una mercancía para enriquecer a unos pocos. La crisis de la vivienda no se produce como consecuencia de un fallo en el sistema, sino porque el sistema funciona como debe.”

CONCLUSIONES

Como agentes sociales nos interesa la defensa de la vivienda entendida como un recurso al que todo el mundo debería tener acceso, la vivienda en su calidad de hogar, y no como un simple producto de consumo financiero para especular. Proyectos como *Housing First* permiten profundizar en el concepto de vivienda como lugar de reproducción social y no como fuente de riqueza y control poblacional.

La vivienda es también la puerta de acceso a toda una serie de bienes sociales, culturales y políticos. Sin ella resulta imposible participar plenamente en la vida social, política y económica de nuestras comunidades. Es también el requisito previo tanto para el trabajo como para el ocio, otorgando seguridad ontológica. La vivienda estructura la forma en que las personas interactuamos en el espacio social, con las comunidades y en colectivos más amplios, nos dota de identidad, privacidad y autonomía. En los últimos años ha ido creciendo una mayor sensibilidad hacia el papel central de la vivienda en la erradicación del sinhogarismo. En ese contexto, cada vez es mayor la atención que se está proporcionando al modelo *Housing first*, un enfoque que, sin ser revolucionario, subvierte en algunos postulados las intervenciones tradicionales.

El trabajo con personas sin hogar nos anima a profundizar en alternativas de alojamiento frente a la hipermercantilización del parque de viviendas en la actualidad y promover otro tipo de prácticas que permitan alojar a todas aquellas personas que, por diversos motivos, no han podido incluirse en un lugar, en un hogar, o nunca lo han tenido (11).

Referencias bibliográficas

1. Guía Housing First Europa. Traducida por Fundación RAIS. 2016. www.housingfirstguide.eu
2. Blanco S. Sam Tsemberis, el hombre que empezó la revolución por el techo. El País, 10 de noviembre de 2016. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2016/11/10/eps/1478732741_147873.html
3. Cartoixa J, Jobet M. Implementación del modelo Housing First: una oportunidad para desarrollar una práctica basada en los derechos del sujeto. En Respuestas transdisciplinares en una sociedad global: aportaciones desde el Trabajo Social. 2016.
4. EAPN Grupo de Alojamiento de la Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. El modelo Housing first, una oportunidad para la erradicación del sinhogarismo en la comunidad de Madrid. Madrid: EAPN; Junio 2013.
5. Sánchez C. El síntoma Housing First. De la cronicidad a la comunidad. Una práctica ética en el campo de las desinserciones, adicciones y Salud Mental. Norte de Salud Mental. 2021;17(64): 47-56.
6. Vidal F. Housing First: una revolución para personas sin hogar. El País, 8 de octubre de 2015.
7. Desviat M. La Reforma Psiquiátrica. Valladolid: La Revolución Delirante; 2020.
8. Madden D, Marcuse P. En defensa de la vivienda. Madrid: Artes Gráficas Cofás; 2016
9. Engels F. Contribuciones al problema de la vivienda. Madrid: Fundación de estudios socialistas Federico Engels; 2006.
10. Lefebvre H. El derecho a la ciudad (3ª edición). Barcelona: Península; 1968.
11. Zenoni A. Orientación analítica en la institución psiquiátrica. Revista Bitácora. El psicoanálisis hoy. 2006; 1.

Cosme Sánchez Alber

Correspondencia:cosmesan@hotmail.com

Una reflexión sobre la asistencia en Salud Mental con enfoque de género y diversidad sexual

A reflection on Mental Health care with a focus on gender and sexual diversity

Élida Grande

Psiquiatra y Médica de Familia. Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB). Centro de Salud Mental Comunitario Ajuriaguerra (Bilbao).

Recibido: 3/12/2021

Aceptado: 25/03/2022

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es ahondar en el estudio de la subjetividad trans, en concreto la subjetividad del "hombre trans". Partiendo de la presentación de un caso clínico intentaremos profundizar a través de teorías psicoanalíticas y de otras disciplinas como la sociología y el activismo en primera persona.

Palabras clave: : trans, hombre trans, subjetividad, identidad, psicoanálisis, activismo trans.

ABSTRACT

The aim of this paper is to delve into the study of trans subjectivity, specifically the subjectivity of the "trans man". Starting from the presentation of a clinical case we will try to deepen through psychoanalytic theories and other disciplines such as sociology and activism in the first person.

Key words: trans, trans man, subjectivity, identity, psychoanalysis, trans activism.

INTRODUCCIÓN

Antes de poner negro sobre blanco para construir este artículo, tengo que admitir que hace unos años no habría podido ni siquiera pensar en el tema, me faltaba un tipo de mirada y muchos de los conceptos para poder pensarlo, ya no escribirlo. También quería subrayar que este artículo está basado en un Trabajo de Fin de Máster que se presentó en el año 2020 en la Universidad de Filosofía de Valladolid, con el apoyo académico y la constante corrección de Fernando Colina, tutor en este trabajo y autor de referencia en nuestro estudio.

Nuestro trabajo de psiquiatra en un Centro de Salud Mental (CSM) público es un observatorio privilegiado de la subjetividad humana y de sus transformaciones. A veces somos meras espectadoras de dramas, comedias o tragedias, otras nos dan un papel más o menos protagonistas en la obra, pero hay veces que simplemente una se queda fascinada, sin palabras. La idea inicial de este trabajo surgió de un encuentro de estas características con uno de mis pacientes. En general, todos los pacientes nos construyen, pero hay pacientes en particular que marcan un antes y un después, de alguna manera nos transforman.

Colina en sus clases comenta: *“No se está delante de un loco sin consecuencias, hay que tener a mano una buena teoría, aunque luego no coincida con la aproximación que necesita el sujeto o la teoría se nos desmorone (...)”*.

Kepa es un hombre *trans* joven que aquel día acudió a mi consulta por un cuadro de angustia intensa, al despedirnos reflexioné sobre la enseñanza de Colina. No estaba loco, pero su enseñanza pensé que no se está delante de un paciente *trans* con ese sufrimiento sin consecuencias. Había que armarse con una buena teoría o, como se dice, ponerse las gafas adecuadas, al menos para no dañar con nuestra mirada. En esos momentos Fernando Colina había publicado un libro: *“Foucaultiana”*¹. Libro con el que inicié el acercamiento al estudio de los cambios actuales de la subjetividad y la identidad.

1. “Un hombre *trans* solicita consulta con una psiquiatra comunitaria de la sanidad pública. Curiosidad clínica e intelectual”

- Resumen sobre su biografía y su proceso de transición:

Natalia nació en 1996 en otra comunidad. Con pocos meses viene a vivir con sus padres a un pueblo cerca de Bilbao. A los dos años los padres se separan. El padre rehace su vida con otra pareja y otros hijos en un pueblo cercano. Con trece años, madre e hija, se mudan a otra ciudad, a casa de la abuela materna. Vivía y se trasladaba con su madre: *“Con ella siempre líos, problemas con el alcohol, problemas...”*.

Con dieciséis años, Natalia siente *“que era de otra especie”*, *“yo era un chico no una chica”*, *“no era un tema de cuerpo, era de navegar por el mundo, como una posición, yo no estaba en la posición adecuada,”* *“esperaba otras cosas de la vida”*. Con dieciocho Natalia vuelve a Bilbao para estudiar en la universidad una carrera ciencias puras que era su vocación: *“Soy buen estudiante, eso siempre me ha ayudado”*.

Al año siguiente, solicita derivación a través de su Médica de Familia a la Unidad de Disforia de Género, que está ubicada en el Hospital Universitario de Cruces en Barakaldo, denominada entonces “UTIG” (Unidad de Trastornos de Identidad de Género). Ese año cambia de nombre entre sus amistades a Kepa, aprovechando también el cambio de entorno: *“Yo me sentía fuera de la realidad. Cambié de nombre a Kepa a los diecinueve años, y un tiempo después empecé a transicionar. Desde el cambio de nombre estoy conectado con los demás, antes era como si no tuviera nada en común con los que me rodeaban”*.

- Descripción de algunas las fases de su transición:

En la Historia Clínica de la UTIG, desde la mirada de un profesional se lee: *“Acude solo. Identificación con sexo opuesto desde siempre. Aunque de niña no sentía una contradicción interna, realizaba competiciones de gimnasia rítmica al igual que se sentía “uno más entre ellos”*. *No tenía un discurso para decirlo específicamente. A partir de la pubertad se dio cuenta de que no enca-*

jaba en lo que son las chicas y que le incomodaban los cambios corporales. Hace un año comenzó a decir claramente que no se sentía con deseo de cumplir las expectativas que se esperan de una mujer y paulatinamente lo ha reivindicado: amigos, padres, profesores... Todos han asumido que deben tratarle como Kepa. “Disforia corporal desde la pubertad, con el sentimiento de que a su cuerpo “no era eso lo que le tenía que pasar...”. “Orientación sexual: deseo por la mujer, pero no exclusivamente. Impresión diagnóstica: Posible Trastorno de Identidad de Género (TIG): de mujer a hombre. TIG Masculino”.

“Tratamiento hormonal: sí desea. Intervenciones Quirúrgicas: sí mastectomía. Dudosamente, reasignación de sexo genital. Protocolo: Citas con Psiquiatría y cita con Psicología. Se entrega y firma el Consentimiento Informado de Diagnóstico y Tratamiento”.

Según la Ley 3/2007 ya se podía suprimir la necesidad de tener que someterse a tratamiento hormonal para cambio de inscripción relativa al sexo y nombre en el Registro Civil, antes era obligatorio dos años de tratamiento². En 2016 se le realiza el informe para cambio de nombre a Kepa en la Universidad y luego en el registro. Completa las pruebas psicológicas con resultados dentro del rango de la normalidad. Después de muchos avatares comienza con el tratamiento hormonal con testosterona y en 2019 se le realiza la intervención quirúrgica de una mastectomía bilateral. Desde ese momento deja de acudir a la UTIG. Ya tenía decidido no someterse a más intervenciones. Kepa

nos comenta: *“No necesito más que la testosterona por ahora”.*

Al CSM acude a las consultas de manera irregular. Le conocí a principios del año 2019, en los momentos de crisis aparece el riesgo de autolesionarse e ideación suicida. Según nuestro criterio clínico es un paciente grave, que nos ocasiona desasosiego a la vez que ternura. Acepta intervenciones puntuales, incluso farmacológicas *“con tal de seguir estudiando, tengo que acabar la carrera, dame algo suave que me deje pensar...”.*

Las terapistas que le atendíamos estábamos de acuerdo en que es un hombre con un gran sufrimiento a la vez que se deja acompañar y ayudar puntualmente desde su distancia de seguridad, que el equipo respetaba. Realiza un esfuerzo ingente por sentirse estable, le percibíamos como un paciente responsable de sus síntomas. Se acercaba al sistema cuando necesitaba ayuda puntual de nosotras, luego seguía su camino.

Sus crisis son como él mismo comenta: *“el drama”.* Entra en crisis normalmente por algún desencadenante emocional y pide cita urgente. Se sienta en la sala de espera en el suelo, en una esquina concreta, llorando desconsoladamente, cabizbajo como un niño. Era un hombre de veintitantos años que mide menos de 1.60 m y muy delgado, físicamente atractivo, con expresión de género femenina. Yo salgo a avisarle para atenderle dirigiéndome directamente a esa esquina, sigo sus llantos y las miradas fijas en él de los pacientes de la sala de espera que observan “el drama”, diciéndolo con sus.

Para poder conocerle mejor aceptó realizar una Entrevista Estructural de Kernberg a fin de profundizar en el conocimiento de su personalidad³.

Colaboró activamente en la entrevista, le importaba entenderse, fueron dos sesiones de una hora cada una, que nos dejó grabar y transcribir para las supervisiones con los colegas.

- Resumen de su Entrevista Estructural:

Relata que el motivo fundamental por el que acude a consulta es para controlar *“unos ciclos de emociones super intensas que no puedo controlar y que me están destruyendo”*s, *“que me siento gobernado por una cosa que se me escapa”*. Centrándose más en la naturaleza de su sufrimiento y qué ayuda espera de nosotras, dice: *“las emociones son mi problema”*, *“la verdad es que... idealmente me gustaría llegar a ser más equilibrado y dejar de necesitar manipular a la gente para que no me abandonen y ese tipo de cosas. No sé... Se supone que hago todo eso porque no conozco otra forma de vivir, pero tengo unas emociones tan intensas que no puedo dejar de hacer todo eso. Me gustaría regular eso sí se puede”*, *“creo que me odio bastante, no estoy a gusto ...o sea, diría que estoy a gusto racionalmente conmigo mismo, y reconozco mis virtudes y las valoro, pero aun así tengo una especie de... no sé... me cuesta mucho vivir... me cuesta mucho estar bien... El estar bien hace que me quiera hacer daño”*.

Con la entrevista estructural se podría deducir que es un sujeto con una capa-

cidad intelectual y verbal por encima de la media. Describe a los otros significativos y a él mismo con claridad, su uso del lenguaje es preciso, estructurado, lo que puede indicar una identidad definida con relaciones de objeto estables. Por otro lado, lo que resulta confuso es su comportamiento con veintipocos años, no su discurso. Es en la puesta en escena de las crisis donde se aprecia una conducta infantil egosintónica y con un exhibicionismo dramático del que hace poca o nula crítica. Es esta conducta la manifestación que apunta de alguna manera a su sufrimiento, a esa identidad difusa que aflora en esos momentos de inestabilidad afectiva. Puede que su caos interno y su escasa vida social por ahora se esté compensando parcialmente con una inteligencia elevada y el éxito en los estudios.

Añadimos a este malestar del paciente el hecho de que como terapeutas nos falta preparación para ayudar a estos pacientes. La contratransferencia que nos produce a las terapeutas que le intentamos ayudar era similar en todas. Examinando en concreto mi reacción podría decir que me colocaba en una posición un tanto de desconfianza, como si buscara una máscara que desenmascarar. Hecho que me impedía evaluar al sujeto con neutralidad y eficacia. Personalmente me resultaba desorganizador. Estos detalles salieron a la luz al supervisar el caso con el grupo de Kernberg. Debía examinar mi reacción, no interponiendo la exploración médica clásica de “sexo, género y orientación sexual”, sino centrándome en el estudio de su personalidad como cualquier otro paciente.

Creo que parte de nuestra desconfianza es nuestra ignorancia. Como dice Butler⁴, nos inclinamos a pensar que es el cambio de práctica sexual, o de deseo sexual de cada sujeto el que desestabiliza el género, cuando este proceso proviene de otro lugar, surge de la construcción de una nueva identidad.

2. Curiosidad clínica e intelectual

Las palabras: “*trans*”, “*transformación*”, “teoría”, “sujeto”, “*subjetividad*”, “*identidad*”, circulaban en mi cabeza sin coordenadas. Pero sobre todo Kepa con su imagen variable, su mirada y sus propias palabras: “*drama*”, “*transición*”, “*chico trans*”, “*hombre trans*”, “*no pertenezco a este mundo*”, “*no era un tema de cuerpo, era de navegar por el mundo*”, fueron el inicio del estudio.

La transexualidad, añadiendo o no la base filosófica del pensamiento *Queer*, es una subjetividad que pone en jaque el pensamiento hegemónico, tanto desde el marco biomédico que constituye el modelo médico actual, como a las teorías psicológicas clásicas o más avanzadas que tampoco encuentran respuestas claras a este fenómeno tan humano¹.

Una se pregunta si se puede llegar a comprender con los conocimientos actuales esta realidad. Tanto la comprensión del proceso de la construcción de identidad de género de los sujetos en general, sean de un sexo/género u otro, como del proceso particular que experimenta alguien que biológicamente es de un sexo pero que subjetivamente se siente del sexo contrario⁵. Además de comprender qué

hace que unos sujetos emprendan un camino de transformación de género y/o sexo, mientras que otros sintiendo lo mismo no lo consideran necesario o realizan parte del proceso y se detienen, por una u otra razón.

La medicina, como aplicación de la ciencia, se basa tanto en el saber científico como en los avances tecnológicos de cada época. Hasta hace poco tiempo aportaba soluciones biomédicas a las personas *trans* que antes no estaban disponibles, a cambio de aceptar por parte del sujeto una serie de condiciones⁶.

Hoy en día, gracias a la lucha social y personal del colectivo *trans* se han producido cambios tanto en la legislación estatal como en los comités científicos internacionales. En la nueva edición de enero 2022 del CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión) “la transexualidad” se elimina como “Trastorno Mental o desorden de la Identidad de Género”. El CIE-11 es el manual diagnóstico de la OMS (Organización Mundial de la Salud), manual que utilizamos en nuestras consultas, no el DSM-5 norteamericano.

No se necesita superar un proceso médico legal de valoración psiquiátrica para finalmente acceder a las soluciones que cada sujeto precisa para realizar su transición. Pueden ser procedimientos tanto farmacológicos como quirúrgicos, o ambos. Aun así, la medicina, con su método científico por un lado tan valioso para estudiar lo simple, resulta poco útil ante el estudio de la complejidad humana. Se les encamina normalmente

hacia una transición binaria, es decir, de un género a otro. Unos piensan que es para mantener el binarismo heteronormativo, otros pueden verlo como para que sean más aceptados en la sociedad patriarcal y transfoba en que vivimos, donde la transfobia, el odio y la violencia que sufren estas personas es una realidad.

