

S U M A R I O

EDITORIAL [pág. 1]

Proposición no de Ley de la AMSM.

COLABORACIONES [pág. 5]

Dejadme las alas en su sitio.

Javier Pallarés Neila

Por qué la deprescripción de psicofármacos debería ser una prestación de los SSM.

Pablo Fernández Cordón y Alberto Fernández Liria

Hermano mayor, compañero Nicolás.

Antonio Espino

La hospitalización domiciliaria: crisis, cuidados, comunidad.

Carmen Cañada

HEMOS LEIDO... [pág. 21]

"Sexualidad y violencia. Una mirada desde el psicoanálisis".

Antonio Ceverino

EL PANÓPTICO [pág. 25]



AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

Boletín núm. 48 INVIERNO año 2021

BOLETÍN
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA
DE SALUD MENTAL

JUNTA DIRECTIVA 2021-2024
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE SALUD
MENTAL (A.E.N.)

AMSM

PRESIDENTA

Marta Carmona Osorio

VICEPRESIDENTAS

María José Darder Mayer
Ana Moreno Pérez

SECRETARIA

Eva Muñoz Giner

TESORERO

José Camilo Vázquez Caubet

VOCAL DE PUBLICACIONES

Maite Climent Clemente

VOCALES

Álvaro Cerame del Campo
Belén González Callado
Inmaculada Liébana Gómez
Miguel Ángel Martínez Barbero

COMITÉ EDITORIAL DEL BOLETÍN

Andrés Suárez Velázquez
Clara Benedicto Subirá
Laura Carballeira Carrera
Laura Rosa Cerezo
Susana Collado Salu

Editorial



Fuente: Pixabay

“...enfoque poblacional... contexto socioeconómico... universalidad de acceso... equipos multidisciplinares... largoplacista, accesible, longitudinal ... ciclo vital... justicia social... necesidades de las poblaciones socialmente desfavorecidas... determinantes sociales de la salud... prevención ... individual como poblacional... revisión y planificación”

“...los problemas de salud mental son insolubles de la biografía... para comprender los trastornos mentales debemos poner el foco en quién es esa persona, cuál es su historia, las experiencias traumáticas a las que se ha enfrentado y las expectativas que le ofrece el futuro.”

Nos gustaría compartir la Proposición no de Ley (PNL) elaborada recientemente por nuestra junta directiva, que viene a ser una suerte de declaración de principios vinculada a uno de los ejes vertebradores de nuestra filosofía, el modelo de atención a la salud mental público y comunitario, así como nuestra aspiración de incidencia política, para transformar en realidad nuestras propuestas.

Una PNL elaborada a partir de ese texto fue aprobada en la Asamblea de Madrid a fecha 21 de octubre de 2021, apoyada por todos los partidos excepto por el Partido Popular, que se abstuvo. Fue publicada en el Boletín Oficial de la Asamblea de Madrid (BOAM) número 19, el 28 de octubre de 2021, en su página 3047¹

PROPUESTA NO DE LEY DE LA AMSM

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La salud mental comunitaria es un modelo de atención cuyos pilares fundamentales son: un enfoque poblacional, el entendimiento del paciente en un contexto socioeconómico, la universalidad en el acceso a los servicios, la atención mediante equipos interdisciplinares, una atención largoplacista, accesible, longitudinal, que contemple el ciclo vital comprometida con la justicia social y que responda a las necesidades de las poblaciones socialmente desfavorecidas desde el marco de los determinantes sociales de la salud. Asimismo, es un modelo cuya forma de entender la prevención es tanto individual como poblacional y que necesita de una revisión y planificación sistemática de la provisión de servicios.

El origen de este modelo se puede rastrear en nuestro país en la Ley General de Sanidad de 1986 y el documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en el que se diseñó un modelo comunitario basado en las experiencias de desinstitucionalización psiquiátrica ocurridas en el siglo XX y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS aboga por este modelo dado que es el que mejores resultados aporta a las poblaciones en términos de efectividad a menor coste, pudiendo dar una atención de calidad a poblaciones más desfavorecidas reduciendo la brecha en el acceso a los recursos sanitarios. La psiquiatría comunitaria en la actualidad, atendiendo a los principios de solidaridad y equidad que caracterizan al Sistema Nacional de Salud, está comprometida con una atención respetuosa con la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad y avanza hacia un modelo libre de coerción y participativo.

Si bien estos principios son deseables para la atención a cualquier problema de salud, en el caso de la salud mental se hacen particularmente necesarios: los problemas de salud mental son insolubles de la biografía de quien los padece, si para comprender la naturaleza de las encefalitis debemos poner el foco en el tejido neuronal y las noxas que puedan estarle afectando, para comprender los trastornos mentales debemos poner el foco en quién es esa persona, cuál es su historia, las experiencias traumáticas a las que se ha enfrentado y las expectativas que le ofrece el futuro. De este modo para responder a los problemas de salud mental, prevenirlos y promo-

1) Disponible en: https://www.asambleamadrid.es/static/doc/publicaciones/BOAM_12_00019.pdf

cionar esa salud es imprescindible trabajar no sólo con quien padece el trastorno sino también con su entorno.

Las causas fundamentales del sufrimiento psíquico que categorizamos como trastorno mental son, junto a las experiencias traumáticas en fases tempranas de la vida, la pobreza, la desigualdad, la falta de oportunidades o la falta de capacidad para transformar la propia situación vital.

Para poder trabajar en el entorno es imprescindible que los equipos profesionales conozcan bien el territorio en el que vive el individuo de manera que fomenten su arraigo y participación, contrapesando así el aislamiento y vulnerabilidad que, como demuestra la numerosa evidencia al respecto, general el trastorno mental. Además de conocer ese territorio bien definido es necesario que haya una capacidad real de trabajo junto a servicios sociales, educación, atención primaria, centros de atención a mayores, centros de atención a personas dependientes, etc.

Los cuidados generales de la salud (y de la salud mental) se ordenan atendiendo a dos grandes niveles interdependientes: cuidados en la atención primaria y cuidados especializados, entendiendo básicamente estos últimos como estructuras de apoyo al nivel primario. En consecuencia, los equipos de atención a la salud mental actúan de soporte y apoyo de los equipos básicos de salud. Su carácter especializado hace referencia a su posición funcional dentro del sistema de salud, sin prefigurar una ordenación administrativa determinada.

El modelo comunitario se enfoca no solo en los déficits y discapacidad (una perspectiva de enfermedad) sino en las fortalezas, capacidades y aspiraciones (un modelo de recuperación). Los servicios y el soporte que estos plantean tienen como objetivo ayudar a la persona a desarrollar un sentido de identidad, resignificar la experiencia de pérdida de su salud mental de modo que puedan tratar de experimentar la consecución de sus propios valores sociales y personales. Es un modelo que combina la medicina basada en la evidencia y la ética práctica. Un enfoque científico de los servicios prioriza el uso de los mejores datos disponibles sobre la efectividad de las intervenciones. Al mismo tiempo, las personas que padecen problemas de salud mental tienen derecho a comprender sus experiencias (en la medida en que los profesionales las comprendan), a considerar las opciones disponibles para las intervenciones y cualquier información disponible sobre su efectividad y efectos secundarios, y a tener sus preferencias incluidas en un proceso de toma de decisiones compartida.

El sistema actual de atención a los problemas de salud mental, pese a partir en su origen de un diseño comunitario, ha

ido evolucionando en las últimas décadas, hipertrofiando la atención a las crisis agudas, ampliando camas hospitalarias de unidades de agudos sin reforzar suficientemente los recursos (centros de salud mental, hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial, etc.) que por su diseño pueden trabajar de forma longitudinal, no solo en el momento agudo de la crisis, de manera que el individuo pueda recuperarse y prevenir futuras crisis.

Entendemos como centros de salud mental los equipos interdisciplinares -formados por psicólogos, psiquiatras, enfermeras especialistas en salud mental y trabajadoras sociales- que se ponen a disposición de los individuos para acompañarles durante el tiempo que sea necesario (desde unas semanas a toda una vida) y trabajar con ellos los problemas y las necesidades personales y materiales que les generan los trastornos de salud mental, o que sean origen de éstos.



Fuente: Pexels

Si los profesionales de estos equipos interdisciplinares tienen las agendas saturadas, ante un conato de crisis no tienen opción de intensificar la atención porque todo su tiempo de trabajo está ocupado en la atención ordinaria a gente estable. De este modo, las personas quedan desatendidas hasta llegar a momentos de crisis desbordadas que precisan de atención en urgencias e ingresos hospitalarios. Frente a esto, profesionales más disponibles con agendas más elásticas permiten que cada crisis pueda anticiparse e incluso prevenirse. Así, un adolescente que en un momento de desbordamiento emocional realiza un intento de suicidio, en la actualidad va a encontrar un sistema que le facilita una atención urgente y un ingreso hospitalario, pero no le facilita un seguimiento frecuente posterior por parte de un equipo interdisciplinar con capacidad de coordinarse con su centro educativo y trabajar con su familia de cara a detectar

“...el sistema puede centrarse en prevenir los trastornos y fortalecer la salud mental del individuo en vez de limitarse a dar respuestas efímeras que calmen la situación aguda mientras persisten el sufrimiento y sus causas”

qué le ha llevado a esa situación y prevenir nuevas crisis. De igual manera un adulto, ya sea aquejado de una depresión reactiva a problemática laboral o de una esquizofrenia que le produce episodios psicóticos, necesita que el equipo interdisciplinar que le atiende conozca su entorno y sus necesidades al medio plazo más allá de la crisis aguda y que tenga la capacidad de fortalecer lo que le proporcionan salud. Así, el sistema puede centrarse en prevenir los trastornos y fortalecer la salud mental del individuo en vez de limitarse a dar respuestas efímeras que calmen la situación aguda mientras persisten el sufrimiento y sus causas.

“Una red de salud mental comunitaria se organiza desde estos centros de salud mental alrededor de los cuales se establecen...recursos diversos...”

Una red de salud mental comunitaria se organiza desde estos centros de salud mental alrededor de los cuales se establecen hospitales de día para psicoterapia intensiva, equipos de apoyo social comunitario (especialmente diseñados para trabajar con la persona en su contexto cotidiano), centros de rehabilitación psicosocial (para aquellas personas para las que el trastorno mental ha supuesto abandonar su proyecto vital, alto nivel de aislamiento, pérdida de red social, reducción de la actividad ocupacional, así como una merma en la percepción de capacidad para afrontar los retos del momento vital en el que se encuentran), centros de rehabilitación laboral (dirigidos a definir objetivos ocupacionales y facilitar la incorporación al mercado laboral a través de la mediación con el tejido formativo y laboral para que la incorporación se realice manteniendo condiciones de salud), recursos residenciales (orientados a la recuperación del proyecto vital en un espacio voluntario y abierto fomentando la autonomía de la persona respetando sus derechos y la libertad en la toma de decisiones respecto a dicho proyecto) y toda la pléyade de recursos diversos (tan diversos como son las necesidades generadas por el trastorno mental). Frente a este diseño, cada vez con más frecuencia vemos cómo se destina el grueso de los recursos a dar respuesta a las crisis agudas, sin resolver los problemas de fondo por desbordamiento de la capacidad de la red, por lo que se acaba recurriendo a estancias hospitalarias o recursos residenciales de media y larga estancia que sacan al sujeto de su contexto, perpetuando el alejamiento de su proyecto vital.

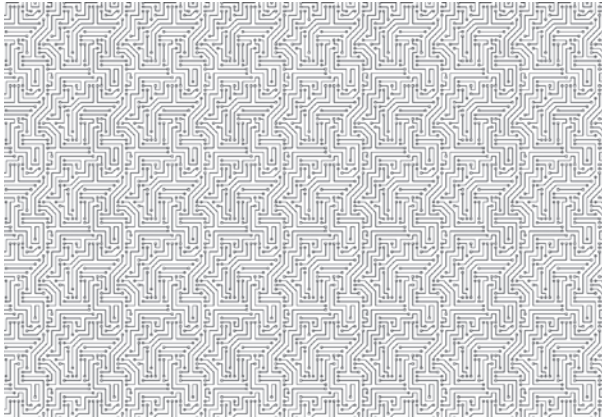
“Frente a este diseño... vemos cómo se destina el grueso de los recursos a... un modelo más caro y con peores resultados en salud, el de crisis agudas y medias y largas estancias, que es propenso a recurrir a la coerción e involuntariedad con mucha más frecuencia...”

De este modo estamos apostando por un modelo más caro y con peores resultados en salud, el de crisis agudas y medias y largas estancias, que es propenso a recurrir a la coerción e involuntariedad con mucha más frecuencia; frente al modelo que escoge trabajar con el individuo y su contexto en el largo plazo, acompañándolo y fomentando su autonomía, respetando sus derechos sin por ello dejar de transformar las condiciones de vida que le han enfermado. En los últimos años también hemos sido testigos de la proliferación de recursos hiperespecializados, de accesibilidad limitada y con resultados en salud discretos y dudosa capacidad transformadora que en la práctica han supuesto una merma de los recursos destinados a la globalidad de la red sin un claro beneficio en términos de atención y de coste.

