

SUMARIO

EDITORIAL [pág. 1]

COLABORACIONES [pág. 3]

El bienestar profesional en tiempos de humanización.

J. Camilo Vázquez Caubet

Una burbuja en el limbo: Reflexión sobre la construcción cultural de la locura.

Consuelo Murillo Cabrera

La contención mecánica como acontecimiento centinela: propuesta para avanzar hacia su eliminación.

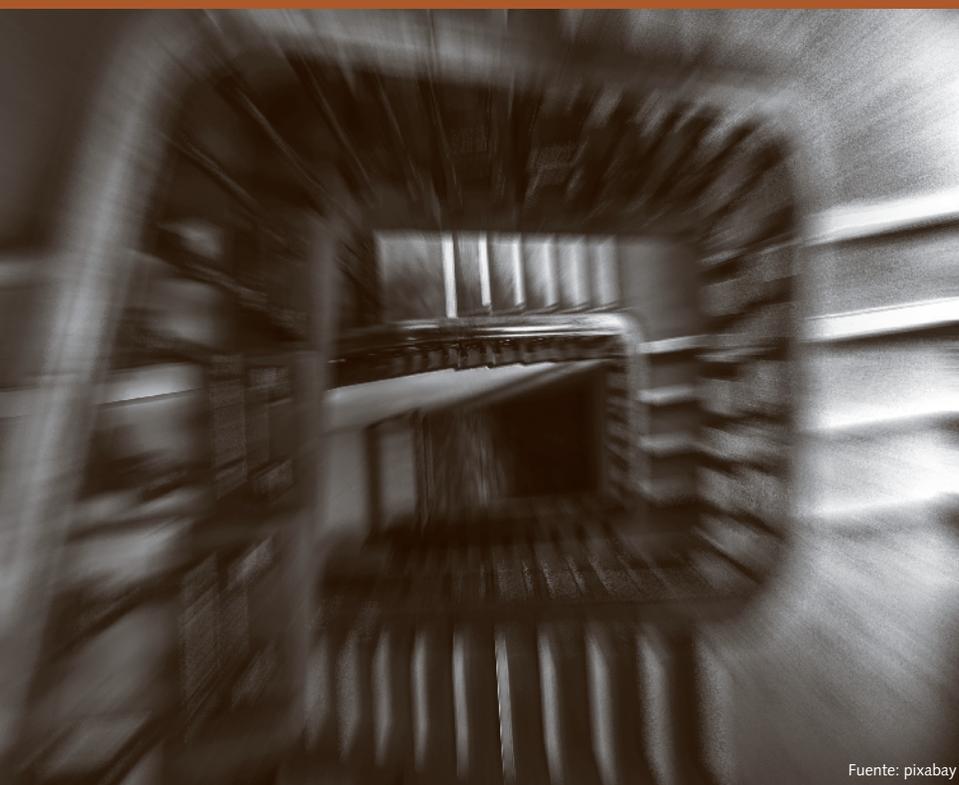
Ana Moreno Pérez y Alberto Fernández Liria

A PROPÓSITO DE... [pág. 25]

"Principios de una psicoterapia de la psicosis", de José María Álvarez.

Carlos Rey

EL PANÓPTICO [pág. 28]



Fuente: pixabay

AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

Boletín núm. 46 **PRIMAVERA** año **2020**

BOLETÍN
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA
DE SALUD MENTAL

JUNTA DIRECTIVA 2018-2021
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE SALUD
MENTAL (A.E.N.)

AMSM

PRESIDENTA

Carmen Cañada Gallego

VICEPRESIDENTA

Marta Carmona Osorio

VICEPRESIDENTA

María Alonso Suárez

SECRETARIA

Eva Muñiz Giner

TESORERO

José Camilo Vázquez Caubet

VOCAL DE PUBLICACIONES

Maite Climent Clemente

VOCALES

Ana Moreno Pérez

Inmaculada Liébana Gómez

María José Darder Mayer

Miguel Ángel Martínez Barbero

COMITÉ EDITORIAL DEL BOLETÍN

Laura Carballeira Carrera

Luis Nocete Navarro

Belén González Callado

Editorial



Fuente: Pixabay

“...las jornadas pasadas nos dejaron un poso diferente... frente a la necesidad de un diálogo reparador nos pareció que emergían discursos polarizados... nada de esto nos cuadraba...”

“...nuestros objetivos como asociación... solo podremos alcanzarlos escuchando voces diferentes... las diferencias no emergen si quien las expone es etiquetado y descalificado... hay mucho que eliminar, mucho que reparar y mucho que construir...”

Después de recibir la pregunta desde diferentes lugares acerca de la fecha de las jornadas de la madrileña de este año, nos decidimos a escribir este editorial en el que compartir con vosotros el punto en el que estamos. La primera y buena noticia es que sí habrá jornadas este año, pero las hemos pasado a noviembre. Está por determinar la fecha concreta y en principio serán de nuevo en el Matadero. Ya las tenemos un poco perfiladas, preferimos contaros un poco más cuando estén listas.

Todos los años nos sucede algo similar, los últimos meses de organización de las jornadas son muy intensos, con reuniones frecuentes, imprevistos de última hora, cambios y dudas. Y, de un tiempo a esta parte, cuando terminan las jornadas dejamos de hablarnos un tiempo, nos invade una resaca difícil de aliviar, que tiene que ver con la sensación de no haber sabido construir un espacio seguro para todos los participantes, con el temor de haber decantado el discurso hacia alguna de las partes, de haber descuidado el sufrimiento de alguien.

Este año la situación fue distinta. Digamos que las jornadas pasadas nos dejaron un poso diferente, de alguna forma nos sentíamos tocados, desconcertados, con dificultades para encontrar de nuevo nuestro rumbo. Más que nunca, frente a la necesidad de un diálogo reparador nos pareció que emergían discursos polarizados; queriendo aproximarnos a la complejidad del sufrimiento psíquico por momentos parecía que podía explicarse a través de dos etiquetas de bordes rígidos e infranqueables: las víctimas y los verdugos; los factores socioeconómicos que tantas veces hemos defendido que nos atraviesan y condicionan la salud mental y nuestras prácticas parecían poder resolverse con el esfuerzo individual... Y francamente, nada de esto nos cuadraba....

Quizás parte de esto se produjo porque se abrieron temas complejos, de mucho sufrimiento, que se abordaron en un grupo muy grande y con poco tiempo. El clima de las jornadas fue duro en algunos momentos, hablar del malestar psíquico y de cómo nos acercamos y alejamos de él es muy difícil. Hubo voces que no pudimos escuchar, personas que no se sintieron lo suficientemente recogidas para poder hablar. Los tiempos no fueron suficientes. Y es que hay conversaciones a las que hay que dedicarles un rato largo. Sabemos que en las jornadas decepcionaron a algunos, gustaron a otros y generaron confusión en muchos. Intentamos hacerlo lo mejor posible, pero no salieron como queríamos.

Como Junta tenemos unas pocas cuestiones claras. Algunas tienen que ver con nuestros objetivos como asociación y con que solo podremos alcanzarlos escuchando voces diferentes. También tenemos claro que las diferencias no emergen si quien las expone es etiquetado y descalificado. Sabemos que hay mucho que eliminar, mucho que reparar y mucho que construir, pero cuando todo ello se hace desde un solo ángulo lo construido no se sostiene. Sabemos con certeza que la pelea no solo consiste en concienciar individuos, sino en transformar estructuras, y que estas solo cambian si luchamos juntos, pero es imposible luchar con la misma estrategia porque ocupamos lugares diferentes. No hay solo un camino, no hay solo una manera... y menos mal... cualquier otra cosa suena mesiánica.

Pero sin duda, de lo que más tenemos es incertidumbre... de si entre todos sabremos construir conjuntamente puentes, ventanas, alas... de si podremos sostener

“...posponer las jornadas a noviembre... aprender de lo vivido y pensar en cómo construir un espacio seguro...donde...contar con todas la voces...”

decisiones difíciles y pagar el peaje, de si podremos permanecer diferenciados abordando la tarea común.

Este año hemos decidido posponer las jornadas a noviembre, necesitábamos aprender de lo vivido y pensar en cómo construir un espacio seguro en donde pudiéramos contar con todas las voces, sin caer en maniqueísmos. No sabemos si podremos conseguirlo, pero vamos a poner todo nuestro esfuerzo. No es fácil compatibilizar esta tarea con el trabajo, los cuidados y el ritmo frenético que nos exige el neoliberalismo. Quizás también tenemos pendiente la tarea de digerir que siempre estaremos en falta, que no gustaremos a todos, y que es necesario pagar un peaje cuando se renuncia a la omnipotencia y se abraza una posibilidad.

“...la dificultad es inherente al camino que nos toca de construir una atención a la Salud Mental que sea comunitaria, pública, libre de coerción, basada en los derechos de las personas.”

Con todo, si ampliamos el foco la vivencia que tenemos de las jornadas de los últimos años es positiva. Sentimos cierta satisfacción por todo lo recorrido. Confiamos en que la dificultad es inherente al camino que nos toca de construir una atención a la Salud Mental que sea comunitaria, pública, libre de coerción, basada en los derechos de las personas. Sabemos que ese horizonte no es fácil. Que cambiar las cosas conlleva tiempo y ganas, hacernos heridas, curarnos juntos. Y confiamos también en que son necesarias las caídas, conflictos y revueltas para construir desde lo común. Estamos encantadas de continuar camino, con sus avatares, sus goces, sus tropiezos, sus pasiones. Hemos reflexionado acerca de los actores que necesitamos para continuar y nos hemos convencido de que es justamente la polifonía de voces que hemos conseguido en las jornadas de los últimos años, la que nos sirve de brújula.

EL BIENESTAR PROFESIONAL EN TIEMPOS DE LA HUMANIZACIÓN

J. Camilo Vázquez Caubet

Psiquiatra y Psicoterapeuta en el programa PAIPSE



Fuente: pixabay

1. La llamada Humanización busca ofrecer a los usuarios del sistema sanitario un trato personalizado, a la altura de la dignidad que nos corresponde a todos por el simple hecho de contarnos entre los seres humanos.

Humanizar se supone que es **hacer énfasis en la necesidad del buen trato**, especialmente **en los momentos de mayor vulnerabilidad**, cuando la enfermedad nos dificulta reclamar esa dignidad que pelearíamos sin problema en caso de estar sanos.

El proyecto puesto en marcha a lo largo y ancho de nuestras organizaciones resulta enormemente ambicioso y ha conseguido despertar el entusiasmo de muchos compañeros y compañeras. Pero entre otros aviva un cierto desencanto. Uno podría preguntarse, ¿existirá algo así como una Humanización de la que se puedan beneficiar los profesionales sanitarios? ¿Tiene sentido acaso plantearse la pregunta?

“...el bienestar de los profesionales sanitarios es una condición previa para que estos puedan plasmar en hechos la tan deseable re-humanización del trato hacia el usuario.”

2. El actual Plan de Humanización de la Comunidad de Madrid, hace referencia, en su apartado introductorio, a la necesidad de cuidar al que cuida. Se entiende que el bienestar de los profesionales sanitarios es una condición previa para que estos puedan plasmar en hechos la tan deseable re-humanización del trato hacia el usuario.

Con el plan en la mano podemos leer: *“la Humanización de la asistencia sanitaria comienza en la alta dirección, que muestra y actúa con respeto, asignando valor a sus profesionales”*. El texto recoge una serie de directrices que deberían encarnar este respeto por parte de la institución: comunicación, participación, reconocimiento, conciliación, capacitación y asignación de responsabilidades.

Si tuviéramos la capacidad de preguntar masivamente a nuestras compañeras y compañeros, ¿qué nos contestarían? ¿Dirían que se están sintiendo cuidados? ¿Opinarían que el sistema les procura un trato humano, personalizado? ¿Sabrían decirnos qué medidas se han puesto en marcha en su propio beneficio?

“Si tuviéramos la capacidad de preguntar masivamente a nuestras compañeras y compañeros, ¿qué nos contestarían? ¿Dirían que se están sintiendo cuidados?”

3. El Programa PAIPSE (de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo) se creó en el año 2006, y desde entonces ofrece un espacio confidencial para la valoración, orientación y asistencia de los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en nuestro sistema público y que presenten problemas de salud mental.

Cuando las personas llegan por primera vez a la unidad no es raro que nos digan que no sabían de nuestra existencia. Sirva este primer apunte para ir contestando a alguna de las preguntas que nos acabábamos de plantear.

Nuestra misión es la de velar por el bienestar emocional de los **profesionales del sistema sanitario**, centrándonos especialmente en los casos donde el trabajo es, en sí mismo, una fuente de sufrimiento o un condicionante claro para la recuperación.

No somos un Centro de Salud Mental. No podemos asumir de forma crónica los cuidados, pero sí contamos con la experiencia y la capacidad de interlocución que son esenciales en nuestro ámbito. Nos coordinamos principalmente con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, a los que servimos de consultores independientes, siendo ellos nuestra principal fuente de derivación. Al mismo tiempo, cualquier persona puede acudir a nosotros simplemente llamando y solicitando una cita.



Fuente: pixabay

Debido a la particular composición de la población que atendemos, nuestra visión del sistema sanitario y de las propuestas de Humanización estará inevitablemente condicionada por este sesgo. Probablemente las cosas no sean exactamente como nosotros las vemos, pero nuestra opinión puede servir como contrapunto, una forma de incorporar nuevas perspectivas que nos permitan tener una visión más equilibrada de la calidad de vida en los puestos de trabajo.

4. ¿Qué noticias, qué ecos nos llegan de nuestro sistema sanitario? ¿Qué nos cuentan los profesionales? Nada que nos pueda sorprender demasiado.

En primer lugar está claro que **sigue habiendo demasiado trabajo, que faltan manos**. Que esta sobrecarga, palpable en muchos ámbitos, alcanza cotas sangrantes en el nivel de la Atención Primaria. Que el estrés laboral se asume como algo natural cuando los equipos están bien dirigidos y cohesionados, cuando se percibe que todo el mundo arrima el hombro, pero resulta poco soportable cuando la organización deja que desear. No son excepcionales los casos en los que se reparte de forma desigual la tarea, con favoritismos a veces tan indisolubles como difíciles de combatir y probar.

En segundo lugar, vemos que **los profesionales acaban agotados**. Cada vez antes, cada vez más jóvenes. Que el desgaste emocional (lo que llamamos “estar quemado”) les pillan por sorpresa, culposos y ojipláticos. Que no podían ni imaginar que se quemaran a mayor velocidad precisamente los profesionales más motivados. Que llegados a cierto punto deben escoger entre trabajar peor para no seguir avanzando en el proceso de desgaste o seguir igual para acabar convertidos en mártires de su propia idea de la vocación.

Vemos que, en contra de lo que muchas veces se dice y se piensa, **la inmensa mayoría de los profesionales aguanta y aguanta**, porque lo contrario sería fallar al sistema y a ellos mismos, y que muchas veces la necesidad aprieta, así que no les queda otra. Si acaban desfalleciendo les corroe la culpa. Muchos, la mayoría, suelen contarnos entre lágrimas que nunca antes habían estado de baja. Que probablemente nadie les esté cubriendo en su ausencia y sus compañeros, aún encima, estarán teniendo que cargar con su parte del trabajo.

Vemos también que la **precariedad** laboral ya no distingue por edades. Que las bajas, las vacaciones, las ausencias... cuesta mucho que se cubran. Que cada vez es más difícil la **conciliación**. Que el sistema de **oposiciones y traslados** puede ser al mismo tiempo una esperanza de cambio para muchos y una fuente de problemas para tantos otros, como si cada convocatoria supusiera un terremoto o una lotería del malestar contra la que uno poco puede hacer.

Vemos que **existe el acoso**, incluido a veces el acoso sexual. Pero vemos también que, al haber hecho fortuna el término, se llama acoso a situaciones que bien mirados son **conflictos** (a veces encarnizados) entre humanos, porque los equipos están al límite, la mano izquierda se la trae cada uno de casa y, aunque existen, son raras las actividades formativas regladas, sistemáticas, orientadas a formar a los equipos en comunicación, resolución de problemas y nociones de buen trato. A la hora de relacionarnos unos con otros andamos más desarmados de lo que pensamos.