La psicología y la filosofía aportan quizá, perspectivas más comprensivas a nivel conceptual sobre la subjetividad y la identidad. Recordé un libro de conversaciones de Michael Foucault donde expresaba una concepción de “teoría” con estas palabras:

“Entender la teoría como una caja de herramientas quiere decir:

Que se trata de construir no un sistema sino un instrumento; una lógica propia a las relaciones de poder y a las luchas que se comprometen alrededor de ellas. Que esta búsqueda no puede hacerse que poco a poco, a partir de una reflexión (necesariamente histórica en alguna de sus dimensiones) sobre situaciones dadas⁷.”

En la misma página de ese libro, en una nota a pie de página, Foucault escribe: *“Lo que digo en esta entrevista no es “lo que pienso”, sino lo que a menudo me pregunto si no podría pensarse”*.

Sus palabras: teoría como caja de herramientas, construir un instrumento, búsqueda poco a poco, reflexión sobre situaciones dadas, si algo pudiera pensarse o no, me parecieron estimulantes para un acercamiento a la complejidad de este sujeto.

En ese mismo texto, Deleuze comenta: *“No se trata tanto de predecir, sino de estar atento a lo que llama a nuestra puerta⁷”*.

En ese estar atenta y acompañar a este sujeto me encontré que de poco me servían los conocimientos previos, mi caja de herramientas era de otra época, otro contexto histórico. Empecé, como se hace normalmente, leyendo -leer, leer y leer- además de buscar y encontrarme con sujetos parecidos, con la vana idea de buscar algún rasgo o esencia común para guiar mi estudio.

Posteriormente añadí anotaciones e ideas que han ido surgiendo tras recorrer caminos de estudio menos ortodoxos. Navegando por internet, viendo vídeos y entrevistas a personas *trans*, centrándome en *hombres trans*. Utilicé esos medios creyendo que encontraría más verdad en sus experiencias, es decir, que la existencia de cada uno de ellos podría proporcionar más perspectiva al saber de lo que estaba ocurriendo.

El eje del estudio es sin duda Kepa, un hombre *trans*, el objetivo es centrarnos en la subjetividad de lo único, nuestro paciente, a través de lo múltiple, las diferentes teorías y experiencias. Primero, nos acercaremos a las aportaciones de los psicoanalistas (Freud, Stoller, Lacan, Kernberg), para posteriormente, aportar pinceladas sobre las teorías *trans** de más actualidad (Preciado, Missé, Halberstam). Es un acercamiento desde lo particular a lo general, he hecho como una miniguía que me ayudara a abarcar un tema tan complejo pese a

las limitaciones de un artículo de estas características.

De todas formas, se intentará que nuestro puerto de partida y de destino sea nuestro paciente para no navegar sin rumbo. Es un sujeto, un hombre *trans*, que consulta sobre su sufrimiento a otro sujeto, una psiquiatra, una mujer *cis*, en un CSM de Bilbao.

UNA REFLEXIÓN ANTE LA TRANSFORMACIÓN DE LA IDENTIDAD Y LA SUBJETIVIDAD EN EL S. XXI

1. Conceptos y definiciones actuales

Nos centraremos en determinados términos para perfilar nuestro artículo y debido a la amplitud del tema los demás os remitiremos a los textos de referencia:

1.1. Desde el discurso Médico-Psiquiátrico

Existen múltiples tipos de definiciones, intentaremos aclarar algunas:

A. Sexo. Género. Orientación sexual. Expresión de género. Identidad de Género / Sexo

Los tres primeros conceptos se utilizan fundamentalmente en el discurso médico. Los demás nos ayudarán a una comprensión más amplia del tema.

- **Sexo:** Hembra, macho, intersexual. La dotación biológica del sujeto incluye sexo cromosómico, genitales externos, gónadas, estructuras reproductivas accesorias internas y sexo hormonal incluyendo los caracteres sexuales secundarios. Intersexual corresponde a un sujeto

nacido con algún grado de ambigüedad sexual, anatómica y fisiológica⁹.

- **Género:** Femenino, masculino, no binario. “Género” es un concepto construido en los años cincuenta desde las disciplinas médico-psiquiátricas. Alude a la descripción de los comportamientos asignados social y culturalmente a los sujetos según sean mujeres u hombres. Fue J. Money, en 1955, en el Hospital John Hopkins de Nueva York donde se estudiaban los casos clínicos de intersexualidad, quien definió el término: “*La expresión rol de género se usa para significar todas aquellas cosas que una persona dice o hace para revelar que él o ella tiene el estatus de niño u hombre, o niña o mujer, respectivamente. Ésta incluye, pero no está restringida, a la sexualidad en el sentido de erotismo*”¹⁰.

Es transmitido por el lenguaje y su necesidad de clasificar. Hablaremos de género fundamentalmente cuando se hace alusión a la división de los sujetos en la categoría de masculino, femenino y no binario con relación a los aspectos socio-culturales transmitidos por el lenguaje⁹.

Considerar el género como un rol nos conduce a evaluar las relaciones de poder y desigualdad entre ellos⁹. No es objeto de este estudio, pero no se debe olvidar esta perspectiva. Al hilo de esto, comenta Paul B. Preciado: “*Lo más extraño de convertirse en hombre (hombre trans) es conservar intacto el recuerdo de la opresión*”¹⁰.

- **Orientación Sexual:** Homosexual, heterosexual, bisexual, asexual. Según

si la excitación sexual es hacia el mismo sexo, al otro sexo, hacia a ambos o no tener interés sexual.

- **Expresión de Género:** Femenino, masculino, no binario. Un concepto de cómo un sujeto expresa externamente el género y cómo los demás interpretan este comportamiento según las normas sociales además del rol que culturalmente se le asigna. Es una herramienta valiosa por los matices que aporta. No es una identidad es lo que los demás nos atribuyen, es descriptivo, no es estático, ni categórico. Es lo que nos llama la atención a los demás cuando no nos encaja identidad de género con expresión de género¹¹. En el caso de Kepa, podría describirse como hombre *trans* heterosexual con expresión de género femenino, aunque a primera vista impresiona un hombre homosexual de expresión femenino.

- **Identidad de Género / Sexo:** Mujer, hombre, no binario. A veces la identidad de género y la identidad sexual son términos que unos autores diferencian y otros los relacionan de una u otra manera.

Stoller, psicoanalista de referencia en estudio de este campo, define la identidad de género como el sentimiento de pertenencia a un sexo u otro. La ventaja de la expresión de identidad de género frente a la identidad sexual descansa sobre el hecho de que se refiere claramente a la autoimagen de uno mismo en relación con la pertenencia a un sexo específico⁹. Aunque Stoller en su exposición de ideas fue avanzado y algunas de sus hipótesis todavía resulten en parte transgresoras, debemos contextualizar su obra ya que su libro es de los años 70.

Realizamos un salto en el tiempo (2019) leyendo en el libro: *Foucaultiana: “La idea de identidad de género estable, coincidente con el destino biológico de cada uno, ha dejado de sostenerse. El vigor que ha alcanzado el discurso de la transexualidad y la fuerza del activismo paralelo han hecho surgir un nuevo paradigma. La identidad de género ya no se considera enteramente determinada por la naturaleza ni por los equilibrios psicogenéticos sino prescrita también por las pautas de la sociedad”*.

B. Transexual. Transgénero. Queer. Trans. Trans*. *Bollera. Butch, Stone butch y Butch transgénero*

- **Transexual:** Término utilizado desde los años 50, se refiere a sujetos con dotación biológica de un sexo que tienen la vivencia subjetiva de pertenecer al sexo contrario⁹.

En algunos textos se denominaba al sujeto *transexual* al que desea la transición de hombre a mujer hombre *transexual*¹², primando lo biológico, y recientemente se emplea para esa misma persona el término *mujer transexual*, primando la vivencia subjetiva respecto al propio género. Nuestro caso es un *hombre transexual*, ya que realizó la transición de mujer a hombre, primando su subjetividad. Este hecho leyendo textos clásicos produce al inicio del estudio cierta confusión, pero no deja de ser algo relevante a señalar, siendo los mismos sujetos los denominados.

Hoy en día, el malestar por la discordancia entre identidad de género sentida

y el sexo objetivado al nacer es lo que se conoce como “Disforia de Género”, término acuñado en 1972 y que aparece consolidado en el DSM-5. En 1954 ser transexual en este país era considerado un delito, una desviación moral, una perversión. En 1979 pasaron a ser considerados trastornos mentales. No fue hasta 2012 que en el País Vasco se aprobó la ley de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales¹³.

- **Transgénero:** Término que surge en los últimos años como una forma de recopilar las muchas formas vividas de transexualidad, que incluyen transexuales sin operar, transexuales que no se hormonan y muchas otras situaciones¹⁴.

- **Queer:** Término acuñado por Teresa de Laurentis en los noventa. La Teoría Queer crea un nuevo espacio donde no se trata de transgredir la norma de modo rebelde sino de trascenderla e inhabilitarla a cada paso. Lo *queer* representa el intento de cuestionar incesantemente los fundamentos de cualquier concepto y de disolver todo tipo de identidad sexual que se proponga¹⁵.

Queer es un término polisémico, se puede traducir en un principio como “raro, extraño, torcido”. Hoy día puede ser algo más parecido a “marica- bollera-trans”. Nació en el s. XVIII como adjetivo para calificar de manera despectiva a un sujeto desviado, no heteronormativo. Posteriormente ha ido evolucionando el significado y sus usos, como un significante fluctuante¹⁷, superando los

dispositivos normativos. De significar un insulto, pasa a ser utilizado a finales del s. XX como una provocación, hasta que en s. XXI llega a ser un término utilizado en ambientes académicos, hay estudios universitarios sobre “Teoría *Queer*”. Un camino acompañado por un activismo político en constante crecimiento. *Queer* no es una identidad, es una posición crítica frente a los procesos de construcción de la identidad, es un no quedar atrapado en el binarismo.

Preciado fue invitado en noviembre del año 2019 a hablar ante miles de psicoanalistas en las Jornadas de la *École de la Cause Freudienne* en París. Al poco tiempo de iniciar su intervención fue abucheado y no pudo terminar su discurso. Posteriormente, publicó el discurso al completo en un libro titulado “*Yo soy el monstruo que os habla*”¹⁸. Textualmente dice “*les hablo hoy desde la jaula elegida y rediseñada del “hombre trans”, o, para ser más exactos, de “cuerpo vivo de género no binario”, una jaula política que es en todo caso mejor que la de los “hombres” o la de las “mujeres”, porque al menos reconoce su estatuto de jaula*” (pag. 21). En la página 28 podemos leer “*yo no quería ser hombre; yo buscaba una salida*”, creo que esta idea nos podría hacer reflexionar sobre su sufrimiento.

Aunque lo que más nos hace reflexionar fueron los hechos. Qué está ocurriendo en nuestra sociedad para que Preciado, que había sido invitado por una de las élites del mundo psicoanalítico, para realizar su discurso en sus jornadas no haya sido escuchado, haya sido abucheado y

no se le haya permitido desarrollar sus enunciados. Me pregunto: ¿Qué no se puede escuchar en un espacio de estas características?

Resume en su discurso tres ideas que iluminan a nivel epistemológico lo que está ocurriendo. Primero, que la epistemología política del cuerpo es histórica y cambiante, segundo, que el binarismo actual y jerárquico está en crisis desde los años cuarenta y, por último, que la diferencia sexual está en mutación, que cambiará hacia otra epistemología en diez o veinte años. Quizá lo que quede desde la clínica y desde el psicoanálisis es reflexionar sobre hechos, experiencias y evidencias.

Como interpela Preciado a los psicoanalistas: *“Lo que van a tener que decidir es lo que van a hacer: ¿dónde se van a ubicar?, ¿en qué jaula quieren estar/ser encerrados?, ¿cómo van a jugar sus cartas discursivas y clínicas, en un proceso tan importante como éste?”*.¹⁹

- **Trans:** Las personas Cis -del lado de aquí-, son aquellas que su identidad sexual coincide con la que se les asignó al nacer. Las personas *Trans* -del lado de allá- cuya identidad no casa con la asignada²⁰. Se añade como un apellido al nombre de la subjetividad sentida: hombre *trans*, mujer *trans*.

- **Trans*:** Es un término que determinados autores usan para ir un poco más lejos del término transgénero. El asterisco es un comodín en las búsquedas en internet. Es un símbolo que señala la inestabilidad y la insuficiencia de las clasificaciones,

como una pregunta a su prefijo²¹. Me pareció interesante añadirlo porque es en internet donde se producen muchos encuentros entre sujetos trans, donde se producen esas identificaciones virtuales que abren puertas a nuevas posibilidades de ser o estar en el mundo.

1.2. Desde el discurso

Psicológico - Filosófico

A. Identidad

La “*identidad*” según el DRAE es: *“Cualidad de idéntico. Conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás. Conciencia que una persona o colectividad tiene de ser ella misma y distinta a las demás”*.

Según Kernberg, *“la identidad se compone del concepto o los conceptos del yo y de los otros significativos, es la que brinda la estructura psicológica que determina la organización de carácter. La identidad incluye tanto un sentido interno y coherente respecto de sí mismo, como también una conducta externa que refleja dicha coherencia interior. El sentido de coherencia del yo es fundamental para la autoestima, el placer, la capacidad de disfrutar con los demás y del compromiso y las obligaciones relacionadas con el trabajo, y para un sentido de la continuidad a largo plazo. Un sentido coherente e integrado respecto del yo contribuye a la realización de las propias capacidades, deseos y objetivos a largo plazo. De forma similar, un concepto coherente e integrado respecto de los demás contribuye a evaluarlos de*

manera realista, incluida la empatía y el tacto social, y por ende la capacidad de comunicarse y de relacionarse con éxito. El sentido integrado respecto del yo y respecto de los demás contribuye a desarrollar la capacidad de vivenciar una interdependencia madura con los demás y de establecer compromisos emocionales, relaciones íntimas y estables integrando en ellas erotismo y ternura, manteniendo simultáneamente la propia coherencia y autonomía”²².

La Identidad para otros autores es el conjunto de características individuales que conforman el ser de una persona, mediante las cuales se identifica y se distingue del resto de seres. Una parte de esa identidad global del sujeto sería la identidad de género¹³.

Desde nuestra perspectiva médica, nadie debería ni podría diagnosticar la identidad sexual/género de otro, salvo quizá casos de intersexualidad que eligen el género los padres y médicos en los primeros momentos de la vida, con las consecuencias que tendrá para cada sujeto particular. Lo más frecuente es que en las personas se produzca un “autodiagnóstico”. No habría transexualidad sin la decisión de cambiar por parte del sujeto¹². El paciente se diagnostica a sí mismo para poder obtener tratamientos médicos, hecho considerado una humillación por unos, un trámite por otros.

El reconocimiento institucional es fundamental para tener una identidad en la sociedad. El cambio de nombre en el del Documento Nacional de Identidad

(DNI) fue un objetivo clave de la lucha. Se consiguió el cambio de ley no sin condiciones, entre ellas la valoración psiquiátrica, es diagnóstico, y otra: dos años de tratamiento hormonal, pero lo lograron. Aunque ahora están cambiando las condiciones con las reformas legales. Dice Preciado en su libro “Un apartamento en Urano”: “*Nadie da sin pedir algo a cambio. El Estado dice: Si quieres un nombre, dame antes tu uso de razón, tu conciencia y tu salud mental*” (p. 223).

Incluso para la prisión, como modelo de institución total, el Ministerio del Interior ha publicado en 2006 un plan de aplicación de integración penitenciaria de personas transexuales privadas de libertad. Se puede leer textualmente en la primera página: “*...las personas transexuales sin identidad oficial de sexo acorde con esta, podrán acceder a módulos y condiciones de internamiento adecuados a su condición*” (DGIP, 7/2006).

B. Subjetividad

La “*subjetividad*” es un concepto epistemológico fundamental en este estudio. Según la DRAE, “*subjetividad*” es la cualidad de “*subjetivo*”. Siendo “*subjetivo*” un adjetivo “*perteneciente o relativo al sujeto, considerado en oposición al mundo externo. Perteneciente al mundo del pensar o de sentir del sujeto, y no al objeto en sí mismo*”. Se contrapone a la “*objetividad*”, que presupone que el mundo está constituido al margen de la valoración de cada sujeto.

Colina define “*el sujeto de la clínica*”, nuestro sujeto en consulta: “*El sujeto articula una doble función, la primera deriva de la reflexividad del yo (se observa, se juzga) y la que rige las relaciones interpersonales (tratando con los otros). Se es sujeto para uno mismo y para los otros, desdoblado a su vez en el Otro Interior (que aliena nuestra intimidad) y el Otro Exterior (tradicional). Descubrimos así que no somos enteramente dueños de nuestra casa y que en nuestro interior habita otro que nos gobierna y confunde. (...). Sería la omnipresencia dialéctica del otro la que nos hace sujetos. (...). El otro es otro y, a su vez, otro que es uno mismo. El centro gravitatorio de la subjetividad estaría pivotando en las relaciones interpersonales y el trato con uno mismo. Donde se encontrarían también los síntomas y el sufrimiento humano*”¹.