PROPOSICIÓN NO DE LEY

La Asamblea de Madrid insta al gobierno de la Comunidad de Madrid a:

- Diseñar la atención en salud mental en nuestra Comunidad a través de **planes periódicos cuyo objetivo sea la consolidación de un modelo de salud mental comunitario**. Para ello se hace necesario contar con datos fiables, comparables, actualizados y transparentes sobre el número de pacientes atendidos en la red, la



Fuente: Pixabay

evolución de la demanda en los últimos años, la disponibilidad de recursos y la previsión de la evolución de la misma, particularmente después de la crisis sanitaria provocada por el SARS-CoV2. Asimismo, es imperativo hacer un análisis de los recursos de la red y la orientación comunitaria de los mismos donde se pueda realizar una adecuada planificación de los recursos humanos a través de plantillas bien dimensionadas y estables.

- Dada la organización y estructura del sistema sanitario en diferentes niveles de atención, es imperativo **reforzar y salvaguardar el modelo de Atención Primaria en Salud** y la coordinación del nivel básico asistencial con la red de Salud mental para poder garantizar la accesibilidad, atención y la coordinación.

- Se trabajará en la creación de **indicadores en cuyo desarrollo participen profesionales y usuarios** además de gestores, de cara a que los planes de salud mental sean evaluados y diseñados con el mayor impacto transformador posible.

- **Se dotará de personal a los Centros de Salud Mental de modo que sean capaces de dar una respuesta comunitaria** a las situaciones de crisis, incluyendo el refuerzo de la atención domiciliaria y los Programas de Continuidad de Cuidados. Para ello se llevarán a cabo acciones encaminadas al incremento de las plantillas multidisciplinares conforme a las ratios de países de altos ingresos de la OMS y las recomendaciones de Sociedades Científicas como la AEN-Profesionales de la Salud Mental, de tal modo que se pueda:

- Responder a las situación de crisis con la inmediatez, frecuencia y amplitud de la intervención que requiere la atención comunitaria (apoyo continuado y accesible a la persona, su red social con posibilidad de desplazamien-

to a su contexto comunitario así como la coordinación con los agentes de salud)

- Dar una atención mínima mensual a los casos leves y semanal/quincenal en los casos graves.
- Reforzar los programas de continuidad de cuidados
- Ofrecer atención grupal, de efectividad sobradamente avalada, para los distintos niveles de gravedad de las personas atendidas en la red.
- Coordinar las intervenciones de forma ágil y frecuente con la Red de Rehabilitación y Atención a las Personas con Trastorno Mental Grave y Duradero, dependiente de la Consejería de Políticas Sociales, así como con los Servicios Sociales, los servicios de apoyo a la familia, etc.

- Se adecuarán y reforzarán los **equipos interdisciplinares** de atención a la población infantojuvenil a las necesidades actuales de este colectivo, haciendo hincapié en la capacidad de seguimiento frecuente, basada en el vínculo terapéutico y con una coordinación ágil con Educación y Servicios Sociales.

- Generación de **estructuras de trabajo que permitan una coordinación regular a todos los niveles** (desde las estructuras administrativas, hasta las intervenciones concretas) que incluyan la planificación en cuanto a tareas y organización de las agendas, entre los diferentes dispositivos pertenecientes a las Consejerías de Sanidad y de Políticas Sociales.

- **Integrar la Red de Atención a las Personas con Adicciones** en la Red de Atención a la Salud Mental de cara a realizar un abordaje integral.

- **Adecuación de los espacios físicos** de toda la red a las necesidades de las personas a atender (atención en la urgencia, unidades de hospitalización...)

- Frente a una red con unidades de referencia basadas en el diagnóstico, desvinculadas de los CSMs, fomentar una red bien integrada y versátil, capaz de responder a las distintas necesidades de los pacientes a lo largo de su proceso.

- Priorizar recursos que puedan trabajar en el domicilio y entorno del paciente, tanto de hospitalización domiciliaria como alternativa a los ingresos agudos, como los Equipos de Apoyo Sociocomunitario, que dan sostén a la persona con trastorno mental grave como alternativa a los recursos residenciales de media y larga estancia.

Junta Directiva de la AMSM

colaboraciones

DEJADME LAS ALAS EN SU SITIO

Javier Pallarés Neila

28 de agosto de 2021



Fuente: Pexels

“Este es el gran dilema: encontrar el límite, la línea que marca el fin de una personalidad doliente, pero soberana y libre y el comienzo del grito desesperado de quien demanda ayuda urgente ante una situación que no puede gestionar en soledad”

“La nueva norma... atraviesa transversalmente nuestro ordenamiento jurídico, afectando a nueve leyes de distinta índole que... se ven también modificadas...”

Escuchamos en un programa de radio el reportaje sobre el acto de homenaje organizado por la Fundación Arrels, a las setenta personas sin hogar fallecidas este año.

Tras su nominación, la periodista nos acerca el desgarrador relato de Montserrat, que pone voz y nombre a su hijo fallecido como persona sin hogar en las calles de Barcelona. La madre se lamenta de que terminara en la calle por un problema de salud mental y drogas: “Él no quería estar ingresado, cuando se le ingresaba, porque estaba muy mal, pedía el alta y como tenía 31 años pues se la daban”. “Y murió, murió con 31 años, teniendo una familia detrás y posibilidades económicas y sociales para ayudarlo, y por las leyes no hemos podido hacer nada por él, y como él hay muchos, pero lo que no está bien en esta sociedad es que, habiendo soporte, tampoco se pueda hacer nada”.

Sus palabras evocan la desolación de la familia Vega en el documental “Tu voz entre otras mil”, que veía impotente la autodestrucción de su hijo y hermano, sin poder hacer nada.

Duelo terrible, pero irresoluble. La libertad es nuestro más preciado patrimonio y debemos respetarla incluso cuando decidimos dilapidarla, en drogas u odios. “Dejadme las alas en su sitio, que yo os respondo que volaré bien” decía el poeta a su padre. Si hubieran doblegado su voluntad, Antonio no hubiera compuesto “Lucha de gigantes” y nuestra cultura no se hubiera fundido con la obra de Lorca: folclore y tragedia en un mismo acto. A cambio, les perdimos. Como Montserrat a su hijo.

Este es el gran dilema: encontrar el límite, la línea que marca el fin de una personalidad doliente, pero soberana y libre y el comienzo del grito desesperado de quien demanda ayuda urgente ante una situación que no puede gestionar en soledad.

El 3 de septiembre ha entrado en vigor la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

La nueva norma, necesaria tras la ratificación -hace 13 años- por el Estado español de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), atraviesa transversalmente nuestro ordenamiento jurídico, afectando a nueve leyes de distinta índole que, en mayor o menor medida, se ven también modificadas, lo que da buena muestra de su importancia. Pero, sin duda alguna, la modificación más importante es la referente al Código Civil, que incide de lleno en el tema de la incapacitación judicial, renombrada en los últimos años como modificación de la capacidad de obrar, y a sus principales consecuencias: la tutela y la curatela.

Estos institutos jurídicos, creados para la protección de quienes a juicio de un juez “no podían gobernarse por sí mismos”, fueron ya objeto en el año 1983 de una importante modificación. Entonces, la tutela dejó de ser una institución nacida y gobernada en el seno de la familia, para pasar a ser constituida y controlada por un

juez, pudiéndose profesionalizar su ejercicio a través de entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro.

Con todo, la reforma actual resulta aún de mayor calado, ya que modifica el principio que constituía su piedra angular: el principio de protección. A partir de su entrada en vigor, la legitimación para interferir en la vida de algunas personas con discapacidad ya no será su protección, sino prestar apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica.

El titular, como hemos leído ya en numerosos artículos y entradas en las redes, es la supresión del procedimiento de modificación de la capacidad y de la tutela, que queda exclusivamente relegada al ámbito de los menores. Pero, como casi siempre, lo importante es la letra pequeña y esta es la que, en pocas líneas, pretendemos explicar a continuación.

Para entender bien la extensión y efectos de la reforma, nos permitimos llamar la atención sobre tres elementos que, a nuestro juicio, resultan claves de la nueva regulación: su ámbito subjetivo; el principio del respeto a la voluntad, deseos y preferencias; y la sustitución del criterio del mejor interés.

El análisis de la primera cuestión parte de la experiencia de que los sujetos del extinto procedimiento de modificación de la capacidad (incapacidad), no eran las personas con discapacidad, sino aquellas que, a juicio de un juez, habían perdido su autogobierno. El resultado era la existencia de una subclase de ciudadanos a los que vulgarmente se les denominaba “tutelados” o, peyorativamente, “incapacitados”, en cualquier caso, meros sujetos pasivos de un instrumento concebido para su protección.



Fuente: Unsplash

Sin embargo, en la regulación actual, los destinatarios de la norma son las personas con discapacidad, todas, en la medida que necesiten apoyos para el ejercicio de su capacidad. Son ellas quienes van a recobrar el protagonismo perdido de sus vidas y a quienes se les legitima, como sujetos activos y, en primer lugar, para diseñar las medidas de apoyo que a su juicio necesitan para ejercer su capacidad en iguales condiciones que los demás. Las personas que prestan dicho apoyo se encuentran a su disposición.

Esto es así por la importancia extraordinaria que la nueva norma da a las medidas voluntarias sobre las judiciales, hasta el punto de manifestar que “las de origen legal o judicial solo procederán en defecto o, insuficiencia de la voluntad de la persona de que se trate”.

La segunda y la tercera de las cuestiones las abordaremos de forma conjunta.

A las personas con problemas de salud mental, se las ha ingresado y medicado en contra de su voluntad o sin contar con ella. Los jueces les han prohibido conducir, casarse o hacer testamento. Los tutores han vendido sus bienes inmuebles, cancelado sus cuentas o aceptado la herencia en contra de su voluntad o sin contar con ella. Unos y otros, lo han hecho amparados por un constructo que cerraba el sistema: el principio de su mejor interés. El respeto a la voluntad de la persona con discapacidad cedía cuando estaban en juego otros valores constitucionalmente protegidos, como la vida o la salud.

Ahora, la nueva ley insiste, una y otra vez, en el hecho de que el nuevo sistema de apoyo se sustenta en la dignidad de la persona con discapacidad y en la atención a su voluntad, deseos y preferencias, que siempre se han de respetar. El paradigma del mejor interés queda relegado al ámbito de los menores de edad, lo que quiere decir que las personas que prestan apoyo a las personas adultas con discapacidad, en cualquier ámbito, ya no podrán oponer un interés superior frente a su voluntad.

Bien sabemos que la enfermedad mental es abono para el estigma y prejuicios. Ya leemos opiniones, autorizadas, de quienes frente a sus manifestaciones más graves invitan directamente a ignorar la CDPD y, por lo tanto, en lo que ahora nos interesa, la ley que analizamos. Otras, de forma más sutil, invitan a utilizar los instrumentos de valoración de la capacidad existentes para dilucidar si tienen capacidad para comprender la importancia del acto de que se trate y, si no la hay, poder soslayar el nuevo principio.

La primera alternativa es absolutamente rechazable. Además de ilegal, no parece ético desconocer una norma que ha sido

refrendada por la máxima representación de las personas con discapacidad en España y aprobada unánimemente por todos los grupos parlamentarios. La segunda, también torticera, tiene mayor recorrido por ser una práctica clínica no reservada al ámbito de la psiquiatría, pero no parece razonable como instrumento de utilización ante cualquier contrariedad con un paciente que ya no es un “incapacitado judicial”, además de que podría ser útil para resolver una intervención puntual, pero no otra de permanencia en el tiempo.

Una buena relación, fundamentada en la mutua confianza entre quienes se respetan y el reconocimiento de la persona con discapacidad como un *primus inter pares* en todo lo que a ella le afecta y le preocupa es, a nuestro juicio, la clave de bóveda que permitirá el tránsito entre uno y otro modelo.

Las personas con discapacidad esperan mucho de esta reforma. Los jueces y fiscales, protagonistas sin duda del sistema anterior, deben reformular todas las tutelas y curatelas hoy existentes y los profesionales sociales y sanitarios sus intervenciones y recursos. También es de esperar que, en su desarrollo, sean actores de reparto las entidades sin ánimo de lucro, en quienes podrán confiar el apoyo que necesitan para ejercitar su capacidad.

Todo ello costará tiempo, trabajo y dinero. Sin embargo, en la Memoria del análisis de impacto que acompañó al anteproyecto de ley, se afirmaba que la puesta en marcha de las medidas incorporadas no supondría un aumento del gasto público ya que “el coste presupuestario y de dotación de personal por unidad no solo no aumentará, sino que disminuirá debido a que las vías de provisión de apoyos alternativos al sistema judicial establecidos por la norma mermarán la demanda judicial”.

Lejos de ello, pensamos que sin facilitar medios materiales y personales será difícil que los jueces puedan revisar cada tres años todas las sentencias dictadas y por dictar; imposible que puedan construir un buen sistema de apoyos en base a un dictamen de ignotos “profesionales especializados en los ámbitos sociales y sanitarios” u “otros profesionales especializados que aconsejen las medidas de apoyo que resulten idóneas en cada caso”; o que las ONG o las entidades públicas, puedan pasar de un sistema de sustitución de la voluntad por otro de apoyos, con los mismos medios.



Fuente: Pexels

Solo se prevé una puerta para que el sistema tenga un mínimo de éxito. El reconocimiento previsto en la ley a una posible colaboración entre la Administración de Justicia y las Entidades del Tercer Sector de Acción Social. Pero, para ello, es imprescindible su desarrollo reglamentario.

Los distintos gobiernos centrales que se han sucedido desde la ratificación en el 2008 de la CDPD han sido responsables solidarios de la falta de adecuación normativa, pero una vez realizada, son ahora las comunidades autónomas con competencia en materia de Administración de Justicia las únicas responsables de su correcta aplicación. No pueden mirar a otro lado, la dignidad de las personas con discapacidad y el respeto a su voluntad, así lo exige.