Por último, vemos que las quejas, a veces tan persistentes y nocivas para la moral de los equipos, tienen un sentido. Al igual que ocurre con los lamentos (a veces furiosos) de los pacientes ingresados, las quejas de los profesionales no surgen como un deseo de fastidiar o un intento de sabotaje sino como una expresión de agencia. La queja representa el último reducto de control para el sujeto que siente, percibe y ha interiorizado que nada más puede hacerse. **Para nosotros la queja es el braceo agitado de quien lucha por no ahogarse en un mar de impotencia.**

5. ¿Qué nos llega que se está haciendo en favor de los profesionales?

Nos gustaría señalar a continuación, en orden cronológico, las acciones más relevantes puestas en marcha en favor del cuidado de los profesionales. Asumimos que probablemente no seamos exhaustivos, ya que vamos a exponer esencialmente lo que nosotros conocemos.

En primer lugar es de justicia reivindicar el papel de los **servicios de Prevención de Riesgos Laborales**¹ vinculados a las respectivas gerencias. Ellos han sido tradicionalmente los garantes de la salud de los trabajadores del sistema sanitario. Su papel se complementa con el trabajo de los **delegados sindicales** y los **comités de salud y seguridad en el puesto de trabajo**.

Por otro lado, desde el **año 2012** y luego a través de sucesivas revisiones, el SERMAS cuenta con un **Protocolo para la gestión de los conflictos externos**², es decir, para intentar abordar y reconducir el problema de las agresiones por parte de los usuarios. Iniciativas similares, con algunos solapamientos y divergencias según el caso, existen por parte de los correspondientes colegios profesionales y sindicatos.

Como experiencia a señalar en nuestro ámbito, en el **año 2014** se puso en marcha en la Dirección Asistencial Este y el Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (antigua área 3) el llamado **“Proyecto Saludable: Cuidar al que cuida mediante la salud psicosocial”**³. Este proyecto supuso la evaluación por medio de cuestionarios y entrevistas individuales a varios centenares de trabajadores de diferentes centros sanitarios. Dicho programa ha sido ampliamente reconocido por su capacidad para ofrecer escucha y participación a los profesionales, suponiendo un hito en la evaluación de riesgos psicosociales en el ámbito sanitario.

Ya en el **año 2016** entró en vigor el actual **Plan de Humanización de la Comunidad de Madrid**⁴, el cual hemos dicho que recuerda la necesidad de asegurar el bienestar de los profesionales para que estén en condiciones de ofrecer un mejor trato hacia los usuarios. Desde entonces el trabajo y la entrega desde la subdirección general de Humanización se han hecho patentes a través de múltiples jornadas, grupos de trabajo y

encuentros tanto científicos como de divulgación. Vemos además la profusión de las actividades dirigidas a la formación de profesionales y gestores sanitarios, tanto dentro de las propias estructuras del sistema como a través de los diversos posgrados de Humanización que han ido tomando forma en el ámbito universitario.



Fuente: pixabay

Más recientemente, en noviembre de 2017, entró en vigor en nuestra Comunidad el **Protocolo de Prevención y Actuación ante las situaciones de conflictos internos y frente a todos los tipos de acoso en el trabajo**⁵. Si bien está lejos de ser una herramienta perfecta y admite mejoras, lo cierto es que ha venido a cubrir un importante vacío institucional en cuanto a las opciones para afrontar algunas de las situaciones más problemáticas que se dan en los equipos. Su efecto a nivel global todavía está pendiente de ser convenientemente evaluado.

Por último, la propia existencia de la UVOPSE (Unidad de Valoración y Orientación al Profesional Sanitario Enfermo) dentro del programa PAIPSE refleja un **compromiso explícito por el bienestar de los profesionales**. Nuestro papel, al atender individuos, repercute en el último eslabón de una larga cadena de relaciones y hechos que forman parte del contexto del sanitario. Intentamos, en la medida de nuestras posibilidades, abrir el campo y favorecer la mirada sobre la organización y sus equipos. Recientemente hemos tenido la oportunidad de colaborar junto con la Subdirección General de Humanización en la elaboración de un **Manual dirigido a la Prevención del Desgaste Profesional** en el ámbito sanitario, el cual se

1) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-24292>

2) https://amyts.es/wp-content/uploads/2017/02/protocolo_actuacion_situaciones_conflictivas_AP.pdf

3) <http://www.invasat.gva.es/documents/161660384/163766431/Programa+saludable+cuidar+al+que+cuida+mediante+la+salud+psicosocial/6c2dc84c-2842-472e-aad9-7396a3dd8abf>

4) <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2016-2019>

5) https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2017/10/19/BOCM-20171019-16.PDF

“...no han sido muchas las ocasiones en que los profesionales hayan podido responder con libertad, dentro del sistema, a la pregunta: ¿qué tal en tu trabajo?”

“... el miedo al juicio o a la represalia, a las repercusiones de decir lo que hay, mantiene a los compañeros silenciados...El desafío actual residiría en la gestión del conocimiento de personal altamente cualificado.”

“Cuando surgen los problemas serios...es cuando los profesionales viven en sus carnes la ingrata experiencia de ser un número...que el sistema, la institución en sí, no tiene memoria.”

espera que vea la luz a lo largo de 2020. Y en el mes de marzo hemos incorporamos la psicoterapia de grupo a la oferta de nuestra unidad. Se trata de un marco que ofrece una oportunidad única de autoevaluación y de aprendizaje relacional, en la que participan miembros de diferentes centros y categorías. Esperamos que este trabajo, centrado en el intercambio genuino de experiencias, facilite la recuperación de los malestares individuales al tiempo que permita el desarrollo de una mirada más genuina en torno a las relaciones en el trabajo.

6. ¿Cuál es la humanización que todavía no ha llegado?

En nuestra unidad, cada vez que atendemos por primera vez a una persona, le entregamos dos escalas al final de la entrevista. Una mide el posible desgaste profesional, mientras que la otra evalúa la calidad de vida percibida en el puesto de trabajo. Al principio nos sorprendía que, por lo general, a las personas que atendemos les gusta bastante responder a esos dos cuestionarios. Nos hemos ido dando cuenta de que **no han sido muchas las ocasiones en que los profesionales hayan podido responder con libertad, dentro del sistema, a la pregunta: ¿qué tal en tu trabajo?**

De nuevo, probablemente estemos sesgados. La mayoría de coordinadoras de centro, de supervisores, de jefes de servicio, seguramente desempeñan bien su trabajo. Pero nosotros solemos ser testigos de los numerosos casos en los que **el miedo al juicio o a la represalia, a las repercusiones de decir lo que hay, mantiene a los compañeros silenciados**. Otras veces los vemos callar por la simple perspectiva de que, se haga lo que se haga, no va a llegar ningún cambio.

Alguien dijo una vez que la gestión de los sistemas sanitarios no podía seguir centrada en la ubicación de la mano de obra, como en una cadena de montaje. **El desafío actual residiría en la gestión del conocimiento de personal altamente cualificado**. Pero fracasamos en este cometido si no preguntamos ni orientamos a los profesionales, pues se despilfarra de esta manera un enorme capital humano. Sucede también que no son tantas las vías para que los profesionales se encaminen hacia el desarrollo de sus áreas de interés, y cuando las hay suelen convertirse en el escenario de ambiciones, pugnas y favoritismos. La carrera profesional, hasta la fecha, no pasa de ser un listado de requisitos para un complemento salarial. Por otro lado, los tutores del personal en formación a menudo llevan a cabo su labor sin tiempo ni reconocimiento suficiente, y se alimentan de lo gratificante de su tarea hasta que se les agota el voluntarismo. Sobreviven no pocos al sistema, esquivando el desgaste a su manera, orillándose hacia éste o aquel estudio de investigación, o dejándose regalar el oído por algún representante de la industria.

Cuando surgen los problemas serios (errores, accidentes, agresiones) es cuando los profesionales viven en sus carnes la ingrata experiencia de ser un número, de no ser vistos ni escuchados. Descubren los sinsabores de los trámites, de la determinación de contingencias, o la necesidad de hacer un esfuerzo extra para obtener la ayuda que necesitan precisamente en los momentos en los que más les deberían estar cuidando. Muchos aprenden la amarga lección de que **el sistema, la institución en sí, no tiene memoria**. O por lo menos que no la tienen los muros, las placas o el mobiliario, puesto que la compasión y el reconocimiento solo puede esperarse las personas. Las mismas que van y vienen, que cambian de plaza y de

cargo, y que a veces están tan sumidas en su propio desbordamiento que cualquier otro asunto les resulta secundario.

El Protocolo de Conflictos Internos, con toda su potencialidad, falla en algo muy básico. **Sume en la incertidumbre** a las personas, por cuanto prácticamente nunca se designa a un informador que tome la iniciativa de contactar con el afectado para hablar de los plazos, del estado del procedimiento, o sencillamente advertir de la traba más habitual, y es que se suele paralizar todo el proceso hasta que la persona se ha reincorporado a su puesto de trabajo. Sucede normalmente que, una vez entregada la solicitud de evaluación del conflicto, las ruedas de la maquinaria burocrática comienzan a girar en silencio mientras el afectado solo puede intuir o imaginar si crujen, si engranan o si han dejado de moverse por algún motivo insospechado.

Y cuando se tiene la fortuna de no recibir un golpe físico, pero sí la desgracia de ser coaccionado en el ejercicio del trabajo; cuando se sufre el acoso moral, la violencia psicológica reiterada que procede por parte de unos pocos usuarios, muchos compañeros se enfrentan a su situación desinformados. Cometen errores, se les anima a denunciar y a veces el agresor acaba teniendo acceso a sus datos.

En cuanto a los conflictos en el seno de los equipos sigue faltando la mirada global, la comprensión del sistema por el cual el problema lo tiene no una persona, sino el grupo humano, por mucho que se acabe poniendo casi siempre el foco en esa víctima propicia que será la que nos acabe visitando.

7. El doble filo de la Humanización.

Los especialistas de la Salud Mental aprendemos, a veces dolorosamente, dos cosas. La primera es que **a menudo hay que ir más allá de la literalidad de las palabras**. Debemos aprender a averiguar en detalle lo que significan para cada uno. Toca analizar qué función cumplen en un determinado momento y para qué se están usando. La segunda lección es que pedir a un individuo que cambie su conducta, su actitud o su estado de ánimo sin modificar el contexto donde se ha fraguado suele ser un ejercicio estéril condenado al fracaso.

Si asumimos que **el valor final de las palabras**, como el de los diagnósticos, **se mide en función de los resultados** que permiten obtener, tendremos que reconocer que la palabra Humanización (así, escrita, con esa hache mayúscula que parece querer eludir que el ser humano es igualmente capaz de lo admirable y lo atroz) tiene ventajas evidentes. Como nuevo concepto de consumo permite otorgar un cariz de novedad a

una exigencia ética básica: los cuidados, que andaban algo desatendidos entre el desbordamiento asistencial, la fascinación tecnológica y el papeleo burocrático. La palabra Humanización no carece de atractivo y ha conseguido devolver la motivación a muchos, avivando el deseo de un trabajo bien hecho y **desembocando en mejoras palpables**⁶.

Pero **como han alertado las voces más críticas**⁷, tendremos que mostrarnos cautelosos. No debiéramos descartar la posibilidad de que la Humanización pueda llegar a quedarse en mero emblema, en un deseo voluntarioso de mejora en el más favorable de los casos; en una autocomplacencia injustificada y cegadora, una cortina de humo, en el peor de los escenarios. Un proyecto de Humanización de todo el sistema que pretenda implantarse masivamente sin un presupuesto, sin unas condiciones adecuadas, podría resultar en algo que ya conocemos bien: esa **discrepancia entre expectativas y medios** que está en el origen del desgaste profesional.

Podemos, movidos por buenas intenciones, formar a los profesionales, motivarles, pedirles su opinión, embarcarles en nuevos proyectos. Pero las personas somos animales detectores de contingencias, y si la expectativa final es de improbable cambio, la frustración y la desidia pueden acabar por inundarnos. Tal vez algo de esto ya esté sucediendo.

Y es que, si pedimos más por lo mismo, ¿qué obtendremos? Si le pedimos a nuestros profesionales desbordados que renuncien a su coraza para ofrecer un trato más cercano, ¿estarán en condiciones de hacerlo? Y si lo consiguen, ¿a qué precio?

El PAIPSE es un programa gratuito dirigido a la valoración y orientación en situaciones de sufrimiento psíquico de origen laboral. Depende de la consejería de sanidad de la Comunidad de Madrid. Está dirigido a personal sanitario y no sanitario que trabaje en centros del SERMAS (Servicio Madrileño de Salud). Puede llamar para solicitar cita o información al 91-3301888.

6) <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/inicio/>

7) <http://medicocritico.blogspot.com/2016/11/contra-la-humanizacion-de-la-asistencia.html>

UNA BURBUJA EN EL LIMBO: REFLEXIÓN SOBRE LA CONSTRUCCIÓN CULTURAL DE LA LOCURA

Consuelo Murillo Cabrera

Socióloga. Profesora UNED



Fuente: pixabay

Ponencia presentada a las Jornadas sobre Prácticas en rehabilitación psicosocial "Encaja pero no gira" (15-October-2018, en Madrid)

"¿Qué es la razón? La locura de todos. ¿Y qué es la locura? La razón de uno."

Giuseppe Rensi (1871-1941)

INTRODUCCIÓN

Ante la proposición de elaborar esta ponencia, tras aceptar fui consciente de la envergadura de la tarea, porque ¿qué puede aportar la sociología o la antropología en un tema tan complejo como la locura?, de manera que superada la tentación inicial de profundizar en el funcionamiento del cerebro humano, ámbito que domina la medicina y las ciencias *psi*, termine inclinándome por indagar en la literatura. Porque desde el ámbito creativo de la literatura se nos presentan las tramas humanas, sociales, políticas, emocionales, psicológicas... captando los arquetipos sin los complejos de la ciencia.

De modo que me aplique en la búsqueda y lectura de algunas novelas. Así encontré "Una burbuja en el limbo" de Fabián Dobles. Las peripecias de Ignacio Galarza Ríos, el protagonista, en su familia y dentro de la pequeña comunidad rural en la que vive sirvieron de inspiración para esta presentación. Mi tributo es utilizar el título de la novela como título de la ponencia.

Ignacio siente un espacio de rechazo ante la diferencia que le marca en relación con la sociedad y que termina por elegir el mismo. El loco es entonces un constructo social, no un enfermo mental, sino aquel que elige un espacio de separación y defiende este. Su locura es más una imposición que una manifestación propia de su ser, razón por la cual se convierte en una burbuja, en el sujeto aislado de un mundo que no termina de aceptarlo.

Su locura es defender su espacio, y construir su felicidad y su ser a partir de ese espacio que solo a él pertenece. Su libertad no depende de los convencionalismos, sino de sus propios deseos. No es más que el repliegue de un sujeto en su interioridad, no la consecuencia de una enajenación o de una enfermedad que es más fácil encontrar en la sociedad en la cual le corresponde coexistir.

1. PERSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL Y CULTURAL DE LA LOCURA: LA LOCURA REDUCIDA A ENFERMEDAD MENTAL.

1.1. Desde la Antigüedad Clásica hasta el Renacimiento.

Una concepción de la locura, proveniente de la Antigüedad (siglo V a. C.), la presenta como un "don divino". El diálogo platónico Fedro muestra una imagen de la locura

"...desde el ámbito creativo de la literatura se nos presentan las tramas humanas, sociales, políticas, emocionales, psicológicas...captando los arquetipos sin los complejos de la ciencia"

"El loco es entonces un constructo social, no un enfermo mental, sino aquel que elige un espacio de separación y defiende este."

(manía) que en todo resulta preferible a la cordura (*sophrosyne*); pues mientras que ésta cuenta con un origen meramente humano, fruto de las opiniones (*doxa*) que pueden producirse mediante el ejercicio dialéctico, la locura representa una forma de conocimiento superior.

El loco aparece aquí como un ser elevado, a cuya alma crecen unas alas que lo transportan al país de la verdad. Al considerarla como la forma más alta del saber, Platón declaró en boca de Sócrates: “los bienes más grandes llegan a nosotros a través de la locura, concedida por un don divino”.

El diálogo sugiere una distinción entre cuatro tipos básicos de locura: la profética, –propia de la adivinación oracular (don apolíneo)–, la poética –que corresponde a la inspiración artística (don de las musas)–, la erótica –ilustrada por el arrebatado amoroso (don de Afrodita y de Eros) y considerada la más excelsa–, y la mística –ligada a los ritos eleusinos y la experiencia extática de la *epopteia* (visión del dios; don de Dionisio).