Según leemos en *Foucaultiana*¹ el primer historiador de la subjetividad fue Michael Foucault, investigando la modificación de la subjetividad a lo largo de las épocas. Colina escribe: “*El estudio de Foucault transita por dos vías que continuamente se interfieren y combinan. Una, la de conocer las modificaciones que el peso de la historia ha fraguado paso a paso la subjetividad. Otra, la de entender la subjetividad propia e individual como resultado pasivo de la vida, pero también como proceso voluntario de construcción y cambio*”¹.

Esta parte de proceso voluntario de construcción de subjetividad nos conduce a las ideas de Preciado cuando habla de “*experimentar con mi propia subjetivi-*

dad”, o dice “*quiero ocupar una ficción política que es la masculina*” o describirse como “*disidente del sistema de sexo-género*”⁵.

MARCO TEÓRICO

1. Teorías sobre la construcción de la Identidad

Son teorías complejas, indispensables según nuestro criterio, a las que haremos breves acercamientos.

Lacan en 1936 propuso la “*Teoría del estadio del espejo*” como “*formador del yo*”. “*El estadio del espejo debe ser concebido como una identificación, en el sentido más freudiano del término, es decir, como una transformación que tiene lugar en un sujeto cuando asume como propia su propia imagen. El bebé, sometido a su impotencia motriz y dependiente de su nutrición del Otro materno, celebra jubilosamente su imagen especular, que constituye la matriz simbólica sobre la que el Yo se cristaliza de una forma primordial. De manera que lo más importante, según Lacan, es que la instancia del Yo se sitúa en una línea de ficción que solo asintóticamente toca el devenir del sujeto, ya que el Yo no puede jamás dar cuenta por completo de la noción de sujeto*”²³.

Según Kernberg, para conseguir la Identidad del Yo, “*el Yo temprano debe cumplir dos tareas esenciales en rápida sucesión: 1) la diferenciación entre imagen de sí mismo e imágenes objetales, y 2) la integración de sí mismo y de los objetos, de origen libidinal y agresivo*”.

Resumiendo, podríamos decir que los pacientes que no han llegado a conseguir una Identidad Yoica, lo que les habría ocurrido es que no se ha realizado esa segunda tarea, por un predominio patológico de la agresión pregenital. Faltaría la síntesis de las imágenes contradictorias de sí mismo y los objetos, hecho que obstaculiza la integridad para llegar a la identidad yoica estable. Son pacientes que se quedan con “*mecanismos de defensa primitivos ligados a la escisión (negación, idealización primitiva, omnipotencia, proyección e identificación proyectiva) al tiempo que refuerzan, protegen al yo contra conflictos intolerables entre amor y odio a costa de sacrificar su creciente integración*”⁴.

En el libro de Psicopatología de Martín y Colina proponen una teoría de la identidad con estas palabras ²⁴:

“La identidad en condiciones normales, se construye paulatinamente hasta lograr un sentimiento de unidad psicofísica y de diferencia con el otro y con la realidad. Este objetivo exige disponer de capacidad para el secreto, la mentira y la opacidad mental, requisitos que garantizan la intimidad y el sentimiento de pertenencia y gobierno de sí mismo.

La identidad se edifica y modula en el curso de las identificaciones que establecemos a lo largo de nuestra biografía. Nos identificamos con personas que nos prestan un modelo de deseos, costumbres o ideales. A la cabeza de ellas, están las identificaciones paternas -edípicas-, y, junto a ellas, las demás familiares, las propias de la amistad, las que encon-

tramos en algunos grupos educativos, de ocio o laborales.

Las identificaciones cristalizan con mayor facilidad en el caso de las pérdidas del modelo identificador... En cierto modo, la identidad de cada uno es la historia de sus duelos. (...) La identidad puede entenderse como la membrana que circunscribe al sujeto y le da sentido, que hace posible que nos reconozcamos y delimitemos. En este orden de cosas, su integridad va de la mano de la estructuración del lenguaje. (...). Un lenguaje estructurado asegura identidad.

La conformación de la identidad y la configuración de la imagen del cuerpo van de la mano. A estos efectos, algunos autores defienden que el cuerpo se construye en dos fases consecutivas. Una primera, más imaginaria y primitiva, en la que configura como estructura espacial, de separación y límite entre el yo y el no-yo. El corps resenti o continente del sujeto e implica la presencia del lenguaje. Pero a continuación hay una segunda, más elaborada y simbólica, que implica al otro y que consigue llegar a la sexuación psíquica del sujeto.

Otros autores diferencian los procesos de identificación desde los dos verbos: “Identificar” (transitivo), acción o reconocer como idéntico, e “Identificarse” (reflexivo) tiene que ver con el acto que vuelve a dos individuos idénticos. Este último es al que se refiere Freud con el concepto de “Identificación”, al que se atribuye un papel cardinal en la constitución de la subjetividad. También añade en la tesis que es “curioso y paradójico

el hecho de que identidad, que habla de lo que nos hace únicos, lleve en su núcleo etimológico la referencia a ser “lo mismo” que el otro (ídem)”²⁵.

2. Teorías sobre la construcción de la Identidad de Género

Condensando al máximo el pensamiento de Freud, podemos acercarnos a que tras descubrir el inconsciente reprimido describe la psicosexualidad infantil con las fases que va denominando oral, anal y fálico-genital. El niño instauraría la diferencia de género en la etapa fálica clásica de los 3 a 5 años, al resolver la trama edípica²⁶.

Para Stoller, la identidad de género nuclear permanece estable a lo largo de la vida y es producida por tres componentes:

- 1) Anatomía de los genitales externos: permite la adscripción a un sexo por parte de los padres y produce sensaciones externas e internas que contribuyen a una parte del yo corporal primitivo, el sentido del yo y la conciencia de género.
- 2) Las relaciones filioparentales: se componen de las expectativas parentales sobre la identidad de género del niño, sus propias identidades de género, la identificación del niño con ambos sexos y muchos otros aspectos psicobiológicos del desarrollo preedípico y edípico.
- 3) Una fuerza biológica que podría estar constituida por pulsos hormonales.

Stoller plantea que el sentido de la masculinidad o feminidad es fijado “relativamente” entre los 2 y los 3 años, hecho

que pone en entredicho lo planteado por Freud de que es en la fase fálica-genital. También cree que la identidad de género está determinada al comienzo por la asignación sexual de los padres y no por elementos biológicos²⁷.

Según Kernberg²⁸, la construcción de la identidad sexual depende de cómo cuatro factores relativamente independientes llegan a integrarse de forma específica en cada individuo:

1. Identidad de género: Asignada en los primeros años de vida y expresada en la experiencia subjetiva básica de ser hombre o mujer.
2. La identidad del rol de género: Manifestaciones conductuales asignadas, fundamentalmente por factores culturales y también biológicas y hormonales
3. Identidad del deseo sexual: Depende de la integridad del aparato sexual (biología) con las características psicológicas del individuo, relaciones eróticas inconscientes desde temprana edad.
4. Elección de objeto: Blanco principal del deseo erótico homo o heterosexual.

3. Teorías sobre la Transexualidad, centradas en el hombre *trans*

Este punto se analizará a través de libros concretos pues ayuda a adoptar otras perspectivas más actuales.

3.1. El Experimento Transexual (Stoller, 1975)

En Stoller encontramos ideas esclarecedoras en muchos aspectos. Según sus

escritos, la persona transexual siente que pertenece al sexo incorrecto. Es importante valorar: 1), que su sentimiento no se ajusta a la realidad de su sexo físico, pero no es un delirio (no es un síntoma psicótico) y 2) sabe que su anatomía es normal, pero a la vez tiene un sentimiento profundo de que él (su identidad) es del sexo contrario²⁷.

Escribe un capítulo donde desarrolla una aproximación al transexualismo femenino (hombres trans). Se hace la pregunta de qué es el transexualismo femenino. A pesar de ser un libro del 1975, contesta que la feminidad y la masculinidad no pueden ser conceptos absolutos. Añade que, sobre la feminidad en estos casos, pueden no coincidir qué siente la madre qué es la feminidad y qué siente la paciente que es la feminidad. Escribe: “*Lo que me importa aquí no es lo que es la feminidad o no, es lo que los actores de este drama protagonistas piensan qué es*”.

Al hilo de nuestro caso clínico, comenta que desde la infancia se suelen sentir atraídas por mujeres femeninas. Rechazan que sean mujeres homosexuales. No les atraen las mujeres homosexuales ni les gusta ser atractivas para ellas, ya que lo perciben como atracción por su anterior feminidad, su cuerpo anterior de mujer, no por lo que son²⁹.

3.2. Teoría del cuerpo equivocado (Missé, 2018)

En su propuesta Missé, desde la sociología y el activismo *trans*, nos permite ampliar la perspectiva de lo que ocurre

tras la experiencia *trans*. La teoría de que los sujetos *trans* “*nacen en cuerpos equivocados*”, de que su naturaleza no se ha desarrollado de manera correcta, se basa según él en cuatro ejes: el paradigma médico, la narrativa de las personas *trans*, la respuesta del mercado y el imaginario popular.

Intentaré resumir brevemente los cuatro ejes que expone: 1. La medicina propone un abordaje triádico (psiquiatría, endocrinología y cirugía), es decir, el malestar que genera la transexualidad se restaura modificando el cuerpo. 2. Entre las personas *trans* muchas piensan que su malestar es innato y otras que son presiones sociales, parecidas a la de cualquier género, lo que les conduce a la cirugía. Lo que influye a todas las personas sean *trans* o *cis* por igual es que las normas sociales nos dan sentido. 3. Transformar el cuerpo es un nicho de mercado, son tratamientos farmacológicos crónicos y cirugías importantes. 4. El imaginario popular sostiene todos esos modelos en actualidad sin mucha autocritica³⁰.

Comenta Missé, “*de hecho, la transexualidad es el único trastorno mental que cura mediante intervenciones quirúrgicas*”. “*..El quirófano es mucho más económico y menos cuestionador que el cambio social*”³¹.

Va más allá diciendo que para combatir el esencialismo del género no basta con ignorar las propuestas actuales, hace falta un contradiscurso que proponga otro paradigma. Si la experiencia *trans* no es ninguna enfermedad habría que proponer otra teoría. Añade, que “*la transición de*

género no es la única forma posible de gestionar el malestar”³⁰.

3.3. Teoría queer y psicoanálisis (Sáez, 2008)

En este texto Sáez, sociólogo, intenta hacernos entender la crítica al psicoanálisis desde “las” intelectuales del pensamiento *queer*. Como comenta él: “las” ya que la mayoría de las personas que han desarrollado la teoría queer son mujeres (y lesbianas)³². El autor intenta construir puentes entre ambas disciplinas.

Comenta un hecho conocido, que fue el propio Freud, fundador del psicoanálisis, en un artículo en 1899 el que defendía la disposición a la bisexualidad de todos los seres humanos. Además, entre sus afirmaciones caracteriza como perversa a toda la sexualidad humana. Añade, que fue Freud probablemente el primer intelectual de la historia del pensamiento que se plantea la heterosexualidad como algo problemático. Aun así, el psicoanálisis freudiano se transformará con el tiempo y las diferentes escuelas en una teoría cada vez más moralizante, heterocentrada y normalizadora, lo que ha producido rechazo y crítica desde los colectivos de lesbianas y gais³³.

Según el autor del libro, los problemas de identidad son paradójicos y es imposible reducirlos a las ecuaciones biológicas más extendidas: sexo/género/placer. Lacan demostró que las estructuras pueden reconstruirse, pero no es posible librarse de ellas completamente. Lacan reconoce que respecto a la sexualidad no hay saber³³.

En 1973, Wittig crítica al psicoanálisis lacaniano con destreza y rigor. La pensadora que marcó época con esta frase: “*las lesbianas no son mujeres*”, frase subversiva y desafiante, escribió: “*¿Quién ha dado a los psicoanalistas su saber? Por ejemplo, Lacan, lo que él llama “el discurso psicoanalítico” y la “experiencia psicoanalítica”, ambos le enseñan lo que él sabe*”. Califica al psicoanálisis como un dispositivo de confesión moderno (ya dicho por Foucault) hetero-centrado, de verdad de sujeto, de curación, creador de categorías, ausente de la vida política y productor de realidades³⁴.

En 1975, Rubin añade un giro epistemológico importante, ve el psicoanálisis como un marco explicativo limitado basándose en el ejemplo particular del fetichismo. Transcribo partes de su reflexión: “*no veo cómo se puede hablar de fetichismo y de sadomasoquismo sin pensar en la producción del caucho, “o de las medias de seda”, “o sobre el impacto de los barrios chinos en las ciudades*”. El fetichismo le suscita cuestiones relacionadas con modos de producción de objetos, con la historia, el control social, las “buenas maneras”. “*Si toda la información social compleja se reduce a la castración o al complejo de Edipo o a saber o no lo que se supone que uno debe saber, entonces se pierde algo importante*”³⁵.

Sáez menciona a Foucault quien, según él, es sin duda el pensador más influyente en los orígenes de la teoría *queer*. En 1976 publica el primer volumen de su “*Historia de la sexualidad, La voluntad*

de Saber” que revolucionó la visión de la historia, estudios de género y análisis de las relaciones de poder. Añade también un concepto controvertido de Derrida, el de “*deconstrucción*” y lo sitúa en el estructuralismo de la época. La teoría *queer* va a hacer uso de ese concepto, “*vamos a deconstruir la identidad de género*”.

Completa su estudio con pensadores actuales de obligatoria lectura en este campo: Paul B. Preciado y J. Halberstam. Comenta que “*el trabajo de Preciado funciona como una especie de interferencia en la máquina de producción de subjetividades*” y de Halberstam rescata el concepto de “*masculinidad femenina*” y la idea de que la masculinidad es algo más complejo y trasgresor cuando no está vinculada al cuerpo masculino³⁵.

A MODO DE CONCLUSIÓN

El recorrido que hemos realizado es amplio y se ha intentado estructurar ideas y enunciados con la máxima profundidad para llegar a la superficie y añadir claridad, la idea fue aportar, no confundir en un campo de gran complejidad.

La primera reflexión que surge podría ser que, desde lo general, una buena caja de herramientas sustentada en una buena teoría es necesaria, es decir, conocer los usos y función de cada herramienta es lo que necesitamos para ayudar o acompañar en el sufrimiento humano, tanto con Kepa como con cualquier otra persona. Sin olvidarnos de estar con los ojos abiertos, atentas, al contexto histórico del que estamos atravesados.

Preguntarle a Kepa qué le pasa, desde cuándo y a qué lo atribuye, pararnos a escuchar qué le angustia, cómo está construida su identidad, qué tipo de relaciones de objeto establece con los otros y cuáles son sus síntomas³⁶, como hacemos con los demás sujetos.

En el caso de Kepa, desde lo particular, según la teoría de Kernberg, la hipótesis es que no habría podido todavía alcanzar su identidad yoica estable. Quedaría un predominio patológico de la agresión pregenital. Faltaría la síntesis de las imágenes contradictorias de sí mismo y los objetos, sus relaciones de objeto serían inestables. Sería un paciente que sigue funcionando con mecanismos de defensa primitivos ligados a la escisión, que protege su yo contra los conflictos intolerables entre amor y odio a costa de sacrificar su creciente integración³⁷. Habría que ayudarle, tras forjar un buen vínculo y un proceso terapéutico a alcanzar mayor integración yoica y a tolerarla, como otro sujeto con esta sintomatología, sea *trans* o *cis*.

La segunda reflexión es si le pudo ocurrir lo que comentaba Preciado en su libro¹⁸: “*yo no quería ser hombre, yo buscaba una salida*”. Se lo preguntaré. La transición de Kepa se podría pensar como una etapa de su camino, nadie como Pessoa en su “*Libro del Desasosiego*” para expresar esta idea: “*Nunca desembarcamos de nosotros mismos. Nunca llegamos a ningún sitio*”.

La tercera y última reflexión nos surge de la pregunta: “*¿Qué pensaríamos nosotros si nos atendiera en consulta un profesional trans?*”. Al menos como profesional de la salud mental habría pasado hoy en día una

valoración psiquiátrica en algún momento, hecho que no es habitual entre los profesionales de nuestro campo.

Las profesionales sanitarias somos un referente social y deberíamos estar atentas, ser conscientes de nuestro propio pensamiento y comportamiento machista, homófobo y/o

tránsfobo, poder conocerlo y reflexionar para intentar ofrecer un trato más justo a cada persona. Un enfoque de género sin olvidar las demás desigualdades sociales existentes, creo que nos ayudaría a proporcionar una atención clínica más equitativa en nuestro trabajo diario.