La administración de la Comunidad de Madrid no necesita en esta materia de la autorización o consenso del gobierno central. Es responsabilidad de la Consejería de Presidencia, Justicia e Interior, la redacción de un reglamento que desarrolle aquella disposición legal y de su aplicación, dotando a las posibles colaboradoras de los medios suficientes para conseguirlo. Y es también responsabilidad de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, a través de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad exigirlo.

POR QUÉ LA DEPRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS DEBERÍA SER UNA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Alberto Fernández Liria y Pablo Fernández Cordón



Fuente: Pixabay

MEDICACIÓN PRESCRITA Y MEDICACIÓN UTILIZADA: LA DECISIÓN DE TOMAR O NO

Se atribuye a Hipócrates la afirmación de que los médicos deben ser conscientes de que muchos de sus pacientes les mienten cuando dicen que se toman la medicación que les han prescrito. Hoy tenemos datos que nos indican hasta qué punto es escaso el seguimiento de las prescripciones médicas incluso en condiciones orgánicas graves en las que el tratamiento parecería claramente beneficioso (Masek, 1982; Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud, 2004). En Medicina en general dejar el tratamiento es con frecuencia, en sí, un objetivo para el paciente, que puede ser compartido o no con el médico.

“...los psicofármacos tienen muchos efectos secundarios que merman la calidad (y la cantidad) de vida de quien los toma... se han acumulado pruebas de que esto es más grave de que lo que se venía aceptando por el colectivo profesional...”

“...la interrupción brusca de los tratamientos con psicofármacos se sigue con mucha frecuencia de problemas graves de salud mental o de salud en general...también con fármacos que hasta hace poco se consideraba que no producían síntomas de abstinencia...”

En salud mental este fenómeno adquiere aún más relevancia por diversos factores. En primer lugar, porque es frecuente que la persona a la que se prescribe el tratamiento no considere que su malestar derive de una enfermedad que sea subsidiaria de ser tratada con fármacos y consecuentemente no quieran tomarlos (Cooke, 2014; Johnstone, L. & Boyle, 2018; Read & Dillon, 2017). En segundo lugar, porque la respuesta a los tratamientos dista de ser muy satisfactoria y puede no cubrir las expectativas (Harrow, Jobe & Tong, 2021; Morrison, 2019; Read & Williams, 2019). Y, en tercer lugar, porque los psicofármacos tienen muchos efectos secundarios que merman la calidad (y la cantidad) de vida de quien los toma (G. A. Fava, 2020; Gøtzsche, 2013; Inchauspe Aróstegui & Valverde Eizaguirre, 2017; Moncrieff, 2008; Suzuki, 2019). En los últimos años se han acumulado pruebas de que esto es más grave de que lo que se venía aceptando por el colectivo profesional tanto en lo referente a los neurolépticos (Bergström et al., 2020; Horowitz, Murray, & Taylor, 2020; Larsen-Barr, 2016) como a los antidepresivos (Andrews, Kornstein, Halberstadt, Gardner & Neale, 2011; El-Mallakh, Gao & Jeannie Roberts, 2011; Guy, Brown, Lewis & Horowitz, 2020; Horowitz & Taylor, 2019; Ortiz Lobo & Sobrado de Vicente-Tutor, 2017; Whitaker, 2018) y otros fármacos (Ashton, 2002; Azparren & I. García, 2014; Gøtzsche, 2020) a través de trabajos que han sido realizados tanto por quienes los han experimentado personalmente (Hall, 2007; Surviving Antidepressants, 2020) como por profesionales (Gøtzsche, 2020).

LA DECISIÓN DE INTERRUMPIR LA TOMA

La adherencia a los tratamientos en psiquiatría es muy escasa y la voluntad de abandonar la medicación psiquiátrica, algo muy frecuente entre quienes la toman.

Sabemos que la interrupción brusca de los tratamientos con psicofármacos se sigue con mucha frecuencia de problemas graves de salud mental o de salud en general (Aderhold & Stastny, 2015; M. Fava, 2006; Fiammetta & Guy, 2020; Horowitz et al., 2020; Valuck, Orton & Libby, 2009). Y que esto ocurre también con fármacos que hasta hace poco se consideraba que no producían síntomas de abstinencia (Bezuidenhout, 2015; Davies & Read, 2019; Anne Guy et al., 2020). El hecho de que la guía

NICE de depresión haya tenido que cambiar por este motivo lo referente al uso de antidepresivos ilustra de manera gráfica lo convincente de la acumulación de pruebas al respecto. La *tabla 1* recoge estudios que dan cuenta de esto llevados a cabo por personas con experiencia propia y por profesionales para las distintas familias de psicofármacos.

Múltiples autores (Bergström et al., 2020; Gøtzsche, 2020; Harrow et al., 2021; Moncrieff, 2008, 2009; Whitaker, 2011) han señalado la posibilidad incluso de que los resultados de los estudios en los que se pretende sustentar la necesidad de trata-

mientos sostenidos en el tiempo hayan malinterpretado como recaídas lo que en realidad se corresponde con la aparición de síntomas de privación en personas que han tomado los fármacos por períodos prolongados de tiempo.

Si aceptamos que esto es así y hay, como decíamos muchas personas que de un modo u otro van a discontinuar la toma de medicación, no ofrecer ayuda para que puedan hacerlo de una manera que permita mitigar los efectos adversos de la misma y abocarlos a hacerlo sin precauciones, es una negligencia. El resultado de esta negligencia – más allá del sufrimiento que

Tabla 1: Documentos que ponen de manifiesto los problemas provocados por la iscontinuación de psicofármacos

FÁRMACOS	REFERENCIA
General	Moncrieff, J. (2008). <i>The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment</i> . Basingstoke: Palgrave Macmillian.
	Moncrieff, J. (2009). <i>A straight talking introduction to psychiatric drugs (Trad cast: Hablando claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos, Barcelona: Herder, 2013)</i> . Herefordshire: PCCS books.
	Gøtzsche, P. C. (2020). <i>Kit de supervivencia para la salud mental y retirada de psicofármacos</i> . Instituto para la Libertad Científica.
	Fiammetta, C., & Guy, C. (2020). Acute and Persistent Withdrawal Syndromes Following Discontinuation of Psychotropic Medications. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> , 89, 283–306. https://doi.org/10.1159/000506868
Neurolépticos	Horowitz, M. A., Murray, R. M., & Taylor, D. (2020). Tapering Antipsychotic Treatment. <i>JAMA Psychiatry</i> . https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2166
	Larsen-Barr, M. (2016). <i>Experiencing antipsychotic medication: From first prescriptions to attempted discontinuation</i> . University of Aukland. https://www.researchgate.net/publication/309485009_Experiencing_Antipsychotic_Medication_From_First_Prescriptions_to_Attempted_Discontinuation
	Inchauste Aróstegui, J. A. & Valverde Eizaguirre, M. Á. (2017). <i>El uso de antipsicóticos en la psicosis; alcance, limitaciones y alternativas</i> . Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
Antidepresivos	Guy, Anne, Brown, M., Lewis, S., & Horowitz, M. (2020). The ‘patient voice’: patients who experience antidepressant withdrawal symptoms are often dismissed, or misdiagnosed with relapse, or a new medical condition. <i>Therapeutic Advances in Psychopharmacology</i> , 10, 204512532096718. https://doi.org/10.1177/2045125320967183
	Davies, J., & Read, J. (2019). A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? <i>Addictive Behaviors</i> , 97(August 2018), 111-121. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.027
	<i>Surviving Antidepressants</i> . (2020). Retrieved December 17, 2020, from https://www.survivingantidepressants.org/
	Royal College of Psychiatrists. (2020). <i>Stopping antidepressants</i> . https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/stopping-antidepressants
	Whitaker, R. (2018, March 11). <i>Do Antidepressants Work? A People’s Review of the Evidence - Mad In America</i> . https://www.madinamerica.com/2018/03/do-antidepressants-work-a-peoples-review-of-the-evidence/
	Horowitz, M. A., & Taylor, D. (2019). Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. In <i>The Lancet Psychiatry</i> (Vol. 6, Issue 6, pp. 538–546). Elsevier Ltd. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30032-X
	Ortiz Lobo, A., & Sobrado de Vicente-Tutor, A. M. (2017). Antidepresivos. <i>AMF</i> , 13(1), 29-33. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1982
Otros	Ashton, H. (2002). <i>Las Benzodiacepinas: Mecanismo de acción y cómo suspender la ingestión</i> . The Institute of Neuroscience. https://www.benzo.org.uk/espman/index.htm

pueda conllevar para quien realiza una discontinuación desinformada y peligrosa – puede ser que la discontinuación se traduzca en malestares graves, que éstos sean interpretados como síntomas de recaída, que tal recaída motive una reinstauración de la medicación y que esta rueda se reproduzca cíclicamente en una espiral fácilmente reconocible por cualquiera que se aproxime a los servicios de salud mental. Tan es así que ha habido autores que han sugerido la posibilidad de que durante las últimas décadas la psiquiatría se haya dedicado sobre todo a detectar, malinterpretar y tratar con más de lo mismo los efectos de sus propias intervenciones confundidos con una auténtica epidemia de proporciones crecientes (Whitaker, 2011).

Los conocimientos acumulados sobre los efectos de la discontinuación de psicofármacos pueden ser utilizados para construir guías que permitan que, cuando ésta vaya a llevarse a cabo, se haga con el menor riesgo posible. Hoy disponemos de guías elaboradas por profesionales, por personas que han pasado personalmente por procesos de discontinuación y por grupos en los que han trabajado conjuntamente unos y otros. Hay guías diri-

gidas a prescriptores, a los usuarios o a profesionales no prescriptores o personas legas dispuestas a acompañar a quienes han tomado la determinación de interrumpir la toma de medicación psiquiátrica. Hay que tener en cuenta que la prescripción está siempre firmada por un médico porque la legislación así lo exige, pero la demanda que la motiva frecuentemente proviene de otros profesionales que participan el proceso de atención, o de familiares, amigos o miembros de la red social de la persona que se medica muchas veces bajo una fuerte presión social frecuentemente recogida en los medios de comunicación. Por eso la responsabilidad en la deprescripción debe ser compartida por todos estos agentes (Meneu de Guillerma & Márquez, 2007). La *tabla 2* recoge una selección de estas guías.

Como decíamos, algunas de estas guías han sido promovidas y realizadas por activistas, otras han sido confeccionadas por profesionales o han sido mixtas (Aderhold & Stastny, 2015; Breggin, 2012; A. Guy & Davies, 2019; Hall, 2007; Mad in America, 2020; Ogle & Akkerman, 2013; Serrano Miguel, Pié Balaguer, & Martínez Hernández, 2020; Surviving Antidepressants, 2020).

Tabla 2: Guías para la discontinuación de tratamientos con psicofármacos

FÁRMACOS	REFERENCIA
General	Hall, W. (2007). <i>Discontinuación del uso de drogas psiquiátricas: Una guía basada en la reducción del daño</i> . The Icarus Project. https://www.willhall.net/files/GuiaReducciondelDanoDiscontinuaciondeDrogasPsiquiatricas1EdOnline.pdf
	<i>The Withdrawal Project</i> . (2019). Inner Compass Initiative, Inc. https://withdrawal.theinnercompass.org/
	Breggin, P. R. (2012). <i>Psychiatric Drug Withdrawal: A Guide for Prescribers, Therapists, Patients and their Families</i> . Springer Publishing Company
	Guy, A, Davies, J. & Rizq, R. (2019). <i>Guidance for Psychological Therapists. Enabling conversations with clients taking or withdrawing from prescribed psychiatric drugs</i> . APPG for Prescribed psychiatric drugs.
	Götzsche, P. C. (2020). <i>Kit de supervivencia para la salud mental y retirada de psicofármacos</i> . Instituto para la Libertad Científica.
	Serrano Miguel, M., Pié Balaguer, A., & Martínez Hernández, Á. (2020). <i>Guía para la gestión colaborativa de la medicación en salud mental</i> (Issue June). Universitat Oberta de Catalunya.
	VVAA. (2020). <i>Drug Withdrawal Home</i> . Mad in America. https://www.madinamerica.com/drugs-withdrawal-home/
Neurolépticos	Aderhold, V., & Statsny, P. (2015). <i>A Guide to Minimal Use of Neuroleptics: Why and How</i> . Mad in America. https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/08/Guide-to-Minimal-Use-of-Neuroleptics-.pdf
Antidepresivos	Surviving Antidepressants. (2020). Peer Support for Tapering and withdrawal Syndrome. Retrieved from https://www.survivingantidepressants.org/guidelines/
	Ogle, N. R., & Akkerman, S. R. (2013). Guidance for the discontinuation or switching of antidepressant therapies in adults. <i>Journal of Pharmacy Practice</i> , 26(4), 389-396. https://doi.org/10.1177/0897190012467210
Otros	Ashton, H. (2002). <i>Las Benzodiacepinas: Mecanismo de acción y cómo suspender la ingestión</i> . The Institute of Neuroscience. https://www.benzo.org.uk/esman/index.htm
	Azparren, A., & I. García. (2014). Estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas. <i>Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra</i> , 22, 1-13.

sants, 2020; “The Withdrawal Project,” 2019). Un número creciente de ellas están elaboradas por instituciones o grupos adscritos a la corriente más tradicional mayoritaria en la atención a la salud mental con el *Royal College of Psychiatrist* a la cabeza (Bezuidenhout, 2015)