Un aspecto común a las especies de locura aquí descritas reside en considerarlas una experiencia de posesión –en el sentido de un trance o entusiasmo (en *théos*) en el que un dios es interiorizado–, en donde el sujeto que se ve invadido sufre una metamorfosis que le otorga conocimiento. Pero más exacto sería decir que se trata de un estado que anula la distinción entre sujeto y objeto, lo que llevó a Giorgio Colli a afirmar que, para los griegos, “la locura es la matriz de la sabiduría” y “la razón es un instrumento de destrucción”.

En opinión del romano Cicerón, los griegos definieron ciertas emociones irracionales con el término *pathê* (sufrimiento, desgracia o infortunio). El orador cree que tales emociones, sin embargo, son desórdenes, perturbaciones, y no enfermedades (*morbi*).

Cicerón afirma que los romanos distinguen, en buena medida, entre insania, como locura o desequilibrio mental, y furor, en el sentido de delirio y frenesí. El primer término, en relación con *stultitia*, necedad, pero también locura, es el más generalizado. Identifica el antiguo cónsul y orador lo que los romanos llaman frenesí y delirio con aquello que los griegos definieron con la palabra *melancholia*, y no puede reconocer que la mente esté influenciada por la bilis negra, ya que lo está, en muchas más ocasiones, por el tremendo poder de la ira, el temor o la pena. Desde su punto de vista, por consiguiente, al lado de una racionalización fenomenológica, existe una matización y una distinción de comportamientos y estados de la mente.

De forma genérica, pueden extraerse dos rasgos primordiales dentro de las psicopatologías babilónicas: en primer lugar, la

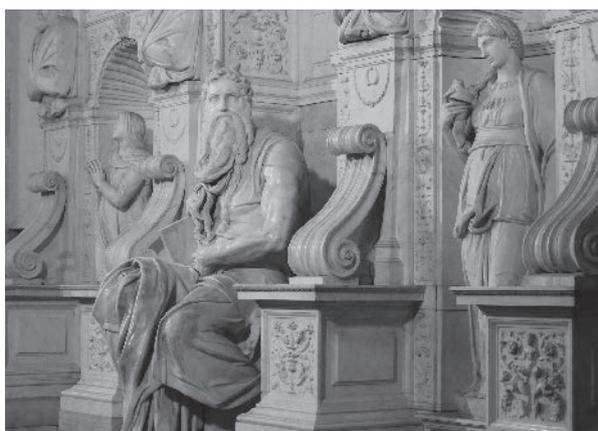
brujería, el hechizo y la magia, con preferencia en relación a ciertos dioses, además de ciertas maquinaciones humanas, son los agentes provocadores de muchas de las ilusiones e ideas de estados psicóticos; en segundo término, el dios o diosa, el rey, los superiores (funcionarios de la corte), y los mayores, se presentan como las “autoridades” que son el objeto preferente de los arranques y accesos perturbadores, así como, al mismo tiempo, de las acusaciones de los pacientes con severos problemas mentales.

La lectura del Antiguo Testamento revela que para los hebreos y pueblos vecinos, muy influenciados por la arcaica sabiduría de las antiguas culturas mesopotámicas, los trastornos mentales eran provocados por fuerzas sobrenaturales, espíritus (*ruach*), o por la ira de alguna divinidad como castigo ante las ofensas y sacrilegios humanos.

El pensamiento popular creía que las anomalías mentales se debían a la acción de alguna fuerza sobrenatural o a la participación de algún ser que entraba en el cuerpo humano, o producía su efecto desde fuera. La idea de que el hombre está rodeado de fuerzas desconocidas e invisibles que le afectan para bien o para mal, es muy antigua. Tales fuerzas se materializan como seres reales, espíritus y demonios.

Entre los israelitas, aquellos que no obedecían los mandatos y preceptos de Dios y violaban impunemente sus órdenes, eran amenazados con severos castigos, entre los que se encontraba la “maldición” de la locura. Moisés, por ejemplo, advierte que si alguien no obedece la voz de *Yahvéh*, acabará herido de locura, de ceguera y de delirio.

En el Talmud, los desórdenes de comportamiento se debían, del mismo modo, a la posesión por espíritus malignos. La enfermedad mental de Saúl proviene directamente de Dios a tra-



Fuente: pixabay

vés de un espíritu, fuerza o influencia sobrenatural que actúa sobre el hombre. En este caso, la única diferencia respecto al “Espíritu del Señor” era, explícitamente, su maldad.

Según Foucault en “la Historia de la Locura en la época clásica”¹ (1961) la locura se percibe de modo distinto a lo largo de la historia. De algún modo, Foucault desmitifica el relato científico según el cual la enfermedad mental es algo natural y atemporal en la historia de la humanidad, buscando las causas de la locura en el ámbito de una experiencia históricamente constituida, conformada por prácticas institucionales, procesos socio-económicos y formas de discurso, de cuya confluencia surge el concepto cultural de enfermedad mental.

Durante la Edad Media la experiencia de la locura estaba nublada por las imágenes del pecado, la bestia, etc. Los locos eran los posesos, es decir, los que habían sido poseídos por alguna entidad demoníaca, esto en un contexto meramente cristiano.

En el Renacimiento, se empieza a hablar de la locura y de la razón, no como en la época clásica. Foucault se inspira en un cuadro del Bosco: “La Nave de los Locos”. El loco es el que es medio genial, el que se ríe de los demás. Es una persona divertida con momentos de extravagancia y genialidad donde dice las verdades de la razón. La razón es media loca. El loco se ríe del sabio y del genio.

De este modo, lo que caracteriza durante la Edad Media y el Renacimiento el estatus del loco, es esencialmente la libertad de circulación y de existencia que se le permite. Vivían en el interior de las sociedades donde eran recibidos, alimentados y hasta cierto punto, tolerados. Sólo si estaban demasiado agitados o eran peligrosos se los encerraba provisoriamente en el límite de las ciudades.

1.2. Desde el S.VII hasta el S. XIX: medicalización e institucionalización de la locura.

En el siglo XII, se funda el Hospital General en París (1656). Se crea por ley con el objetivo de excluir de la sociedad a locos, vagabundos, pobres, homosexuales, prostitutas, y en general a todos aquellos que padezcan enfermedades venéreas. No existe un concepto de “enfermo”, sino de indeseable para la sociedad. En la época en la que se está desarrollando la industria artesanal (sobre todo la textil) el trabajo se convierte en un valor en alza también por la influencia de la ética protestante: el que no trabaja es indeseable y debe ir a la cárcel.

Una de las características de este encierro es la práctica de la medicación a los reclusos, quedando estigmatizados como “anormales”. Este es el punto de inflexión en que se generan las nociones de “loco” y de “enfermo mental” que devienen en una forma de dominación proporcionándoles una identidad que en principio no tenían. El objetivo es devolver a los individuos al mercado de trabajo obligatorio completamente rehabilitados.

La locura no fue considerada enfermedad mental hasta finales del S.XVIII. Simultáneamente se forma el primer discurso psiquiátrico moderno: el alienismo, que reivindica un trato más humanitario hacia los locos, sin embargo los acontecimientos exigían una redefinición jurídica del loco para poder justificar su internamiento junto al resto de las figuras de la sinrazón —el ladrón, el mendigo, la puta, el libertino—.

El tratamiento moral combina una noción organicista (debilidad inherente de la persona) con una noción de higiene (falta de limpieza y ajuste social), así el loco se convierte en un problema dentro de la sociedad, supone una amenaza en la maquinaria institucional de la escuela, la fábrica... Representaba una fuente de irritación social, una pérdida de eficiencia y una futura carga para el Estado.

El discurso médico-psiquiátrico contribuye a la justificación de que se encierra a los locos por su propio bien y no como una forma de impedir sus desórdenes y mantener la paz social. A través de este entramado Foucault, en su obra “Vigilar y castigar”, aborda otro tema clave: las relaciones entre saber y poder, que es la historia de una determinación mutua, de cómo el saber genera poder y de cómo todo saber viene precedido de un poder.

Este mismo sistema ha hecho nacer, paralelamente, o más bien, frente al enfermo mental, una figura que hasta entonces no había existido nunca, el psiquiatra. Existían médicos que se interesaban por fenómenos próximos a la locura, por los desórdenes del lenguaje, por los desórdenes de la conducta, pero jamás se había tenido la idea de que la locura fuera una enfermedad tan especial como para merecer un estudio singular y ocupar la atención de un especialista como el psiquiatra.

Prueba de ello es que en los siglos XVII y XVIII encontramos distintas taxonomías de la locura confeccionadas por la medicina desde una forma de conciencia o perspectiva que Foucault llama analítica. Es decir que toma la locura como objeto de saber.

1) Foucault, M. Folie et déraison. Histoire e la folie à l'âge classique. Paris: Plon, 1961.

El racionalismo cartesiano² inaugura una antinomia: la razón y la sinrazón, entendida como una contradicción de dos principios “racionales”, esta simplificación será asimilada por la modernidad en la dicotomía normal/patológico.

La locura es la condición de la imposibilidad del pensamiento. Foucault nos da a entender que la misma escisión entre razón y sinrazón es un producto cultural, cuyas causas podemos encontrar en el ámbito material y contingente de una experiencia históricamente constituida, conformada por prácticas institucionales, procesos socio-económicos y formas de discurso, de cuya confluencia surge la figura cultural de la enfermedad mental.

El saber analítico objetiva la locura con la mirada escrutadora y culpabilizadora de la clínica. El loco es culpado por su condición, debiendo tomar la responsabilidad de su cura. La conciencia de estar mentalmente enfermo actúa como una autodisciplina tan o más eficiente que la disciplina social del Hospital General.

En el S. XIX, guiado por los valores de razón y progreso, como consecuencia del desarrollo de la industrialización y el capitalismo en el contexto de consolidación del Estado moderno bajo los valores de los ideales de la Revolución Francesa (Libertad, Igualdad y Fraternidad) asistimos al nacimiento de las “ideologías” que se vinculan a un grupo social (clase social, partido político, institución, corporación...). Las ideologías articulan un sistema de respuestas y prácticas normalizadas que, precisamente por formar parte del sistema de creencias culturales, escapan a un análisis y/o reflexión crítica sobre las mismas.

Sobre la exclusión etnológica del loco, el capitalismo ha formado criterios nuevos, el enfermo mental no es la verdad descubierta del fenómeno de la locura, es un avatar capitalista en la historia etnológica de loco.

El hombre moderno ya no se comunica con el loco, ni el loco con el otro. No hay lenguaje común. El monólogo de la razón sobre la locura establecido por las ciencias, sólo ha podido establecerse sobre un silencio como éste. Frédéric Gros³ dice que la distancia exigida por la objetividad científica del psiquiatra es la que permite la enunciación de verdades positivas. Para

2) Descartes, filósofo racionalista del S. XVII cuya máxima es “pienso, luego existo”.

3) Frédéric Gros, profesor de Filosofía en la Universidad París-XII y de Pensamiento político en el Instituto de Estudios Políticos (Sciences-Po) de París. Fue el editor de las últimas lecciones de Foucault en el Collège de France. Ha trabajado ampliamente la historia de la psiquiatría (Création et folie, PUF, 1998), la filosofía de la pena (Et ce sera justice, Odile Jacob, 2001), el pensamiento occidental sobre la guerra (États de violence. Essai sur la fin de la guerre, Gallimard, 2006) y la historia de la noción de seguridad (Le principe sécurité, Gallimard, 2012).



Fuente: pixabay

Foucault, no se trata de denunciar las ciencias humanas como engañosas sino captar una configuración: “el loco se descubre como objetividad natural a través de los actos... monstruosos, irrazonados y vergonzosos de la locura”.

Cualquier sociedad puede definir la locura de tal manera que ciertas personas caigan en esa categoría y sean aisladas. Pero el poder no sólo determina la normalidad y la locura, sino también el conocimiento y las respuestas institucionales, a modo de ejemplo, en los hospitales psiquiátricos se prohíbe la actividad sexual. Se trata de “controlar, formar, valorizar según un determinado sistema el cuerpo del individuo”, “...ha de ser formado, reformado, corregido, en un cuerpo que debe adquirir aptitudes, recibir ciertas cualidades, calificarse como cuerpo capaz de trabajar”.

La idea de que el loco es una persona enferma que necesita cuidados y rehabilitación nace en el contexto de la modernidad con la representación del mundo organizada por meta-narrativas de ciencia humanizada, progreso y emancipación individual. El resultado es que en medicina, el individuo es responsable de ayudar en el proceso de la cura y de aceptar la diagnosis, la prognosis y la medicación.

1.3. La locura en la posmodernidad: entre el biologicismo⁴ y el constructivismo social

Desde la segunda mitad del S. XIX y durante la primera mitad del siglo XX, el pragmatismo del positivismo, convertido

4) Biologicismo: la naturaleza humana está determinada por los genes; las propiedades de los individuos (lo que los seres humanos son) y sus acciones (lo que los seres humanos hacen) son, en última instancia, consecuencia inevitable de sus genes. Los

al evolucionismo⁵ y organicista⁶ por convicción, se aplica en organizar de manera más eficaz y eficiente el encierro y medicalización de los enfermos mentales, protegiéndolos de ellos mismos; y a la sociedad de ellos. Paralelamente en el ámbito de la biología aparecen las Leyes Mendelianas⁷ de herencia genética, como base del ulterior desarrollo de la genética.

Aplicar la perspectiva de lo “natural” –biológico, algo que no es susceptible de cambiar o modificar– dentro de lo “cultural”– los significados compartidos del cuerpo social, político, económico e institucional– tendrá como resultado el origen y extensión de las “teorías de la raza”⁸ que sostienen sobre la base de unas características biológicas determinadas por la genética e inmodificables la imposibilidad de redención de las razas consideradas inferiores. Del mismo modo consideran que la enfermedad mental bien podría tener un origen biológico/genético, lo que va a condicionar dos tipos de respuestas: confianza en la medicalización, experimentación con nuevos tratamientos y de otro lado la convicción de que no existe posibilidad de cura o recuperación. En este contexto, bajo la creencia de que la enfermedad mental podría transmitirse genéticamente se generalizan las prácticas de esterilización a los afectados.

El impacto en los supervivientes de los dos grandes conflictos bélicos del S. XX⁹ enfrenta a los profesionales *psi* (psiquiatras y psicólogos) a un amplio repertorio de casos con trastornos mentales para los que no están preparados y a los estados participantes a la asunción de la ayudas (médicas, sociales, económicas...) a los numerosos afectados que compromete el

biologistas establecen, así, una cadena de determinantes que van del gen a los individuos y de estos a la sociedad, y en virtud de la cual las causas de los fenómenos sociales residen, en última instancia, en la biología de los actores individuales. La tesis reduccionista y determinista de que «la biología es el destino» ha sido compartida por una serie de tendencias y autores que van desde la escuela frenológica de Gall y Spurzheim, nacida a finales del siglo XVIII en Alemania y Francia, hasta el biologismo de la Nueva Derecha de la década de los ochenta, pasando por la antropología criminal de Cesare Lombroso durante el último cuarto del siglo XIX, el movimiento eugenésico de finales del siglo XIX y principios del siglo XX (Francis Galton y Karl Pearson), las leyes de esterilización y de la ciencia de la raza de la Alemania nazi, los defensores de los tests del CI (Cyrill Burt, Arthur Jensen, Richard Herrnstein, Hans Eysenck, entre otros) y la citogenética criminal (la cuestión de los XYY y la agresión) de mediados de los setenta. Para un recorrido por esta corriente biologista véase Chorover 1982, Biología... 1982 y Gould 1981. Para una magnífica «crítica antropológica» a la sociobiología, véase Sahlins 1976.