Referencias bibliográficas

1. Colina F. Foucaultiana. Valladolid: La Revolución Delirante; 2019. p. 127-143.
2. Polo C, Olivares D. Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. Rev. Asoc. Neuropsiq. 2011; 31(110): 285-302.
3. Kernberg OF. Structural Diagnosis and the structural interview. Severe personality disorders. New Haven, CT: Yale Universities Press; 1984; p. 3-51.
4. Butler B. El género en disputa. Barcelona: Planeta; 2007. p.12.
5. Betancor D. Estudio de la identidad de género y representaciones parentales [Tesis doctoral]. País Vasco: Universidad del País Vasco; 2017. p. 1. (Director: Artaloytia JF).
6. Preciado PB. Un apartamento en Urano. Barcelona: Anagrama; 2019. p. 26.
7. Foucault M. Un Diálogo sobre el poder y otras conversaciones. Madrid: Alianza; 2012. p. 123.
8. Halberstam J. Trans*. Barcelona: Egales; 2018. p. 17.
9. Betancor D. Estudio de la identidad de género y representaciones parentales [Tesis doctoral]. País Vasco: Universidad del País Vasco; 2017. p. 3-4. (Director: Artaloytia JF).
10. Money J. Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings. Bulletin of the Johns Hopkins Hospital. 1955; 96: 253-264.
11. Misse M. A la conquista del cuerpo equivocado. Barcelona: Egales; 2019. p. 63.
12. González-Torres MA. Transsexualism. Some considerations on aggression, transference and contratransference. International Forum of Psychoanalysis. 1996; 5: 11-21.
13. Erroteta JM. "Disforia de Género: (El "ideal regresivo" y sus destinos)". Norte de Salud Mental.2020; 16(62): 52-60.
14. Halberstam J. Trans*. Barcelona: Egales; 2018. p. 25.
16. Colina F. Foucaultiana, Valladolid: La Revolución Delirante; 2019. p. 110-111.

17. Bernini L. Las teorías queer. Una Introducción. Barcelona: Egales; 2018. p 98.
18. Preciado BP. Yo soy el monstruo que os habla. Barcelona: Anagrama; 2020.
19. Preciado BP. Mujeres en Psicoanálisis. Intervención en las Jornadas de la École de la Cause Freudienne, París, 2019.
20. Colina F. Foucaultiana. Valladolid: La Revolución Delirante; 2019.p. 110-111.
21. Halberstam J. Trans*. Barcelona: Egales; 2018. p. 75.
22. Yeomans F, Clarkin JF, Kernberg OF. Psicoterapia Focalizada en la Transferencia. Bilbao: Descleé de Brouwer; 2016. p. 28-29.
23. Álvarez JM, Esteban R, Sauvagnat F. Fundamentos de psicopatología psicoanalítica. Madrid: Síntesis; 2004. p. 166-170.
24. Martín L, Colina F. Manual de Psicopatología. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018. p. 33-35.
25. Betancor D. Estudio de la identidad de género y representaciones parentales [Tesis doctoral]. País Vasco: Universidad del País Vasco; 2017. p. 21. (Director: Artaloytia JF).
26. Betancor D. Estudio de la identidad de género y representaciones parentales [Tesis doctoral]. País Vasco: Universidad del País Vasco; 2017. pp. 6-13. (Director: Artaloytia JF).
27. Stoller R. The Transsexual Experiment. Sex and Gender. Vol II. London: The Hogarth Press; 1975. p. 75.
28. Kernberg OF. Controversias contemporáneas de las teorías psicoanalíticas, sus técnicas y aplicaciones. México: Manual Moderno; 2007. p. 208.
29. Stoller R. The Transsexual Experiment. Sex and Gender. Vol II. London: The Hogarth Press; 1975. p. 224.
30. Misse M. A la conquista del cuerpo equivocado. Barcelona: Egales; 2019. p. 23-41.
31. Misse M. Transexualidades otras miradas posibles. Barcelona: Egales; 2013. p. 64-71.
32. Sáez J. Teoría Queer y psicoanálisis. Madrid: Síntesis; 2008. p. 18.
33. Sáez J. Teoría Queer y psicoanálisis. Madrid: Síntesis; 2008. p. 36-59.
34. Sáez J. Teoría Queer y psicoanálisis. Madrid: Síntesis; 2008. p. 104-114.
35. Sáez J. Teoría Queer y psicoanálisis. Madrid: Síntesis; 2008. p. 157-189.
36. Martín L, Colina F. Manual de Psicopatología. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018. p. 58.
37. Kernberg OF. Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Barcelona: Paidós; 1979. p. 149-152.

10 BÁSICOS 10

Los 10 textos básicos de este monográfico sobre “Subjetividad, discurso y clínica” han sido seleccionados por los autores de los artículos.

Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry. Mental Health in a Postmodern World. Oxford: Oxford University Press; 2005.

Detallado análisis de la historia conceptual y asistencial de la psiquiatría. Se muestra cómo aspectos esenciales para el diagnóstico, el tratamiento y la provisión de servicios presentan insuficiencias, sesgos y complicidades con posiciones de dominio establecidas que condicionan seriamente su perspectiva. Se propone un abordaje centrado en la ética en el que los pacientes y su entorno socio-cultural pasen a ocupar el centro de atención. Las tecnologías tendrían un papel secundario.

Poole R, Higgs R, Robinson CA. Mental Health and Poverty. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.

Abunda en la idea de los múltiples aspectos sociales asociados a los trastornos mentales y su posible tratamiento. Aboga por una Psiquiatría Social que palie muchas de las insuficiencias actuales.

Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Madrid: Grupo 5; 2013.

Autor de referencia actual en la indicación de no-tratamiento. De obligada lectura para todos aquellos profesionales que quieran entender en qué momento histórico y social se halla la psiquiatría actual y que se cuestionen su actuación, buscando alternativas para un mejor manejo de aquellas personas que hoy en día inundan nuestras consultas con malestar por problemas cotidianos y problemas sociales.

Rendueles G. Las Falsas promesas psiquiátricas. Madrid: La linterna sorda; 2017.

Uno de los primeros psiquiatras en España que, desde la década de los 70, ha dado voz a la psiquiatrización/psicologización de la sociedad en varias obras, con temas actuales como el acoso laboral, la crisis económica e industrial, el malestar del mundo,... y que defiende a ultranza la necesidad de una lucha colectiva contra la explotación y la sumisión.

Madden D, Marcuse P. En defensa de la vivienda. Madrid: Artes Gráficas Cofás; 2016.

Desde los años ochenta asistimos a una intensa transformación en el ámbito de la vivienda a la que los autores denominan “hipermercantilización”. En defensa de la vivienda, escrito por el sociólogo David Madden en colaboración con el profesor de planificación urbana Peter Marcuse, supone un desarrollo exhaustivo de la problemática de la vivienda en sus diferentes vertientes; mercantiles, sociales, salud, urbanismo, derechos humanos, etc. Un aspecto destacado de esta hipermercantilización es la desconexión sin precedentes entre el aspecto económico de la vivienda, su valor de cambio, respecto de su valor social, su valor de uso (su función social).

Sánchez Alber C. El síntoma Housing First: De la cronicidad a la comunidad. Una práctica ética en el campo de las desinserciones, adicciones y Salud Mental. Revista Norte de Salud Mental. 2021; (17), 64: 47-56.

El presente artículo aborda el fenómeno Housing First (HF) a partir de una serie de casos y ejemplos prácticos. Los casos de HF suponen un reto para las estructuras de atención social y de salud mental comunitaria. Son casos complejos que hacen agujero en la red asistencial bajo diferentes modalidades de rechazo. Este es uno de los puntos fuertes del modelo HF, poner el acento en el fracaso, en lo que cojea, en lo que no marcha, es decir, apoyarnos en lo que hace síntoma en la red asistencial.

Colina F. Foucaultiana. Valladolid: La Revolución Delirante; 2019.

Los ejes de la obra son: sobre la locura, sobre la sexualidad, sobre la subjetividad, que también son los ejes del pensamiento de Foucault. Se señala que la transformación de la subjetividad nos comunica con nuestro contexto histórico y supone un cambio social. Es un libro accesible además de ser lectura profunda y de reflexión.

Preciado PB. Un apartamento en Urano. Barcelona: Anagrama; 2019.

Un libro vivo en primera persona donde publica sus artículos desde que inició el tratamiento hormonal, su paso de Beatriz a Paul B. Escribe: “Mi condición trans, es una nueva forma de uranismo. No soy un hombre. No soy una mujer. No soy heterosexual. No soy homosexual. Soy un disidente del sistema sexo-género”. Fascinante.

Saenz-Herrero M. Psychopathology in Women: Incorporating Gender Perspective Into Descriptive Psychopathology. Springer; 2015.

Margarita Sáenz-Herrero edita este manual de psicopatología y género, en el que se cubren diversos ámbitos conceptuales y empíricos acerca de la relación que existe entre las desigualdades de género y el sufrimiento psíquico. Los capítulos cubren aspectos que van desde una mirada política que pone atención sobre la relevancia de la violencia y discriminación en la salud mental de las mujeres, pasando por la importancia de la dimensión corporal en la manifestación material del sufrimiento mental y las implicaciones del género en la aparición y gestión de los diversos trastornos psiquiátricos.

Hernando A. La fantasía de la individualidad. Sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno. Madrid: Traficantes de Sueños; 2018.

Se trata de un ensayo que realiza una arqueología de las identidades desde las primeras sociedades cazadoras-recolectoras, para comprender el proceso histórico por el que se ha dado una progresiva jerarquización de las identidades de hombres y mujeres y sus posiciones sociales, basada en una primigenia disociación razón-emoción. Así, las mujeres han desarrollado una identidad relacional, basada en mantener los vínculos emocionales entre las personas, lo cual ha permitido que los hombres se hayan individualizado, bajo la falsa asunción o fantasía de que lo han hecho desde una superioridad racional, dando lugar al orden patriarcal.

PUNTO CRÍTICO

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

David G. Pando (*Compilador*)

Introducción

David González Pando.

Enfermero especialista en salud mental y doctor en Psicología.

Profesor a tiempo completo en la Facultad de Enfermería de Gijón. Universidad de Oviedo.

A lo largo de la historia, la naturaleza escudriñada de los trastornos mentales ha dado lugar a numerosas perspectivas a la hora de entenderlos y tratarlos. La multicausalidad y multidimensional de estos trastornos genera un panorama complejo en el que coexisten numerosos enfoques que han permitido desarrollar abordajes terapéuticos muy diferentes. Esta pluralidad no existe en el resto de especialidades sanitarias, pero no representa una aberración o un hecho provisional, sino una característica del campo de la salud mental.

La conceptualización de los problemas psicopatológicos, el discurso clínico, los modelos de atención; todo se aprende y adquiere de forma más o menos flexible a lo largo de años de formación en un contexto histórico-social y cultural concreto. En este proceso, donde no han de faltar dificultades ni contradicciones, una variable especialmente relevante a la hora de predecir la cosmovisión que el profesional va a mantener de los problemas mentales,

o si se prefiere, su filosofía de trabajo, es el contexto formativo, que a su vez viene dado por los profesionales con los que uno se forma. No todo procede de la evidencia científica. El discurso/entendimiento de los problemas y la práctica clínica se refuerzan recíprocamente en un bucle que sostiene la conducta profesional. Esto ocurre con independencia de la perspectiva o modelo a considerar.

En la actualidad, entre todas las terapias del campo de la salud mental, la que más controversia continúa generando es la terapia electroconvulsiva (TEC). Este procedimiento, bautizado originalmente como “electroshock”, presenta una historia fascinante que vamos a resumir como introducción y punto de partida.

El electroshock se basa en la terapia convulsiva utilizada por Von Meduna desde 1934. Esta se fundamenta en una hipótesis falsa; la existencia de un antagonismo biológico entre epilepsia y esquizofrenia. Meduna

presume que los síntomas psicóticos podrían revertirse induciendo crisis comiciales mediante fármacos convulsionantes. Siguiendo esta hipótesis, cardiazol e insulina son utilizados para inducir crisis comiciales en años posteriores. A pesar de sus riesgos, las convulsiones guían en la época los nuevos desarrollos terapéuticos. Sin embargo, la insulina produce hipoglucemias que pueden ser mortales, y el cardiazol causa frecuentes y graves fracturas.

Cerletti es un joven alistado en las tropas alpinas durante la primera guerra mundial. Es una persona ingeniosa y creativa, e introduce importantes innovaciones en equipamiento militar. Estudiante destacado, se forma bajo la influencia de figuras de prestigio como Alzheimer o Kraepelin, lo que le lleva a desarrollar una perspectiva biológica para los trastornos mentales. Dicho de otro modo, considera estos trastornos, al igual que Kraepelin, como entidades clínicas que tienen su referencia en las enfermedades neurológicas.

El electroshock de Cerletti no fue el primer uso de electricidad para tratar problemas del comportamiento. Algunos restos pictóricos de época romana permiten observar peces eléctricos dispuestos sobre cabezas de enfermos con finalidades presumiblemente curativas. Con el fin de expulsar demonios, los jesuitas utilizan descargas en el siglo XVI mediante el contacto con peces capaces de producirlas, atribuyendo propiedades sanadoras a la electricidad. En los siglos XVIII y XIX se emplean aparatos eléctricos portátiles fabricados principalmente en Francia o Inglaterra para tratar la ceguera psicógena o la depresión. En 1903, con el inicio de la electrificación en

las primeras ciudades, Batelli usa corriente doméstica para producir ataques epilépticos en animales. Este hallazgo es conocido por Cerletti, quien pronto comienza a trabajar con perros induciéndoles experimentalmente ataques epilépticos. Entre 1936 y 1937 decenas de estos animales son suministrados por la perrera a la clínica de Cerletti en Roma. Solo la mitad de los perros sobreviven. Su ayudante Bini comprueba que la supervivencia de los perros aumenta si los electrodos se disponen bilateralmente en el cráneo del perro.

Cauteloso, Cerletti teme que las descargas resulten mortales en humanos. No obstante, una visita al matadero local de cerdos le permite comprobar que el aturdimiento producido por la descarga es solo momentáneo, y esta observación le lleva a considerar viable su uso en humanos. Cerletti y Bini presentan los resultados de sus experimentos en Suiza en el primer encuentro internacional sobre terapias para la esquizofrenia. Corre el año 1937. No se discute si la técnica es efectiva en la esquizofrenia, sino si resulta o no eficaz para producir convulsiones.

El primer ensayo en pacientes se produce en 1938. Estamos en la clínica de Cerletti, en Roma, donde un vagabundo ha sido llevado por la policía debido a alteraciones del orden público relacionados con comportamientos delirantes y alucinatorios. Mientras se prepara la sesión, el paciente se muestra indiferente a la máquina, al procedimiento en curso y a los numerosos observadores presentes, incluyendo varios médicos, un enfermero y el director del centro. El aparato eléctrico es capaz de alcanzar algo más de 100 voltios. Ha sido construido por Bini gracias a la ayuda de un técnico, pues Bini,

contrariamente a lo que suele creerse, no era un experto electrotécnico. Los observadores sudan copiosamente. La ansiada crisis convulsiva se produce y la mejoría del paciente es instantánea, pues recuperando la coherencia afirma que no quiere recibir una nueva descarga: “¡No, es mortal!”. El paciente recibe 11 sesiones en días posteriores hasta observarse mejoría, y recibe el alta.

Ese mismo año, Bini afirma que las mejorías con el uso del electroshock pueden deberse a que la técnica causa neuropatología generalizada y severa en el cerebro. Aunque en estas líneas en modo alguno se pretende analogar la TEC con la lobotomía prefrontal, sino analizar una creencia presente en ese momento histórico, es reseñable que la vinculación entre daño y mejoría fundamenta la lobotomía transorbital introducida por Walter Freeman algunos años después. Freeman defendía que “a mayor daño, mayor mejoría”.

En Nueva York, Almasi e Impastato utilizan electroshock por primera vez en 1940, no sin antes comprobar su seguridad en perros. Ya en marzo, Gonda ha administrado el tratamiento en Chicago a unos 40 pacientes en una atmósfera de progresivo entusiasmo. A España la innovación no llega con el retraso acostumbrado, y ese mismo año el Dr. Prieto-Vidal utiliza un aparato construido artesanalmente por un electricista militar que todavía puede verse en un museo de Palencia.

En 1941 Jessner y Ryan publican el primer libro monográfico sobre TEC donde se recoge que el electroshock produce pérdida de memoria, cambios en las ondas cerebrales, daños en las células y lesiones vasculares. Los autores relacionan estos

daños con efectos terapéuticos como euforia o hipomanía. Para algunos investigadores, esta revelación inicial es responsable de la mala reputación de la TEC, y no el cine, como considera la APA (American Psychiatric Association). El uso del electroshock se populariza en depresiones graves y psicosis. Su aparente eficacia hace que muchos psiquiatras se entusiasmen con el electroshock. Para prevenir las luxaciones y fracturas óseas o dentarias que producen las convulsiones, en los años cincuenta se introducen anestésicos y miorrelajantes en lo que pasa a denominarse “TEC modificada”. Sin embargo, estos fármacos presentan propiedades anticonvulsivas, de forma que se hace necesario contrarrestar este efecto incrementando sustancialmente la intensidad de la corriente eléctrica administrada al paciente.

Los nuevos psicofármacos monopolizan la atención clínica bien entrados los años 50. El uso del electroshock se mantiene, aunque ciertos sectores comienzan a verlo como una práctica arcaica y no exenta de efectos secundarios. Paralelamente, se extienden las escuelas de psicoterapia, ofreciéndose ya a los clínicos como alternativas de prestigio. Aparecen en este contexto los primeros ensayos clínicos comparando TEC modificada frente a placebo (es decir, sedación profunda sin descarga). Estos ensayos no revelan ninguna diferencia entre los grupos. El entusiasmo que hasta entonces rodeaba la técnica se desvanece.