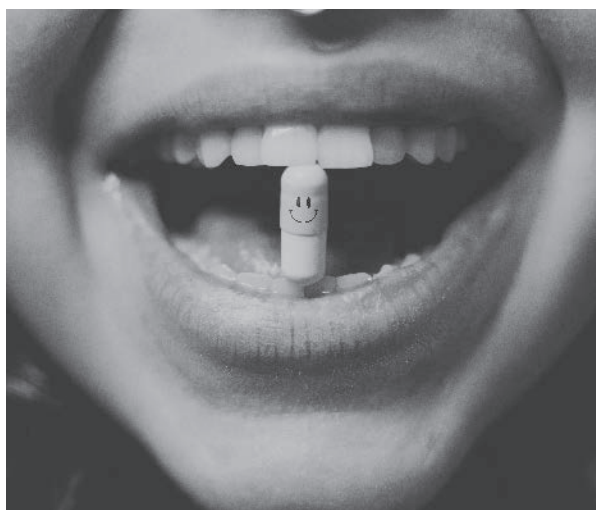
Un colectivo al que se ha hecho poca referencia, pero que puede ser muy importante, es el de los farmacéuticos. Algunos de los psicofármacos disponen de presentaciones en solución que facilitan una retirada paulatina, pero otros no. En España se pueden utilizar prescripciones de *fórmula magistral* para que la farmacia pueda proporcionar presentaciones con dosis menores de las comercializadas para casi todos los psicofármacos (Madrid Salud & Colegio Oficial de Farmacéuticos, 2015). También se puede recurrir a programas internacionales que facilitan *tapering strips* (tiras con productos dosificados en dosis pequeñas) (User Research Centre NL, 2020) (Regenboog Apotheek, 2020)

ACTUACIONES PARA ACOMPAÑAR LA DISCONTINUACIÓN

El número de iniciativas organizadas para acompañar la discontinuación se ha incrementado exponencialmente en los últimos años tanto internacionalmente (Biancolli, 2021; Runciman, 2021; “The Withdrawal Project,” 2019) como en nuestro país (“La Porvenir,” 2021). Se han creado centros específicos para discontinuar (Biancolli, 2021) y para tratar las crisis a personas que no desean tomar medicación (Redacción Mad in (S) pain, 2017) que también existen ya en nuestro país (La Casa Polar, 2021; La Porvenir, 2019; Salutogenesis, 2021). Se ha llegado a crear un instituto internacional para apoyar procesos de discontinuación en el que participan personas afectadas y profesionales de muchos lugares del mundo (IIPDW, 2021). A este respecto también tenemos programas promovidos y liderados por activistas, material pensado para la autoayuda, programas de ayuda mutua e iniciativas institucionales que se han ido desarrollando en distintos lugares del mundo incluido nuestro país donde hay alternativas ya funcionantes (La Porvenir, 2019; Salutogenesis, 2021) y en desarrollo (La Casa Polar, 2021). Está por hacer un mapeo y una evaluación de las experiencias existentes.

CONCLUSIONES PARA LA PRÁCTICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Las personas que actúan como prescriptoras de psicofármacos y las que trabajan con quienes los toman, deberían conocer y saber manejar el potencial adictivo de los psicofármacos y los



Fuente: Pexels

síntomas de privación de los mismos. Este debería ser un objetivo de formación continuada que la administración y las asociaciones profesionales deberían perseguir

La información sobre el potencial adictivo, como toda la relativa a los efectos adversos, deberá ser compartida con la persona a la que se le prescriben en el momento de la prescripción. Disponer de información escrita puede ser de gran ayuda para esta tarea de consentimiento informado.

En lugar de favorecer que las personas que quieran abandonar los tratamientos farmacológicos lo hagan de modo arriesgado por desconocer lo que se sabe sobre la retirada de estos fármacos, los servicios deberían ofrecer prestaciones de acompañamiento a la discontinuación ajustadas a la mejor evidencia disponible.

Este campo como otros muchos debería ser contemplado hoy como una oportunidad para mejorar la democratización de la relación entre profesionales y usuarios, el respeto por los derechos de estos y la colaboración entre la red de atención institucional y otras redes que pueden ofertar ayuda en este y otros campos.

La deprescripción acorde a la evidencia puede requerir de la participación de las oficinas de farmacia para hacer disponibles presentaciones con dosis menores de las comercializadas.

BIBLIOGRAFÍA

Aderhold, V., & Stastny, P. (2015). *A Guide to Minimal Use of Neuroleptics: Why and How* (Trad cast: guía para utilizar los antipsicóticos a dosis

- mínimas: por qué y cómo, <https://madinamerica-hispanohablante.org/guia-para-utilizar-los-neurolepticos-a-dosis-minimas-por-que-y-como/> (2016). Retrieved from <http://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/08/Guide-to-Minimal-Use-of-Neuroleptics-.pdf>
- Andrews, P. W., Kornstein, S. G., Halberstadt, L. J., Gardner, C. O., & Neale, M. C. (2011). Blue again: Perturbational effects of antidepressants suggest monoaminergic homeostasis in major depression. *Frontiers in Psychology*, 2(JUL). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00159>
- Ashton, H. (2002). *Las Benzodiacepinas: Mecanismo de acción y cómo suspender la ingestión*. Newcastle: The Institute of Neuroscience. Retrieved from <https://benzo.org.uk/espman/>
- Azparren, A., & I. García. (2014). Estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*, 22, 1-13.
- Bergström, T., Taskila, J. J., Alakare, B., Köngäs-Saviaro, P., Miettunen, J., & Seikkula, J. (2020). Five-Year Cumulative Exposure to Antipsychotic Medication After First-Episode Psychosis and its Association With 19-Year Outcomes. *Schizophrenia Bulletin Open*, 1(1). <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaa050>
- Bezuidenhout, J. (2015). Stopping antidepressants. *South African Family Practice*. <https://www.ajol.info/index.php/safp/article/view/122538>
- Biancolli, A. (2021). Inner Fire: Where Seekers Have a Choice. Retrieved September 21, 2021, from <https://www.madinamerica.com/2021/09/inner-fire-seekers/>
- Breggin, P. R. (2012). *Psychiatric Drug Withdrawal: A Guide for Prescribers, Therapists, Patients and their Families*. New York: Springer Publishing Company.
- Cooke, A. (2014). *Comprender la psicosis*. ¿Por que a veces las personas oyen voces, creen cosas que a otros les parecen extrañas, o parecen estar fuera de la realidad, y que es lo que puede ayudarles?
- Davies, J., & Read, J. (2019). A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addictive Behaviors*, 97(August 2018), 111-121. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.027>
- El-Mallakh, R. S., Gao, Y., & Jeannie Roberts, R. (2011). Tardive dysphoria: The role of long term antidepressant use in-inducing chronic depression. *Medical Hypotheses*, 76(6), 769-773. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21459521/>
- Fava, G. A. (2020). May antidepressant drugs worsen the conditions they are supposed to treat? The clinical foundations of the oppositional model of tolerance. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 10, 204512532097032. <https://doi.org/10.1177/2045125320970325>
- Fava, M. (2006). Prospective studies of adverse events related to antidepressant discontinuation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 14-21.
- Fiammetta, C., & Guy, C. (2020). Acute and Persistent Withdrawal Syndromes Following Discontinuation of Psychotropic Medications Keywords Withdrawal · Discontinuation · Selective serotonin reuptake inhibitor · Serotonin noradrenaline reuptake inhibitor · Benzodiazepine · Antipsychotic · . *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89, 283-306. <https://doi.org/10.1159/000506868>
- Gotzsche, P. C. (2013). *Deadly medicines and organized crime. How big pharma has corrupted healthcare*. London: Radcliffe Publishing Ltd.
- Gotzsche, P. C. (2020). *Kit de supervivencia para la salud mental y retirada de psicofármacos*. Copenhagen: Instituto para la Libertad Científica.
- Guy, A., & Davies, J. (Eds.). (2019). *Guidance for Psychological: Therapists Enabling conversations with clients taking or withdrawing from prescribed psychiatric drugs (Trad Cast: Guía: https://laporvenir.org/escritos/materiales-traducidos/)*. December. London: APPG for Prescribed Drug Dependence. Retrieved from <https://prescribeddrug.info/guidance-for-psychological-therapists/>
- Guy, Anne, Brown, M., Lewis, S., & Horowitz, M. (2020). The 'patient voice': patients who experience antidepressant withdrawal symptoms are often dismissed, or misdiagnosed with relapse, or a new medical condition. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 10, 204512532096718. <https://doi.org/10.1177/2045125320967183>
- Hall, W. (2007). *Discontinuación del uso de drogas psiquiátricas: Una guía basada en la reducción del daño*. New York: The Icarus Project. Retrieved from <https://www.willhall.net/files/GuiaReducciondelDanoDiscontinuaCIONeDrogasPsiquiatricas1EdOnline.pdf>
- Harrow, M., Jobe, T. H., & Tong, L. (2021). Twenty-year effects of antipsychotics in schizophrenia and affective psychotic disorders. *Psychological Medicine*, 1-11. <https://doi.org/10.1017/s0033291720004778>
- Horowitz, M. A., Murray, R. M., & Taylor, D. (2020). Tapering Antipsychotic Treatment. *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2166>
- Horowitz, M. A., & Taylor, D. (2019, June). Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *The Lancet Psychiatry*. Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30032-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30032-X)
- IIPDW. (2021). International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal. Retrieved from <https://iipdw.org/>
- Inchauste Aróstegui, J. A. & Valverde Eizaguirre, M. Á. (2017). *El uso de antipsicóticos en la psicosis: alcance, limitaciones y alternativas*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Johnstone, L. & Boyle, M. (2018). *El Marco de Poder, Amenaza y Significado Publicación abreviada Enero 2018*. Leicester.
- La Casa Polar. (2021). Acompañamiento en situaciones de crisis. Retrieved September 21, 2021, from <https://lacasapolar.org/>
- La Porvenir. (2019). La Porvenir. Retrieved December 19, 2019, from <https://laporvenir.org/>
- Larsen-Barr, M. (2016). *Experiencing antipsychotic medication: From first prescriptions to attempted discontinuation*. University of Auckland. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/309485009_Experiencing_Antipsychotic_Medication_From_First_Prescriptions_to_Attempted_Discontinuation
- Mad in America. (2020). Drug Withdrawal Home. Retrieved from <https://www.madinamerica.com/drugs-withdrawal-home/>
- Madrid Salud & Colegio Oficial de Farmacéuticos, C. (2015). *Concierto entre la consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid*. Madrid: Biblioteca Virtual.
- Masek, B. J. (1982). Compliance and Medicine. In D. M. Doleys, R. L. Meredith, & A. R. Ciminero (Eds.), *Behavioral medicine: Assessment and treatment strategies*. New York: Plenum Press.
- Meneu de Guillerma, R., & Márquez, S. (2007). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 5(2), 47-53.
- Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Moncrieff, J. (2009). *A straight talking introduction to psychiatric drugs (Trad cast: Hablando claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos, Barcelona: Herder, 2013)*. Herefordshire: PCCS books.

- Morrison, A. P. (2019). Should people with psychosis be supported in choosing cognitive therapy as an alternative to antipsychotic medication: A commentary on current evidence. *Schizophrenia Research*, 203(2019), 94-98. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.03.010>
- Ogle, N. R., & Akkerman, S. R. (2013). Guidance for the discontinuation or switching of antidepressant therapies in adults. *Journal of Pharmacy Practice*, 26(4), 389-396. <https://doi.org/10.1177/0897190012467210>
- Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Ginebra: 2004.
- Ortiz Lobo, A., & Sobrado de Vicente-Tutor, A. M. (2017). Antidepresivos. *AMF*, 13(1), 29-33. Retrieved from https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1982
- Read, J., & Dillon, J. (2017). *Models of Madness. Psychological, social and biological approaches to psychosis*. Barcelona: Herder.
- Read, J., & Williams, J. (2019). Positive and Negative Effects of Antipsychotic Medication: An International Online Survey of 832 Recipients. *Current Drug Safety*, 14(3), 173-181. <https://doi.org/10.2174/1574886314666190301152734>
- Redacción Mad in (S)pain. (2017). Plantas de psiquiatría libres de medicación: una nueva opción en Noruega. *Mad in (Spain)*. Retrieved from <https://madinspain.org/plantas-de-psiquiatria-libres-de-medicacion-una-nueva-opcion-en-noruega/>
- Regenboog Apotheek. (2020). Regenboog Apotheek Tapering English. Retrieved December 24, 2020, from <https://www.regenboogapotheek.nl/tapering-english/>
- Runciman, O. (2021). Psycovery. Discover recovery. Retrieved from <https://psycovery.com/index.php/da/>
- Salutogenesis. (2021). Salutogenesis. Retrieved September 21, 2021, from <https://www.salutogenesis.es/>
- Serrano Miguel, M., Pié Balaguer, A., & Martínez Hernández, Á. (2020). *Guía para la gestión colaborativa de la medicación en salud mental*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Surviving Antidepressants. (2020). Peer Support for Tapering and withdrawal Syndrome. Retrieved from <https://www.survivingantidepressants.org/guidelines/>
- Suzuki, T. (2019). Antipsychotic serious adverse events in context. *The Lancet Psychiatry*, 6(9), 717-718. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30274-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30274-3)
- The Withdrawal Project. (2019). Retrieved December 17, 2020, from <https://withdrawal.theinnercompass.org/>
- User Research Centre NL. (2020). Prescribing and ordering tapering strips | Tapering strip. Retrieved December 24, 2020, from <https://www.taperingstrip.com/prescribing-and-ordering/>
- Valuck, R. J., Orton, H. D., & Libby, A. M. (2009). Antidepressant discontinuation and risk of suicide attempt: A retrospective, nested case-control study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(8), 1069-1077. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04943>
- Whitaker, R. (2011). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America (Trad Cast)* (Anatomía de una epidemia: Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales. Madrid: Capitan Swing, 20. New York: Crown Publishing.
- Whitaker, R. (2018, March). Do Antidepressants Work? A People's Review of the Evidence - Mad In America.



HERMANO MAYOR, COMPAÑERO NICOLÁS

Nicolás Caparrós (1941-2021)

Antonio Espino

Psiquiatra. Majadahonda (Madrid)



Fuente: Pixabay

“...aprendizaje del oficio de psiquiatra durante los 70... la progresiva y visible descomposición de la dictadura –la renqueante agonía del tardofranquismo– y un ilusionado proceso de transición hacia... una gris democracia parlamentaria”

“Un hospital en vías de cambio que trataban de convertir en referencia de la modernización asistencial desde el PANAP, un organismo creado para intentar reflotar la raquítica asistencia psiquiátrica española...”

Supe de la muerte de Nicolás a la mañana siguiente a través de un WhatsApp de Begoña Olabarría (*“Toño, no sé si sabes que Nicolás Caparrós ha fallecido. Un abrazo”*). De entonces acá me han ido apareciendo los ecos de una relación con quien, por su edad, podía haber sido mi hermano mayor, y que influyó en mi aprendizaje del oficio de psiquiatra durante los 70, ese período de nuestras vidas que se corresponde con la progresiva y visible descomposición de la dictadura –la renqueante agonía del tardofranquismo– y un ilusionado proceso de transición hacia lo que acabaríamos sintiendo, tal vez, como una gris democracia parlamentaria.

Aquella misma tarde colgué en Facebook una foto suya junto a mi homenaje hacia quien, a finales del 71, fue mi primer jefe en el Hospital Santa Isabel de Leganés al inicio de mi residencia de psiquiatría en Madrid. Un hospital en vías de cambio que trataban de convertir en referencia de la modernización asistencial desde el PANAP, un organismo creado para intentar reflotar la raquítica asistencia psiquiátrica española de la mano de Adolfo Serigó, un tecnócrata con afanes reformistas.

La última vez que buceé en su intensa y continuada producción escrita fue en 2018, indagando las últimas publicaciones de Antonio Colodrón mientras preparaba su despedida en *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, tal como me había pedido Víctor Aparicio. Descubrí una participación breve y jugosa de Antonio en el primer tomo de una obra monumental titulada *“El viaje a la complejidad”* y coeditada, precisamente, por dos psiquiatras pioneros de aquel viejo Leganés, Nicolás Caparrós y Rafael Cruz Roche, presentes –y directo participante en el caso de Nicolás– en mi formación y trayectoria profesional desde sus jefaturas de *“hombres y mujeres”*¹.

Resulta que cuando hice el examen para la residencia – entonces la selección se llevaba a cabo en cada hospital –, Nicolás y yo ya nos conocíamos, al punto que se ocupó personalmente de que me incorporara a su Servicio, donde iba a tener de adjunto a otro *“ex del Sanatorio de Alcohete”* de reciente traslado, Juan Casco Solís.

¿Pero cómo nos habíamos conocido? Aquí es cuando empiezan a bailarme las imágenes y los recuerdos, al punto de no estar seguro de distinguir siempre entre lo que pudo haber ocurrido y mi propia imaginación....

1) Según me contaron ya en Leganés, Caparrós y Cruz Roche habían asumido su responsabilidad de Jefes de Servicio de una manera original: con el abandono de J.A. Vallejo-Nájera Botas de la dirección del psiquiátrico –que ocupaba desde 1958–, incapaz de soportar los cambios internos que trataban de promover los nuevos profesionales que habían obtenido plaza en el mismo, se inició –con el consentimiento de Serigó–, un proceso de modernización del hospital que incluía cambios en su organización interna con la jerarquización y departamentalización del mismo y el carácter docente, siguiendo los pasos de los modernos hospitales de la Seguridad Social. Dentro de aquel proceso, fueron elegidos los distintos puestos clínicos de responsabilidad del hospital por parte de la asamblea de los trabajadores, obteniendo Caparrós y Cruz Roche, a pesar de su juventud, la responsabilidad de las dos jefaturas más importantes, los servicios *“de hombres y de mujeres”*. A la primera generación MIR del nuevo hospital docente poco nos contaron de la época anterior, más allá de las especiales dotes de Vallejo-Nájera como encuademador, lo que afectaría al desarrollo de la laborterapia del centro, y el hecho de que su llegada al hospital se anunciaba mediante el tañer de una campana que había a la entrada del centro.

Creo que fue precisamente Antonio Colodrón –por quién Nicolás siempre mantuvo una especial relación de afecto y respeto intelectual– quien nos puso en contacto. Yo había conocido a Colodrón en su consulta de Profesor Waksman siendo estudiante de medicina y a través de Rafa Lozano, médico internista y profesor en la Cátedra de Patología General de José Casas, viejo republicano que, junto con Pedro Zarco, representantes ambos de los médicos del Hospital Clínico, había sido repesaliado por oponerse a la entrada de “los grises”² en el hospital. Estamos en aquellos cursos universitarios de 1966-67 y 67-68 llenos de conflictos desde el curso anterior en que habían despojado de sus cátedras a Agustín García Calvo, Tierno Galván y José Luis Aranguren por mostrar su apoyo a alguna de nuestras reivindicaciones.

Ese encuentro con Nicolás pudo ser en 1971, cuando yo trabajaba en el Sanatorio Psiquiátrico de Oña, de la Diputación de Burgos, en una reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, ¡Dios sabe en qué lugar y con qué fecha!, en la que intervenía Colodrón y cuyo principal bruñidor era Rof Carballo, un médico internista de la segunda república –había nacido en 1905– que se había formado en Viena –donde conocería a Freud– con una beca de la Junta de Ampliación de Estudios y que colaboraría después de la guerra civil en Madrid con médicos tan ilustres como Jiménez Díaz y Gregorio Marañón. Después de publicar a finales de los 40 un importante tratado sobre patología psicosomática y no pudiendo aspirar a catedrático de psiquiatría por su falta de sintonía con López Ibor, fundó dicha sociedad en los 50 con el doble objetivo de promover el desarrollo de una medicina de corte antropológico que diera cabida a importantes elementos del psicoanálisis y facilitar en torno a ella un espacio con cierta autonomía respecto de la psiquiatría madrileña académica³.

En el caso de la generación que había venido al mundo pasada la guerra civil y que asumiría un papel protagonista en las reformas psiquiátricas de los años 70 y 80 –denominada con éxito por Víctor Aparicio “la generación psiquiátrica del 72”– la vinculación más importante se llevaría a cabo con la refundada Asociación Española de Neuropsiquiatría, de gran protagonismo en los años republicanos, especialmente a partir de ocupar Luis Valenciano, discípulo de Lafora, su presidencia a partir de 1967 y hasta el Congreso de Benalmádena (Málaga), en 1971, donde esbozaría un discurso crítico sobre la situación en que



Fuente: Pixabay

se encontraba la psiquiatría española dando oportunidad a la incorporación de un buen número de nuevos profesionales.⁴

En todo caso, se ha dicho de nuestra generación que al carecer de maestros se vio forzada a un desarrollo científico y profesional de corte autodidacta. Lo que parece reforzarse viendo ya nuestra reacción negativa en tiempos de universidad hacia aquellos psiquiatras a los que la dictadura desde su inicio otorgara el poder psiquiátrico en sus ámbitos político y académico, principalmente Antonio Vallejo-Nágera y Juan José López Ibor⁵. Visto con cierta perspectiva, sin embargo, es posible detectar “roturas” en la uniformidad del pensamiento psiquiátrico de la dictadura, apareciendo en la vida formativa de cada uno de nosotros –que sin duda tuvo un gran componente autodidacta–, distintos puntos de apoyo, de referencia y de estímulo, ya estuvieran más cercanos o lejanos en el tiempo, ya se dieran en el ámbito de la colaboración directa o mediante la lectura de sus obras y el diálogo sobre la misma. De forma que referentes ajenos al pensamiento más oficialista nos fueron ayudando a diversificar la manera de afrontar tanto el ejercicio de la psiquiatría como el propio pensamiento psiquiátrico a muchos de nosotros.⁶

4) Ignoro totalmente si Nicolás tuvo una participación activa en la AEN durante estos años.

5) En el caso de Antonio Vallejo-Nágera su influencia sobre esta generación de psiquiatras va a ser mínima, si tenemos en cuenta que fallece en 1960, aunque jugará un importante papel en la asunción por la nueva psiquiatría española de la ideología franquista y en determinados aspectos de la represión de postguerra. Un caso particular fue el de los estudiantes de la Facultad de Medicina de Madrid de aquella época, entre los que me encuentro: nuestro catedrático de psiquiatría era López Ibor y el profesor adjunto de cátedra, precisamente, el hijo de Vallejo-Nágera, director, a su vez, del Hospital Psiquiátrico Santa Isabel de Leganés.

6) El propio caso de Nicolás Caparrós y Rafael Cruz Roche en Santa Isabel de Leganés rebela cómo la diversidad de pensamiento se abría paso ya en los primeros 70. En su desarrollo profesional encontramos la importante presencia del psicoanálisis, entonces bastante aislado del mundo académico oficial, pero cada uno seguirá su propio camino. En el caso de Cruz Roche, más ligado a la organización psicoanalítica oficial, formando parte de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM) como miembro titular en el marco de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Por su parte,

2) Denominación popular de la policía armada por el traje gris que llevaban.

3) En dicho proceso fundacional participarán, curiosamente, los dos hombres fuertes de la psiquiatría catalana –Ramón Sarró y Juan Obiols– que mantenían una posición más abierta que el círculo académico madrileño de entonces frente a la figura de Freud.



Fuente: Unsplash

En mi caso, y obviando la figura de Rof Carballo, que había nacido en 1905, personas como Carlos Castilla, nacido en el año 22 y que al no poder formar parte —como era su deseo— de aquella nueva generación de catedráticos⁷ que se irá desarrollando de la mano de López Ibor, optará por un desarrollo intelectual e investigador propio influyendo sobre las nuevas generaciones con sus escritos desde su modesto Dispensario de Córdoba. Y lo mismo ocurrirá con Antonio Colodrón, nacido en el año de proclamación de la II República, que desarrollará un pensamiento lleno de originalidad desde la Asamblea de Cruz Roja de la calle Pozas. E igual con Nicolas Caparrós, hermano mayor de esta generación al igual que Juan Casco —los dos habían nacido en 1941— y que dedicará todas sus energías y creatividad primero a la reforma de la institución psiquiátrica de la mano de los nuevos vientos antipsiquiátricos y con posterioridad a la investigación clínica y la enseñanza de aspectos básicos de nuestra disciplina desde novedosas perspectivas críticas y nada académicas. De esta forma, nuestro rechazo a una psiquiatría que nos había llegado envuelta en los valores de la dictadura pudo ir compensándose con nuevos contenidos y actitudes a través de personas mayores que nosotros que nos fueron ayudando a crecer de forma mucho más abierta en nuestro camino profesional. En mi caso, Nicolas Caparrós fue una de esas personas.

Pero volviendo a mi mundo de recuerdos y como si de aquella insólita película de Woody Allen, “Zelig” (1983) se tratara, la

Nicolas Caparrós reivindicará desde muy pronto posiciones críticas y nada ortodoxas dentro del movimiento psicoanalítico, participando ya en 1969 en la creación del Grupo Plataforma que, distanciándose de la IPA en su Congreso de Roma, seguirá un camino más en línea con las inquietudes de todo orden de la izquierda freudiana argentina desarrolladas por algunos de sus miembros más destacados en España.

7) Diego Gracia les ha llamado la “generación de las cátedras universitarias” de los 50.

figura de Nicolás me acompaña también en mi época de universitario. Le veo a finales de 1969, en la Facultad de Medicina, en las últimas oposiciones a Cátedra que hiciera Carlos Castilla, con López Ibor en el tribunal, y donde no pasó del segundo ejercicio hasta el punto de montarse una buena bronca en la que ambos participamos y Nicolás con mucho más protagonismo y vehemencia que yo. Y también me parece verlo en aquella conferencia que había dado Castilla el invierno anterior en Madrid, en la Facultad de Ciencias Económicas, con el aula magna a rebosar y donde después de hacer confesión pública de su pensamiento de origen marxista, aquello acabaría en una bronca descomunal entre carreras a la salida del acto.

Desde mi entrada en el servicio de hombres me encontraría cómodo con su filosofía asistencial, su actitud crítica hacia las cosas y el objetivo común de humanización y cambio de aquellas instituciones de las que ya habíamos tenido experiencia previa cada uno, él en el Sanatorio de Alcohete (Guadalajara) y yo en el Sanatorio de Oña (Burgos). Esa mirada anti-institucional y reformista marcará desde el inicio mi residencia en Leganés de la mano de Juan Casco y Nicolas Caparrós, e igualmente, la horizontalidad en el trato, la importancia dada a la relación interpersonal, al trabajo en grupo y en asamblea. Sólo dentro de aquel clima —que contaba con la permisividad institucional— se pueden entender los rápidos cambios en la vida de los internos con el apoyo de todo el equipo asistencial, “hermanas”⁸ incluidas, las asambleas de enfermos, la aparición de cubiertos en el comedor además de la cuchara, las salidas del manicomio con los pacientes, los partidos de fútbol, los bailes con música en “la sala de hombres” o el estímulo para incluir todo tipo de medidas psicoterapéuticas en nuestra práctica asistencial. ¿Cómo no recordar la reunión diaria de buenos días que hacíamos en el servicio pacientes y personal para empezar cada jornada?

Aquellos dos primeros años cambiaron muchos aspectos de la vida interna del manicomio de Leganés y, seguramente, también influyeron en la manera de trabajar de muchos de nosotros. Una última anécdota ejemplifica aquella nueva actitud. Al comienzo de los 70, Nicolás, con la ayuda de Rita Enríquez de Salamanca, había llevado a cabo una encuesta en el distrito universitario de Madrid sobre las opiniones y el comportamiento de los estudiantes en torno a la sexualidad, algo realmente novedoso para la época y que tendría tanto éxito con los estudiantes como problemas con la prensa y la administración del momento. También por esas fechas Master y Johnson publicarían su famoso libro “Human Sexual Inadequacy”, del que una editorial argentina en 1972 haría una

8) Religiosas católicas que trabajaban en los hospitales.

traducción churruigueresca y bastante ininteligible. Pues bien, recuerdo que enseguida Rita y yo —dos residentes del servicio de “hombres”— pusimos en marcha una consulta externa para terapia de parejas con problemas relacionados con la sexualidad con un grado de éxito terapéutico que ya me hubiera gustado haber mantenido a lo largo de mi vida profesional.⁹

Hoy creo ser más consciente de las contradicciones en las que nos movíamos, no siendo la menor el contraste que había entre aquella libertad de costumbres del interior... mientras fuera, seguía la dictadura. Aquel Leganés constituyó una especie de isla de tolerancia, una institución que promovía un cambio en la psiquiatría española desde una administración franquista en plena fase de desarrollismo económico y de perentoria necesidad de abrirse hacia el mundo sanitario exterior. Leganés fue, sin duda, el psiquiátrico del PANAP¹⁰ más potenciado por su Secretario General, Adolfo Serigó, aun a costa de ser tolerante con un grupo de jóvenes profesionales radicales —donde se incluían la mayoría de los residentes— conectados con el movimiento anti-psiquiátrico del momento¹¹ y dispuestos a pelear en favor de los derechos del enfermo y dar su apoyo a los cambios que se estaban produciendo en el ámbito de la psiquiatría pública española. En este sentido, resulta imposible no recordar aquellos “encierros solidarios” con los distintos conflictos que iban salpicando de forma generosa la vida española en nuestro sector. Lo ocurrido de puertas para adentro y de puertas para afuera en 1972 y 1973 —con Caparrós y Cruz Roche en la sala de máquinas— necesitaría de un estudio mucho más detallado, sin duda. Seguramente se corresponda con un periodo particular en la historia del hospital que coincide, sin embargo, con el tiempo que pasó Nicolás en el mismo antes de su marcha temporal a Argentina.

Aquel momento especial, ilusionante y contradictorio a un tiempo, tomaría tierra con el atentado a Carrero Blanco en diciembre de 1973. Para entonces creo recordar que Nicolás había partido para Argentina y a su vuelta, un año después, iniciaría un nuevo camino ajeno a la tarea lenta y llena de reconvencos característica de los procesos de cambio impulsados en el ámbito de las administraciones públicas: sus ansias y su creatividad le llevaría a iniciar un nuevo camino donde po-

der desarrollar todos sus anhelos. Con la creación del Grupo Quipú de Psicoterapia en la calle del General Mola —actual Príncipe de Vergara—, volcaría en ese nuevo proyecto todas sus energías, creando un entorno, a su vez, capaz de dar cobertura en aquellos años a psicoanalistas vinculados a la izquierda argentina que irían apareciendo por Madrid en la fase final del peronismo —con Isabel Perón ocupando la presidencia desde 1974— y de manera más definitiva tras el golpe de Videla de 1976.

Pero este momento ya ocupa otro lugar en mis recuerdos. Yo seguiría mi camino en el Hospital Psiquiátrico de Leganés hasta 1982 y mantendría una relación con el grupo de Nicolás que me sería de gran ayuda en mi formación como psicoterapeuta. Recuerdo de manera especial los Laboratorios psicosociales de fin de semana que coordinaba Emilio Rodríguez allá por el 1975 e, igualmente, mi experiencia psicoterapéutica primero con Martha Berlin y posteriormente y a lo largo de 2 años con Hernan Kesselman. Detrás, como facilitador, seguía estando siempre Nicolás.

Con el paso de los años y sobre todo a partir de mi marcha del Hospital en 1982 la relación fue menguando, sabiendo de sus andanzas a través de colegas y amigos comunes. Cuando a finales de los 80 volví a mi trabajo clínico, ahora al cargo de un Servicio de Salud Mental, nunca me faltaron noticias de Nicolás teniendo en cuenta que había participado, a través de su Instituto de psicoterapia, en la formación de una parte importante de las psicólogas clínicas del servicio.

Por eso, cuando Begoña Olabarría me dio la noticia, sentí que alguien cercano se había marchado. Alguien que había participado, como si se tratara de un hermano mayor, en la construcción de mi manera de ejercer el oficio de psiquiatra.

Esta reseña se publica conjuntamente en las publicaciones *Norte de salud mental*, *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* y el *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*.

9) ¡El hospital tenía entonces ámbito nacional, de forma que podíamos atender a personas de cualquier lugar de España!

10) Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. Organismo público que funcionó entre 1939 y 1975.

11) Caparrós se haría cargo de la colección de psicología de la Editorial Fundamentos, coordinando en 1973 un libro sobre R.D. Laing, donde escribía el capítulo final sobre “Laing en la contracultura”, y apareciendo progresivamente en la misma trabajos propios y del grupo de psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas que se había ido creando en torno al Instituto de Príncipe de Vergara, 204: Armando Bauleo, Antonio Caparrós, Susana López Ornat, Eduardo Pavlovsky, Emilio Rodríguez, Martha Berlin, Hernan Kesselman.



Fuente: Pixabay

LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: CRISIS, CUIDADOS, COMUNIDAD

Carmen Cañada Gallego



Fuente: Pixabay

“...A pesar del esfuerzo... las unidades de hospitalización breve conservan parte de esa herencia... que la locura debe... aislarse de la vida cotidiana...

lugares rígidos, cerrados, con multitud de normas...”

“...atendemos a personas en situaciones de crisis en el sentido más amplio de la palabra, independientemente del diagnóstico con el que se haya etiquetado la misma. El criterio de ingreso es similar al del ingreso hospitalario...”

La reforma psiquiátrica comienza en España en los años 80. El cierre generalizado de los manicomios va ligado a la creación de una red de recursos comunitarios que deriva en la red que conocemos hoy en día. Se produce el nacimiento y desarrollo del modelo de salud mental comunitario, que aboga por la humanización del tratamiento de las personas con sufrimiento psíquico, durante años relegadas al encierro y al silencio. El centro de salud mental se instituye como el eje vertebrador del tratamiento de la enfermedad mental y el hospital general como el lugar de intervención durante las crisis. A pesar del esfuerzo y la energía de muchos para que se produzca este cambio de paradigma, las unidades de hospitalización breve conservan parte de esa herencia de la que partimos, que entiende que la locura debe reprimirse y, ahora al menos de forma temporal, aislarse de la vida cotidiana. Las unidades psiquiátricas son lugares rígidos, cerrados, con multitud de normas. En ocasiones siguen siendo espacios estigmatizantes y traumáticos para muchas personas. Por este motivo, comienzan a surgir alternativas de tratamiento de las crisis en diferentes países, como los hospitales de día o los programas de atención a domicilio.

El programa de Hospitalización Domiciliaria se creó en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares en el año 2012. Es un programa de titularidad pública que atiende a la ciudad de Alcalá y municipios que pertenecen al área, una población que comprende unos 250.000 habitantes. Dentro del programa atendemos a personas en situaciones de crisis en el sentido más amplio de la palabra, independientemente del diagnóstico con el que se haya etiquetado la misma. El criterio de ingreso es similar al del ingreso hospitalario, y se considera la primera opción en el flujograma de intervención en situaciones de crisis en el área. De esta forma, se constituye como una alternativa real al ingreso en unidades de agudos. Es una opción que trata de proporcionar niveles de tratamiento y cuidados similares a los del ingreso en una planta convencional, siendo además su coste mucho menor (un día de ingreso en la unidad de psiquiatría tiene un coste de 400 euros, mientras que en el programa de hospitalización domiciliaria tiene un coste de 50 euros).

Hasta junio/2020 el programa lo llevábamos a cabo dos enfermeras, una psiquiatra y habitualmente dos-tres residentes de forma simultánea. Durante la pandemia hubo un aumento importante de la demanda de ingresos, dado que se cerraron numerosos dispositivos de la red de recursos comunitarios e incluso durante una temporada, tuvo que cerrarse la planta de psiquiatría, que se convirtió en planta covid. En este contexto, se decidió que dos de las nuevas contrataciones asociadas con la pandemia fueran dirigidas a aumentar el equipo, y actualmente contamos con una psiquiatra y una enfermera más dentro del programa. Esto nos ha permitido aumentar el número de personas a las que acompañamos, en este momento tenemos disponibilidad para atender a 20 personas. El programa desde su creación atendía sólo a población mayor de 18 años y sin límite de edad, pero desde que hemos tenido el refuerzo de personal y recogiendo un deseo de los profesionales que atienden a población infanto-juvenil en el área, desde octubre/2020 atendemos también a niños y adolescentes.

El objetivo principal del programa es facilitar que la persona en situación de crisis restablezca su red comunitaria de apoyo que le ayude a sostenerse. En este sentido, tratamos de realizar intervenciones que entendemos como comunitarias en la medida en que ayudan a recuperar y consolidar esta red. Situamos el foco tanto a nivel familiar, social o laboral, como mediante la vinculación con lugares de ocio del barrio, con la casa de la mujer, con la asociación de vecinos que proporciona comida a las personas que están en situaciones precarias.

Las derivaciones al programa pueden hacerse desde diferentes dispositivos del área; desde la urgencia, desde la unidad de hospitalización breve, desde la interconsulta del hospital o desde los centros de salud mental. Esta última opción nos permite que una parte de las personas que atendemos no tengan que pasar ni siquiera por el hospital para el ingreso en el programa. En estos casos, mantenemos una entrevista conjunta de presentación directamente con su profesional de referencia en el centro de salud mental o en el domicilio.

Las personas a las que acompañamos deciden la frecuencia de las visitas, que normalmente se van espaciando a medida que las necesidades de intervención son menos intensivas. Inicialmente en el momento más agudo de la crisis las visitas suelen ser diarias, de una duración aproximada de una hora, y posteriormente vamos disminuyendo la frecuencia de las mismas. Dentro del equipo nos organizamos para realizar las visitas por parejas. El lugar de la entrevista suele ser el domicilio, pero si por algún motivo la persona prefiere hacer las reuniones fuera del hogar, buscamos conjuntamente un espacio en el que poder estar cómodos (una cafetería, un parque, paseando). Partiendo de los modelos de las casas de crisis en Inglaterra, incorporamos la idea de tener un despacho único común en el que estar todas las profesionales juntas. Esto nos permite que la información sea más compartida y que podamos estar pendientes de las dificultades que van naciendo, tanto con respecto a las personas que acompañamos como dentro del propio equipo. Para nosotras son imprescindibles los espacios de cuidado y reflexión también dentro de nuestro quehacer diario. Dedicamos un espacio semanal a la formulación de casos y otro espacio de cuidados en el que reflexionamos acerca de cómo estamos. Esto es para nosotras la “habitación propia” que nos posibilita acompañar a personas en situaciones de crisis, compartir la angustia y las tensiones que emergen. En relación con esto, también nos resulta fundamental que las responsabilidades puedan repartirse más dentro del equipo y tratar de establecer roles más horizontales, que las decisiones vengan menos desde la jerarquía profesional y puedan ser más compartidas. La incertidumbre y el miedo pesan menos si caminamos juntas y en paralelo.

Estamos ubicadas en un espacio muy amplio en un centro de salud de atención primaria, pero hemos decidido no habilitar ningún despacho para realizar citas en el centro. Es una realidad constatable que hay personas que prefieren no ser visitadas en sus casas por diferentes motivos, pero para nosotras, no tener despachos implica la necesidad de buscar siempre un lugar para vernos que sea verdaderamente comunitario y en el entorno de las personas a las que acompañamos. La persona que ha sido derivada es la que decide los participantes de las reuniones a lo largo del proceso. Hay gente que prefiere que las reuniones sean siempre de forma individual, otros que prefieren estar siempre acompañados de algún familiar o amigo, y otros con los que vamos variando e intercalando diferentes opciones a lo largo del proceso.



Fuente: Unsplash

En cuanto al día a día del equipo, trabajamos de 9:00 a 16:00. A las 9:00 hacemos una reunión para organizarnos y contactar con la urgencia del hospital para saber si ha llamado o acudido alguna de las personas a las que atendemos. Posteriormente salimos del centro de salud y pasamos la mañana fuera de domicilio en domicilio, regresando a última hora para anotar lo sucedido en las historias clínicas y hacer una puesta en común. Tenemos un teléfono que funciona 24 horas y que durante el tiempo que nosotras no estamos trabajando, está derivado a la planta de psiquiatría. Por tanto, y aunque no tenemos equipo que pueda cubrir la tarde y la noche, las personas atendidas y sus familiares pueden contactar con la red de salud mental durante todo el día. Para realizar las visitas utilizamos dos vehículos que son de uso exclusivo del programa.

La intervención que realizamos es fundamentalmente de carácter psicoterapéutico, con numerosas reuniones familiares y con otras personas de referencia, como vecinos o amigos. También realizamos ajustes farmacológicos y técnicas de enfermería. Hacemos intervenciones que consideramos que se

enmarcan dentro del acompañamiento terapéutico, donde como describe Leonel Dozza (Dozza, 2018), hay un desplazamiento hacia la comunidad y el contexto familiar-hogareño de las personas, espacio en el que nos movemos en unos bordes muy difusos entre lo clínico y lo cotidiano. Sin duda, esto produce cierto descoloque en el terapeuta; realizar intervenciones clínicas mientras hacemos cosas que identificamos con amigos, como tomar un café o pasear. Este descoloque exige una potencia creativa durante la intervención, deconstruir parte del conocimiento instituido, cuestionar nuestras prácticas, revisar de dónde venimos. Pasamos de un rol de experto a un rol de invitado en la casa de las personas a las que acompañamos, y esto nos ayuda a estar en una posición más horizontal desde la que disminuyen las intervenciones coercitivas, la jerarquía, la involuntariedad, el poder de la bata.

A lo largo del año 2020 hemos realizado 114 ingresos. La estancia media es de 45 días, si bien no tenemos un límite de tiempo en el que las personas tengan que ser dadas de alta y la duración del ingreso varía en función de las necesidades. Un 70% de las personas atendidas en 2020 fueron mujeres. No parece casual que en plena pandemia y siendo las mujeres las que han tenido más presencia en los trabajos esenciales y las principales encargadas de las tareas de cuidados, sean las que han tenido más episodios de sufrimiento psíquico importante. El distrito de Alcalá en el que hay más volumen de personas atendidas es el más pobre de la ciudad. De ambos datos podemos extraer la importancia de lo social y del género a la hora de entender la salud mental y de buscar estrategias de cambio.

Desde el modelo de salud mental comunitario se entiende la locura desde una perspectiva psicosocial, pero en los episodios de crisis, realizamos mayoritariamente abordajes como el ingreso hospitalario, que favorecen el aislamiento de la persona de su contexto familiar y social. Por tanto, es durante las crisis, cuando más perdemos la mirada psicosocial y más caemos en la mirada biomédica. Tenemos amplios manuales de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental, pero en la práctica tenemos muchas dificultades para hacer una valoración del contexto social. En los domicilios y en lo comunitario, uno de los ejes claves tanto durante el periodo más agudo de la crisis como en la recuperación, son los cuidados y poder ayudar a que se fortalezca esta trama comunitaria que nos sostiene. La comunidad es el lugar del cuidado por excelencia en el que exploramos y construimos nuestras relaciones, pero también es el lugar en el que se reproducen y mantienen las desigualdades sociales. Por tanto, qué mejor lugar que la comunidad para abordar, comprender y elaborar los episodios de crisis.

Estábamos un día en casa de una chica a la que llevábamos viendo un tiempo. Tenía una historia familiar terrible, de abusos sexuales por parte de su padre y violencia física por parte de un hermano. En una discusión por teléfono con su hermano estando nosotros con ella en la casa, rompió todos los cuadros con fotos familiares que están en la típica mesa principal de numerosas casas. Aquello nos ayudó a entender muy bien lo que le pasaba, el peso de la familia sobre ella, la necesidad de romper con todo. Fue un momento muy tenso. Estuvimos durante mucho tiempo en silencio recogiendo juntas todo aquel desorden antes de que llegara su madre. Al final ella nos dijo “gracias por ayudarme a recoger los cristales”. Esa frase me quedó rondando mucho tiempo, porque yo sentía que no habíamos sido capaces de ayudarla, de facilitar que se hubiera podido desahogar. Entendí la importancia de aquel momento escuchando a Elvira Pérttega en una entrevista (Pérttega, 2019) en la que decía que no se podían tener experiencias transformadoras desde la verticalidad, y que es en la reciprocidad, en ese resonar con el otro, donde está la clave de los procesos que nos transforman. Pensé en lo valioso que había sido tener la oportunidad de recoger juntas aquellos cristales, de acompañarla a estar con sus heridas en silencio.

Hay casas que lo dicen todo. Y hay momentos en las casas que son la viva representación del sufrimiento, aquello que a veces desde las consultas deseamos no mirar porque a los terapeutas también nos produce heridas escuchar. Hay casas de una violencia terrible, entre hermanos, entre padres e hijos, de hombres hacia mujeres. Hay casas que están llenas de vida, y hay casas que están llenas de dolor y de muerte. Hay casas llenas de pobreza, que se caen a cachos, que no tienen agua en el baño. Hay casas donde se respira paz y otras casas donde sólo deseamos irnos pronto, que la intervención acabe. Lo cierto es que la casa también participa en la entrevista.

Trabajar en la comunidad no significa solamente cambiar el lugar en el que se produce la relación terapéutica, al final lo que cambia es la mirada.

BIBLIOGRAFÍA

- Dozza, L. (2018). *Acompañamiento terapéutico y clínica de lo cotidiano*. Zaragoza, España: Amazing Books.
- Pérttega, E. (Dar el salto). (6/03/2019). *Conversación con Elvira Pérttega: esperanza en la oscuridad de la salud mental*. Recuperado de: <https://paradelsalto.wordpress.com/2019/03/06/conversacion-con-elvira-perttega/>

hem(●)s leído...

Antonio Ceverino Domínguez

Psiquiatra, CSM Hortaleza

Sección de Psicoanálisis de la AEN



SEXUALIDAD Y VIOLENCIA. UNA MIRADA DESDE EL PSICOANÁLISIS

Luis Seguí

Xoroi ediciones. Madrid, 2021

Puede afirmarse sin temor a equivocarnos que el último libro de Luis Seguí hace serie con los dos anteriores, con los que viene a constituir una suerte de trilogía. El primero, “Sobre la responsabilidad criminal”, trataba de arrojar luz “con la lámpara del psicoanálisis” (como destacaba en el Prólogo José M^a Álvarez) a cuestiones relacionadas con la criminología y la responsabilidad subjetiva; y, el segundo, “El enigma del mal”, abordaba el mal como problema filosófico y social, universal y transhistórico, pero a la vez inefable e inaprensible, y cuya lectura resultaba en la doble conclusión de la impotencia del saber para captar su origen y de que el exterminio del mismo es imposible.

En esta ocasión, en “Sexualidad y violencia. Una mirada desde el psicoanálisis”, editado por Xoroi y flanqueado por textos de Rosa López (en el Prólogo) y Vicente Palomera (en el Epílogo), el autor se ocupa de las coordenadas sociales y subjetivas de los actos violentos contra las mujeres que tienen que ver con la sexualidad, del rechazo a lo femenino en la historia del pensamiento y las religiones, y de la impotencia de la ley y las instituciones frente a esta pulsión destructiva.

La posición singular que ocupa el autor tanto en el discurso del psicoanálisis como en el discurso jurídico, además de prestarle a su escritura un estilo inconfundible, le permite transitar por las distintas disciplinas y campos del conocimiento que han tratado de cernir ese real imposible de pensar: la historia, la política, la teología, el derecho, la filosofía... todas ellas iluminadas por las aportaciones del psicoanálisis de Freud y Lacan.

Apoyándose en las investigaciones de Gerda Lerner (historiadora judía nacida en Austria que desarrolló su trabajo en Estados Unidos, donde fue investigada por el comité de actividades antiamericanas) analiza el concepto de patriarcado, que la citada historiadora remonta al origen del Estado y al surgimiento de los monoteísmos patriarcales, que relegan el poder de la diosa madre y su función en el control de la fertilidad, demonizan la sexualidad femenina y excluyen a las mujeres de la alianza simbólica entre dios y la comunidad. Reconocer el carácter histórico del patriarcado, obliga al autor a admitir, al menos como hipótesis, que no tiene por qué durar eternamente... aunque cueste más imaginar la clausura del mismo que imaginar el fin del mundo (como ocurre con otra construcción cultural hegemónica de nuestros días: el capitalismo)

Esta ideología de la superioridad masculina sobre la mujer no es sostenida solo por los sacerdotes mesoasirios ni los protojuristas del Código de Hamurabi, sino que atraviesa, como un rayo, toda la historia del pensamiento, en un recorrido donde el autor hace comparecer a Aristóteles (“la mujer es un varón fallido cuya mayor virtud era permanecer callada”), Séneca, (“cuando una mujer piensa a solas, piensa mal”), Terencio (“en lo intelectual, las mujeres son como niños”), Agustín de Hipona (“el

Diablo tentó a Eva y no a Adán porque sería más crédula y fácil de seducir”), los inquisidores dominicos Heinrich Kramer y Jacob Sprenger que publicaron en 1487 “El martillo de las brujas” (“toda la brujería se origina en el apetito carnal, que en las mujeres es insaciable: adúlteras, fornicadoras y concubinas del demonio”), y otros autores que harían palidecer a los guionistas de la serie de HBO “El cuento de la criada”.

A pesar de los indudables avances civilizatorios y de la vitalidad del movimiento feminista, este siniestro episodio histórico de la caza de brujas —que, por lo general, no eran sino pobres mujeres que actuaban fuera de norma— alcanza hasta nuestros días en la dramática realidad del feminicidio: hombres que asesinan a sus parejas o exparejas, a veces quemándolas, como a las brujas en el medievo, para dejar su “marca” en el cuerpo del otro.

En el segundo capítulo, donde aborda el tema de la diferencia sexual, el autor avanza algunas hipótesis sobre esta lacra apoyándose en las fórmulas lacanianas de la sexuación y el concepto de goce, que es el agujero negro alrededor del cual gira todo el ensayo. Al fin y al cabo, como recuerda Rosa López en el prólogo, eso tienen en común el Psicoanálisis y el Derecho: la pregunta por el goce, ¿cómo hacer con el goce? La imposibilidad de la relación sexual —por la asimetría radical del goce de unos y otras— solo puede suspenderse contingentemente en la experiencia amorosa, con la condición de que el hombre “no quiera saber demasiado” del goce enigmático de la mujer, porque entonces el amor puede devenir en odio hasta el punto de aniquilarla para arrancarle el secreto. En otras palabras, en las del autor: El amor no puede contra el odio. El odio es más antiguo que el amor y hay, además, en él una certeza de la que carece aquel.

Esta sería, por decirlo así, la primera de una larga serie de conclusiones pesimistas del libro, las “malas noticias del psicoanálisis”, en las antípodas del “moralismo optimista” que denunciaba Lacan en el seminario de la Ética. Otra más: Las pulsiones son más fuertes que las ideas. Y otra: Hablando *no* se entiende la gente. Y, la última: La ley se muestra impotente para regular el goce. Así se demuestra en el hecho de que, a pesar de todos los esfuerzos legislativos y el compromiso de la sociedad y los poderes públicos, la violencia machista parece incluso recrudecerse, quizás como reacción de hombres inseguros, desvirilizados hasta el punto de que solo con la violencia pueden recobrar su deseo, exasperados ante las conquistas de las mujeres en el campo de la igualdad, o enloquecidos ante la amenaza de pérdida del objeto... A algo parecido se refería Beatriz Gimeno cuando en un reciente artículo hablaba de las *masculinidades heridas* por inseguridades vitales profundas

y por la pérdida de sentido que han generado en todo el mundo las políticas neoliberales y cuyo resultado es una reacción misógina global. Que los hombres ya no tengan un trabajo seguro y un salario suficiente para mantener a una familia, quiebra los roles y biografías masculinas de una forma que ha llegado a compararse a una auténtica *emasculación simbólica*.

Así, cuando las mujeres exigen derechos y estos empujan privilegios masculinos que muchos hombres perciben como parte del orden natural del mundo, surgen discursos neofascistas que ofrecen un relato victimista en el cual los hombres pueden expresar lo que sienten como una amenaza a su masculinidad.

El libro de Luis Seguí ofrece un amplio abanico de hipótesis para el feminicidio en el capítulo dedicado a la *criminología lacaniana*, donde recuerda que, caso por caso, el desafío del psicoanálisis es buscar al sujeto que se esconde tras el acto criminal, ayudarlo a inscribir el mismo en su propia historia y a hacerse cargo de él, y aquí señala el valor de guía en la clínica de un afecto fundamental: la vergüenza. De olvidarnos del sujeto, su estructura y las contingencias que desencadenaron el pasaje al acto, corremos el riesgo de caer en las tradicionales tipologías de maltratadores o violadores que deshumanizan al criminal, o en un furor punitivo que solo conduce a la impotencia y al desánimo.

El goce, en tanto toca lo real, es siempre fuera de norma. No hay ley que lo contenga. Esta impotencia de la ley ante el goce también la muestra el autor en la inextinguibilidad de la violencia y la guerra, que tienen también (cuando no bastan las identificaciones) una función de cohesión social. Es más, precisamente el crimen (siguiendo a Freud en “Tótem y tabú”) está en origen de la Ley Universal, y “el derecho fue en su origen violencia bruta” (en palabras de Walter Benjamin). Si la violencia es inerradicable, es razón precisamente de aquello que nos hace humanos: perdido. “Nada más humano que el crimen” resuena en las palabras de la introducción del lenguaje, y la pulsión que resulta de la perversión por este del instinto natural irremediablemente Miller como un eco del libro anterior de Luis Seguí. Si el proyecto ilustrado pensó que la cultura, la educación y las leyes que regulan nuestra convivencia podían domarlas, las portadas de los periódicos cada día muestran que las pulsiones destructivas pueden desencadenarse en cualquier momento. Y ciertas iniciativas en la lucha contra el crimen y la violencia con frecuencia producen, como un estrago, un mal mucho mayor que el que pretendían erradicar: el retorno de una voluntad de goce de los dioses oscuros. Una paradoja que puede ser examinada a la luz de conceptos del psicoanálisis

como la pulsión de muerte o el superyó, o mediante una lectura de “El malestar en la cultura”, el relato freudiano sobre el paso del estado de naturaleza a la cultura.

El autor se adelanta a las críticas al binarismo sexual cuando aborda el concepto de género y lo que se ha dado en llamar “la implosión del género”, una pluralización de posiciones sexuadas que dinamitan las categorías de lo masculino y lo femenino. Este cuestionamiento radical (que desde finales de los 80 del siglo pasado vienen haciendo los estudios *queer*) de las nociones de normalidad aplicadas a la sexualidad no es ajeno al psicoanálisis, desde sus inicios, en un largo trayecto que se inicia en los “Tres ensayos para una teoría sexual” de Freud, hasta las fórmulas lacanianas de la sexuación. Si la heterosexualidad como práctica dominante se ha erigido en la norma desde la que se patologiza a las otras prácticas sexuales, no ha sido con la complicidad del psicoanálisis: Lacan señala que la sexualidad es intrínsecamente perversa, y separa el deseo de la heterosexualidad como norma, porque este no está orientado por el género del *partenaire* elegido sino por el objeto a, en su función de causa, o como agalma en la experiencia amorosa. No hay saber sobre la sexualidad, y precisamente el inconsciente, que no puede ser asimilado ni a lo biológico ni a lo cultural, es el índice del fracaso de ambas instancias para determinar la posición sexual.

La advertencia de Eric Laurent de que usar el poder del signifiante (como en el lenguaje inclusivo) con la intención de neutralizar las diferencias no es sino una manera de velar la no-relación sexual, entra en el debate de quienes recuerdan el carácter performativo del lenguaje, y la decisión “política” de dar visibilidad mediante las palabras a lo invisibilizado, a lo raro, a lo prohibido. Es imposible no recordar la cita de Freud que Luis Seguí stampa en la primera página de este libro: “Primero uno cede en las palabras y después, poco a poco, en la cosa misma”.

Como en su libro anterior, dividido entre una primera parte expositiva y una segunda parte especial, “Sexualidad y violencia” recoge en los capítulos del 5 al 9 otros tantos casos penales, bien conocidos en su mayoría. Entre ellos la violación múltiple de una joven de 18 años el 7 de julio de 2016 en Pamplona durante la fiesta de los Sanfermines (el llamado caso de “la manada”); el homicidio en el 2008, coincidiendo con la misma festividad, de Nagore, una estudiante de enfermería de 20 años, a manos de un médico residente de Psiquiatría; el secuestro y posterior asesinato de la joven Diana Quer (de 18 años) por José Enrique Abuín (apodado “el chicle”) la noche del 22 de agosto de 2016 en el pueblo coruñés de A Pobra do Caramiñal; el filicidio el 4 de marzo de 2019

de dos menores (de tres años y seis meses) por su madre en la localidad valenciana de Godella; el secuestro y violación continuada durante ocho años de Natasha Kampush en un pueblo cercano a Viena a manos de Wolfgang Prikopil, que finalmente se suicidó tras la fuga de aquella; y, por último, el caso de Josef Fritzl (el llamado “monstruo de Amstetten”, una pequeña ciudad austríaca) que comenzó a violar sistemáticamente a su hija de 11 años a partir de 1977 y lo siguió haciendo durante el secuestro a que la sometió en un habitáculo minúsculo practicado en el sótano de la vivienda que compartía con su esposa, desde el año 1984 y durante 24 años más, periodo en el que la infortunada víctima tuvo siete hijos (uno de ellos fallecido al poco de nacer).

Todos estos casos son descritos por Luis Seguí minuciosamente desde el punto de vista jurídico y criminológico, y analizados utilizando las categorías del psicoanálisis, un auténtico viaje en el tren del terror al costado más siniestro de la sexualidad y la muerte.

Como si no tuviera bastante el autor con habitar ese intersticio de encuentro y desencuentro que se abre entre el Derecho y el psicoanálisis, se atreve (en las últimas páginas) a adentrarse en otro territorio sembrado de malentendidos históricos que es el que hace frontera entre el psicoanálisis y los feminismos. En este particular, y, tras una revisión de la subordinación y el sometimiento de las mujeres a lo largo de la historia, Seguí toma partido y la palabra en los dos debates político-jurídicos abiertos hoy en España sobre la sexualidad: La calificación jurídica del concepto del consentimiento (que para algunos autores –al hilo del caso Weinstein y el movimiento Me Too- ha propiciado una “política de la sospecha” y cierta judicialización del deseo sexual) del proyecto de *Ley de Garantía Integral de la Libertad Sexual*, y el conflicto abierto entre el feminismo radical clásico y los transfeminismos (representados en la distinción de Christiane Alberti entre “feminismo político” y “feminismo de los cuerpos”) debido a la propuesta de *Ley para la Igualdad Real y Efectiva de las Personas Trans* que consagra la “autodeterminación de género”.

Aunque es bien conocida la diferencia que hay entre el género de la reseña y la crítica de un libro, nos sentimos autorizados a aventurar que su posición en este terreno patrullado por los “vigilantes de la corrección política” no va a dejar indiferente a gran parte del público lector, por cuanto no busca la complicidad del mismo por la vía de la identificación. Será muy interesante comprobar la recepción que encuentra, y la discusión que se genere en las sucesivas presentaciones de “Sexualidad y violencia”.

No obstante, el pesimismo que rezuman sus páginas con respecto a cualquier ilusión de armonía y bondad, el libro no defiende ni un paso atrás: decididamente y con la mayor energía “el machismo y sus derivadas agresivas y violentas deben ser combatidos.”

BIBLIOGRAFÍA

- Freud S. Las teorías sexuales en: Obras completas de Sigmund Freud. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva. 1905.
- Brousse M H. Horsex. Etre mere. Paris: Navarin. Le Champ freudien; 2014.
- Lacan J. La familia, Barcelona: Argonauta; 1978 [1938]
- Lacan J. El Seminario libro 17. El reverso del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós; 2008 [1969-70]).
- Ceverino A. Introducción. En “La concepción psicoanalítica de la estructura familiar en la época contemporánea”. Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN, Colección Estudios. Madrid, 2019.
- Roudinesco E. La familia en desorden. Anagrama. Barcelona, 2004.
- Peteiro Cartelle J. El autoritarismo científico. Miguel Gómez Ediciones. Málaga 2011.
- Miller J-A. Hay un gran desorden en lo real en el siglo XXI. Presentación del IX congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Buenos Aires, 27 de abril del 2012.
- Byung-Chul Han. La sociedad de la transparencia. Herder. Barcelona, 2014.
- Beatriz Gimeno. Las heridas de los hombres enfadados. La pajarera MAGAZINE. 19/6/2021. Disponible en: <https://www.lapajareramagazine.com/las-heridas-de-los-hombres-enfadados>

El panóptico

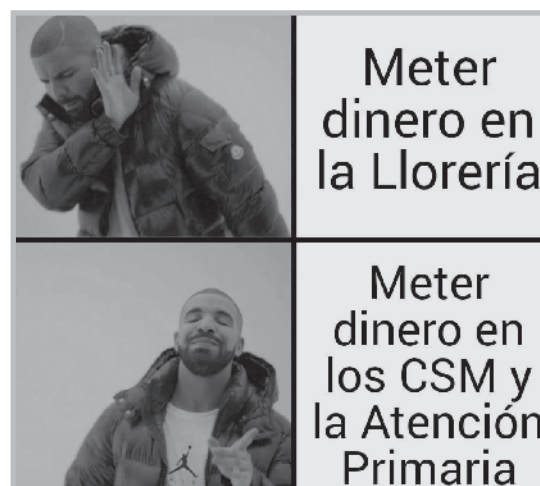
NUEVA (a)NORMALIDAD INFORMACIÓN DE ACTUALIDAD DESDE LIBERTONIA

Tras el periodo de pandemias, erupciones volcánicas y grandes apagones llega también información candente desde una dimensión paralela. Cualquier parecido con nuestra realidad es pura coincidencia.

Representantes de todas las profesiones de salud mental y rehabilitación participan en el reality “El Juego del Bocata Calamar”: quien llegue vivo al final de la partida conseguirá un aumento del 150% de plazas para su categoría profesional. Atentos al terapeuta ocupacional, que trae las pruebas muy ensayadas.

Confirmado: los nuevos presupuestos de Libertonia serán financiados por completo con criptomoneda. Mientras que en Sanidad ya se ha confirmado que aplicará el Bitcoin, en la Consejería de Familia, Políticas sociales e Igualdad está reñida la cosa entre IlunioCoin y GroupFiveCoins. Buen momento para invertir los ahorros de toda una vida, a ser posible la vida y ahorros de otros.

La Sociedad Celtíbera de Psiquiatría Psiquiátrica anuncia su fusión con la Sociedad Piel de Toro de Psiquiatría Despolitizada. Damos la bienvenida a la nueva sociedad científica de Libertonia, la flamante



Fuente: redacción del panóptico



Fuente: redacción del panóptico

Sociedad Celtíbera de Psiquiatría Psiquiátrica Sin Ideología. ¡Cañas y ciencia (de marca) para toda la ciudadanía!

Última hora el Gobierno Central Estatal anuncia que los interinos que lleven trabajando en la misma plaza desde 2017 pasarán a puesto fijo sin necesidad de opositar, a excepción de que los que estén leyendo esto que entonces no jajajaja pringado que te lo has creído.

Para compensar los centros de atención primaria con cupos sin cubrir Libertonia regalará a los pacientes afectados vales para cadenas de comida rápida y viales de neuroléptico depôt, cuya cotización en Wallapop es “muy golosa”. “Hay que incentivar el emprendimiento”, explicaron los promotores de la medida.



Fuente: redacción del panóptico



Fuente: @leivala

Avanza satisfactoriamente la colaboración público-privada en la Red de rehabilitación psicosocial. Tras la buena acogida de la pirámide azteca de Hortaleza para el psicodrama musical sobre Hernán Cortés que revolucionará el tratamiento del trastorno mental grave, se espera la apertura del nuevo Fort Aventura y su montaña rusa acuática Tataki Splash, otro ejemplo de inversión certera que aborda las causas de las causas. ¡Mójate contra la depresión resistente!

Última hora el Gobierno Central Estatal anuncia que todos tus compañeros de trabajo menos tú pasarán a puesto fijo sin necesidad de opositar.

La Asociación Norcomunitaria de Salud Mental declara insuficientemente feo su histórico logo rojinegro y abre un concurso en tiktok para buscarle alternativa.

Arrolladora campaña del nuevo antipsicótico inyectable de 8 meses de duración, especialmente diseñado para profesionales con pocas ganas de atender a sus pacientes. “Lo llamamos Trevisto-anunció en primicia su desarrollador- porque si Trevisto no me acuerdo. Estamos a solo un avance científico de poder dar revisiones anuales, como los neurólogos”.

Hallado un pangolín congelado en un glaciar de los pirineos. Al ser despertado de su sueño milenario pregunta quiénes son todos estos nazis y cómo pueden estar campando a sus anchas por las instituciones.

Información de servicio de la Sociedad Celtíbera de Psiquiatría Psiquiátrica Sin Ideología: ¿ha probado ya la salud mental con 0% de política? Ahora por cada 2 unidades de regalo un juego de sartenes MasterChess. Declaración de conflictos de interés no incluida en el precio.

Última hora el Gobierno Central Estatal anuncia, esta vez sí que sí, que los interinos que lleven trabajando en la misma plaza desde 2017 pasarán a puesto fijo sin necesidad de opositar...que no que es coña, no me puedo creer que os lo hayáis vuelto a creer.

Ante la saturación de los equipos de continuidad de cuidados, Libertonía llega a un acuerdo con El Corte Inglés, Acciona y el Banco Santander para desatascar la derivación a recursos. Se postulan resultados extraordinarios en la próxima semana fantástica.

La Sociedad Celtíbera de Psiquiatría Psiquiátrica Sin Ideología avisa de que no puede tratar delirios hasta que no se dé una dosis de recuerdo de las vacunas. “Esta velocidad 5G es inaceptablemente lenta” dijo su portavoz, Excelso Durango, durante su primera entrevista en el cargo.

.....
Última hora el Gobierno Central Estatal anuncia que los interinos que lleven interinizando en la misma plaza desde 2017 pasarán a tener un trienio fijo sin necesidad de concursar en Pasapalabra.

Grave desencuentro generacional en la Asociación Norcomunitaria de Salud Mental de cara a organizar su sexto encierro en protesta contra las políticas de salud mental en Libertonía, el capitalismo tardío y el cambio climático; mientras la vieja guardia quiere mantener como himno el tradicional “El pueblo unido jamás será vencido” de Quilapayún los *jóvenes* apuestan por las refrescantes y novedosas canciones de un disco de Ska-P de 1996.

n(0)tas

[illegible]

[illegible]

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





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