- 5 La obra de Charles Darwin “El origen de las especies” va a impactar de manera notable en las ciencias sociales al coincidir con la noción de progreso, en este caso extrapolable al concepto de evolución. De este modo la evolución biológica será aplicable a todo el cuerpo social.
- 6 Charles Spencer, introduce la noción organicista. El cuerpo social estaría organizado del mismo modo que el cuerpo biológico: compuesto de diferentes órganos con sus respectivas funciones. El mal funcionamiento de uno de los órganos impacta en la totalidad del cuerpo.
- 7 Gregor Mendel publica su trabajo en 1865 y 1866, aunque fue ignorado durante mucho tiempo hasta su redescubrimiento en 1900. Su trabajo supone un hito en la evolución de la biología, solo comparable con las leyes de Newton en el desarrollo de la física.
- 8 Las teorías de la raza combinadas con el higienismo fundamentaron la política racista del III Reich y el genocidio judío.
- 9 I Guerra Mundial (1914-1918) y II Guerra Mundial (1939-1945).

sistema vigente hasta el momento basado en la medicalización y el encierro.

En este contexto se produce una amplia reflexión entre los profesionales de la psiquiatría y psicología, que viene a introducir un cambio sustancial: la introducción de la noción de trastorno mental. Otro estadio de locura, menos grave, que puede permitir al paciente vivir de manera normalizada, integrado en la sociedad, siempre que esté debidamente medicado.



Fuente: pixabay

Prueba de ello es el debate entre la Organización Mundial de la Salud y la American Psychiatric Association (APA) del cual surge la publicación del DSM-I¹⁰ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) publicado en 1952, como réplica al CIE-6¹¹ (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la OMS.

Aparece así el vector lingüístico-taxonomico¹²: la nueva enfermedad debe encajar en algún sistema taxonómico, debe poder ser nombrada y reconocida de acuerdo al lenguaje científico al uso.

Con la locura anclada a la enfermedad y trastorno mental, ya en la segunda mitad del S. XX, surge la reflexión en torno a “la locura construida”¹³.

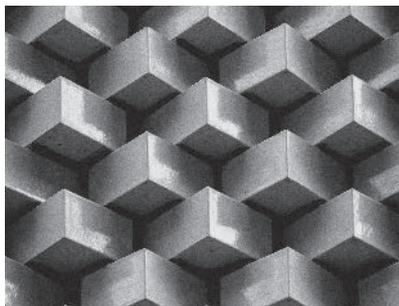
George Rosen, a finales de los sesenta, propone abordar el trastorno psíquico “desde un amplio punto de vista, considerándolo

10 Actualmente el DSM-5 publicado en 2013.

11 El 18 de junio de 2018, la Organización Mundial de la Salud publicó la nueva edición de su manual de enfermedades. Esta edición (CIE-11) entrará en vigor en 2022 para sustituir a la vigente desde 1990.

12 Primero de los vectores que ejercen en el nicho ecológico de la enfermedad mental según Ian Hacking.

13 Las obras de Michel Foucault, o de Thomas Szasz ya habían relativizado la propia existencia de la enfermedad mental.



Fuente: unsplash

“...la enfermedad no existe hasta que hemos acordado su existencia, al percibirla, nombrarla e intervenir sobre ella.”

lo fundamentalmente dentro del contexto de la comunidad, y teniendo en cuenta las estructuras y factores políticos, sociales y administrativos que han guardado alguna relación con la enfermedad mental en diferentes periodos históricos. Este estudio examina el reconocimiento de dicha enfermedad como problema de la comunidad, y las circunstancias que provocan dicho reconocimiento; los conceptos, ideas y teorías utilizables para interpretar una conducta extraña como enfermedad psíquica y que proporciona una base para la acción o inactividad de la comunidad; y el desarrollo y existencia de instituciones especiales para hacer frente a estos problemas”¹⁴.

En los años ochenta y noventa del siglo XX se expresa la reflexión de la psiquiatría en torno a la enfermedad desde la perspectiva del construccionismo social. Charles Rosenberg, uno de los más claros exponentes del constructivismo social en el ámbito de la historia de la medicina, alerta sobre la complejidad de cualquier reflexión en torno a la enfermedad que pretenda ir más allá de una alteración anatómica o fisiopatológica del organismo humano¹⁵.

Para este autor la enfermedad es un “acontecimiento biológico”, pero también “un peculiar repertorio generador de construcciones verbales que reflejan la historia intelectual e institucional de la medicina, un aspecto de la política pública y la legitimación potencial de este, un elemento potencialmente definidor de roles sociales, una sanción de normas culturales y un elemento estructurador en las interacciones médico-paciente”. De alguna manera “la enfermedad no existe hasta que hemos acordado su existencia, al percibirla, nombrarla e intervenir sobre ella”¹⁶.

Entre el biologicismo y el constructivismo encontramos todo el entramado de significados de la locura y respuestas a la misma. De manera que no parece baladí la cuestión de dónde nos situamos.

2. APROXIMACIÓN A LA HISTORIA CULTURAL DE LA PSIQUIATRÍA: UN MODELO EXPLICATIVO.

“...enfermedad mental transitoria... profundizar en las condiciones de posibilidad que deben cumplirse para que una enfermedad de este tipo llegue a diagnosticarse.”

A finales de los noventa, el filósofo de la ciencia Ian Hacking a través de dos estudios de casos concretos: la personalidad múltiple¹⁷ y el automatismo ambulatorio o fuguismo¹⁸ introdujo nuevos elementos de discusión sobre la locura como construcción social o como elaboración cultural proponiendo una categoría de análisis a la que denominó “enfermedad mental transitoria”. Su preocupación no es tanto profundizar en la naturaleza real o construida de las enfermedades mentales, sino en las condiciones de posibilidad que deben cumplirse para que una enfermedad de este tipo llegue a diagnosticarse.

Para Hacking la “enfermedad mental transitoria” tiene un sentido colectivo e histórico, es aquella que aparece en un tiempo y un lugar determinado y, o bien desaparece sin dejar rastro o bien reaparece en otro lugar y en otras circunstancias, siempre

14) Rosen G. Madness in society. Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness. London: Routledge & Kegan Paul, 1968.

15) Rafael Huertas, “En torno a la construcción social de la locura” Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2011; 31, 437-456.

16) Rosenberg Ch E. Disease in History: Frames and Framers. Milbank Quarterly 1989; 67.

17) Hacking I. Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory. Princeton: Princeton University Press, 1995.

18) Hacking I. Mad Travelers. Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses. Charlottesville & London: University Press of Virginia, 1998.

por razones que tienen que ver con el ambiente cultural de la época y del país o contexto socio-geográfico en el que la enfermedad surge como tal.

Para identificar dichas enfermedades transitorias recurre a la metáfora del “nicho ecológico”, entendiéndolo como un lugar suficientemente amplio en el que se den las condiciones ambientales adecuadas para que la enfermedad (o el síntoma) pueda desarrollarse.

Los cuatro vectores son los siguientes:

- 1) *Vector lingüístico-taxonómico*: ocupar un lugar específico en alguna taxonomía (DMS o CIE), debe poder ser nombrada y reconocida de acuerdo con el lenguaje científico al uso.
- 2) *Vector de polaridad cultural*: debe ubicarse entre dos elementos o polos culturales antitéticos: lo malo y lo bueno; el vicio y al virtud, siendo a la vez objeto de admiración colectiva y de testimonio de un comportamiento degradado. Teniendo en cuenta que las valoraciones éticas están sujetas a variaciones históricas.
- 3) *Vector de observabilidad*: la enfermedad ha de ser “visible” e identificable como desorden y/o como sufrimiento, como “comportamiento patológico” tanto para los expertos como para la población en general.
- 4) *Vector de liberación-agregación*: dicho comportamiento patológico ayudaría al reclutamiento social de los individuos que padecen la enfermedad.

Otros autores como Emilio Vaschetto¹⁹ han estudiado trastornos desde el modelo de “enfermedades mentales transitorias”, corroborando la psicosis puerperal en Argentina como una construcción socio-cultural.

Hacking aplica el modelo a la monomanía y la histeria, como paradigma de enfermedades sujetas a una elaboración cultural sin precedentes. La histeria está descrita desde la Antigüedad, pero existen elementos profesionales y políticos que permiten explicar la eclosión diagnóstica y cultural de la histeria en Francia a finales del S. XIX, que posibilitó la invención del psicoanálisis, dando lugar a un desarrollo para una nueva psicopatología de la neurosis. Aun así, desapareció de la nomenclatura psiquiátrica al uso, tanto en el CIE 10 como en el DSM-IV. Ningún nominalismo es inocente.

Una cosa es que una enfermedad desaparezca y otra bien distinta, es que se produzca una evolución conceptual en su ma-



Fuente: pixabay

nera de entenderla o un cambio en la manera de nombrarla y clasificarla.

Hacking nos aporta la conciencia de que los trastornos mentales pueden considerarse como particularmente emblemáticos en un momento histórico determinado y en unas coordenadas culturales específicas. Así la construcción social o cultural de la enfermedad mental se nos presenta como un elemento fundamental para entender la clínica, para interpretar correctamente los cambios conceptuales y prácticos en torno al quehacer psiquiátrico y para comprender la actitud social hacia la locura y el loco.

3. LA MIRADA ANTROPOLÓGICA DE LA LOCURA: LOS ACTORES Y SUS RELACIONES EN EL ITINERARIO DE LA ENFERMEDAD MENTAL.

“...es porque la locura no es en el fondo una entidad natural, sino una pura relación. Los libros de los historiadores han hecho pasar, con toda razón, la locura de la naturaleza a la historia, definiéndola a través del diálogo cambiante de la razón y el desatino... no se es loco sino en relación con una sociedad dada; es el consenso social el que delimita las zonas, fluctuantes, de la razón y del desatino o sinrazón”

Roger Bastide²⁰

Como decía Bastide, el loco lo es relación a una sociedad dada que delimita las zonas de razón y sinrazón, por lo que en este proceso nos encontramos dos categorías de actores sociales: los miembros de la comunidad (diagnosticados o no) y su sufrimiento psíquico al que añadimos el de sus familiares, amigos, vecinos, colegas... Sufrimiento psíquico o emocional

19) “Aportes al estudio de las locuras puerperales en Argentina”. Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina 2009; 28:27-32.

20) Roger Bastide and Oscar Uribe Vilelgas. Sociología de la Locura: ¿Puede la Sociología Durkheimiana ofrecer un marco para la Sociología de las Enfermedades Mentales? Revista Mexicana de Sociología. Vol. 27, No. 2 (May - Aug., 1965), pp. 517-533 published by: Universidad Nacional Autónoma de México.

que tiene dos componentes: compasión hacia el miembro que sufre y frustración por no poder intervenir de manera eficaz. Y los especialistas/expertos designados por la sociedad para proporcionar respuestas a este sufrimiento, pero también para mantener en los límites socialmente aceptados –mantener bajo control– las conductas disruptivas, anormales de los diferentes, de los otros (locos).

La vida de los humanos está sujeta a permanentes cambios de estatus dentro del grupo a lo largo de la vida que van configurando y transfigurando la identidad individual. Estos cambios que generan sufrimiento en cualquier cultura o sociedad están sujetos a una normalización cultural que se traduce en la ritualización²¹ de los mismos a través de tres fases que también observamos en el abordaje o itinerario de la enfermedad y/o trastorno mental: una fase de separación en la que se expresa simbólicamente el apartamiento del individuo de un punto anterior fijado en la estructura social (fase de diagnóstico y/o etiquetaje), fase de marginalidad o liminal en la que las características del iniciado son ambiguas porque atraviesa un entorno cultural que no es ni el estatus del que parte, ni tampoco al que se aspira (es el limbo o compartimento en el que cae todo lo que no se ajusta a las etiquetas culturales del grupo de referencia) y una última fase de reincorporación o agregación en el que se consuma el cambio de estado en virtud del cual adquiere ciertos derechos y obligaciones claramente estructurados por la sociedad (se adquiere el estatus de “locura” pasando a formar parte del entramado de respuestas culturales e institucionales a dicho estatus). La cuestión es si se puede salir del estatus de enfermo, trastornado mental o loco.

En esta relación nos encontramos dos narrativas o marcos de referencia muy diferentes: la del enfermo y la del psiquiatra junto con los profesionales encargados de la recuperación y/o rehabilitación del enfermo. Pero solo el marco de referencia institucional tiene y ejerce el poder en esta relación. Poder investido por la hegemonía en nuestra sociedad del saber biomédico y también por las instituciones (leyes, servicios sociales, autoridades...). Ejercicio de poder que comienza con el diagnóstico de la enfermedad (etiquetado).

Ian Hacking señala dos características sobresalientes en el proceso que denomina “inventar/construir gente”²²: el vector del etiquetado²³, por parte de los expertos, que crea una realidad

que alguna gente hace suya, y el vector de la experiencia autónoma de la persona etiquetada, que a su vez recrea unas circunstancias que el especialista. Es decir, que no es que una determinada clase de personas ya existente comenzara a ser reconocida por los expertos en la naturaleza humana, sino que esa clase de individuos se inventa, se construye al mismo tiempo que la propia clase o categoría es formulada. Las interrelaciones entre la gente y las formas en que este es clasifica es lo que el autor llama el efecto bucle (*looping effect*) de las clases humanas.

Las etiquetas tienen efectos sobre las personas clasificadas, unas veces de manera directa cuando el sujeto es consciente, conoce que ha sido etiquetado; y otras de manera indirecta cuando no son conscientes de ello, como es el caso de los niños autistas que no pueden conocer su clasificación, ni interactuar con ella, pero son integrados en prácticas institucionales específicas.

No vamos a entrar en enunciar y analizar los itinerarios del tratamiento institucional de la enfermedad mental, este es un debate que debe darse en el ámbito de los profesionales que se emplean en ello (psiquiatras, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, animadores socioculturales, educadores sociales, cuidadores...), así como entre los profesionales y los enfermos o pacientes. Nuestro objetivo, desde la antropología, solo es analizar las relaciones y su entramado de significados con la intención de aportar perspectiva y poner foco en los elementos culturales, sociales que impregnan el mismo.

Rafael Huertas²⁴ describe como en los años 80 del siglo XX “la noción de “abuso infantil” surge como una construcción social o cultural, no porque no existiera con anterioridad sino porque, de la mano de los derechos del niño, la sociedad en su conjunto percibe el maltrato infantil como un problema que necesita técnicos y expertos. En 1977 se fundó la revista Child Abuse & Neglect –órgano de expresión de la International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect– y sus páginas constituyen un interesante reflejo de la evolución de los discursos psicosociales en torno al abuso infantil en las últimas décadas.”

Otras elaboraciones culturales como “el síndrome de alienación parental” descrito por Richard Gardner en 1985²⁵, objeto

21) Según el modelo de Van Gennep sobre los ritos de paso (1909).

22) Hacking I. Macking Up People. En: Heller, T, editor. Reconstructing Individualism: Autonomy, Individuality in Self Investigatin Thought, Stanford: Stanford University Press, 1986.

23) Howard Becker en los años 60 introduce la teoría del etiquetado (Labelling theory) que defiende que la desviación no es inherente a un acto, sino que se muestra la tendencia de la mayoría a las calificación negativa o etiquetado de las minorías a las que se ven como desviación de estándar de las normas culturales y sociales. La teoría

hace referencia a cómo la propia identidad y el comportamiento de los individuos puede ser determinada o influida por los propios términos utilizados para describir o clasificar dicho comportamiento, y se asocia con el concepto de una profecía que se cumple y con los estereotipos.

24) Rafael Huertas, “En torno a la construcción social de la locura” Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2011; 31, 448.

25) Gardner R. Recent trends in Divorce and Custody Litigation. Academy Forum 1985.

de importantes debates porque coincidió con la Ley de custodia compartida en EEUU y su aplicación en las tramitaciones de divorcios, se han llegado a presentar como un trastorno psíquico²⁶ a pesar de las debilidades que esta formulación contiene. Pero lo que resulta obvio es la importancia de los elementos (vectores) culturales, y sus connotaciones legislativas (matrimonio y divorcio, custodia de los hijos, la visibilidad del maltrato de género y del abuso infantil, etc.), en la construcción de un supuesto cuadro clínico y en la invención de una persona portadora del mismo.

Esta mirada crítica de la psiquiatría viene a actualizar y también a problematizar, desde la perspectiva de la filosofía de la ciencia, en aspectos como la causalidad, el nominalismo, las clasificaciones o la elaboración de conceptos, la manera de nombrarlos y sus consecuencias sobre las personas, el debate sobre la construcción social/elaboración cultural de la locura.

La cuestión que se trasluce es ¿cuánto hay de elaboración cultural en un determinado trastorno mental?, esto no quiere decir que se discuta la existencia del trastorno (o enfermedad) mental o de determinadas formas de alienación, pero si nos permite relativizar, desde una perspectiva filosófica y cultural, el estatus exclusivamente biomédico de la misma.