Algunos psiquiatras continúan utilizando TEC. En 1978 la APA publica *The Practice of Electroconvulsive Therapy* afirmando que es improbable que los aspectos biológicos de la enfermedad desaparezcan sin una inter-

vención activa de naturaleza médica. En los años 70 se había iniciado un importante activismo social contra la TEC, consiguiéndose cambios legislativos. Algunos juristas describen la técnica como “extraordinaria y potencialmente peligrosa”. En 1982 los ciudadanos de Berkeley (California) votan su prohibición. Los defensores de la TEC pretenden mostrar que semejante movilización social estaba equivocada publicando estudios con resultados tan sorprendentemente positivos como metodológicamente defectuosos. La APA se posiciona contra las nuevas normas legales calificándolas como “excesivamente restrictivas” y, entre otros posibles factores, atribuye la imagen negativa de la TEC a la industria cinematográfica. En 1975 la película *Alguien voló sobre el nido del cuco* había cosechado un gran éxito de público y crítica, llevándose 5 Oscars sobre el transfondo de una crítica al sistema psiquiátrico norteamericano. A juicio de la APA, este tipo de películas proyecta una imagen dramática y exagerada de la TEC.

La polémica sobre la efectividad de la TEC corre paralela a su historia. En 1980 se publica el *Northwick Park ECT Trial*, ensayo clínico aleatorizado (ECA) más completo hasta la fecha. El ensayo concluye que no existen diferencias entre TEC real y simulada en pacientes depresivos más allá de 4 semanas. Curiosamente, las mínimas y transitorias mejorías en el grupo que había recibido TEC solo habían sido percibidas por los psiquiatras, no así por pacientes ni tampoco por enfermeras.

En los últimos 30-40 años no se ha realizado un solo estudio de efectividad metodológicamente válido, con grupo control,

asignación aleatoria, y otros elementos de control experimental que permiten preservar debidamente la validez interna y obtener resultados concluyentes. Esto es debido a razones éticas. Simular TEC implica anestesiarse al paciente repetidas veces, algo que conlleva potenciales efectos adversos. Así, la realización de un ECA con grupo control al que se administre TEC simulada es inviable en nuestro contexto porque no puede autorizarse desde el punto de vista bioético. Actualmente, numerosos investigadores ignoran la necesidad de utilizar grupos control adecuados para garantizar sus conclusiones. Esto deja indefinidamente en suspenso la demostración concluyente de efectividad. Dicho de otro modo, los metaanálisis actuales se basan en resultados de estudios que no cumplen el estándar de oro de la investigación científica, por lo que ni si quiera de ellos podrían derivarse conclusiones válidas. Es necesario insistir en que el problema reside en que los grupos control no reciben TEC simulada, sino otros tratamientos, típicamente psicofármacos.

A falta de evidencia, aparecen los consensos. Obviamente, la propia existencia de consensos indica la falta de evidencia concluyente, pues donde hay evidencia los consensos resultan innecesarios. Así, destinada a desarrollar algún acuerdo sobre TEC, se celebra en 1985 la *Consensus Conference*. Los asistentes debaten sobre eficacia, potencial abuso o la necesidad de proteger los derechos de los pacientes. Los defensores no pueden presentar un solo estudio controlado que demuestre que la TEC tenga resultados positivos tras 4 semanas, aspecto crítico para sopesar la relación riesgo/beneficio de cualquier procedimiento médico. Para algunos autores, la mejoría restringida a

4 semanas confirma el principio de daño cerebral, puesto que es ese el tiempo aproximado de recuperación de los efectos del síndrome cerebral orgánico agudo inducido por la propia TEC, incluyendo la euforia. También en 1985 surge la primera revista científica sobre TEC: *Convulsive Therapy*; actualmente *Journal of ECT*.

En 1990 la APA actualiza *The Practice of Electroconvulsive Therapy*. Entre sus objetivos tenía sofocar la creciente controversia y proteger a los psiquiatras frente a demandas por daños cerebrales, minimizando los daños en la memoria encontrados en estudios, por ejemplo, el de Freeman y Kendell de 1986. Además de proclamar que la TEC es una forma extraordinariamente efectiva de tratamiento, la APA agradece las contribuciones al borrador del documento, muchas procedentes de Richard Abrams, presidente de Somatics LLC, fabricante desde 1984 de Thymatron®, afiliación no mencionada. Pese a reconocer que la TEC no suele ser eficaz en la esquizofrenia, Abrams recomienda probarla con todos los pacientes. La APA defiende en 1990 que la TEC puede usarse independientemente de la edad, incluyendo ancianos, una población que sufre con frecuencia problemas de memoria que la técnica podría agravar. En cuanto a los jóvenes, entre 500 y 3500 menores de edad estaban recibiendo TEC cada año solo en Estados Unidos a finales de los años 80.

El uso de TEC se incrementa en Norteamérica a finales del siglo XX, considerándose probable entonces su crecimiento en Europa por los importantes esfuerzos promocionales que recibe. Así, en 1992 se celebra en Austria el primer simposio europeo con presencia de Fink, coautor de los informes

de la APA tanto de 1978 como de 1990. Para entonces, el receptor típico de la TEC es una mujer deprimida de más de 60 años, pero se promueve su uso a otros grupos de edad, incluyendo niños y adolescentes. Aunque por debajo de 12 años su utilización es excepcional, los niños aparecen ya como candidatos, mientras que en las mujeres embarazadas el procedimiento se ofrece como muy seguro en los dos últimos trimestres del embarazo y probablemente seguro en el primer trimestre, según el Consenso Español de la SEP (Sociedad Española de Psiquiatría) de 1999.

En 2001 la APA actualiza su informe. La TEC se define como una terapia efectiva y segura. Como novedad, recoge que una pequeña parte de pacientes experimenta consecuencias cognitivas devastadoras que impiden retomar ocupaciones anteriores. En 2003 un exhaustivo estudio de revisión (*UK ECT Review Group*) concluye que la calidad de la evidencia disponible sobre TEC es baja, pues solo 73 de un total de 624 estudios revisados cumplían mínimos estándares de calidad metodológica. La guía NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) de 2003 plantea indicaciones claramente restrictivas, reconociendo que riesgos y beneficios a largo plazo no han sido claramente establecidos para esta terapia. La guía sostiene que no debe usarse para prevenir la recurrencia de la depresión a largo plazo, ni tampoco como tratamiento general de la esquizofrenia. En 2009 la NICE señala la necesidad urgente de investigación respecto a eficacia y seguridad a largo plazo.

A nivel español, el primer consenso se había publicado en 1999 reproduciendo las recomendaciones APA de 1990. De nuevo,

la SEPB (Sociedad Española de Psiquiatría Biológica) publica en 2018 una actualización basada en el informe APA de 2001. Este nuevo consenso pretende entre otros objetivos impulsar la formación en TEC, mejorar el conocimiento sobre la técnica y fomentar “actitudes más positivas” entre profesionales de la salud. Denuncia una infrautilización de la técnica explicada mediante el concepto de “inhibición terapéutica” supuestamente debida a un estigma que se basa en “creencias carentes de evidencia científica”. También recoge que la técnica está siendo infrautilizada en niños y adolescentes.

Este es, sucintamente, el complejo recorrido histórico que nos ha llevado al presente, en el que un millón de personas recibe TEC cada año. Como se ve, la psiquiatría biológica proclama que la técnica es efectiva y segura con base en sus consensos y en la evidencia científica disponible. En algunos países el uso de la TEC se extiende como consecuencia de campañas de promoción

y por la mayor disponibilidad del recurso. En otros, como el Reino Unido, su uso se reduce. Sin embargo, en todos estos países está disponible la misma evidencia científica.

En España el panorama es similar. Las tasas de utilización son muy variables entre provincias (0 a 4 por 10000 habitantes) y comunidades autónomas (0 a 1,4 por 10000), en coherencia con la afirmación de que las prácticas clínicas dependen, antes que nada, de los contextos presentes, que incluyen la menor o mayor disponibilidad de la tecnología necesaria y de la mayor o menor disponibilidad de profesionales dispuestos a utilizarla.

Esperamos que las aportaciones que aquí se recogen sirvan a los lectores para elaborar una idea general del estado de la cuestión, sin que falte la controversia y la crítica, tan saludable a la ciencia y a la clínica como necesaria en el campo de la salud mental.

Terapia Electroconvulsiva en Psiquiatría: Usos recomendados y otras consideraciones

Luis Jiménez Treviño.

Psiquiatra. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Profesor Asociado Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.

Si hay un tratamiento tan eficaz como controvertido en el ámbito de la Psiquiatría, ése es la terapia electroconvulsiva (TEC). Denostado por muchos como paradigma de una psiquiatría que debía formar parte del pasado, probablemente por un mal uso o abuso de su utilización, la TEC es un arma terapéutica sin rival cuando se aplica con rigor científico, en las condiciones adecuadas y en las patologías en las que su uso está indicado.

Ochenta años después de su introducción, la técnica de la TEC ha evolucionado notablemente. Hoy el tratamiento se realiza con aparatos computarizados modulares que monitorizan electroencefalográficamente la convulsión inducida por estimulación eléctrica mediante una onda de pulsos breves o ultrabreves, bajo control anestésico, con bloqueo neuromuscular o miorelajación y con ventilación artificial. De esta manera, se ha logrado precisar una mínima carga en la estimulación eléctrica, con la consiguiente disminución de los efectos secundarios cognitivos y una reducción drástica de las complicaciones asociadas al tratamiento. Constituye la técnica de neuromodulación más eficaz y mejor estudiada de las que tenemos hoy en día a nuestra disposición (1)

Cuando se consideran las opiniones de los expertos (más o menos cargadas de prejuicios) sobre la utilidad y vigencia de la TEC, nos encontramos posiciones contrapuestas en el mismo año y en la misma revista, como ha sido el caso de los artículos de Sterling (2) y Fink (3) para la revista *Nature* en el año 2000.

En cambio, si nos ceñimos a los datos científicos procedentes de ensayos clínicos aleatorizados y controlados, no hay lugar a la duda: existen 5 meta-análisis publicados entre 1985 y 2005 que avalan el uso de la TEC en Depresión Mayor, en los que se concluye que la TEC supera en efectividad a los tratamientos farmacológicos (4-8) mientras que no existe un solo meta-análisis en el que se concluya lo contrario.

Cabe decir, por tanto, que se trata de una técnica de sobrada efectividad, que además reduce el tiempo que el paciente se mantiene sintomático comparado con las otras alternativas farmacológicas o no farmacológicas, lo cual supone una reducción del sufrimiento del paciente que padece una depresión. La TEC consigue la remisión del cuadro clínico en menos de 4 semanas en la mayoría de los pacientes (9), mientras que los fárma-

cos antidepresivos precisan de entre 8 y 12 semanas de tratamiento para conseguir la remisión (10).

¿Quiere decir esto que se debe utilizar la TEC de forma masiva? Definitivamente no, pero tampoco se debe infrautilizar como ocurre en la actualidad en nuestro medio, ya que muchos pacientes con enfermedades mentales graves refractarias a otros tratamientos no han sido tratados con TEC a pesar del beneficio que les podría suponer. Se trata de una “inhibición terapéutica” que, en gran parte, puede deberse a un estigma basado en creencias carentes de evidencia científica. Curiosamente, cuando se pregunta a los pacientes (y familiares) que han estado en tratamiento con TEC, se observa que la experiencia personal mejora la opinión y la actitud hacia el tratamiento, de forma que presentan una actitud más positiva que los pacientes que no han recibido TEC, y que la población general (11).

¿Cuándo se debe utilizar la TEC? El Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva lo deja claro: puede ser el tratamiento de elección en cuadros psiquiátricos graves como la catatonía, la depresión, el trastorno bipolar y las psicosis (12).

La catatonía, que puede presentarse tanto en enfermedades psiquiátricas (trastornos afectivos y esquizofrenia, fundamentalmente) como en enfermedades no psiquiátricas, y es una de las situaciones clínicas con mejor respuesta a la TEC. En los casos graves de catatonía maligna, donde es primordial una respuesta rápida al tratamiento, o la respuesta farmacológica (lorazepam) es insuficiente, la TEC se convierte en el tratamiento de primera elección.

En los episodios depresivos, la TEC debería considerarse especialmente para el tratamiento agudo de los episodios depresivos graves, cuando existe inhibición intensa, alto riesgo de suicidio o agitación severa y, en general, cuando la depresión precisa de una respuesta rápida o está en riesgo la vida del paciente. En las depresiones psicóticas o con alto riesgo de suicidio es, para muchos autores, el tratamiento de primera elección.

El uso de la TEC en la esquizofrenia se recomienda conjuntamente con el tratamiento farmacológico con antipsicóticos y en aquellas formas resistentes al tratamiento con estos fármacos. En los cuadros agudos, la mejoría es más rápida al combinar los dos tipos de tratamiento. En la esquizofrenia, la TEC parece más efectiva cuanto más agudo sea el inicio del cuadro, menor la duración del episodio y mayor el componente afectivo (formas esquizoafectivas).

En la manía aguda la TEC debería considerarse para aquellos pacientes en los que la respuesta al tratamiento farmacológico es insuficiente, de forma que el paciente requiere dosis muy elevadas de fármacos, medidas de contención física prolongadas, o se requiere mayor rapidez de respuesta.

Otras indicaciones en las que ha demostrado efectividad serían el síndrome neuroléptico maligno, enfermedad de Parkinson, epilepsia refractaria, o distonías y discinesias tardías, si bien los datos que disponemos no son tan robustos como los obtenidos en la patología psiquiátrica ya referida.

En la tabla 1 se detallan los usos recomendados por el El Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva.

La TEC, no obstante, no es un tratamiento inocuo que esté exento de efectos adversos al tratarse de un técnica que además precisa de un procedimiento anestésico. La tasa estimada de mortalidad asociada a la TEC moderna es muy baja, de 2,1/100.000 tratamientos (inferior a la tasa de la anestesia general en procedimientos quirúrgicos, que es de 3,4/100.000) (13).

Es importante resaltar que los avances en la técnica de la TEC han ido encaminados, en gran medida, a la reducción de los efectos secundarios, que en los primeros tiempos de la TEC, hace 80 años, incluían los desgarros y roturas musculares, fracturas, o rotura de piezas dentarias, producto de aplicar la estimulación eléctrica sin anestesia, y que han quedado grabados en el imaginario colectivo a través de las películas de cine y los testimonios de pacientes de aquella época. En el momento actual, con los procedimientos de anestesia y relajación muscular, esas terribles secuelas forman parte del pasado y los efectos adversos más comunes se sitúan en la esfera de lo cognitivo: confusión, habitualmente inmediatamente después del tratamiento, que puede durar

desde algunos minutos hasta varias horas; amnesia, que puede ir desde los momentos previos al tratamiento, hasta semanas anteriores al mismo. En la mayoría de los casos, estos problemas de memoria suelen mejorar pasadas 4-8 semanas después del final del tratamiento.

Para finalizar, es importante recordar que la TEC cumple los cuatro principios básicos de la ética médica recogidos en el informe Belmont (1979) y popularizados por Beauchamp y Childress (14):

- Es un tratamiento útil en las patologías en las que se indica (principio de beneficencia).
- Tiene un perfil favorable riesgo-beneficio (principio de no maleficencia) y sus indicaciones actuales son bastante precisas.
- Se debe poder aplicar a cualquier paciente que así lo requiera (principio de justicia).
- Es necesario informar al paciente y la firma de un documento de consentimiento informado (CI), respetando así el principio de autonomía.

Tabla 1. Indicaciones de la TEC en pacientes con trastorno mental grave

| | |
|--|---|
| Catatonía | <ul style="list-style-type: none"> • Debe considerarse como tratamiento en los pacientes con este diagnóstico clínico con independencia de su origen. • Casos graves de catatonía maligna, necesidad de una respuesta rápida, o respuesta farmacológica insuficiente, la TEC es el tratamiento de primera elección. |
| Depresión | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento agudo de los episodios depresivos graves, con o sin síntomas psicóticos, cuando existe inhibición intensa, alto riesgo de suicidio o ansiedad/agitación severas, y cuando la depresión precisa de una respuesta rápida o está en riesgo la vida del paciente. • Resistencia al tratamiento antidepresivo. • Contraindicación o imposibilidad de administración de fármacos antidepresivos. • Antecedentes de buena respuesta. • Depresión grave durante el embarazo. • Preferencia del paciente. |
| Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos | <ul style="list-style-type: none"> • Casos con importante componente motor (agitación, inhibición o catatonía). • Episodios con gran desorganización conductual. • Antecedentes de buena respuesta a la TEC. • Pacientes con un riesgo suicida muy elevado. • Preferencia del paciente. • También puede indicarse la TEC para pacientes con esquizofrenia que presentan: <ul style="list-style-type: none"> - Resistencia al tratamiento farmacológico antipsicótico. - Imposibilidad de administrar la medicación antipsicótica por el estado clínico del paciente. - Existencia de efectos indeseables graves de los antipsicóticos. - Síndrome neuroléptico maligno. - Existencia de clínica afectiva predominante y resistente. |
| Manía | <ul style="list-style-type: none"> • Debería considerarse para aquellos pacientes en los que la respuesta al tratamiento farmacológico es insuficiente. • Casos en que la medicación antipsicótica o los estabilizadores estuvieran contraindicados. • En la mujer gestante. • Pacientes cicladores rápidos. • Preferencia del paciente. |

Fuente: Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva. 2018

Referencias bibliográficas

- 1 Kennedy SH, Milev R, Giacobbe P, Ramasubbu R, Lam RW, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. IV. Neurostimulation therapies. *J Affect Disord.* 2009; 117(Suppl 1):S44-53.
- 2 Sterling P. ECT damage is easy to find if you look for it. *Nature* 2000; 403:242.
- 3 Fink M. ECT has proved effective in treating depression. *Nature* 2000; 403:826.
- 4 Janicak PG, Davis JM, Gibbons RD, Ericksen S, Chang S, Gallagher P. Efficacy of ECT: a meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 1985; 142(3):297-302.
- 5 Uebersax JS. ECT results and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 1987; 144(2):255-256
- 6 Gábor G, László T. The efficacy of ECT treatment in depression: a meta-analysis. *Psychiatr Hung.* 2005; 20(3):195-200
- 7 Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. The UK ECT Review Group. *The Lancet.* Volume 361, Issue 9360, 8 March 2003, Pages 799-808
- 8 Han Kho K, van Vreeswijk FM, Simpson S, Zwinderman AH. A meta-analysis of electroconvulsive therapy efficacy in depression. *J ECT.* 2003; 19(3):139-147.
- 9 Husain MM, Rush AJ, Fink M, et al. Speed of response and remission in major depressive disorder with acute electroconvulsive therapy (ECT): a Consortium for Research in ECT (CORE) report. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65:485-491.
- 10 Kennedy S, McIntyre R, Fallu A, Lam R. Pharmacotherapy to sustain the fully remitted state. *J Psychiatry Neurosci.* 2002; 27(4): 269-280.
- 11 Chakrabarti S, Grover S, Rajagopal R. Electroconvulsive therapy: A review of knowledge, experience and attitudes of patients concerning the treatment. *World J Biol Psychiatry.* 2010; 11(3):525-537.
- 12 Bernardo M, gonzález-Pinto A (coord). *Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva.* Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; 2018
- 13 Tørring N, Sanghani SN, Petrides G, Kellner CH, Østergaard SD. The mortality rate of electroconvulsive therapy: a systematic review and pooled analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2017; 135(5):388-397.
- 14 Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* New York: Oxford University Press; 2013.

Terapia Electroconvulsiva: Una Mirada Crítica

David González Pando.

Enfermero especialista en salud mental y doctor en Psicología.

Profesor a tiempo completo en la Facultad de Enfermería de Gijón. Universidad de Oviedo.

Todos los profesionales de la salud mental buscan lo mejor para sus pacientes. Los psiquiatras, anestesiastas, enfermeras y enfermeros que participan en la aplicación de esta técnica tienen las mejores intenciones para con ellos. Faltaría más. Y pueden justificar lo que hacen con base en los consensos y la evidencia científica disponible. Los profesionales que mantienen su reserva ante la técnica; aquellos que sencillamente no la recomendarían en ningún caso, o quienes consideran que debería tenerse como un procedimiento de uso restringido, limitado a situaciones en las que se han ensayado sin éxito los numerosos tratamientos empíricamente apoyados disponibles, también. La controversia no se explica por cuestiones gremiales, pues encontraremos psiquiatras, psicólogos, enfermeros y otros profesionales de la salud mental tanto entre los defensores como entre los críticos.

Cuando, como enfermero especialista en salud mental en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Central de Asturias, comencé a acompañar a pacientes a realizar sesiones de TEC, hace algo más de diez años, quedé sorprendido por la confianza en la utilidad de esta técnica que observaba entre mis compañeros. Ellos probablemente habían leído el Consenso Español de la Sociedad Española de Psiquiatría de 1999

(1). Yo, el capítulo octavo de *Modelos de Locura* (2).

Discurso y experiencia se retroalimentan constantemente. Donde otros veían cambios conductuales espectaculares, yo veía efectos transitorios que probablemente desaparecerían en pocas semanas. Cuando no había cambios, yo confirmaba que la técnica no tenía mucho que ofrecer; otros lo que confirmaban era la gravedad del trastorno subyacente y en consecuencia la necesidad de más sesiones.

Todos los pacientes propuestos para este tratamiento eran objeto de un estudio minucioso; la indicación clínica debía estar bien fundamentada y ser aprobada. Quiere decirse que el rigor profesional era excelente entre los psiquiatras de esta unidad.

Tras una experiencia de entonces quince años con personas con trastorno mental grave, me resultaban inconcebibles recuperaciones rápidas y milagrosas. De hecho no vi ninguna. Algunos pacientes, especialmente con trastornos afectivos, mostraban cambios notorios desde la primera sesión; otros apenas ninguno. En paralelo, donde otros observaban mejoras en el ánimo depresivo, yo solo veía efectos secundarios transitorios (principalmente hipomanía inducida

por la TEC). Qué decir de las numerosas indicaciones de uso. Lo que para otros representaba una muestra de la versatilidad de la técnica, una fortaleza, para mí indicaba falta de fundamentación, una debilidad, pues al fin y al cabo el tratamiento más universal e inespecífico que existe es el placebo. La psiquiatría es una profesión de fe, decía Schneider.

Con los síntomas psicóticos positivos tampoco observé cambios reseñables. Tras un breve periodo de amnesia al regresar a la Unidad de Psiquiatría, los pacientes con esquizofrenia retomaban su habitual delirio paranoide. En algún caso, sí hubo una reducción de estos síntomas, pero también transitoria.

Cuando tras las jornadas asturianas de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría) de 2019 surgió el debate sobre algunos contenidos del Consenso Español recientemente publicado (3), como el concepto de “inhibición terapéutica” o la necesidad de promocionar y extender la técnica garantizando su disponibilidad universal, un grupo de compañeros consideramos que sería útil realizar un trabajo de revisión. Aquel capítulo octavo podría haber quedado obsoleto.

Sin embargo, los resultados de ese trabajo no hicieron sino confirmar lo que ya sabíamos; que no se había realizado ni un solo estudio siguiendo la propuesta metodológica de Ross (4) para esclarecer definitivamente la controversia sobre efectividad y que, por lo tanto, el uso de la TEC seguía sin ser coherente con un enfoque basado en la evidencia (5). Dicho de otro modo, que a día de hoy continúa existiendo un desequilibrio entre las creencias de quienes utilizan TEC y los resultados de la investigación.

Más aún, estudiamos algunas implicaciones que podrían derivarse del uso de TEC como paradigma de una aproximación biológica a los trastornos mentales, como un posible incremento del estigma o la pérdida de valor que los profesionales de la salud mental atribuyen a las circunstancias vitales y contextos biográficos presentes, que resultan fundamentales para comprender los problemas psicopatológicos. Esto nos parecía especialmente preocupante en los profesionales en formación. Así, con un título deliberadamente provocador, planteamos algunos argumentos para profesionales irreverentes en el campo de la salud mental (6), donde se ofrece un decálogo que permite entender por qué continúa utilizándose esta forma de tratamiento en la actualidad. Uno de esos diez puntos recoge la existencia de argumentos éticos y científicos ad hoc a favor de la TEC cuya robustez es más aparente que real.

A nuestro juicio, las evidencias de efectividad de la TEC se relacionan inversamente con la calidad de la evidencia disponible. Los metaanálisis aportan evidencia incuestionable, pero no si se elaboran con estudios donde la técnica no se compara frente a un placebo que implique toda la parafernalia y ritual terapéutico en idénticas condiciones (sedación sin descarga). No se trata de paranoia metodológica, sino de considerar que, por su ubicuidad, el efecto placebo campa a sus anchas en salud mental y debe controlarse rigurosamente. Además, las expectativas, como procesos mentales que producen efectos reales, pueden ser manipuladas por consenso. La propia Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) (3), reconoce que las expectativas tienen un impacto significativo en el resultado de la

TEC e invita abiertamente a potenciar este factor. Este proceder revela el conflicto entre ciencia y asistencia. Para preservar la validez interna, un buen científico tiene como prioridad el control metodológico, de modo que las expectativas de pacientes y familiares representan una amenaza. Sin embargo, para el clínico esta variable extraña es un aliado a potenciar incluso mediante acciones deliberadas. Ello implica el riesgo de observar lo que uno mismo propaga sin considerar un sesgo autoconfirmatorio. El procedimiento que se promueve tiende a obtener resultados favorables por sí mismo. En resumen, la efectividad de la TEC ha sido reiteradamente sobreestimada en la historia reciente de la psiquiatría.

Por otra parte, consideramos que el concepto de “inhibición terapéutica” carece de fundamento para la TEC (6). De hecho, si a nivel institucional hubiera que hacer uso de un concepto así, habría que reservarlo antes que nada para los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados, pues, a modo de ejemplo, no llega al 10% la proporción de pacientes psicóticos que tienen acceso a este recurso (7).

Finalmente, estudiamos de forma exhaustiva las dificultades que envuelven la TEC desde el punto de vista bioético (8), al advertir que trabajos previos (9,10,11) habían sido realizados por defensores de la técnica. Estos autores, partiendo de los axiomas de eficacia y seguridad, apuestan en sus trabajos por un mayor empleo de la misma. Aun cuando se encontraron dificultades en los 4 principios de la bioética recogidos por Beauchamp y Childress (12), el principio de autonomía resultaría especialmente crítico en un examen

riguroso. Este principio ha sido reducido en la práctica a la obtención del consentimiento informado, un consentimiento cuyo proceso debería revisarse por varias razones. Estas razones incluyen la necesidad de informar mejor sobre los efectos de la alteración de la memoria en la experiencia vivida, que puede cambiar de forma profunda implicando una transformación en cómo uno se comporta y orienta sus acciones en el mundo (13). Además, debería informarse al paciente de la controversia existente sobre la efectividad de la TEC a largo plazo, cuya evidencia no existe, ofreciendo siempre la opción de tratamientos alternativos con mayor evidencia y seguridad (14).

A nuestro juicio, la TEC, como otros tratamientos conocidos clásicamente como “somatoterapias” reducen el sentido de eficacia personal y autonomía que caracteriza un funcionamiento mental sano, refuerza una concepción reduccionista de los problemas psicopatológicos y puede incrementar el estigma social. Ni siquiera en el riesgo de suicidio, donde se había propuesto como un recurso de primera elección en pacientes de alto riesgo (3) la TEC parece aportar ventajas (15, 16), e incluso para algunos autores podría incrementarlo (17).

Por todas estas razones consideramos que la TEC no debería anteponerse nunca a otras opciones terapéuticas que tienen respaldo científico, y que para mejorar la calidad asistencial es necesario seguir apostando por el paradigma comunitario, centrado en la persona, en la perspectiva de la recuperación y en la mejora de la funcionalidad y la calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría; 1999.
2. Read J. La terapia electroconvulsiva. En: Read J, Mosher LR y Bentall RP. Modelos de locura. Barcelona: Herder; 2006. p.103-122.
3. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Consenso español sobre terapia electroconvulsiva. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; 2018.
4. Ross CA. The sham ECT literature: Implications for consent to ECT. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. 2006;8(1):17–28.
5. Read J, Arnold C. Is electroconvulsive therapy for depression more effective than placebo? A systematic review of studies since 2009. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. 2017;19(1):5–23.
6. González-Pando D, Sanz de la Garza CL, Aparicio-Basauri V, Arboleya T, González-Menéndez MA, Méndez-Salguero, et al. La psicología ante la terapia electroconvulsiva (II): Consensos interesados a falta de evidencia. *Papeles del Psicólogo*. 2020; 41(2):132–138.
7. Paino M, García L, Ordóñez N. Tratamientos integrados multimodales en psicosis. En: Fonseca E. *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Pirámide; 2019. pp. 321–344.
8. González-Pando D, González-Menéndez MA, Aparicio-Basauri V, Sanz de la Garza CL, Torracchi-Carrasco JE, Pérez-Álvarez M. Ethical Implications of Electroconvulsive Therapy: A Review. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. 2021;23(1):25-38.
9. Fink M. Is the practice of ECT ethical? *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2005;6(2):38–43.
10. Ottoson JO, Fink M. *Ethics in electroconvulsive therapy*. New York: Brunner-Routledge; 2004.
11. Romero-Tapia A, Gamboa-Bernal, GA. ¿Es bioéticamente adecuada la aplicación de la Terapia Electroconvulsiva? *Cuadernos de Bioética*. 2018;29(95):13–24.
12. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 2013.
13. Seniuk P. I'm shocked: Informed consent in ECT and the phenomenological-self. *Life Sciences, Society and Policy*. 2018;14(5): 1–19.
14. Stefanazzi M. Is electroconvulsive therapy (ECT) ever ethically justified? If so, under what circumstances. *HEC Forum*. 2013; 25(1): 79–94.
15. Peltzman T, Shiner B, Watts BV. Effects of electroconvulsive therapy on short-term suicide mortality in a risk-matched patient population. *Journal of ECT*. 2020;36(3): 187–192.
16. Watts BV, Peltzman T, Shiner B. Electroconvulsive Therapy and death by suicide. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2022;83(3):21m13886.
17. Munk-Olsen T, Laursen TM, Videbech P, Mortensen PB, Rosenberg R. All-cause mortality among recipients of electroconvulsive therapy: Register-based cohort study. *The British Journal of Psychiatry*. 2007;190(5): 435–439.

INFORMES

Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026)

El 3 de diciembre la Ministra de Sanidad, Carolina Darias anunciaba la aprobación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026). En esta sección de “Informes” hemos seleccionado el apartado dedicado al **análisis de situación** del que parte esta estrategia nacional de salud mental. El documento completo puede ser descargado en :

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf Análisis de situación .

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Antecedentes

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Por tanto, se puede decir que no corresponde solo a la ausencia de problemas de salud mental, sino que está muy relacionado con la promoción del bienestar, la prevención de los problemas de salud mental y el tratamiento integral y recuperación de las personas.

Diversos organismos internacionales, entre ellos la OMS, así como las observaciones de los y las profesionales en su atención directa a las personas, alertan de que el incremento del sufrimiento psíquico y de diversos problemas de salud mental está estrechamente vinculado a los estilos, condiciones de vida y a todo el conjunto de factores denominados determinantes sociales, que se suman a los determinantes biológicos, para hablar de determinantes biopsicosociales, por lo que es necesario entender la salud mental como un aspecto más del bienestar de cada persona. En el diseño de la presente estrategia se incluye la concepción biopsicosocial, formulada por Engel, que posibilita un abordaje actualizado y con perspectivas de futuro en su desarrollo .

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales, tales como los factores neurobiológicos, la interacción entre la genética del individuo y el ambiente (epigenética), la capacidad para gestionar los pensamientos,

emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. Los determinantes de la salud de la población pueden conceptualizarse como estratos de influencia similares a un arco iris, con factores individuales en el centro y alrededor los factores relacionados con los estilos de vida, las redes sociales y comunitarias, las condiciones de vida y de trabajo y las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales. Para establecer prioridades y proponer intervenciones y estrategias adecuadas, se debe evaluar la importancia de la contribución de distintos factores de riesgo a la carga total de enfermedad.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), desarrolla en colaboración con la Comisión Europea, una serie de informes, *Health at a Glance*, en los que se evalúa el progreso hacia sistemas de salud eficaces, accesibles y resistentes en toda la UE. En el informe publicado en 2018 se estimaba que el coste total de los problemas de salud mental representa el 4% del PIB en los países de la UE.: 190.000 millones de euros (1,3% del PIB) refleja el gasto directo en asistencia sanitaria, 170.000 millones de euros (1,2% del PIB) se gastan en programas de seguridad social y aproximadamente 240.000 millones de euros (1,6% del PIB) representan costes indirectos para el mercado laboral debido a la reducción del empleo y de la disminución de la productividad laboral. Los datos estimados para España recogidos en el informe fueron: 45.058 millones de euros en coste total de los problemas de salud mental (4,2% del PIB), repartidos en: 14.415 millones en costes directos en asistencia sanitaria, 12.318 millones en costes directos en programas de seguridad social y 18.325 millones de costes indirectos en relación con disminución la de productividad laboral.

La atención a la salud mental debe girar, por ser coherente con una cuestión de derechos, hacia un enfoque de atención centrada en la persona, lo que implica dotar de protagonismo en su proceso de recuperación a la propia persona que ha experimentado problemas en su salud mental. Es imprescindible evitar percepciones de la persona con problemas de salud mental como solamente alguien que sufre, poniendo énfasis en todo momento en sus fortalezas, capacidades y recursos y situándola en el centro, en definitiva, asumiendo la atención centrada en la persona.

Esta Estrategia se basa en el modelo de recuperación, en el cual se sitúa a la persona como protagonista de su proceso, y en el modelo de atención comunitaria. La recuperación es un proceso único e individual ligado al crecimiento personal y que a veces incluye un cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Este proceso tiene que ver con el retorno a un funcionalismo pleno del sujeto en todas las áreas de su vida (familiar, social, económica, laboral, académica, etc.) y que, sin duda, va más allá de la reducción de los síntomas.

Este modelo requiere un cambio en las relaciones entre las personas con problemas de salud mental y los profesionales de los ámbitos sanitario y social. Se precisa un giro hacia una posición de colaboración y construcción conjunta de planes de tratamiento, presentando desde el ámbito profesional las opciones terapéuticas existentes y apoyando a la persona con problemas de salud mental en la elección del camino de recuperación más adecuado a sus propios intereses y posibilidades.