Lo que las páginas precedentes han intentado argumentar con insistencia, es que la expresión social de la enfermedad mental es consecuencia directa de los cambios culturales que se van produciendo a lo largo de la historia, pero sobre todo comprender que los elementos culturales pueden ser cruciales en la aparición de determinados síntomas, lo que obviamente debe tener trascendencia en la clínica.

Tanto las prácticas para el tratamiento de la enfermedad mental, como los discursos teóricos o ateóricos (morales, éticos, institucionales...) que las sustentan son inseparables de su momento histórico.

Situarnos en esta perspectiva tiene mucha importancia porque implica relativizar el significado de la etiqueta de loco y de este modo, también, superar los límites que el positivismo científico ha impuesto a la locura.

En el momento actual nos enfrentamos al hecho de que la “violencia del diagnóstico”²⁷ y la estigmatización del sujeto siguen

formando parte del proceso de inventar/construir a la persona y como afectan a los miembros de la categoría: enfermos, trastornados mentales y/o locos. Pero también, como indica Fernando Colina “la sociedad de consumo indujo unas estrategias del deseo exigentes e insaciables, cuya primera consecuencia es la inestabilidad psicológica, la ansiedad y esa intolerancia al duelo, la depresión y la frustración que tan acertadamente nos caracteriza. Una vez instaurado el derecho a la felicidad como una exigencia irremplazable, cualquier fallo, lentitud o tropiezo del deseo nos vuelve pacientes de la psiquiatría con excesiva facilidad”.

Otros argumentos que encontramos en el discurso antropológico se basan en los estudios transculturales realizados sobre la locura, fundamentados en el relativismo cultural.

Benedict²⁸ señaló que no hay ninguna cultura que pueda valorarse como norma de referencia general para comprender valorativamente un comportamiento en culturas distintas como normal en unas y como anormal en otras. De este modo, el principio del “relativismo cultural” facilita la comprensión de lo normal y anormal en culturas extrañas. La existencia de muchos pueblos con diferentes creencias, tradiciones y costumbres, no faculta a una cultura como modelo universal para explicar la realidad de las otras. De esto surge el cuestionamiento sobre una norma modelo para las investigaciones transculturales comparativas que ha planteado Tellenbach²⁹. Los pueblos de culturas diferentes se comprenden desde sus peculiaridades culturales, sin referirlas desde normas o patrones que partan de los sistemas culturales europeos.

En este contexto y dentro de los llamados “países en vías de desarrollo” o del “segundo mundo”, surge la propuesta de la psiquiatría transcultural³⁰, que observa una conducta que trascendiendo todo etnocentrismo, considera a la enfermedad desde la cultura propia de cada pueblo, asumiendo una “misión universalista” de comprender al hombre desde la diversidad de culturas, tomando en cuenta los cambios interculturales y el rol central que juega la matriz cultural en la patogénesis de los síndromes culturales. Sin embargo, la psiquiatría occidental no los ha tomado en cuenta. Según Kirmayer³¹ “esto se debe a que

26) Escudero A, Aguilar L, Cruz J de la. La lógica del síndrome de alienación parental de Gardner (SAP): terapia de la amenaza. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2008; 28:283-305. En este artículo se ponen de manifiesto las debilidades metodológicas y las falacias que el síndrome de Gardner encierra.

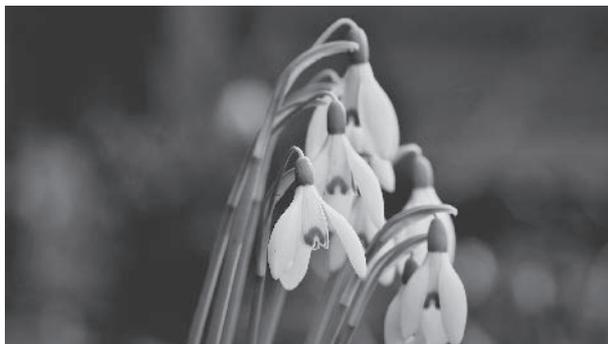
27) Colina F. Prólogo: Psiquiatría y cultura. En Álvarez, JM. La invención de las enfermedades mentales. **Madrid: Gredos, 2008.**

28) Benedict R. Anthropology and the abnormal. *The Journal of General Psychology*. 1934; 4: 59-80.

29) Tellenbach H. *Psychiatrie als geistige Medizin*. München, Verlag für angewandte Wissenschaften; 1987.

30) Hollweg, Mario Gabriel, La psiquiatría transcultural en el ámbito latinoamericano. *Investigación en Salud [en línea]* 2001, III (Abril-Julio): [Fecha de consulta: 2 de octubre de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14230102>> ISSN 1405-7980.

31) Kirmayer, L. *Culture Bound Syndromes and International Psychiatric Classification: The Example of Taijin Kyofusho*. En: Stefanis et al Editors. *Psychiatry: A world Perspective*. Amsterdam-New York-Oxford, Elsevier Science Publishers B.M.; 1990. 4: 238-243.32.



Fuente: pixabay

los factores culturales son ignorados o minimizados en favor, presumiblemente, de los aspectos universales de la biología humana sobre el comportamiento”.

Hollweg destaca que “es importante señalar que, tanto en las culturas indígenas del altiplano (quechua *-aymaras*), como en las de los llanos orientales (*sirionós*), se interpreta el “daño al alma” como la causa responsable de la “locura”, debido a la penetración en el cuerpo de espíritus maléficos (*supay*) y del espíritu de los animales (*peni*).”

Desde la antropología simbólica se centra la cuestión en el estudio de la “alteridad”³² como alternativa al concepto locura. En 2014, Zenia Yébenes Escardó publicó su tesis defendida en la Universidad Autónoma Metropolitana, con el título *Los espíritus y sus mundos: locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo*. La autora expone que “La clase de lectura que tengo en mente no asume una correspondencia directa entre las palabras y las cosas, no se confina a significados únicos, no apuesta por la resolución de la contradicción” [Yébenes 2014: 16].

Lo que espoleó la investigación fue “constatar que los asistentes del taller urdían su experiencia psicótica con significantes religiosos y metafísicos [considerados] como sintomáticos de un pensamiento mágico o supersticioso de carácter patológico” [Yébenes 2014:20], pero lejos de identificar dichos significantes “mágicos” o “supersticiosos” con lo irracional, la investigadora lanza la incitante alternativa de entenderlos como “una exacerbación de los procesos autorreflexivos ligados a la modernidad” [Yébenes 2014: 22]. De esta manera, desde los supuestos de que los pacientes articulan su experiencia desde el pensamiento mágico y que la superstición es considerada como patológica desde el marco de la modernidad, la autora buscó fraguar “la relación entre la magia (o superstición), los

procesos de constitución del sujeto moderno y la locura” [Yébenes 2014: 23].14: 21].

Parece que la gran diferencia entre la concepción cultural de la locura en otras culturas frente a la occidental radica en que mientras para nosotros la locura es un estado o estatus en el que quedan atrapados los sujetos, para otras culturas es un estado transitorio (como otros en la vida) del que regresan los sujetos una vez que se ha conjurado el “espíritu causante del mal”. Una vez más nos encontramos con los efectos de la “violencia del diagnóstico”.

4. PROPUESTA DE CAMBIO DE PARADIGMA: LA VULNERABILIDAD COMO FORTALEZA DISCURSIVA.

A modo de conclusión parece que nos enfrentamos a un problema que es universal: el sufrimiento emocional, psíquico de los sujetos y la sociedad causado principalmente por los diferentes acontecimientos de la vida de las personas y los cambios que estos provocan.

La manera en la que las diferentes culturas abordan el hecho en sí y la respuesta ante el problema es lo que las diferencia, así como a todas las prácticas que conciben como soluciones. De modo que parece que el foco de la reflexión debe ponerse en las respuestas y las relaciones de los principales actores de la trama: locos, comunidad terapéutica y sociedad.

Esta reflexión debe pasar por tratar de cuestionarse el papel desempeñado por cada uno de los actores en la trama e iniciar un diálogo productivo.

Parece que los pacientes manifiestan cierta disconformidad con la responsabilidad que se les exige en el proceso de curación, se sienten ajenos en la toma de decisiones de su tratamiento, su identidad se siente sujeta a las características de una categoría *etic* en la que se diluyen, su discurso no es tenido en consideración, por lo que se sumen en el silencio y por último, tienen que convivir con la frustración de que es un itinerario del que no hay salida.

La comunidad terapéutica se siente incomprendida por los pacientes y por la sociedad. Tienen que convivir con la frustración de que es un trabajo sin medida, un pozo sin fondo, del que se obtienen resultados nimios.

La sociedad que se ha instalado en la comodidad de saber que los locos están atendidos institucionalmente, pero que no se hace consciente del problema, ignorando algo que es una ob-

32) Vázquez, V.M. “...ante las dificultades de lidiar con un concepto como el de locura, la categoría de alteridad se perfila como uno de los pocos asideros del cual las ciencias sociales se pueden sujetar para su estudio” en Cuicuilco, vol. 23, núm. 65, 2016.

viedad en nuestras sociedades: si nos aplicaran a todos la lupa del DSM-5 o el CIE-11, todos estaríamos diagnosticados de algún trastorno mental. Es decir que todos estamos en riesgo de convertirnos en locos. A lo que contribuye la hegemonía del saber biomédico en nuestra cultura.

En cualquier caso, este diálogo pasa por aceptar y escuchar al otro en toda la amplitud de su diferencia, aunque el peso recae fundamentalmente en la comunidad terapéutica, que como expertos, tiene el respaldo del poder político e institucional. En este sentido repasemos los papeles de cada actor desde la perspectiva de las respuestas sociales e institucionales para iniciar la reflexión y el debate:

- Desde el poder: control social
- Desde las leyes: justificación del orden
- Desde las instituciones: el internamiento o el aislamiento social (tallerismo como herramienta de integración social)
- Desde la comunidad terapéutica:
 - Médicos: diagnóstico y tratamiento
 - Terapeutas: administración del tratamiento

Para terminar, se propone repensar el sufrimiento psíquico desde otros lugares alejados de la patologización de la vida,

aceptando la vulnerabilidad de los seres humanos no como un “defecto” biológico susceptible de medicación y tratamiento, sino como un hecho natural, constitutivo de lo humano, creando espacios políticos e identitarios desde los que poder expresar nuestra vulnerabilidad, nuestra diferencia.

Rescatamos la propuesta de Martín Correa-Urquiza³³ titulada “La habitabilidad del límite: una aproximación antropológica a la cuestión de la locura” presentada en las jornadas organizadas por la Universidad de Sevilla “Revisitando la locura. Estigma y sociedad”, celebradas el 17 de Noviembre de 2016. Correa-Urquiza defiende dos propuestas: la primera desde el concepto del filósofo Eugenio Trías –la habitabilidad del límite– entendido como un espacio en suspensión desde el que poder expresarse con libertad, nombrarse bajo una identidad individual, frente a pensarse desde las categorías dadas socialmente. La segunda es integrar el discurso de la experiencia vida de los locos, con todo su conocimiento, como un saber equiparable al discurso de la psiquiatría.

En definitiva, nos propone “aceptar la diferencia de los otros (locos) creando espacios límite en los que puedan expresarse y mostrar su singularidad”.

33) Doctor en Antropología Médica, profesor de Antropología en la Universidad de Tarraçona y coordinador del Proyecto Radio Nikosia.



LA CONTENCIÓN MECÁNICA COMO ACONTECIMIENTO CENTINELA: PROPUESTA PARA AVANZAR HACIA SU ELIMINACIÓN

Ana Moreno Pérez

Psiquiatra. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Alberto Fernández Liria

Profesor asociado de la Universidad de Alcalá



Fuente: pixabay

Resumen: Se denomina acontecimiento centinela a cualquier evento inesperado que implica la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves, o el riesgo de las mismas que, cuando se produce, obliga a la organización a realizar un análisis de causa raíz oportuno, exhaustivo y creíble, que desarrolle un plan de acción diseñado para implementar mejoras para reducir el riesgo, implemente las mejoras y monitorice la efectividad de esas mejoras. La contención mecánica no sólo no es una práctica segura ni para pacientes ni para los profesionales que la realizan. Atenta también contra los derechos de las personas. Su consideración como acontecimiento centinela favorece la implantación de medidas para reducirla-eliminarla.

INTRODUCCIÓN

Nadie espera sufrir un daño grave como consecuencia de la atención sanitaria. Causar un daño físico y/o psicológico es lo último que desea cualquier organización dirigida al cuidado de la salud. Ningún profesional sanitario espera dañar en el ejercicio de su profesión ni está preparado para ello. Sin embargo, el ya clásico *To err is human* (1) calculaba que 98.000 muertes al año en Estados Unidos estaban directamente relacionadas con algún tipo de error en la asistencia sanitaria. Estudios posteriores que utilizan la herramienta Global Trigger Tool consideran que esa cifra infravalora el problema y señalan que los daños evitables pueden llegar a 400.000 al año (2). La seguridad del paciente es un grave problema de salud pública mundial (3).

En 2005 se realizó en España un estudio retrospectivo de cohortes históricas, el estudio ENEAS, en el que se estimó una incidencia de eventos adversos (EA) de 9,3% (IC95%: 8,6% - 10,1%) durante la atención hospitalaria (4).

Este foco en el primer principio de la medicina hipocrática "*primum non nocere*" (5) ha potenciado el enorme desarrollo del campo de la seguridad del paciente, en un intento de identificar y minimizar los riesgos que para el ciudadano supone su relación con el sistema sanitario.

Poner el foco en el error, en el evento adverso, no trata de culpabilizar al profesional. Wu (6) denomina "segunda víctima" al profesional que está involucrado en un error o lesión del paciente y se siente responsable y/o culpable. Como señala Helmreich, aceptar la inevitabilidad del error y la importancia de contar con datos confiables sobre el mismo y su manejo permite realizar acciones sistemáticas para reducir la frecuencia y la gravedad de los eventos adversos (7).

En su informe "más que palabras", Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1 (8), la OMS propone las siguientes definiciones:

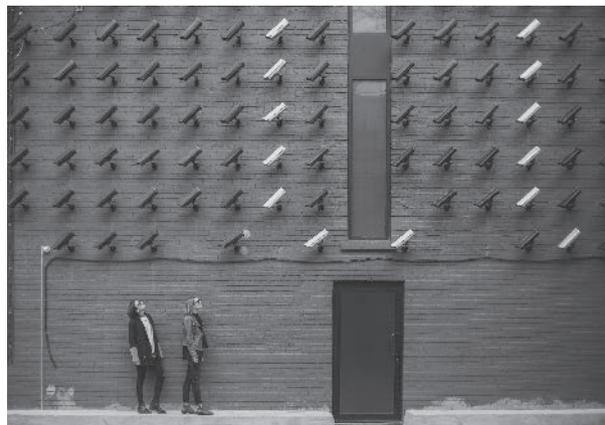
"... Causar un daño físico y/o psicológico es lo último que desea cualquier organización dirigida al cuidado de la salud. Ningún profesional sanitario espera dañar..."

"Poner el foco en el error, en el evento adverso, no trata de culpabilizar al profesional... permite realizar acciones sistemáticas para reducir la frecuencia y la gravedad de los eventos adversos."

- La seguridad es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.
- El daño asociado a la atención sanitaria es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

Según la norma ISO 179003 2013 de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente (9), un *Evento Adverso* es un suceso no deseado e imprevisto que tiene consecuencias negativas, perdurables o no, para el paciente o la propia institución sanitaria, como consecuencia de la atención sanitaria. Un *Evento Centinela* es un suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos o tiene riesgo de causarlos. Se llama centinela porque su ocurrencia sirve de alarma y obliga a la organización a su evaluación inmediata y a dar respuesta para controlar la aparición de nuevos casos (9). Todo evento centinela es un evento adverso. La definición de la Joint Commission for the Accreditation of Health Services es muy similar: cualquier evento inesperado que implica la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves, o el riesgo de las mismas. La frase "o el riesgo de la misma" incluye cualquier variación de proceso para la cual la recurrencia conllevaría una posibilidad significativa de un resultado adverso grave (10) report and manage these events. At a minimum, an organization's definition must include those events that are subject to review under the Sentinel Event Policy. When a sentinel event occurs, the accredited organization is expected to conduct a timely, thorough and credible root cause analysis; develop an action plan designed to implement improvements to reduce risk; implement the improvements; and monitor the effectiveness of those improvements. Standards that create explicit expectations regarding the internal identification and management of sentinel events are found in the Performance Improvement (PI). Cuando se produce un evento centinela, se espera que la organización acreditada realice un análisis de causa raíz oportuno, exhaustivo y creíble, que desarrolle un plan de acción diseñado para implementar mejoras para reducir el riesgo, implemente las mejoras y monitorice la efectividad de esas mejoras.

El presente artículo sugiere que la definición de la contención mecánica como acontecimiento centinela se ajusta más al estado actual del conocimiento: es una práctica que con frecuencia produce efectos adversos físicos y psicológicos en los pacientes sobre los que se realiza y en el personal que la lleva a cabo y existen alternativas viables seguras.



Fuente: unsplash

LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN PSIQUIATRÍA, ¿UNA PRÁCTICA SEGURA?

El uso de alguna forma de coerción es frecuente en Psiquiatría –no hay que olvidar que uno de los mitos fundacionales de la Psiquiatría se corresponde con Pinel liberando a los locos de sus cadenas en la Francia revolucionaria del siglo XVIII (11). Szmukler recoge la definición de coerción como una actividad concreta de presión ejercida sobre alguien para forzar su voluntad o su conducta (12). Podríamos decir que la coerción se extiende a lo largo de un *continuum* que va desde la coacción hasta las formas de coerción formal e institucionalizada reconocidas en la literatura: ingreso involuntario, contención física y aislamiento (13). La supresión de todas las formas de coerción es una demanda constante de las asociaciones de usuarios y de organismos internacionales como puede verse en el informe de marzo de 2017 del relator especial de la ONU sobre la Salud Mental, Dainius Pūras (14) o en la reciente resolución del Consejo de Europa (15). La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad promueve (artículos 17y 18) la libertad y seguridad de las personas con discapacidad y la protección contra la tortura y otros tratos o penas inhumanos y degradantes (16). La aprobación de esta Convención en la mayoría de los países occidentales ha supuesto una importante ayuda a las demandas desde diferentes ámbitos para que se elimine la coerción en el abordaje psiquiátrico (13). Son muchas las críticas realizadas a las prácticas coercitivas que existen en la atención psiquiátrica en su conjunto, pero es la contención mecánica la que genera mayor controversia en nuestro contexto desde hace varios años (17). El uso de la contención mecánica (limitar los movimientos de una persona mediante el uso de medios mecánicos, sujetándola a una cama o una silla) para el manejo de conductas disruptivas o violentas en personas afectadas de trastorno mental reúne varias características:

ausencia de evidencia sobre su efectividad clínica (18), riesgo de mal uso y abuso y existencia de alternativas que hacen de ella posiblemente la práctica más controvertida en esta especialidad. Para los autores de la revisión Cochrane sobre este tema, la falta total de pruebas derivadas de ensayos con respecto a los efectos del aislamiento y la contención física o mecánica es sorprendente dada la invasividad de la intervención y su uso continuo a lo largo del tiempo. Esta escasez de datos puede poner de manifiesto la creencia de que son tan efectivos y satisfactorios en las intervenciones que no es necesario realizar una evaluación en los ensayos aleatorios (18). Consideran que, en ausencia de ensayos controlados en personas con enfermedades mentales graves, no se pueden hacer recomendaciones acerca de la efectividad, el beneficio o la nocividad del aislamiento o la contención física / mecánica. A la vista de los datos de los estudios aleatorios, el uso debe reducirse al mínimo por razones éticas. El uso del aislamiento o la contención física / mecánica sólo debe continuar en el contexto de ensayos aleatorios simples y pragmáticos, dada la marcada variación entre las instituciones y los informes de daño en las revisiones cualitativas, concluyen (18).

Desde el ámbito sanitario muchas asociaciones profesionales también entienden que la coerción no debe ser considerada terapia y abogan por su limitación o supresión (19). Recientemente la Organización Mundial de la Salud ha publicado un documento para conseguir este objetivo: "Estrategias para terminar con el uso de la reclusión, la restricción y otras prácticas coercitivas" (20).

Distintos estudios muestran de forma sostenida (21-24) que la coerción formal (ingreso involuntario, contención mecánica y aislamiento) por una parte, daña la dignidad y la autoestima de los usuarios, así como su disposición a colaborar con el tratamiento y puede ser la causa de un trastorno por estrés postraumático y, por otra, se asocia a una mayor duración de la estancia, independientemente de la gravedad del trastorno.

La frecuencia de uso de la contención mecánica varía en distintos países (25,26) and epidemiological data on the frequency and means of use in the 21st century in different countries. Unpublished study was detected by contacting authors of conference presentations. Minimum requirements for the inclusion of data were reporting the incidence of coercive measures in complete hospital populations for defined periods and related to defined catchment areas. RESULTS: There are initiatives to gather data and to develop new clinical practice in several countries. However, data on the use of seclusion and restraint are scarcely available so far. Data fulfilling the inclusion criteria could be detected from 12 different countries, covering single or multiple hospitals in most counties and complete national

figures for two countries (Norway, Finland e incluso, dentro de un mismo país o una misma comunidad autónoma (27) con frecuencias que oscilan entre el 35 y el 0 % de las personas ingresadas en las plantas de psiquiatría, sin que estas variaciones en las frecuencias puedan ser atribuidas a aspectos clínicos de la población atendida.

No se dispone de datos epidemiológicos que cuantifiquen la frecuencia y gravedad de efectos adversos orgánicos ocurridos durante la contención mecánica, más allá de estudios de casos o de muestras pequeñas. Kersting, Hirsch y Steinert llevaron a cabo recientemente una revisión sistemática sobre el daño físico y la muerte en el contexto del uso de medidas coercitivas en psiquiatría (28) research on possible adverse events has lagged behind. To our knowledge there is no systematic review on the harmful or even fatal physical adverse effects of coercive interventions in psychiatry. Methods: We searched the databases PubMed and CINAHL for primary literature with a search string based on the PICO framework including key words describing different psychiatric diagnoses, coercive measures, and harms. Results: In total, 67 eligible studies (mainly case reports and case series. En total, incluyeron 67 estudios de calidad muy heterogénea. La muerte fue el daño más frecuentemente informado: paro cardíaco por compresión torácica en 14 estudios, paro cardíaco por estrangulamiento en 9 y embolia pulmonar en 8 estudios. Otros daños fueron, tromboembolismo venoso y heridas. Se informaron lesiones durante la restricción física en 0.8-4% de los casos. El tromboembolismo venoso ocurrió en un porcentaje considerable de casos durante la restricción mecánica, también bajo profilaxis (hace referencia al uso de heparina durante la contención mecánica). Concluyen que, aunque las medidas coercitivas pueden conducir a daño físico o incluso a la muerte, existe una falta significativa de datos sobre la incidencia de tales eventos adversos relacionados con las intervenciones coercitivas.



Fuente: unsplash

Las contenciones mecánicas tienen un impacto psicológico significativo: muchos pacientes percibían sus experiencias como humillantes, deshumanizadoras, irrazonables y angustiosas, resultado de prácticas no éticas y les suponía una quiebra psicológica. Puede contribuir al desarrollo de un trastorno por estrés postraumático y puede retraumatizar a personas que ya lo padecen (13). Utilizando metodología cualitativa, otros autores sugieren que su impacto en los profesionales de la salud que participan directamente en la restricción de los pacientes también es psicológicamente perjudicial. La principal fuente de conflicto está relacionada con el imperativo de mantener el control y los valores profesionales de la relación terapéutica (29). Ambos, pacientes y personal, informan de sentirse angustiados, ansiosos, asustados, enojados y recordar el evento como traumático. Afirman que es perjudicial para las relaciones terapéuticas e incompatible con los valores de cuidado. Se ha informado de lesiones relacionadas con la contención mecánica en los profesionales, pérdida de horas de trabajo y desmoralización del personal que son económicamente costosas. El uso de la contención mecánica disminuye la satisfacción laboral entre el personal de salud mental (30)

El uso de la misma parece estar mediado por aspectos más relacionados con hábitos, organización, valores... que con aspectos clínicos (17). Son muy interesantes en este sentido trabajos que relacionan el aumento o reducción del uso de la contención mecánica con factores relacionados con los equipos de trabajo (aumento en la utilización de medidas coercitivas con ciertos factores negativos como los conflictos entre profesionales, cambios en el personal y/o que los profesionales se sientan desanimados y presionados. De la misma manera, hallaron factores positivos que contribuían a su reducción, como las mejoras en el entorno de trabajo, la sensación los profesionales de contar con apoyo, y la realización de grupos de supervisión (17). Este es uno de los aspectos comunes en la comisión de errores en áreas tan aparentemente dispares como la aviación, las unidades de cuidados intensivos (31) y las plantas de psiquiatría.

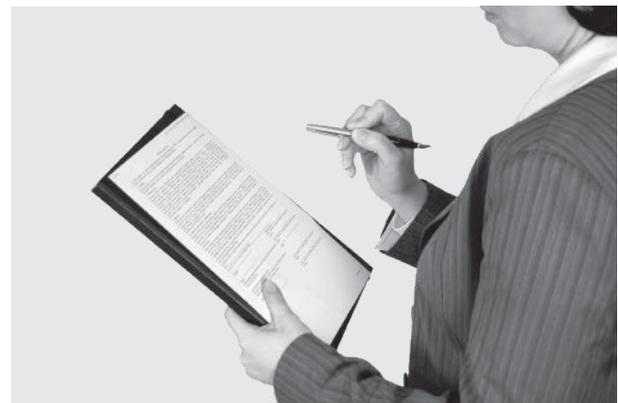
LA CONSIDERACIÓN DEL USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA COMO ACONTECIMIENTO CENTINELA

La contención mecánica se ajusta a la definición de acontecimiento centinela: es un suceso imprevisto que causa directamente la muerte (28, 32) o graves daños físicos (18, 28) o psicológicos (33) o tiene riesgo de causarlos. Decimos imprevisto porque ninguna guía de manejo de la agitación psicomotriz contempla el uso de la contención mecánica más allá de un

último recurso para evitar un daño mayor que no puede ser evitado en ese momento por otros medios. Es decir, que no habría una indicación ni ausencia de daño sino un fracaso de medidas terapéuticas.

Aunque para la Joint Commission y en relación al uso de la contención mecánica, sólo la muerte en contención mecánica es un acontecimiento centinela (34), existen datos para pensar que es posible una práctica clínica sin contención mecánica: las estrategias propuestas por el Beta Project, las estrategias combinadas descritas en el SIX Strategies Core y adoptadas en unidades de hospitalización en Estados Unidos, Canadá, Finlandia, Australia y el Reino Unido, los cuidados conscientes del trauma, las casas de crisis, el desarrollo de las “salas seguras”, los SPDC de Trento, el hospital Psiquiátrico del cantón suizo de Ticino o el proyecto “Llegar por derecho propio: empoderamiento en psiquiatría” de la región de Västra Götaland en Suecia (13) ... todas ellas hablan desde distintos lugares de la posibilidad de minimizar el daño, reduciendo o eliminando el uso de la contención mecánica. Estas estrategias comparten la combinación de una serie de factores: liderazgo en la implementación de los cambios necesarios para reducir el uso de la contención mecánica, registro y monitorización de los episodios, análisis post incidente, implicación de usuarios y familiares, formación del personal y utilización de herramientas para la prevención.

Desde este punto de vista, refleja mejor la realidad contemplar la contención mecánica como un efecto adverso indeseable ante el que, por su potencial de daño tanto al paciente que la sufre como al profesional que la realiza, es preciso realizar un análisis detallado (análisis de causa raíz en la terminología de las unidades de gestión de riesgos y de seguridad del paciente) de cada uno de los episodios que permita corregir la / las causas que han llevado a utilizar un recurso tan lesivo.



Fuente: pixabay

El análisis de causa raíz tiene como objetivos (35): 1/ descubrir la causa de un problema o suceso, 2/ comprender cómo resolver, compensar o aprender de los problemas subyacentes que forman parte de la causa y 3/ aplicar lo que aprendemos a partir del análisis para prevenir problemas futuros de manera sistemática o repetir logros. Y entre sus principios básicos:

- Centrarse en corregir y remediar las causas en lugar de los síntomas.
- No ignorar la importancia de tratar los síntomas para alcanzar una solución a corto plazo.
- Comprender que, en algunos casos, y de hecho a menudo, puede haber varias causas.
- Centrarse en cómo y por qué algo sucedió y no en quién es el responsable.
- Ser metódico y buscar evidencia concreta de causas y efectos para respaldar la argumentación de la supuesta raíz de un problema.
- Proporcionar información suficiente para elaborar un plan de acción correctivo.
- Considerar el modo de prevenir (o replicar) una causa en el futuro.

Una de las metodologías más habituales en este análisis de causa raíz es la técnica de los cinco porqués que consiste en preguntarse sucesivamente por qué se ha producido un evento. Repetir la pregunta, por qué, en cada una de las respuestas hasta cinco veces suele ser suficiente para encontrar una causa profunda y abordable.

Se señalaba antes que la Joint Commision considera como acontecimiento centinela la muerte en contención mecánica. Sin embargo, estar en contención mecánica formaría parte de la respuesta al primer por qué. Por eso consideramos que la señal de alarma, el acontecimiento centinela, tiene que estar situado mucho antes de la muerte.

La consideración de la contención mecánica como acontecimiento centinela ofrece la ventaja de considerarla una práctica no segura para los pacientes y, por tanto, centrar el foco en su eliminación, con transparencia y responsabilidad. Con la implicación de profesionales e instituciones. Permite trascender los servicios de psiquiatría e involucrar la participación de las unidades de riesgo y seguridad del paciente, especializadas en el análisis y corrección de las causas de los acontecimientos centinela. Por otra parte, desde este punto de vista, supera debates sobre si debe o no realizarse o puede o no consentir el paciente en una medida de este tipo. Los acontecimientos cen-



Fuente: unsplash

tinela ponen en marcha análisis y acciones que tienen como objetivo que no se vuelvan a repetir.

La contención mecánica constituye la más flagrante de las restricciones de derechos practicada en los servicios de salud mental. A lo largo del tiempo se han ido conjugando diversos factores para su mantenimiento (falta de registros, falta de conciencia del problema, falta de trasposición de la legislación internacional, mitos sobre su eficacia, falta de difusión de alternativas eficaces...) a los que se podría hacer frente en la actualidad: desde una postura de salvaguarda de los derechos de las personas y de promoción de prácticas seguras, que minimicen el daño a los pacientes, el personal y las instituciones. Los sistemas de registro junto con su consideración como acontecimiento centinela pretenden cuantificar estas prácticas y proveer de una metodología específica para avanzar hacia la eliminación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err Is Human. Building a Safer Health System [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington, DC: National Academy Press; 2000 [cited 2019 Oct 11]. Available from: <http://nap.edu/9728>
2. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. Vol. 9, Journal of Patient Safety. 2013. p. 122-8.
3. WHO. 10 datos sobre la seguridad del paciente. World Health Organization; 2019.
4. Aibar C, Aranaz J. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria [Internet]. Universidad de Zaragoza; 2007. Available from: <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/courses/cur002/05/02-presentacion-apoyo.pdf>
5. Gutiérrez LA. The first thing is not to hurt. Vol. 45, Semergen. Ediciones Doyma, S.L.; 2019. p. 4-5.

6. Seys D, Wu AW, Gerven E Van, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review. Vol. 36, Evaluation and the Health Professions. 2013. p. 135-62.
7. Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ*. 2000;320(7237).
8. WHO/IER/PSP/2010.2. Más que palabras . Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Enero de 2009 [Internet]. Oms. 2009. Available from: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
9. UNE 179003 Gestión de Riesgos de Seguridad del Paciente [Internet]. [cited 2019 Oct 29]. Available from: <https://www.normas-iso.com/une-179003-gestion-de-riesgos-de-seguridad-del-paciente/>
10. Joint Commission. Facts about the Sentinel Event Policy. 2012.
11. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. El fin de la ilusión de Pinel y la nueva psico(pato)logía. *Rev Psicoter*. 2005;XVI(62-63):5-25.
12. Szmukler G. Compulsion and “coercion” in mental health care. *World Psychiatry*. 2015 Oct 1;14(3):259-61.
13. Moreno Pérez A, Ibañez Rojo V, Gomez Beneyto M. Abolviendo la coerción en los servicios de salud mental. In: Beviá B, Bono A, editors. Coerción y salud mental Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. AEN, CT 20. Madrid; 2017. p. 209-51.
14. Puras D. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental A/HRC/35/21. New York: Consejo de Derechos Humanos, Naciones Unidas; 2017.
15. Parlamentaria A. Poner fin a la coerción en la salud mental : la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos. Resolución 2291 (2019). Vol. 2291. 2019.
16. Naciones Unidas. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD [Internet]. New York; 2006 [cited 2017 Dec 12]. Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
17. Nocete Navarro L, Carballeira Carrera L, LópezÁlvarez I, Cocho Santalla C, Fernández Liria A, Christensen I, et al. Percepciones y actitudes de los profesionales de salud mental en la contención mecánica. In: Bevia B, Bono A (coordinadoras), editors. Coerción y salud mental Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. AEN, CT 20. Madrid; 2017. p. 109-68.
18. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2000 [cited 2019 Oct 30];(2):CD001163. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796606>
19. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción. 2016.
20. Funk M, Drew N. Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices Training to act, unite and empower for mental health [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2018 Apr 18]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254809/WHO-MSD-MHP-17.9-eng.pdf;jsessionid=714DD2C8B89C46CF6A98E10D-5FE10EAF?sequence=1>
21. Barbui C, Saraceno B. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins? *Br J Psychiatry* [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2017 Dec 12];206(6):445-6. Available from: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.bp.114.153817>
22. Fuller Torrey E, Lamb R. More Mentally Ill Persons Are in Jails and Prisons Than Hospitals: A Survey of the States. 2010 [cited 2017 Dec 12]; Available from: http://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/final_jails_v_hospitals_study.pdf
23. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. McKenna PJ, editor. *PLoS One* [Internet]. 2016 Dec 29 [cited 2017 Dec 12];11(12):e0168720. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0168720>
24. Sashidharan SP, Saraceno B. Is psychiatry becoming more coercive? *BMJ* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 12];357:j2904. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28642351>
25. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(9):889-97.
26. Lepping P, Masood B, Flammer E, Noorthoorn EO. Comparison of restraint data from four countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Sep 1;51(9):1301-9.
27. Grupo de trabajo Derechos Humanos y Salud Mental. Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía. Protección de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental en el marco de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. 2012.
28. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review. *Front psychiatry* [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 1];10:400. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31244695>
29. Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints: A review of literature. *Psychiatr Q*. 2013;84(4):499-512.
30. Wilson C, Rouse L, Rae S, Kar Ray M. Mental health inpatients’ and staff members’ suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2018 Apr 1;25(3):188-200.
31. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* [Internet]. 2000 Mar 18 [cited 2019 Oct 13];320(7237):745-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10720356>
32. Remacha B. La muerte de Andreas atada a una cama revela el uso “demasiado habitual” de las contenciones en salud mental. *eldiario.es* [Internet]. 2019 Jun 19; Available from: https://www.eldiario.es/sociedad/Contenciones_0_911659687.html
33. Rose D, Perry E, Rae S, Good N. Service user perspectives on coercion and restraint in mental health. *BJPSYCH Int*. 2017;14(3).
34. The Joint Commission. Sentinel Event Alert Preventing Restraint Deaths. 1998.
35. Escuela Europea de Excelencia. Gestión de riesgos ISO 31000: métodos para realizar un análisis de causa raíz [Internet]. 2019. Available from: <https://www.escolaeuropeaexcelencia.com/2019/07/gestion-de-riesgos-iso-31000-metodos-para-realizar-un-analisis-de-causa-raiz/>

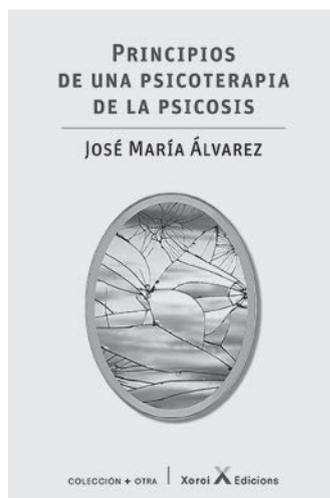
a propósito de...

SOBRE UN SABER HACER EN EL TRATO Y TRATAMIENTO DE LA LOCURA

Carlos Rey

Psicoanalista

Psicólogo especialista en psicología clínica



Portada: Principios de una psicoterapia de la psicosis

“... la UPE se asienta sobre una base asistencial comunitaria... un equipo está con y acompaña a los pacientes y les sirve de referente para facilitarles las cosas de la vida cotidiana... para estar cerca de ellos siempre que lo necesiten o más alejados, pero relacionados.”

“... el acompañamiento y la psicoterapia suponen una alternativa mucho más eficaz que el tratamiento único: farmacológico...”

Bien pudiera decirse que el nuevo libro de José María Álvarez: *Principios de una psicoterapia de la psicosis*, es la continuación de su anterior trabajo: *Hablemos de la locura*. Allí nos habló de la relación entre la locura, la libertad y la creación, de la lógica y función del delirio, de las fronteras de la locura o de si son tan antagónicas la neurosis y la psicosis, de la locura normalizada y, finalmente, del trato con el loco y el tratamiento de la locura. Pues bien, allí donde lo dejó en su último capítulo es donde ahora lo retoma ampliándolo en formato libro.

Principios de una psicoterapia de la psicosis es un texto clínico y bibliográfico, ya que combina la experiencia clínica de su autor con la de los clínicos pioneros en la terapéutica de la locura. Con ellos dialoga nuestro autor porque les reconoce una experiencia institucional de la que teóricos lacanianos de las psicosis carecen. Es evidente que la experiencia clínica gana en profundidad cuando se adquiere

—Como nos recuerda Álvarez— «en primera línea del frente, esto es, en los CSM, las Unidades de hospitalización, rehabilitación, comunitarias, las instituciones de media o de larga estancia o manicomios, etc.». En el caso concreto del autor que nos ocupa, su perspectiva de la locura y su terapéutica está modulada por su lugar de trabajo: la asistencia pública, y más concretamente «en la Unidad de Psicoterapia Especializada, en el marco de un Servicio de Psiquiatría y Psicología clínica, dentro de un hospital general. (...) En nuestro caso, la UPE se asienta sobre una base asistencial comunitaria, en la que un equipo *está con y acompaña* a los pacientes y les sirve de *referente* para facilitarles las cosas de la vida cotidiana y sobre todo para estar cerca de ellos siempre que lo necesiten o más alejados, pero relacionados. (...) Aunque adquiera formas distintas, el soporte comunitario más la psicoterapia es el modelo predominante en los países punteros de Europa septentrional continental, como el que Yrjö Alanen comenzó a desarrollar en el hospital psiquiátrico en Turku, Finlandia, a partir de 1969. Hoy día, las casas Soteria (salvación o liberación) funcionan actualmente en Suecia, Finlandia, Alemania, Suiza, Hungría, Estados Unidos y algunos otros países». Por situar la modalidad del trabajo de la UPE, Álvarez lo sitúa más cerca de la Soteria suiza de Luc Ciampi que de la Soteria de Loren Mosher. En todo caso, es importante resaltar que el acompañamiento y la psicoterapia suponen una alternativa mucho más eficaz que el tratamiento único: farmacológico, de la cada vez menos hegemónica psiquiatría oficial, como lo demuestra que el Consejo Superior de Salud de Bélgica se acaba de posicionar en contra del DSM y la CIE y a favor de un cambio de paradigma, en cuanto que dichas clasificaciones internacionales definen las diferentes sintomatologías psíquicas como enfermedades biomédicas sin evidencia científica alguna. Por otra parte, tanto la British Psychological Society como la organización Mental Health Europe y la ONU han abandonado el modelo biologicista y apuestan por el modelo psico-social.

«*Principios de una psicoterapia de la psicosis* —cito al autor— se abre con una introducción que da cuenta de qué es la psicoterapia de la psicosis y expone su aplicación

en el contexto de nuestro trabajo hospitalario. En la segunda parte, le siguen diez capítulos que desarrollan sendos principios, los que me sirven hoy de guía: la locura como defensa; su variada expresión clínica; la necesidad de la psicopatología para la psicoterapia, y viceversa; la relación de la transferencia y la soledad, y de ésta y la locura; las diferencias entre la transferencia neurótica y la psicótica; el poderío de la transferencia; las características de las relaciones transferenciales con arreglo a los distintos polos de la psicosis; la sugerencia de no interpretar al loco; y, por último, cerrando el círculo, la recomendación de no perturbar la defensa, menos aún con esas interpretaciones que pretenden sacar a la luz las entretelas de la historia de un sujeto que apostó por rechazarlas como si jamás hubieran existido».

Estos principios dice el autor haberlos escrito en función de su experiencia clínica más que en lo leído en los libros de los pioneros de la terapéutica de la locura: Paul Federn, Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, Herbert Rosenfeld, Wilfred Bion, Harold Searles y Sívano Arieti. De éstos Álvarez ha podido separar el grano de la paja, como por ejemplo, «que la relación transferencia era mucho más resolutive que las técnicas empleadas» y el abuso de las interpretaciones, y pese a que «emplean un lenguaje rancio, de los que echa para atrás». Algunos de estos pioneros fueron psicoanalistas de inspiración freudiana y kleiniana y «vinculados a a dos clínicas señeras: la Chestnut Lodge (Maryland) y la Tavistok (Londres)».

Sostiene nuestro autor que la idea que se tiene de la locura repercutirá en su terapéutica. «Si la psicosis se concibe principalmente como una alteración de la relación con la realidad, la tendencia del clínico consistirá en intentar restablecer el orden de la realidad y devolver al paciente a ese marco referencial desvirtuado por la locura. Si, por el contrario, la locura se comprende esencialmente como una defensa necesaria y los síntomas como muletas imprescindibles, el tratamiento se orientará hacia un reequilibrio, se adapte o no a la realidad imperante y se amolde o no a los ideales de cada momento», o a la normalidad normativa.

El modelo psicopatológico que nos propone Álvarez parte de que «las formaciones patológicas son el resultado de procesos y mecanismos defensivos». La clínica bajo transferencia del caso por caso nos marcará cuándo, cómo y con quién tenemos que apuntalar o dismantelar sus defensas. Así es una clínica diferencial entre la locura y la neurosis. Si la locura es una defensa radical hay que ir con mucho tiento, pues aunque nos valemos de palabras, sus efectos terapéuticos dependen por entero de la transferencia conseguida. Aunque tampoco hay que estirla más de la cuenta, pues aunque el loco pueda soportar un *quántum* de nuestras palabras de más, siendo la

transferencia una cosa de dos, el profesional hará bien en tener muy claro lo que de ninguna manera tiene que decir y en que terreno minado no pisar. En palabras del autor: «Una cosa es acotar ciertos acontecimientos y avatares de la historia personal (como los desencadenantes de sus crisis) y otra bien distinta es ahondar en lo que está bajo el cemento de la forclusión».

¿De qué se defiende el loco de manera tan radical? Álvarez nos dice: «Representaciones intolerables, sexualidad, pulsión o castración serán algunas de las referencias que motivarán la defensa, los topes que indican lo que un sujeto puede y no puede soportar». Y cita a S. Arieti: «La psicosis puede considerarse como el último intento por parte del paciente para resolver sus dificultades». Y también a O. Fenichel: «Cuando el paciente necesita su delirio para fines de defensa, el analista debe respetar este hecho».

Como se lee, psicopatología, clínica y ética son la base del arte de la acción pero sobre todo de la omisión del profesional. Nuestro autor nos pone un ejemplo: «¿En qué beneficiaremos a Luis Francisco, un hombre joven al que estamos dedicando muchas horas de nuestro trabajo, si lo confrontáramos con la realidad y le explicáramos machaconamente todo ese rollo patatero de las distorsiones cognitivas? Cuando él se plantea: “Soy Dios, porque o soy Dios o soy esquizofrénico”, vamos nosotros y lo desnudamos diciéndole que es esquizofrénico porque lo otro es imposible. ¿Eso le puede ayudar a reequilibrarse? ¿Se volverá a levantar pronto al día siguiente y hará unos cuantos kilómetros por caminos y callejuelas, entre la lluvia y el frío del otoño, para venir a vernos, tomarse un café con nosotros y pasar allí unas horas, mientras «las paranoias» (autorreferencias) se lo permiten?».

Insistir sobre la importancia de la transferencia en el trato y tratamiento de la locura será porque no nos viene dada sino que hay que construirla desde las primeras entrevistas preliminares y, porque a diferencia de la transferencia en la neurosis, en la locura hay más certeza que amor y deseo. Aun así, Álvarez nos dice que «la transferencia del neurótico y la del psicótico no son lo contrario; son dos formas diferentes de relación». No hay que tomar por opuesto lo meramente disímil.

De las aportaciones de Lacan que aparecen a lo largo del texto de Álvarez, vale la pena destacar las que hacen referencia a la transferencia, pues son capitales para entender la diferencia entre la transferencia que se da en el psicoanálisis de las neurosis y la transferencia que se consigue en la psicoterapia de las psicosis. Así como para entender la transferencia psicótica. Cito a Álvarez: «Seguramente la mejor caracterización de la transferencia psicótica corresponda a la que Lacan hiciera

sobre la erotomanía»... en la paranoia. Pero como la paranoia es un polo de la psicosis, Álvarez amplía las transferencias psicóticas a los tres «polos de la psicosis: la indiferencia en la esquizofrenia; la ambivalencia y la dependencia exigente en la melancolía; la erotomanía en la paranoia». Por otra parte, y para frenar el furor interpretativo, tanto en el análisis del neurótico como en la psicoterapia de la locura, Álvarez trae a colación alguna de las ideas que Lacan dejó dichas sobre el uso y abuso de las interpretaciones, no vaya a ser que nos pase como a Rocío Jurado con el amor, que se nos gaste la efectividad de la interpretación de tanto usarla.

Volviendo a la psicoterapia de la locura, lo que posibilita la transferencia con el loco es la extrema soledad del trastornado, ya que, sitiado en su torre de defensa por sus perseguidores o con la única compañía de sus voces, poco lazo social puede llevar a cabo. Lo que le defiende, le aprisiona a partes iguales. «Esa incomodidad de la soledad por excelencia deja un pequeño resquicio, un ahogado grito de socorro por el que los terapeutas nos colamos» para ofrecernos como un interlocutor posible. Ser el secretario del alienado para, desde dentro de la relación, actuar como contrapeso a su exceso de goce. Con nuestra presencia y escucha no perseguimos su curación, puesto que las experiencias psíquicas no son enfermedades, sino procurar el reequilibrio, la compensación, la creación de síntomas soportables, así como ayudarlo a encontrar suplencias creativas, ya «sean musicales, literarias, políticas, psicológicas, científicas o lo que sea, a condición de que favorezca la creación de una obra» que actúe como contrapeso a su autodestrucción. «En cualquier caso, como sucede en cualquier terapéutica, lo que se busca es mermar el empacho de goce y aminorar su poder adictivo». Arte y oficio que requiere del profesional «tener curiosidad, mostrarse en falta, habituarse al sinsentido y al exceso de sentido, prescindir del sentido común y dejarse usar».

Para ajustar aún más nuestra acción y omisión ante las diferentes posiciones subjetivas o polos de la psicosis, Álvarez nos recomienda: «con el esquizofrénico, debido al encierro interior, al desgobierno del lenguaje y al sindióis de la fragmentación corporal, lo mejor es *no comprender*; con el melancólico, a consecuencia de la falta de deseo y la ausencia de todo soplo de vida, se recomienda *no desfallecer*; con el paranoico, tan infatuado, narcisista y ciego de certeza, lo que conviene dar a entender es *no saber*».

A fin de comprender las variadas y particulares experiencias de la psicosis que nos podemos encontrar en nuestra clínica diaria, nuestro autor nos dice que: «la profundización en el entendimiento del *pathos* incide directamente en la terapéutica, y ésta, a su vez, supone un penetrante conocimiento de

la psicología patológica». Como a partir de Freud la psicopatología clásica se enriqueció con la psicopatología psicoanalítica o psicología patológica, Álvarez nos exhorta a coaligar ambos enfoques: lo objetivo –semiología– con las experiencias singulares de un sujeto –la subjetividad–, a fin de «orientar la dirección adecuada de la psicoterapia de la locura y del psicoanálisis de la neurosis». Como la psicopatología clásica o descriptiva es necesaria pero insuficiente, necesitamos las aportaciones de la clínica psicoanalítica sobre los mecanismos psíquicos que determinan las experiencias singulares de cada sujeto, particularidad que se evidencia en la relación con el paciente o clínica bajo transferencia.

El último capítulo del libro que nos ocupa, lo titula su autor: «Homenaje a Freud», pues a pesar de que el padre del psicoanálisis se atrevió más con el análisis de los aspectos psicológicos de la locura que con su terapéutica, tampoco dejó la puerta totalmente cerrada a su tratamiento. Álvarez rescata lo que dejó dicho Freud en 1905 en: *Sobre psicoterapia*. «Las psicosis, los estados de confusión y de desazón profunda (diría: tóxica), son, pues, inapropiados para el psicoanálisis, al menos tal como hoy lo practicamos. No descarto totalmente que una modificación apropiada del procedimiento nos permita superar esa contraindicación y abordar así una psicoterapia de las psicosis». Esa puerta hacia la psicoterapia de la psicosis ya está totalmente abierta y la han atravesado, modificando el dispositivo, cuantos se han atrevido a explorar nuevos territorios terapéuticos con la infancia, la adolescencia y la locura. Y es que, «gracias a él la locura dejó de considerarse una enfermedad similar a las demás y empezó a entenderse como una defensa que algunas personas necesitan. (...) De no haber sido por Freud, tocante al tratamiento de la locura seguiríamos mero-deando sin rumbo, como así había sido con anterioridad. La autoridad de su legado se convirtió en un referente insoslayable. Unos la critican de arriba abajo. Otros la seguimos con mayor o menor fidelidad, pero con suma admiración y agradecimiento. Sea como fuere, en el ámbito de los tratamientos anímicos, Freud continúa siendo el faro al que todavía miramos, aunque sea con el rabillo del ojo».

En palabras del autor: «Ningún libro soluciona el cuerpo a cuerpo de la clínica. Confío, no obstante, en que éste aporte algunas claves. Y me gustaría que allanara el camino a muchos principiantes para aligerarles los sinsabores que hemos pasado otros».

Finalmente decir que *Principios de una psicoterapia de la Psicosis* de José María Álvarez –editado por Xoroi Edicions– se completa con dos notables aportaciones: un prólogo de Juan de la Peña y un epílogo de Chus Gómez.

El panóptico



Fuente: pixabay

ALMEIDA SOTERRARÁ LAS AGENDAS DE LOS CSM PARA ALIVIAR LA CONGESTIÓN.

Se permitirá circular a familias con distintivo C de alta ocupación diagnóstica.

Joyas Toburn. Redacción del Panóptico. Madrid. La saturación que tienen las agendas de los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid tiene solución: soterrarlas. Esta es la propuesta que el alcalde de Madrid, Martínez Almeida, ha presentado a la Consejería de Sanidad para que desaparezcan los atascos de pacientes en superficie. El proyecto, cuyo diseño ha sido encargado al experto en seguridad vial, Ángel Carromero, pretende habilitar un túnel que va de la entrevista de evaluación al alta clínica, con varias bifurcaciones por donde circulará soterrado el tráfico de pacientes entre profesionales y servicios. Carromero ha anunciado que por el túnel podrán circular también las familias con distintivo C, independientemente del nivel de ocupación diagnóstica y que está previsto la construcción de un macroparking de pacientes con plazas permanentes y temporales.



Fuente: pixabay

LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DESMIENTE QUE AYUSO HAYA PARTICIPADO EN UN FASE 3 DE ESKETAMINA.

Entra y sale del éxtasis sin necesidad de sustancias psicoactivas.

Stainless Potes. Redacción del Panóptico. Madrid. La Comunidad de Madrid ha salido al paso de algunas informaciones que aseguraban que Isabel Ayuso podría haber participado en una fase 3 de Esketamina, una nueva molécula conocida por sus propiedades disociativas. El rumor, extendido entre la clase política, trataba de explicar la gestualidad de la Presidenta de la Comunidad de Madrid en numerosos actos públicos en los que parece entrar en un particular éxtasis. El jefe de Gabinete, Miguel Ángel Rodríguez, y el asesor del Partido Popular, Ángel Carromero, expertos en intoxicaciones y tráfico, han desmentido que la Presidenta necesite sustancias psicoactivas para entrar en éxtasis, sino que ella, de forma natural, entra y sale de su mundo interior.

EDUARD Y JULIO SE VERÁN LAS CARAS EN LA HOGUERA FINAL DE “LA PSIQUIATRÍA DE LAS TENTACIONES”.

Han sucumbido a las tentaciones de un soltero basagliano y un soltero lacaniano.



Fuente: unsplash

Gonçalves Silence. Redacción del Panóptico. República Dominicana. La experiencia en República Dominicana llega a su fin. Antes de poner rumbo a España, las parejas de “La psiquiatra de las Tentaciones” analizarán cara a cara lo sucedido tras un tiempo separados en una hoguera final que unos esperan impacientes y otros con ciertas reticencias. Eduard y Julio, la pareja de psiquiatras biologicistas, después de visionar las nuevas imágenes de Villa Laing, se tendrán que enfrentar a una importante decisión: abandonar ‘La Psiquiatría de las Tentaciones’ con su pareja, por separado...o con otra persona. Eduard, ya tuvo que pasar una dura prueba de confianza cuando la semana pasada en la hoguera pudo visionar como Julio, su pareja, le retiraba las sales de litio a un soltero basagliano. Julio por otro lado no se acaba de fiar de Eduard, después de haber visto cómo éste aceptaba regalos y atenciones de Carromero, el solte-

ro lacaniano. Eduard se dirigió a Julio por carta: "te quiero pedir perdón, pienso que estás muy por encima mío y no paro de cagarla, te hago daño psicológico, que es el peor de los daños, pero por favor no retires a nadie los estabilizadores de ánimo".

LOMETAPERONA Y CARIPRAZINA ACUSAN AL MOVIMIENTO #ME TOO DE DISCRIMINARLAS.

El movimiento #Me Too es una arma de la ideología del genérico.

Clementina Naranjito. Redacción del Panóptico. Madrid. Dos nuevas moléculas antipsicóticas, Lometaperona y Cariprazina, que han sido acusadas de falta de credibilidad en las pruebas y exageración de sus conclusiones por algunos dictámenes de varias agencias de evaluación de medicamentos atribuyen al



Fuente: unsplash

movimiento #Me Too un intento deliberado de discriminarlas al no recibir ningún tipo de apoyo. Ángel Carrmero, portavoz de moléculas, ha declarado que Lome y Cari son sin lugar a dudas dos casos #Me Too muy similares estructuralmente a otros ya conocidos y con mecanismos idénticos. Para Carrmero la invisibilización que sufren por parte del movimiento son una prueba de su "hipocresía" y "sectarismo", ya que no se les otorga credibilidad por ser hijas de Farmacéuticas y gozar de buena posición. "El movimiento #MeToo se ha convertido en una arma más de la ideología del Genérico y del relativismo moral de la bioequivalencia", sentencia el portavoz de moléculas.

ROCÍO MONASTERIO PROYECTARÁ UN PLANO DE SALUD MENTAL TIPO LOFT CRISTIANO.

Se discute la inclusión una línea estratégica de bidés.

Martin Barber. Redacción del Panóptico. Madrid. Rocío Monasterio ha confirmado a El Panóptico que su estudio está proyec-

tando un nuevo Plano de Salud Mental que tendrá dos ejes: el de abscisas, centrado en la eugenesia de la hispanidad y el de coordenadas, en la regeneración de la raza. Para Monasterio "la regeneración de la raza ha de sustentarse necesariamente en la regeneración de la institución familiar, porque la familia constituida con arreglo a los tradicionales principios de la moral cristiana representa un vivero de virtudes sociales, una coraza contra la corrupción del medio ambiente, una especie de célula en el cuerpo social que forma la raza y protege del desvarío. El nuevo Plano de Salud Mental pretende dar forma a un espacio diáfano, a modo de Loft cristiano, donde tengan cabida todos aquellos que están en "la denodada lucha higiénica contra los gérmenes morbosos que carcomen la raza hispana e imponen valores ajenos como el marxismo, la ideología de género y el relativismo sexual" En ese sentido reconoce que existen aún discusiones acerca de la idoneidad de reservar en el Plano de Salud Mental un espacio para el bidé, que si bien limpia de gérmenes morbosos la zona perineal y anal, tiene una genealogía afrancesada. Ángel Carrmero, asesor de utilitarios, es proclive a la inclusión de una línea estratégica de bidés.

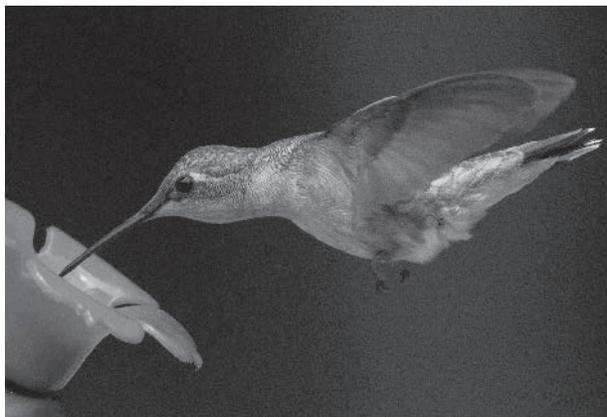


Fuente: pixabay

PROPONEN UN PIN PARENTAL PARA CONTENIDOS LACANIANOS EN LA FORMACIÓN DE RESIDENTES DE SALUD MENTAL

Pretende poner coto al adoctrinamiento psicosexual en las Unidades docentes.

Carmina Lily. Redacción del Panóptico. Madrid. "La dialéctica gira en torno a tener-no tener el falo, no es algo aprehensible, no se lo puede agarrar"; "...nadie puede tener un falo y ofrecerlo libremente a quién se le antoja uno"; "...su abordaje es tomar las cosas a partir del goce: el goce fálico y el goce Otro"; "...la madre es considerada como provista de falo: la madre



Fuente: unsplash

fálica”; “...el falo es el significante escogido como lo más sobresaliente de lo que puede captarse en lo real de la copulación sexual; “ puede decirse también que el falo es por su turgencia la imagen del flujo vital en cuanto pasa a la generación”. Estas frases entresacadas de textos lacanianos abandonados en los despachos de urgencias, ha sido presentadas por Ángel Carromero, experto en nuevas generaciones, como pruebas irrefutables del adoctrinamiento psicosexual que ejercen los lacanianos en las unidades docentes donde se forman los futuros profesionales de salud mental de España. Carromero propone que se instaure un Pin Parental para que los tutores conozcan las actividades que se imparten a los residentes y así controlar la diseminación del “psicosexualismo”.

EL TRIBUNAL EUROPEO DE DDHH AVALA LAS DEVOLUCIONES EN CALIENTE ENTRE SALUD MENTAL Y PRIMARIA.

Espaldarazo al reforzamiento de las fronteras con Atención Primaria.

Carmen Droversroad. Redacción del Panóptico. Madrid. Las devoluciones en caliente que practican los equipos de salud



Fuente: pixabay

mental de personas que acceden desde las fronteras de la atención primaria han sido consideradas acordes a derecho por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. La sentencia se basa en el caso de un ciudadano de Valdemoro, que en 20 minutos de entrevista fue devuelto a su centro de salud de origen con un dictamen de “esto no es de lo mío”. Esto implica un respaldo legal desde las más altas instancias jurídicas europeas a la tecnología de Alta Resolución utilizada en salud mental para gestionar la demanda de atención, aunque la sentencia no se pronuncia sobre uno de los puntos más polémicos: la prescripción de medicación para ser devueltos a su origen. Ángel Carromero, experto en repatriaciones, ha defendido la precisión de los equipos de alta resolución, que han pasado de 720 x 480 píxeles a 1280 x 720 en tan solo 5 años obteniendo instantáneas más fiables para reforzar fronteras porosas.

UN TRONISTA DE “PSIQUIATRAS, FARMAS Y VICEVERSA” HABLA DE SUS CONSTANTES INFIDELIDADES.

La audiencia le ha pedido a Eduard mayor transparencia.

Primadonna Munich. Redacción del Panóptico. Madrid. Tras ver la cita de Eduard con Lundbeck, Janssen le ha pedido que dijera con quién volvería a irse de Congreso después de haber-



Fuente: unsplash

lo hecho también con Otsuka y Lilly. El tronista, que también participa en “La psiquiatría de las Tentaciones”, al principio no quería, pero al final se ha visto obligado a mojarse y ha dicho lo que sentía por sus Farmas. Con la que más fuelle ha perdido ha sido con Lundbeck, a quien ha descartado a la primera: “Te veo últimamente muy poco innovadora”, le ha dicho Eduard, y ella rápidamente le ha contestado: “Esto me está costando”. Ella no viene de primeras a conocerlo, sino que tenían una larga relación antes del programa y le resulta muy difícil estar ahora compitiendo con otras farmas. “Repetiría con Janssen, para mí fue un congreso diferente”, ha explicado Eduard. “Con

ella encontré algo novedoso que con las otras dos no encontré”, ha añadido. La audiencia ha pedido a Eduard mayor transparencia y que confiese todas las relaciones que ha tenido.

RECHAZAN SUBIRLE LA DOSIS DE PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA POR NO ESTAR EN FICHA TÉCNICA.

Se han detectado casos puntuales de pacientes polisubvencionados.

Dendrite Hundredfires. Redacción del Panóptico. Madrid. Un paciente de un Centro de Salud Mental madrileño que recibe una Pensión No Contributiva 392 en 14 tomas, solicitó el pasado mes de febrero que se le doblara la dosis ya que la actual era insuficiente. Su petición ha sido rechazada por la Subdirección General de Farmacia de la Comunidad de Madrid, ya que esa dosis no se encuentra en ficha técnica y existe un importante riesgo de abuso. El abuso de este tipo de productos es un grave problema que tiene en alerta a las autoridades sanitarias.



Fuente: unsplash

Ángel Carrero, experto en subvenciones, ha confirmado a El Panóptico que se han detectado casos puntuales de personas que estaban polisubvencionadas con PNC 392, RMI 372, RAI 431 y Pensión de Orfandad al 20% cuando existen contraindicaciones descritas en la ficha técnica de cada producto, pero quiere tranquilizar a la población porque “lo habitual es la monoterapia a dosis bajas”.

LA ESPAÑA VACIADA SE PUEDE REPOBLAR CON GRADUADOS EN PSICOLOGÍA.

El Colegio Oficial de Psicólogos lanza el proyecto PSIREP.

Borbón Nocebo. Redacción del Panóptico. Madrid. Ante la falta de perspectivas laborales de los miles de psicólogos que se gradúan cada año en España y que no pueden acceder a las escasas plazas PIR que se convocan cada año, el Colegio Oficial de Psicólogos ha lanzado el proyecto PSIREP que tiene como objetivo repoblar la “España Vacía” con poblaciones seleccionadas de graduados en Psicología. Los aspirantes contarán con periodo de formación en técnicas constructivistas para levantar asentamientos y se les obsequiará con un ejemplar del libro “Florecer” de Martin Seligman para que siembren los campos yermos de optimismo.



Fuente: unsplash

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

D. _____
profesional de la Salud Mental, con título de _____
y con domicilio en _____
Población _____ D.P. _____
Provincia _____
Teléfono _____ Email _____
Centro de trabajo _____

Dirección Centro _____

Población _____ Provincia _____

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A. E. N. de la Autonomía correspondiente, 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 Asamblea General de socios.
La suscripción de la Revista de la AEN está incluida en la cuota de Asociado.

DATOS BANCARIOS

BANCO/CAJA DE AHORROS _____

Nº CUENTA: Entidad Sucursal D. C. Nº cuenta (20 dígitos):

Firma solicitante



Española
Asociación **AMN** de Neuropsiquiatría
*Asociación
Madrileña
de
Salud Mental
A.M.S.M.*
de

www.amsm.es

AMSM

Asociación Madrileña de Salud Mental

Dirección C/ Magallanes, 1

Sótano 2, local 4.

Teléfono 636725599

Fax 918473182

correo e. aen.amsm@gmail.com

web www.amsm.es