El modelo de recuperación también va a implicar la consideración de la perspectiva de género en todas las actuaciones, para garantizar la adecuación de los programas y servicios de salud mental a las características diferenciales de mujeres y hombres, tal como recomiendan el Parlamento Europeo en Resolución del 14 de febrero de 2017.

En 2018 se publicó la evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España que se proponía en la Estrategia en Salud Mental del SNS aprobada en el CISNS en 2009. Las conclusiones más importantes de este estudio fueron que las carencias más importantes en la implementación del modelo comunitario en 2014 se relacionaron con la ausencia de una perspectiva de salud pública, con la mala gestión y rendición de cuentas, y la ralentización del desarrollo de equipos, servicios y redes de servicios de orientación comunitaria.

El modelo se modificó poco globalmente entre 2008 y 2014, pero algunas prácticas clave, como la universalidad y gratuidad del sistema, la atención sectorizada, el acortamiento de los tiempos de espera, las subvenciones a las asociaciones de usuarios y familiares, y la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia se redujeron de forma sustancial en muchas comunidades coincidiendo con los peores años de la crisis económica.

Otras prácticas, como la historia clínica informatizada, los planes individualizados de atención y el tratamiento asertivo comunitario, incrementaron su cobertura en algunas comunidades a pesar de la recesión.

La Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS “Empoderamiento del usuario de salud mental” propone las acciones siguientes en relación con la educación y formación de los y las profesionales, usuarios/as, cuidadores/as y la comunidad (se citan de forma literal):

- Los que diseñan e imparten la formación a los profesionales de salud mental tendrían que cooperar sistemáticamente con los usuarios y cuidadores.
- Buscar formadores procedentes de diferentes campos, por ejemplo: de minorías étnicas o lingüísticas, o relacionados específicamente con niñas y mujeres con problemas de salud mental.

- Incluir el estigma de la enfermedad mental en el currículo de atención primaria y de los y las profesionales de salud mental.
- Ofrecer formación a actores sociales relevantes tales como policía y empresarios.
- Garantizar la paridad entre usuarios y no usuarios, mismos honorarios para un asesor profesional o formador sea, o no, usuario o cuidador.
- Ofrecer formación a usuarios y cuidadores en habilidades para participar en comisiones de trabajo y desarrollo del liderazgo.
- Desarrollo de rutas y vías para el usuario, en los roles y oportunidades que tienen las profesiones asistenciales a nivel de grado y postgrado.

La aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986 supuso uno de los mayores hitos en la atención a la salud mental en el Estado Español al equiparar la atención de las personas con trastorno mental con la atención al resto de problemas de salud. Dicha Ley incorporó las líneas generales del Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental, del Plan para la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental de 1985. La implementación de dichas recomendaciones fue desigual, en particular en lo que respecta al desarrollo de algunos términos como, por ejemplo: servicios comunitarios, integración, rehabilitación, interconsulta, psicoterapia, trabajo comunitario, prevención, evaluación y calidad.

A pesar de la importante evolución que se ha producido en el modelo de atención a las personas con problemas de salud mental en los últimos años, es urgente e imprescindible introducir una serie de principios que permitan evolucionar hacia un modelo en el que se ofrezca la posibilidad de avanzar en inclusión social, así como la capacidad de disfrutar de un rol social pleno en el medio comunitario y los recursos necesarios para una coordinación efectiva entre el Sistema Nacional de Salud y los agentes sociales y comunitarios.

Para lograr esta situación es necesario:

- Potenciar la autonomía de las personas con problemas de salud mental, desarrollando sus capacidades, recursos, activos de salud o habilidades.
- Aumentar la posibilidad de tomar decisiones en diferentes esferas que afectan directamente a su desarrollo personal.
- Respetar sus tiempos, necesidades y valores, en definitiva, respetar su diversidad.

RESEÑAS

Nadie nace en un cuerpo equivocado. Éxito y miseria de la identidad de género.

José Errasti y Marino Pérez Álvarez

Editorial Deusto, 2022.

Nadie nace en un cuerpo equivocado es el título del polémico libro escrito por José Errasti y Marino Pérez Álvarez, y prologado por la catedrática de Filosofía Moral y Política, Amelia Valcárcel, que conforma una crítica filosófica y psicológica a un movimiento de absoluta relevancia en la actualidad: el movimiento *queer*. Una crítica que desde la Academia es no sólo necesaria sino urgente, pues el conformismo y el silencio han de romperse cuando se trata de un tema de gran calado social que impregna a niños y adolescentes, y moldea nuevas formas de sufrimiento. Como los propios autores escriben en la dedicatoria de su libro, la Universidad pública ha de ser un lugar inseguro para las ideas, un espacio abierto a la duda y al debate, con un compromiso hacia la sociedad en temas de relevancia social como es actualmente la identidad de género. Más aún cuando estos temas juegan un papel decisivo en el destino de las personas, pudiendo abocarles a un futuro más doloroso que el presente por el hecho de no haber recibido una ayuda distinta o, al menos, el reconocimiento como personas capaces de decidir entre distintas formas de ayuda.

A través de los capítulos del libro, los autores muestran cómo los niños y adolescentes no nacen en cuerpos equivocados que no se ajustan a lo-que-sienten, sino en sociedades que sostienen discursos equivocados en los que aquéllos se ven inmersos y que, en ocasiones, pueden llevar a grandes sufrimientos. Con una brillante solidez teórica, sin perder el humor y la claridad expositiva, se repasa cuál es el origen de estos discursos y cómo han ido calando en las formas de vida actuales sin tan siquiera darnos cuenta, de manera que pensamos desde ellos, *por defecto*, o, más bien, somos pensados por ellos.

El recorrido comienza por explicitar cómo el sexo ha ido perdiendo su función reproductiva hasta quedar esta función eclipsada por la subjetividad del individuo, acorde con el espíritu de los tiempos. Precisamente, ocurre que en la actualidad se dan las condiciones para que, añadidas a este *sexo desquiciado*, como lo denominan los autores, surjan toda una serie de problemáticas relacionadas con el género y éstas se acompañen de unas ayudas particulares, en detrimento de otras. Ocurre que la vida en la ciudad moderna, las redes sociales,

la publicidad y los estilos de vida que se ofrecen en la sociedad neoliberal, llevan a los individuos a hacer del cultivo de su yo la tarea de su vida. Y ese yo pasa por diferenciarse del resto bajo la retórica narcisista del «yo auténtico» y del «ser especial». La ironía reside en que para sentir que uno forma parte de la sociedad tiene que diferenciarse y, con ello, distanciarse de los individuos que la conforman. La soledad es otro de los problemas a los que los individuos se ven abocados debido al individualismo imperante, y se ha convertido en una constante en las consultas de salud mental. La paradoja es que tal obsesión por el yo es en realidad una obsesión por el reconocimiento de los demás de dicho yo.

Desde este punto de partida, se llega a explicar qué es el movimiento *queer*, cómo ha surgido y cuáles son sus intereses y sus sombras. Todo ello apoyado por testimonios de personas transexuales que han recibido como única solución a su problema la transición o terapia afirmativa y que, finalmente, han decidido destransicionar. Tras explicar cómo van tomando forma estos nuevos sufrimientos, como es el caso de la disforia de género, y cuál es su sentido y su condición de realidad, en los capítulos finales se proponen alternativas al que, en la actualidad, es el abordaje por excelencia: la ya mencionada terapia afirmativa. Frente al cambio de los cuerpos de niños y adolescentes como primera y única línea de tratamiento, se propone la exploración, la prudencia y la espera atenta, algo que en psiquiatría y psicología clínica resulta esencial. Los autores dedican las últimas páginas del libro a tratar de desentrañar qué hay detrás de nuevos términos tales como *terfa* o *transfobia*, los cuales en muchas ocasiones se utilizan como forma de silenciar a todo aquél que esté disconforme con la doctrina *queer*.

Un libro que, como ya he señalado al principio de este texto, resulta necesario para profesionales de la salud, profesores, familias, estudiantes y, en general, para el conjunto de la sociedad. Hacía tiempo que los profesionales nos encontrábamos frente al problema, pero en silencio. Las únicas voces que se atrevían a alzarse eran las de feministas y familias indignadas con todo lo que estaba pasando. Tan necesario se ha hecho, que el libro agotó su primera edición antes de salir a la venta y actualmente se encuentra editando su cuarta. Como agradecida antigua alumna de José Errasti y Marino Pérez, al tiempo que amiga, rescato los versos de Ángel González que describen lo que ellos siempre me han enseñado:

*«No en el lugar del pacto, no
en el de la renuncia,
jamás en el dominio
de la conformidad,
donde la vida se doblega, nunca.»*

*Carmen Rodríguez-Muñiz
Psicóloga sanitaria*

IN MEMORIAM

Miguel Ángel García Carbajosa (1941-2021)

“El carácter es para el hombre su destino”

Heráclito

Cuenta la historia que la rebelión militar del 36 cogió a su padre en Madrid. A pesar de sus convicciones republicanas, y creo socialistas, decidió pasar a la zona nacional por la familia. Fue represaliado y se salvó de la condena gracias a la esposa, de familia tradicional salmantina. Ella se había formado en la institución libre de la enseñanza pero sus esperanzas de una vida activa culturalmente se vieron truncadas con la situación de posguerra española. Partimos pues de un padre forense – psiquiatra, de mentalidad progresista que desarrolla su actividad profesional por diversos pueblos (La Cañiza, Béjar) hasta llegar a Salamanca. La madre queda encerrada en casa, sin ningún interés por la vida de ama de casa. Miguel Ángel como primogénito, y probablemente hijo preferido, parece mantener una peculiar relación con el sufrimiento materno.

Miguel Ángel como era de esperar estudia Medicina y se hace psiquiatra. En la época universitaria hizo campamentos de verano en Alemania y después de su primera experiencia profesional en Oviedo se marchó a Francia. En el siglo XX hasta los años 60, los profesionales, y en especial los psiquiatras, viajaban a Alemania en busca de una buena formación, a partir de entonces la peregrinación se dirigió a países anglosajones. Si bien en Psiquiatría se produjo también el desplazamiento a Francia cuyas instituciones ofrecían no solo un sólido bagaje psiquiátrico clásico sino también formación psicoterapéutica psicoanalítica y de psiquiatría institucional.

En Francia tuvo contacto con la psiquiatría institucional de Tosquelles y con la psiquiatría comunitaria del sector XIII famoso por llevar la teoría psicoanalítica, fuera del gabinete psicoanalítico y del diván privado, a los dispositivos asistenciales y a contextos comunitarios, (Racamier, Lebovici, Diatkine,...). Se formó particularmente en psiquiatría infantil y en

psicoanálisis. Su afán por estar en candelero lo acercó temporalmente a la terapia sistémica en 1980. Su escasa constancia en una labor teórica hace que no haya desarrollado ni haya escrito sus propuestas teóricas o terapéuticas.

Desarrolló su trabajo en las iniciativas de cambio progresista en las instituciones psiquiátricas españolas de la época:

En una primera reforma del hospital psiquiátrico de Asturias a finales de los 70, dirigida por el Dr. J.L. Montoya, cuando se sectoriza el hospital, se abren consultas externas en las áreas y se trata de favorecer la participación de los pacientes.

En la reforma del psiquiátrico de Conxo, Santiago, en el año 72, también dirigida por el Dr. Montoya. Siendo entonces jefe clínico, teniendo como jefe de Servicio al Dr. José García González.

Poco antes del abrupto final de la reforma del H. de Conxo en el año 75. Que como tantas otras entonces lo hizo con el despido y represión política de numerosos trabajadores. Volvió a Francia donde formó familia.

En el año 83 se trasladó a Asturias coincidiendo con el comienzo de la reforma psiquiátrica asturiana, de nuevo bajo la dirección del Dr. José García, como Jefe de Servicio de Salud Mental de Gijón. Aquí, salvo dos períodos de regreso a Francia por poco más de un año en la década de los 90, mas por motivos familiares que profesionales, continuó como Jefe de Servicio su actividad profesional hasta la jubilación.

El compromiso en su práctica profesional fue parejo de la pertenencia a la AEN, llegando a presidir la asociación autonómica Asturiana. Ya en su época universitaria, había mostrado interés por la política desde posiciones de izquierda habiéndose acercado al FLP, y posteriormente se integró en el Partido Comunista Español, en donde militó hasta comienzos de los 80 y en el que llegó a desempeñar puestos directivos en la clandestinidad a finales de los 70. Posteriormente mantuvo posiciones críticas de izquierda., cada vez más cercanas al PSOE.

Le gustaba recordar las aventuras psiquiátricas de su padre. Si su vida parece un desarrollo del camino marcado por éste, hay un aspecto familiar importante aunque menos evidente. Como hijo primogénito, de dos varones, Miguel Angel, que apenas hablaba de su madre, era el apoyo psicológico en los sufrimientos y crisis de ésta. Es posible que la gran capacidad de ponerse al lado de los pacientes, incluso y sobre todo, de los severamente afectados; transmitirles comprensión y devolverles el sentimiento de su propia valía, naciera tempranamente al desarrollar esta función con su madre. Ello puede explicar que, a pesar de su interés por los

aspectos organizativos y políticos de la profesión haya mantenido una actividad asistencial intensa hasta el final del ejercicio de su profesión. Lo habitual es que los jefes de servicio deleguen la mayor parte de su labor asistencial a los subordinados pero él, a pesar de su tendencia al desorden en la organización de su vida personal y profesional, siguió atendiendo nuevos casos y siendo el referente terapéutico de numerosos pacientes.

Su formación psiquiátrica era amplia y sólida, y además era un lector bulímico cuyo interés se orientaba especialmente a la historia, inevitablemente la II República y la Guerra Civil Española, pero también la historia europea. Poseía además una “cultura general” extensa (literatura del XIX, en especial francesa, rusa, ...), una abundante fantasía y aunque no dedicaba atención a la vida cultural (exposiciones, conciertos, danza...) era sorprendente su capacidad de entender el sentido de las manifestaciones artísticas.

Sobre todo y fundamental en la vida era un buen conversador; tanto a la hora de aproximarse, de una manera bastante tradicional, a las mujeres como a la hora de compartir sobremesa tras una buena comida.

Jose Filgueira
Psiquiatra jubilado

1 Frente de Liberación Popular (FLP) creado por estudiantes y profesionales universitarios católicos en su mayoría. Consideraban estériles y agotadas las organizaciones del exilio y, por influencia de la revolución argelina, se plantearon la organización de una formación política abierta en la que pudieran convivir distintas corrientes (J. Álvarez Cébela. Envenenados de cuerpo y alma. La oposición universitaria al franquismo en Madrid (1939-1970), pp. 94-95. Siglo XXI. 2004)

NOTICIAS BREVES

Asturias: en marcha un nuevo plan de salud mental

La administración sanitaria ha iniciado un proceso de consultas para el desarrollo de un nuevo Plan de Salud Mental que sustituya al de 2015-2020. El 14 de diciembre de 2021 se realizó una consulta online para avanzar en este proceso.

Alfredo Aracil publica “Apuntes para una psiquiatría destructiva”

Alfredo Aracil acaba de publicar este libro en la editorial Piedra Papel Libros. En el toca el tema de la antipsiquiatría y los movimientos psiquiátricos en España en la década de los 60 y 70. Asimismo, presenta lo que ha significado el desarrollo de la Ley de Salud Mental en Argentina y las dificultades para ser implementada.

Día Mundial de la Salud Mental 2022

La Federación mundial de salud mental ha anunciado el lema para el próximo día mundial de salud mental (10 de octubre). Este es: “*Hacer de la salud mental y el bienestar para todos una prioridad*”.

Fallece Pierre Pichot

Ha fallecido a la edad de 101 el profesor Pierre Pichot. Ocupó la presidencia de la Asociación Mundial de Psiquiatría entre 1977 y 1983. Mantuvo una relación muy fluida con la psiquiatría española, llegando a ser miembro del consejo de redacción de la revista de la AEN. Su libro “Un siglo de psiquiatría”, traducido al español, fue muy difundido entre los psiquiatras españoles.

Ecos de la plataforma (5): presentación de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria vol. 18, número 1, 2021

El 19 de enero en el canal de YouTube de la AEN de Asturias se presentó el último número de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.

La revista puede verse gratuitamente en la web de la AEN:

<https://aen.es/biblioteca-y-documentacion/publicaciones-de-la-aen-cuadernos-de-psiquiatria-comunitaria/>.

Próximo número de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria dedicado a “Clínica grupal”

El próximo número de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria lo compila Rosa Gómez Esteban. En el mismo veremos a varios expertos/as en el tema de grupos con aportaciones desde distintos prismas.

Proyecto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para incorporar el mhGAP en la docencia universitaria

La OPS/OMS ha realizado un curso para profesores universitarios de salud mental de Centroamérica y R. Dominicana con el fin de incorporar el programa mhGAP (programa para reducir la brecha en salud mental) dentro de los estudios universitarios para obtener los títulos de medicina, enfermería, psicología,..etc. El objetivo es que los profesionales de salud conozcan este programa dentro de su formación de pregrado.

AEN: elecciones para la Junta Directiva

En el próximo congreso de la AEN en Barcelona (5-7 de mayo) se celebrarán las elecciones para elegir una nueva Junta Directiva Nacional para los próximos 3 años.

Fallece Salvador Tranche, presidente de la semFYC

El 13 de febrero nos dejaba Salvador Tranche, médico de familia en el Centro de Salud de El Cristo (Oviedo) y Presidente desde 2016 de la Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria de España. La Revista Clínica de Medicina de Familia de esta sociedad le ha dedicado una editorial titulada “Básicamente, ¡entusiasmo!”. Salvador siempre fue un ferviente defensor del papel de la atención primaria en salud mental y de su relación con los servicios especializados.

España: Se aprueba una nueva Estrategia de salud mental

El 3 de diciembre la ministra de sanidad Carolina Darias informaba de la aprobación de la nueva estrategia de salud mental 2022-2026 y señalaba que tenía un enfoque de protección de los derechos humanos y de lucha contra el estigma. La estrategia puede descargarse en el enlace:

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf.

Plan de acción de salud mental 2022-2024: especialidad en psiquiatría infantil y adolescente y prevención del suicidio

El Plan de Acción 2022-2024 Salud Mental y COVID-19, viene a complementar la Estrategia de Salud Mental aprobada en el año 2006. Esta estrategia se verá ahora reforzada por el Plan de Acción 2022-2024 Salud Mental y COVID-19, que contará con una dotación económica de 100 millones de euros por parte del Gobierno de España y que se pone en marcha “atendiendo a la emergencia provocada por el impacto de la pandemia de COVID en Salud Mental y respondiendo al Dictamen de la Comisión de Reconstrucción”.

La mejora de la Atención a la Salud Mental en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud -tanto en atención hospitalaria como primaria- es una de las principales medidas incluidas en el nuevo plan, junto al impulso a la Formación Sanitaria Especializada en salud mental, la sensibilización y la lucha contra la estigmatización, la prevención de las conductas adictivas, la promoción del bienestar emocional -poniendo el foco en la infancia, la adolescencia y otros grupos vulnerables como las mujeres o los mayores- y la mejora de la prevención, la detección y la atención de la conducta suicida.

En la presentación del plan Pedro Sánchez anunció la incorporación de la especialidad de psiquiatría infantil y adolescente a la Formación Sanitaria Especializada. Asimismo, se pone en marcha un teléfono de información 24 horas, gratuito y confidencial, de atención profesional y apoyo ante la conducta suicida, con capacidad de derivación rápida a los servicios de emergencia correspondientes ante una situación de crisis.

“Votamos”: un documental sobre el estigma

Este cortometraje dirigido por Santiago Requejo, de unos 12 minutos, nominado a los premios Goya, toca de manera clara y contundente el tema del estigma de las personas con problemas de salud mental. Un estigma basado en prejuicios e informaciones falsas.

Estreno del documental “10, una realidad silenciada” en Madrid

El sábado 12 de marzo se estreno el documental dirigido por Conrado Escudero “10, una realidad silenciada” en el Centro Cultural Casa de Vacas del Retiro Madrileño. Tras el estreno hubo una mesa redonda con varios de los participantes en el documental; Conrado Escudero Donate, Autor del documental, Antonia Jiménez González, Secretaria de la Asociación RedAipis., Jose Luis Pedreira Massa, Consejero asesor Ministerio de Sanidad, Psiquiatra y Psicoterapeuta Infancia y Adolescencia, Víctor Aparicio Basauri, Psiquiatra y ex Asesor de Salud Mental de la OMS en Centroamérica, Virginia Moratiel, Filósofa y Escritora, Roberto Barbeito, Profesor de Sociología en la Universidad Rey Juan Carlos y Secretario Ejecutivo de la Federación Española de Sociología, Isabel Otero, Periodista y Miembro de la Junta Directiva de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud y los testimonios de Javier Martín y María Fernández-Cabada.

México: se aprueba un decreto para la reforma de la salud mental

La Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados de México del 31 de marzo de 2022 publica el Decreto que promueve los cambios en la atención en salud mental del país. El Decreto tiene como punto de partida la Declaración de Caracas de 1990 que incidía en la necesidad de cambios para implementar el modelo comunitario en la Región de las Américas. En este nuevo decreto se pone el acento en el modelo comunitario y en la necesidad de la protección de los DDHH de las personas que acceden a la atención en salud mental.

REUNIONES CIENTÍFICAS

22 Congreso mundial de psiquiatría.

3-6 agosto 2022

Bangkok (Thailandia)

<https://wcp-congress.com>

XLIX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol y VIII Congreso Nacional de Patología Bio-Psicosocial.

6 - 8 octubre 2022

Santa Cruz de Tenerife

<https://www.sociodrogalcohol.org>

XXVI Curso anual de Esquizofrenia.

10-12 Noviembre 2022

Madrid

https://www.cursoesquizofrenia.com/castellano/programa_cientifico.html

V Jornadas Inter-autonómicas del Norte.

Primavera 2023.

Asturias

<http://aenasturias.es>

12th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry.

6 – 8 October 2022.

Rotterdam

info@ecvcp.eu

REVISTAS AUTONÓMICAS

NORTE de salud mental 66. Enero 2022.

| | |
|--|-----------|
| Editorial | 5 |
| • ¿Seguirá un futuro prometedor a la destrucción del volcán? <i>Iñaki Markez</i> | 7 |
| Originales y revisiones | 9 |
| • La Palma: un volcán sin nombre y sin olvido. <i>Francisco Rodríguez Pulido, Francisco Javier Beltrán Delgado</i> | 11 |
| • Reflexiones acerca de lo que significa ser Terapeuta Ocupacional frente al suicidio de un paciente. <i>Jorge Serna Yepes, Cesar Pérez Franco, Pilar García-Margallo Ortiz de Zarate</i> | 22 |
| • Estudio cualitativo de los aspectos del acompañamiento logoterapéutico que permiten el cambio personal. Estudio piloto. <i>Josep Lluís Llor Vilá, Cristina Visiers Würth, Anna Berenguera Ossó</i> | 32 |
| • Desatando y reanudando lazos. <i>Javier Alejandro Kuhalainen Munar</i> | 45 |
| • Lo inconsciente de Freud a Lacan. <i>M. Carmen Rodríguez Rendo</i> | 49 |
| • Borderline, fenómeno de época. <i>Zoe Vázquez Mata, Kepa Matilla Díez</i> | 56 |
| Pre-ocupaciones | 69 |
| • Cuidados para quienes cuidan. <i>Miren Viña</i> | 71 |
| • ¿Un nuevo sistema de robo de niños institucionalizado en España? Estudio sobre la indefensión de los padres a defender la custodia de sus hijos en casos de guardia y custodia. Revisión de casos. <i>M^a Elena Crespo Arce, Fernando Pérez del Río, Iñaki Markez Alonso</i> | 79 |
| • Trauma, suicidio y vulnerabilidad. Enseñanzas de la pandemia. <i>Patricia Álvaro, José M. López-Santín, Ferran Molins, Jesús López, Clara Izquierdo, Alberto Matías, Isabel González, Ezequiel Sánchez</i> | 86 |
| • La atención en salud mental no necesita una Estrategia, sino un Plan de Acción | 96 |

| | |
|---|------------|
| Historia | 99 |
| • La influencia de las hermanas Bernays en la vida de Freud. <i>Francisco Balbuena Rivera</i> | 101 |
| • Jesusa Pertejo Seseña (1920-2007) y sus primeros años de formación en medicina y psiquiatría. <i>Julia Álvarez-Arenas, Ana Conseglieri</i> | 111 |
| • Hace ya algún tiempo: La malarioterapia y Julius Wagner-Jauregg (1857-1940). <i>Reda Rahmani, Sonsoles Pacheco, Juan Medrano, Oscar Martínez, Iñaki Markez, Luis Pacheco</i> | 124 |
| • Vº Premio Ángel Garma al mejor trabajo de Psicoanálisis | 135 |
| Actualizaciones | 137 |
| • Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría. <i>Marino Pérez Álvarez</i> | 139 |
| • Así se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS). <i>Pedro Sabando</i> | 140 |
| • La Razón de la Sinrazón. Capitalismo, Subjetividad, Violencia. <i>Fernando Colina, Manuel Desviat, Francisco Pereña</i> | 142 |
| • Amor en cortocircuito. Ensayo sobre las Relaciones dependientes y tóxicas. <i>Fernando Pérez del Río, Mercurio Alba</i> | 145 |
| • Mirando atrás para seguir avanzando. Una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental. <i>Marcelino López Álvarez</i> | 146 |
| • Revistas. <i>Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Siso Saude</i> | 148 |

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. **Primera página**, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.
2. **Resumen**, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índex Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.
3. **Texto**, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:
 - 3.1. **Introducción**: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.
 - 3.2. **Sujetos (pacientes, material) y métodos**: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.
 - 3.4. **Resultados**: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.
 - 3.4. **Discusión**: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.
4. **Agradecimientos**: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.


- 5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver):** se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el (los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.
- 6. Tablas y figuras:** presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.


Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 1, 2003




**ANTROPOLOGIA Y SALUD
MENTAL**
José Filgueira Lois
Ignacio López Fontán
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 2, 2003




**SALUD MENTAL Y
POBLACION SIN HOGAR**
Mónica Troncheri Ramos
Victor Aparicio Basauri
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 1, 2004




SOBRE VIOLENCIAS
Andrés Cabero Álvarez
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 2, 2004




**LA ESQUIZOFRENIA:
DÉFICITS Y TRATAMIENTO**
Beria Moreno Küstner
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 1, 2005



**SALUD MENTAL Y MEDICINA
BASADA EN LA EVIDENCIA**
César Luis Sanz de la Garza
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 2, 2005




ESTADOS LIMITE
Pedro Marina González
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 1, 2006




**TRATAMIENTO AMBULATORIO
INVOLUNTARIO**
Ana Esther Sánchez Gutiérrez
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 2, 2006




CLÍNICA DE LA HISTERIA
Tiburcio Angosto Saura
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 1, 2007



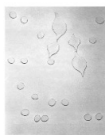
**PSICOTERAPIAS EN LOS
SERVICIOS PÚBLICOS**
Paz Arias García
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 2, 2007




**REHABILITACION
PSICOSOCIAL**
José Juan Uriarte Uriarte
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 1, 2008



ARTE Y PSIQUIATRIA
Oscar Martínez Azumendi
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 2, 2008




SALUD MENTAL INFANTIL
Purificación Ripodas Erro
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 1, 2009




**ADHERENCIA
TERAPEUTICA**
José Luis Hernández Flata
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 2, 2009




**LA SALUD MENTAL EN
CENTROAMERICA Y R. DOMINICANA**
Victor Aparicio Basauri
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 1, 2010




**SALUD MENTAL Y
EMERGENCIA HUMANITARIA**
Victor Aparicio Basauri y Paz Arias García
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 2, 2010




CLÍNICA LITERARIA
Ramón Esteban Arnáiz
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012




Cárcel y Salud Mental
I. Markez, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Bastida,
M. Hernández, M. B. Longoria, M. M. Lledo, C.
Manzanos, C. Repeto, J. M. Sánchez

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 11, número 1, 2012




**SALUD MENTAL COMUNITARIA:
EL MODELO DE GIRONA**
Cristina Gisbert y Jordi Cid
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012

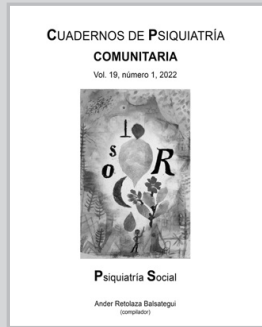
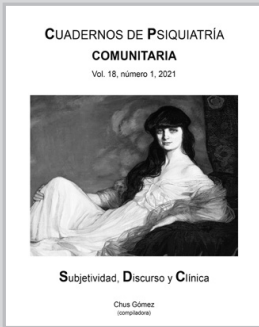
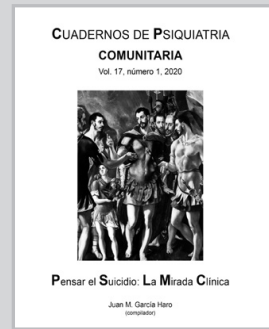
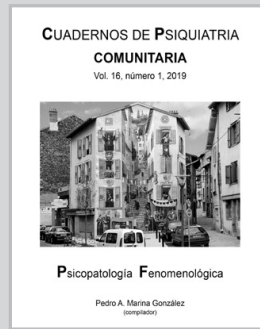
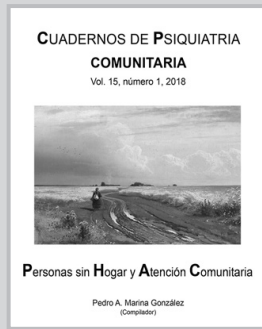
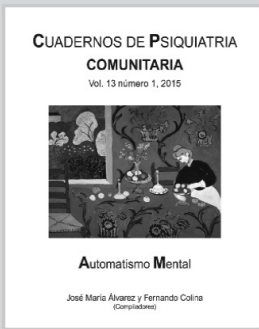


Cárcel y Salud Mental
I. Markez, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Bastida,
M. Hernández, M. B. Longoria, M. M. Lledo, C.
Manzanos, C. Repeto, J. M. Sánchez

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12 número 1, 2014



Cárcel y Salud Mental
Itzi Markez
(Compilador)



CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 18, número 1 - 2021

ARTÍCULOS ORIGINALES

Subjetividad, discurso y clínica

Antón Casais, Alcira Cibeira, Maria Antonia de Miguel, Chus Gómez 7

En Pandemia. Una mirada subjetiva

Javier Peteiro Cartelle 25

El discurso de la emancipación: ambigüedades y apropiaciones

Rafael Huertas 37

Lo viejo y lo nuevo en la vida amorosa y en las identidades sexuales

Manuel Fernández Blanco 50

La clínica y el diagnóstico today

Javier Carreño, Kepa Matilla, Juan de la Peña 63

El silencio y el sufrimiento contemporáneo

Ramón Area Carracedo, Federico Menendez Osorio 73

10 BÁSICOS 10 86

PUNTO CRÍTICO: “la contención mecánica”

Contención mecánica: más allá del discurso

Víctor Aparicio Basauri 90

Repensar la contención

José Manuel Lalana Cuenca 93

Derechos Humanos: clave fundamental de toda salud física y mental

Ana Vega 96

INFORMES

Sobre la eutanasia. (Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi) 99

RESEÑAS

Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría. (Marino Pérez Álvarez) 106

Manual de tratamientos psicológicos –adultos-. (Eduardo Fonseca Pedrero [Coord.]) .. 108

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 18, número 1 - 2021

ARTÍCULOS ORIGINALES

| | |
|---|-----|
| La vida en cuatro letras: claves para entender la diversidad, la enfermedad y la felicidad. (Carlos López- Otín) | 110 |
| A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible. (Silvia Faraone y Alejandra Barcala) | 115 |
| Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. (Alberto Gimeno Peon) | 116 |
| No es como te han dicho. Guía de salud mental basada en los vínculos. (Yolanda Alonso, Esteban Ezama y Yolanda Fontanil) | 118 |

IN MEMORIAM

| | |
|---|-----|
| Hugo Bleichmar (1935 -2020) | 124 |
| Diana Rabinovich (1943-2021) | 127 |
| Raúl Fernández Vilanova (1943-2020) | 129 |
| Nicolás Caparrós (1941-2021) | 131 |
| Nicolás Caparrós (1941-2021) | 134 |

| | |
|------------------------------|-----|
| NOTICIAS BREVES | 140 |
|------------------------------|-----|

| | |
|------------------------------------|-----|
| REUNIONES CIENTÍFICAS | 145 |
|------------------------------------|-----|

| | |
|-----------------------------------|-----|
| REVISTAS AUTONÓMICAS | 147 |
|-----------------------------------|-----|

| | |
|------------------------------------|-----|
| NORMAS DE PUBLICACIÓN | 151 |
|------------------------------------|-----|

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de **“La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.”** (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un **“Curso de Psiquiatría y Salud Mental”**.
- Publicación de la revista monográfica **“Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria”** de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menéndez de Llano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del **“Día Mundial de la Salud Mental”** que se celebrará el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Junta Directiva:

- Presidente: D. Pedro Alberto Marina González.
- Vicepresidenta: D^a. Paz Arias García.
- Secretaria: D^a. Elena Pato Rodríguez.
- Tesorera: D^a. Paz Arias García.
- Vicesecretario: D. Álvaro Magdaleno Flórez.
- Vocal: D. Juan Manuel García Haro.
- Vocal: D^a Margarita López Noche.

Miembros de honor:

Franco Rotelli (Trieste-Italia), José Luis Montoya Rico (Alicante)(+), Federico Menéndez Osorio (A Coruña) e Iñaki Markez (Bilbao).

Asociación Asturiana de Salud Mental
aenasturias@hotmail.com
www.aenasturias.es

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (Y en la Asociación Asturiana de Salud Mental)

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

profesional de la Salud Mental, con título de

que desempeña en (centro de trabajo)

y con domicilio en c/

Población D.P. Provincia

Tel e-mail

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D

D

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

Dirección

BANCO/CAJA DE AHORROS

N.º CUENTA IBAN

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma

