

## SUMARIO

### EDITORIAL [pág. 1]

*Lecciones de la marea blanca.*  
Junta de Gobierno de la AMSM

### INFORME DE LA AMSM [pág. 4]

*¿Cómo pueden afectar los presupuestos 2013 de la Comunidad de Madrid y las medidas privatizadoras a la atención en Salud Mental?*  
Junta de Gobierno de la AMSM

### COLABORACIONES [pág. 8]

*Problemas de salud mental. La manipulación global: la ideología del miedo, el odio y los fanatismos.*  
Francisco Martínez Pardo

*¿Sigue siendo necesario incluir la perspectiva de género en salud mental y en derechos humanos? ...*  
Cristina Polo Usaola

*Obligaciones en un contexto de derechos.*  
Onésimo González Álvarez

*Comentario sobre propuesta de anteproyecto de modificación del código penal.*  
Fernando Santos Urbaneja

*La atención psicoterapéutica de los trastornos de la personalidad en los CSM.*  
Pedro Cuadrado Callejo

*Postpsiquiatría: un nuevo rumbo para la salud mental.*  
Patrick Bracken, Philip Thomas

### HEMOS LEÍDO... [pág. 45]

Alberto Ortiz Lobo, Óscar Jiménez Suárez, Diego Figuera Álvarez y Teresa Abad Sierra

### HEMOS ESTADO... [pág. 49]

### PANÓPTICO [pág. 50]

# AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

Boletín núm. 35 INVIERNO año 2013

BOLETÍN  
DE LA **ASOCIACIÓN**  
**MADRILEÑA**  
DE **SALUD MENTAL**

**JUNTA DIRECTIVA 2011-2014**  
**DE LA ASOCIACION**  
**MADRILEÑA DE SALUD**  
**MENTAL (A.E.N.)**

**AMSM**

**PRESIDENTE**

Iván de la Mata Ruiz

**VICEPRESIDENTES**

Miguel Donas Hernández  
M<sup>a</sup> Luz Ibáñez Indurria

**SECRETARIA**

Agustina Crespo Valencia

**TESORERO**

Ángel Luis Lucas Sanz

**VOCAL DE PUBLICACIONES**

José Morales Zamorano

**VOCALES**

María Alonso Suárez  
Mariano Hernández Monsalve  
Eva Muñiz Giner  
Alberto Ortiz Lobo

# Editorial



Fuente: sergiogardoki.blogspot.com

lo que se traen entre  
manos no es la mejora de  
la sanidad pública sino  
introducir mecanismos de  
mercado y abrir paso al  
sector privado

## LECCIONES DE LA MAREA BLANCA

Desde hace años y acelerado con la excusa de la crisis se está produciendo el desmantelamiento de las conquistas sociales en materia de protección social, educación, justicia o derechos laborales. Como hemos venido señalando en los editoriales de los últimos años el camino hacia la privatización de la sanidad tiene un largo recorrido que discurre paralelo a este desmantelamiento. Vamos hacia un modelo de sociedad con una mayor desigualdad, gestionado por un Estado asistencial que sobrecarga a la familia y que hace al individuo responsable último de los riesgos de su existencia. En materia sanitaria el horizonte no es otro que terminar con el sistema sanitario universal y sufragado por impuestos. La contundente y masiva respuesta de los ciudadanos y profesionales sanitarios a los recortes en el gasto sanitario público y en contra de las medidas privatizadoras del gobierno de la Comunidad de Madrid tiene que ver con que han tocado unos de los temas más sensibles para la población. Con la salud ni se juega ni se negocia.

Con la marea blanca hemos aprendido cómo funciona el mercado sanitario, quienes son los proveedores privados, quienes son sus accionistas, en qué condiciones se les dan las concesiones, cuánto y cómo consiguen maximizar su beneficio, cual es la letra pequeña, cual es su coste a largo plazo y que posibles consecuencias puede tener en los indicadores de salud y en la equidad de las prestaciones. Hemos tomado conciencia de que los responsables políticos no han tenido ningún interés en modernizar la gestión pública, que han tenido oportunidades para mejorar la eficiencia del sistema y no lo han hecho por una mezcla de ineptitud, decisiones electoralistas, integristas ideológicos e intereses económicos. Hemos puesto sobre la mesa que las decisiones políticas que implican un cambio de modelo sanitario no pueden tomarse en un despacho, en hoteles de lujo o en una asamblea parlamentaria jugando a apalabrados, sino que tienen que ser debatidas con los ciudadanos, los profesionales, los agentes sociales, en definitiva con eso que les gusta llamar la sociedad civil. Se han debatido alternativas para mejorar la organización asistencial, para aumentar su productividad, su eficiencia, sin que se transforme el modelo y sin que repercuta en la calidad asistencial. Se está empezando a tomar más conciencia de la responsabilidad que tenemos en los costes de las decisiones clínicas que adoptamos, porque ahí también se defiende la sanidad pública.

A estas alturas ha quedado claro que lo que se traen entre manos no es la mejora de la sanidad pública sino introducir mecanismos de mercado y abrir paso al sector privado con ánimo de lucro con el argumento de que la gestión pública es menos eficiente. Un sector privado en creciente expansión, con entramados empresariales complejos, opacos y con connivencias políticas, que moviéndose en el margen de la legalidad carecen de toda ética. ¿Puede decir el Director General de Hospitales de la Comunidad de Madrid, un hombre que ha estado al servicio de la sanidad privada gran parte de su vida, que no tiene conflictos de intereses? ¿Puede esperarse de una administración que ensalza las bondades de la gestión privada con argumentos teológicos que ejerza una función de control público eficiente? ¿Puede alguien asegurarnos que la sostenibilidad del sistema sanitario no quedará en manos de los intereses de los accionistas de los fondos de inversión de capital de riesgo que hay detrás de algunas de estas empresas? ¿Pueden afirmar que empresas que tienen su negocio



Fuente: twicsy.com

en los seguros privados no van a tener conflictos de intereses cuando pasen a gestionar hospitales y centros de salud públicos? Las razones están claras, la atención sanitaria es una oportunidad de negocio. Los demás argumentos son cuentos chinos.

Pero este relato tiene un coste político, así que necesitamos de una ideología que nos lo disfrace y ahí tenemos la ortodoxia del libre mercado que nos dice que todos los problemas se solucionan dejando que las fuerzas de la oferta y la demanda hagan su trabajo. Creen que la búsqueda de beneficio de unos pocos sirve al interés general, ya sea en actividades como la producción de coches o en la protección de la salud. La idea de que en un entorno de mercado competitivo las empresas sanitarias mejorarán la productividad y calidad asistencial para lograr mantener la fidelidad de sus clientes asignados es una impostura intelectual, otro cuento chino. La gestión pública es para ellos un lastre para el dinamismo de la “sociedad” (en realidad se refieren a sociedades empresariales de unos pocos). Que este empecinamiento ideológico lo sostengan los responsables de la cosa pública es preocupante. En palabras de Burgueño, recordando sus tiempos de médico rural y de iguales: “creíamos que la profesión médica en su pura esencia era una profesión liberal, que tiene un contrato sagrado con el enfermo que jamás podía ser perturbado por el Estado”. ¿Acaso perturban menos los intereses de lucro de las empresas sanitarias en ese contrato sagrado con el enfermo?. Conocemos ya como funcionan estos experimentos allá donde se están practicando. La gestión privada supone a largo plazo unos sobrecostes que acabamos asumiendo los ciudadanos o bien renegociando al alza el dinero que se da a las concesionarias o bien disminuyendo la calidad asistencial. Estos son hechos y no ideología.

Como también es un hecho y no un cuento chino ideológico que las condiciones de mercado en las que operan las empresas sanitarias están desvirtuadas en su favor con pliegos de condiciones que les evita asumir ciertas responsabilidades (como por ejemplo las urgencias psiquiátricas y hospitalización en Torrejón o Valdemoro), favoreciendo la selección de riesgos ya desde la casilla de salida, con el manto protector de los hospitales públicos para los procesos complejos. Mientras se potencian las intervenciones rentables, como por ejemplo la evaluación de pacientes nuevos, da igual cuando se le dé la segunda cita. Incluso, sin forzar mucho la máquina de la sospecha, parecería que el sistema de citación del “call center” está diseñado para favorecer la derivación a estos hospitales privados, como por ejemplo está sucediendo en Navalcarnero, que ignora la existencia de un centro de salud mental público en la zona. Algún malpensado podría considerar que se trata de una competencia desleal.

La estrategia para llevar a cabo este cambio de modelo sanitario ha seguido tres ejes principales. En primer lugar mediante la estigmatización de los servicios y empleados públicos, recurriendo a los estereotipos de falta de eficiencia y de productividad. Lo dicen aquellos que para mejorar la motivación de los profesionales mantiene hasta un tercio de los profesionales con contratos eventuales desde hace más de cinco años. ¿Es este un buen estímulo para la productividad de los profesionales? Lo dicen aquellos que teniendo la responsabilidad de la política sanitaria desde hace muchos años no han tenido ningún interés en realizar mejoras en la gestión pública sino que han volcado todo su esfuerzo en preparar la organización sanitaria para su privatización. En segundo lugar los recortes y las asignaciones presupuestarias han perjudicado sistemáticamente a los hospitales de gestión pública a favor de

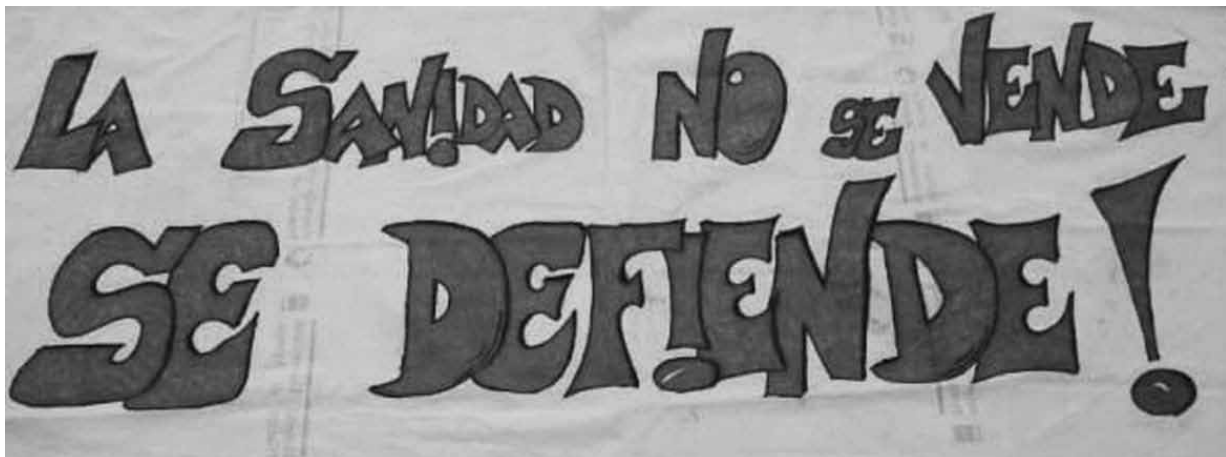
los hospitales privados y semiprivados, con una total falta de transparencia. En tercer lugar mediante los cambios legislativos necesarios para preparar el sistema para el cambio de modelo: nuevas formas de gestión que permiten la entrada de empresas con ánimo de lucro a gestionar centros públicos, creación de un mercado de proveedores, planificación basada en la competencia, desmantelamiento de las áreas sanitarias y terminar con el principio de universalidad de la atención (desde mediados del año pasado el derecho a la sanidad pública está vinculado a la condición de cotizante o beneficiario de la Seguridad Social).

Desde hace tiempo venimos denunciando como estas estrategias de transición hacia la privatización están teniendo efectos negativos sobre la atención en salud mental. No ha habido ningún interés en hacer una verdadera planificación, ni en establecer estructuras de gestión integradas entre los distintos dispositivos, ni adecuar las necesidades a las demandas, ni mejorar la eficiencia de los servicios, ni evaluar las prácticas. Se está dejando morir un modelo de atención que costó mucho tiempo diseñar y que necesitaba reformarse pero no desmantelarse. Y ya empezamos a conocer algunos de los efectos en la atención a la salud mental de los recortes y las privatizaciones, que son dos caras de una misma moneda. Por un lado tenemos los recortes en los centros públicos bien sea con cierres de camas psiquiátricas en hospitales públicos, como el Gregorio Marañón o el Hospital de Móstoles, bien sea con los despidos de eventuales que ya han comenzado, sin ningún tipo de criterio, suponiendo en algunos casos el cierre de agendas de 400

pacientes, el desmantelamiento de equipos de infantil o tener que gestionar unidades de rehabilitación de 40 camas con un solo psiquiatra, por poner algunos ejemplos. Por otro lado, vemos como la atención en salud mental en los hospitales de gestión privada ya existente se organiza según la lógica del proveedor y del beneficio, sin más modelo que el de asegurar la rentabilidad. Así, por ejemplo, la ausencia de camas psiquiátricas o servicio de urgencias en el hospital de Valdemoro y el de Torrejón se soluciona o bien subcontratando estos servicios con una clínica psiquiátrica privada o bien derivando los pacientes a un hospital del mismo grupo a más de 30 km. O como los centros de salud mental se desdibujan, pasando a modelos de consulta externa, donde se incentiva la evaluación sobre cualquier otra actividad y con los mismos profesionales se pretenden atender actividades hospitalarias y extrahospitalarias. Y lo hacen porque se lo permiten.

En definitiva la marea blanca ha sido una lección de debate democrático y defensa del espacio público. La amenaza de transformación del modelo sanitario nos ha hecho ser aún más conscientes de que las mejoras del modelo actual de atención en salud mental no pueden realizarse en un marco de mercado sanitario. Hoy hablamos de defender la sanidad pública, pero no podemos tampoco dejar de fijarnos en la amenaza que existe sobre la red de rehabilitación o los recortes en la red de drogas. Mirado todo en conjunto hay muchas más razones para seguir luchando.

*Junta de la AMSM.*



# Informe de la AMSM



## ¿CÓMO PUEDEN AFECTAR LOS PRESUPUESTOS 2013 DE LA COMUNIDAD DE MADRID Y LAS MEDIDAS PRIVATIZADORAS A LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL?

La Comunidad de Madrid acaba de presentar unos presupuestos de fuerte carácter anti-social que pretenden dismantelar y privatizar la Sanidad Pública de la región con la excusa de la crisis y de la necesidad de una gestión más eficiente que puede afectar seriamente a la calidad de la atención en salud mental y en una transformación del modelo de salud mental comunitario.

**Disminución de los presupuestos de Sanidad, Agencia Antidroga y del Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.**

- Los presupuestos sanitarios de la Comunidad de Madrid disminuyen alrededor de un 7%. Este recorte presupuestario hay que contextualizarlo en la infradotación presupuestaria crónica de la sanidad madrileña (142 € menos por persona y año en 2012 por debajo de la media de las CC.AA) y en la testimonial inversión producida en los recursos sanitarios de salud mental, sobre todo ambulatorios, desde la finalización del Plan de Salud Mental 2003-2008. En los últimos años asistimos a un progresivo deterioro de la calidad de la atención de salud mental al no cubrirse muchas de las bajas, amortizarse plazas por jubilación, precarizarse el empleo, o una planificación sinsentido de las camas de hospitalización (por ejemplo se cierran 25 camas en el Hospital Gregorio Marañón y se concertan 10 camas en un Hospital Psiquiátrico privado para cubrir las necesidades de la concesión privada del nuevo Hospital del Torrejón, que nace sin camas). Todo ello en el contexto de una falta de planificación, dismantelamiento del modelo de salud mental comunitario al desaparecer las áreas sanitarias, desconocimiento y falta de sensibilidad de las gerencias hospitalarias hacia el trabajo en salud mental y una irracional gestión de la lista de espera y la demanda que ha sobrecargado las agendas de los profesionales y deteriorado gravemente la calidad de la atención. En esta situación una reducción del presupuesto sanitario de tal magnitud va tener seguras implicaciones en la atención que reciban los pacientes.
- El presupuesto de la Agencia Antidroga disminuye en aproximadamente 7.2 millones de euros (alrededor del 15.6%). En 2011 los presupuestos de la Agencia eran de 50.410.834 € frente a los 38.775.197 € previstos para el 2013. Esto supone que en dos años. Se ha recortado en un 23%. Durante el último año se ha cerrado la Comunidad Terapéutica el Batán, la Narcosala de las barranquillas, y al final de este año se van a cerrar el Centro de Tratamiento a Drogodependientes (CTD) de Dr. Santero, CTD Moratalaz (los dos gestionados por Cruz Roja), CTD Antonio López (Proyecto Hombre) y CTD Móstoles (Punto Omega). Estos últimos dan asistencia a cerca de 1.200 pacientes. Además se han cerrados programas de prevención y se ha recortado un 63,4% las subvenciones a ONGs que trabajaban con esta población. Es difícil sostener como pretende el gobierno de la Comunidad de Madrid que estos brutales recortes no vayan a afectar a la atención de uno de los problemas más graves de salud de la región.

El argumento de la Consejería de que ha cambiado el perfil de consumidor y por tanto que el tipo de intervención técnica es diferente es insostenible. El consumo de drogas y alcohol es uno de los factores de riesgo de mayor peso para la marginación y a exclusión social y la comorbilidad con los trastornos mentales es elevada, no pudiéndose hacer cargo la red de salud mental de estos pacientes sin un adecuado apoyo de la Red de Drogas. Se requieren intervenciones complejas, integrales orientadas a la reinserción o disminución de daños, coordinadas con salud mental, que difícilmente se pueden hacer en dispositivos sobrecargados o con intervenciones de deshabitación exprés (por ejemplo el cierre de la Comunidad El Batán se sustituyó por el concierto de 40 camas, 10 para menores, en un sanatorio psiquiátrico privado donde las estancias medias se recortan a tres meses y con una ratio de profesionales insuficiente y con un enfoque exclusivamente biomédico). Es conocido como en épocas de crisis los problemas de salud derivados del consumo de sustancias se incrementan. La Comunidad de Madrid, sin embargo, apuesta por disminuir su presupuesto.

- El presupuesto de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales en el que está incluido el Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente, que gestiona los centros de la Red de Rehabilitación Psicosocial, disminuye alrededor del 6,2%. En concreto el dinero para los convenios y conciertos, en los que se incluyen las Minirresidencias, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, Centros de Día y Soporte Social y Equipos de Apoyo Social Comunitario, se reduce en 3,67 millones de euros (un 7,4%). Los centros de la Red de Rehabilitación son claves en la disminución de los costes de la enfermedad mental al recuperar a los pacientes para la vida laboral, disminuir el número de hospitalizaciones, disminuir la carga de las familias y evitar ingresos prolongados en instituciones psiquiátricas. Al pertenecer esta Red a la Consejería de Servicios Sociales (aunque la LOSCAM incluye la rehabilitación psicosocial como Prestación sanitaria) las autoridades sanitarias y las gerencias hospitalarias no tienen muy presentes las implicaciones anteriores. Esta Red tuvo un importante crecimiento, aunque insuficiente, hasta un par de años después de la finalización del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente 2003-2007. Desde entonces el crecimiento de recursos disminuyó notablemente y durante el año pasado no se creó ningún nuevo. El resultado son listas de espera de alrededor

de un año para acceder a estos recursos lo que genera una sobrecarga a las familias, retraso en las intervenciones rehabilitadoras, aumento de la exclusión, y un efecto dominó tanto en las camas de agudos (reingresos, hospitalizaciones prolongadas), como en las camas de media y larga estancia donde se mantiene los pacientes por falta de alternativas. El presupuesto de estas últimas camas se mantiene.

La Red de Rehabilitación tiene la particularidad que ha sido una red concertada desde el principio. Tanto por el tipo de empresas, cuyos valores en general no han sido el lucro, como por el control ejercido por los responsables del Programa, su anclaje con la red de Salud Mental ha sido satisfactorio. Sin embargo las presiones para que en los concursos en que se licitan estos servicios primen más los aspectos económicos (es decir ofrezcan servicios más baratos) sobre los técnicos (la calidad de la prestación) son enormes. Ya en 2006 se cambiaron los criterios de adjudicación de los concursos, pasando a puntuar la oferta económica de 4 a 50 puntos sobre un total de 100. Esta presión ha continuado. El temor que existe en estas empresas es que se cambien los criterios primando lo económico hasta en 90 puntos sobre 100, lo que les impediría competir con otras empresas interesadas en el sector, con poca experiencia en la rehabilitación psicosocial, pero que oferten servicios más económicos y de escasa cualificación técnica. La entrada en este mercado de estas empresas supone un riesgo grave para la calidad de la atención de los pacientes y las plantillas actuales. El año pasado los centros vieron disminuido su presupuesto en más de un 5% y tuvieron que aumentar el número de plazas en un 5%. Este año es probable que sufran recortes de la misma índole lo que puede amenazar la viabilidad de las empresas más pequeñas.

Además de los recortes presupuestarios el gobierno de la Comunidad de Madrid va a tomar una serie de medidas de ahorro y estructurales que profundizan en el desmantelamiento de la sanidad pública y en el aumento del copago farmacéutico. Estas medidas que aparecen bajo el eufemismo de **Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid** pueden tener graves consecuencias en la calidad de la atención en salud mental:

1. **Euro por receta:** A partir de la entrada en vigor de la ley se abonará un euro por receta: no es por afán recaudador,

si por disuasión, según el Presidente de la Comunidad. Es una medida injusta porque penaliza de manera especial a las personas con enfermedades mentales graves y con menos recursos. Las actuales prácticas prescriptivas de psicofármacos son probablemente irracionales e ineficientes, pero las medidas disuasorias se deben tomar sobre el prescriptor y no sobre los pacientes. Si a alguien disuaden será a quienes carezcan de recursos económicos, siendo así una medida que vulnera el principio de equidad del Sistema Nacional de Salud.

**2. Privatización de los servicios sanitarios de los seis nuevos hospitales.** Las privatizaciones de servicios no mejoraran la eficiencia del sistema sanitario. Existe ya suficiente experiencia internacional y nacional de que una vez bien analizados los costes de las diferentes formulas de gestión privada resultan más caras que las públicas y a largo plazo suponen una amenaza para la sostenibilidad del sistema, para su carácter universal y para mantener las prestaciones. No olvidemos que las empresas concesionarias buscan beneficios. Una prueba del interés social de estas empresas la tenemos en que CCV partners, la empresa de capital de riesgo propietaria de CAPIO tiene su sede en el paraíso fiscal de Luxemburgo. Al despatrimonializarse los recursos públicos el poder de negociación de estas empresas aumenta considerablemente y ya viene sucediendo que las condiciones de pago las renegocian al alza, en un contexto de opacidad de cuentas que en su día fue denunciado por la Cámara de Cuentas. Una de las características más señaladas en las que se basa la supuesta mayor rentabilidad de estas fórmulas es la **selección de riesgos** (seleccionar patologías, procesos o técnicas rentables y derivación de las no rentables a los hospitales tradicionales). La atención a los pacientes con enfermedades mentales graves es compleja, costosa y prolongada en el tiempo. El modelo de salud comunitario, que implica un trabajo en red coordinado, es difícilmente compatible con la búsqueda de rentabilidad de estas formulas privadas. Por ejemplo dos de los tres hospitales que tiene ya esta fórmula de gestión (Torrejón y Valdemoro) carecen de camas y urgencias psiquiátricas (subcontratadas con centros psiquiátricos privados) y en el pliego de condiciones del próximo hospital de Collado-Villalba no figura que vayan a crearse. Los Centros de Salud Mental que pertenecen a estos seis hospitales pueden correr la misma suerte que el Centro de Salud Mental de Navalcarnero, amenazado de cierre al abrirse las consultas externas del nuevo Hospital de Móstoles gestionado por CAPIO. Otro riesgo añadido

es que al producirse la privatización se reduzca la ratio de profesionales.

**3. Plan de ordenación de recursos humanos.** Este plan va a amenazar el puesto de trabajo de numerosos profesionales, el traslado forzoso de otros y la contratación por empresas privadas de nuevos profesionales. Está en juego la viabilidad de muchos servicios y la calidad de la atención:

- Desde hace varios años la estructura de las plantillas de especialistas de la Comunidad de Madrid se han ido preparando para poder recortarse o privatizarse en cualquier momento. En Salud Mental desde el año 2007 no se han creado interinidades, es decir todas las plazas de nueva creación ha sido mediante contratos eventuales, que renovaban por periodos arbitrarios, en un juego desmotivador en el que intentaban además horadar el compromiso con los servicios públicos de las generaciones más jóvenes. Tras las recientes oposiciones, según nuestros cálculos, solo en los Centros de Salud Mental, existen alrededor de 80 psiquiatras y 30 psicólogos con contratos que finalizan el 31 de diciembre y cuya renovación está amenazada. Esto supone casi un tercio de las plantillas de los servicios ambulatorios, a los que hay que añadir los profesionales de los hospitales en esta situación.
- Las privatizaciones de los 6 hospitales va a suponer que los profesionales adscritos con contrato fijo (algunos eligieron a principios de este año) sino aceptan ser contratados por estas empresas se les trasladara de forma forzosa a los centros tradicionales desplazando a los eventuales e incluso interinos que están allí trabajando. A esto hay que añadir el futuro de los profesionales del Hospital de la Princesa y la posibilidad de ejecutar un ERE al personal laboral, que en el caso de salud mental es muy significativo (Centros de Salud Mental, Hospital Gregorio Marañón, Rodríguez Lafora o Instituto Psiquiátrico José Germain). Este caos puede suponer recortes en las plantillas.
- Jubilación según establece Estatuto Marco. La intención es aplicar la jubilación a los 65 años, contando con la idea de que estas plazas se amortizarán.

**4. Desmantelamiento del Hospital de la Princesa y transformación en un hospital geriátrico.** Esta disparatada propuesta desde el punto de vista asistencial, que no



sabemos a qué intereses obedece, deja en el aire el futuro de todo un hospital. En lo que respecta a la Salud Mental, el Hospital de La Princesa es el referente de alrededor de 300.000 habitantes. Entre sus dispositivos asistenciales cuenta con una Unidad de Hospitalización Breve de 25 camas, un servicio de urgencias psiquiátricas permanente, un programa de Interconsulta y Enlace, un Hospital de Día, consultas externas dentro del hospital y dos Centros de Salud Mental en los distritos de Salamanca y Chamar-

tín. Además tiene adscrita una Unidad Docente donde se forman tres MIR de Psiquiatría y un PIR de Psicología cada año y un convenio con la Universidad Autónoma de Madrid por el que se forman en Psiquiatría decenas de estudiantes de Medicina cada año.

Por todo ello la AMSM rechaza este proyecto de presupuesto y las medidas del Plan de Garantía y Sostenibilidad de la Sanidad de Madrid, que pretende acabar con la Sanidad Pública en Madrid, y que va a suponer un deterioro aún mayor de la atención en salud mental y una agresión a los profesionales. Creemos que es necesario para estos Presupuestos, en la medida en que esta nueva vuelta de tuerca privatizadora, supone un cambio definitivo de modelo sanitario resultados que van a afectar no sólo a la sociedad actual sino además a las futuras generaciones. Por ello pedimos a los profesionales de salud mental que se unan a las movilizaciones sociales y de los profesionales en defensa de la sanidad pública y en contra de su venta.

pedimos a los profesionales  
de salud mental que se unan  
a las movilizaciones sociales  
y de los profesionales  
en defensa de la sanidad  
pública y en contra de su venta

Madrid 9 de Noviembre de 2012.

*Junta de la A.M.S.M*

## F<sup>É</sup> de erratas

En el anterior Boletín núm. 34, Primavera 2012, el artículo “A propósito de los cambios organizativos de los Centros de Salud Mental (CSM) de la Comunidad de Madrid”, de Antonio Espino Granado, fue publicado sin sus correspondientes e imprescindibles notas a pie de página. Pedimos disculpas por el error y recomendamos la lectura del artículo completo en la web de la AMSM, en el siguiente enlace: <http://amsm.es/2012/07/24/colaboraciones-a-proposito-de-los-cambios-organizativos-de-los-centros-de-salud-mental-csm-de-la-comunidad-de-madrid/>

# colaboraciones

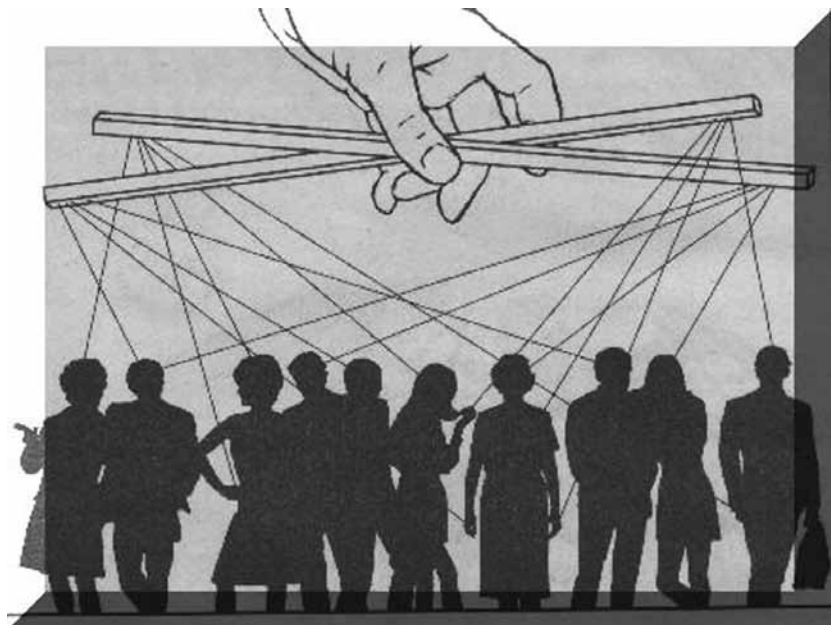
## PROBLEMAS DE SALUD MENTAL. LA MANIPULACIÓN GLOBAL: LA IDEOLOGÍA DEL MIEDO, EL ODIOS Y LOS FANATISMOS

*Francisco Martínez Pardo*

*\*(Conferencia inaugural de las X Jornadas de la Asociación Murciana de Salud Mental-AEN)*

Hace bastante tiempo leí que si la Tierra fuera realmente inteligente hubiera hecho todo lo posible por deshacerse de nosotros, los humanos, pero sí, la tierra es más inteligente de lo que creemos, de alguna forma se autorregula. A menudo hemos creído o nos han hecho creer que la Tierra estaba hecha a medida del hombre y que su historia coincidía con la de la humanidad pero ahora sabemos que la Tierra tiene miles de millones de años y la historia del ser humano es sólo de 200.000 años, apenas un segundo de ese inmenso período cósmico, nos creemos el ombligo del mundo pero en la Tierra somos unos invitados de última hora y estamos aquí gracias a un afortunado accidente. Pero hemos sido artífices de grandes adelantos tecnológicos y nos creemos los mejores: nuestra raza, nuestro país, nuestra región o nuestro pueblo y ahí comienza la triste historia del racismo, de la xenofobia y de los genocidios.

Nuestro cerebro que tiene capacidades excelentes como la aptitud para hablar, el talento musical y el matemático tiene también sentimientos que influyen poderosamente en el funcionamiento del mismo y que son básicos a la hora de tomar decisiones.



Si hay un aspecto fundamental para la Salud Mental que ha estado totalmente descuidado ha sido la educación sentimental: educar los sentimientos, controlar nuestras emociones y gestionarlas de manera correcta haciendo frente a la adversidad, a los fracasos, a saber relacionarnos con los demás, eso lo hemos ido aprendiendo aquí y allá por pura empiria y algún consejo de padres, profesores y amigos. Los grandes enfados, los ataques de cólera que en otros tiempos cumplían la función de garantizar la supervivencia pueden crearnos problemas.

Por si no se han dado cuenta estoy tratando de llevarlos de la mano para conducirlos ante dos sentimientos, emociones o pasiones con las que nos manipulan a menudo gobiernos y mercados económicos: me estoy refiriendo al odio y al miedo. Ambas emociones solemos gestionarlas mal y de eso se aprovechan otros.

Los centenares de miles de alemanes que cometieron atrocidades en el Holocausto judío no lo hicieron solamente porque obedecían órdenes de sus autoridades: la obediencia sólo no explicaría estas aberraciones, que sólo se entienden por la **siembra de odio** que el nazismo ideó para que alemanes corrientes vieran a los judíos como monstruos criminales y odiosos y se convirtieran en “verdugos serviciales de Hitler”.

Cuando una élite de poder quiere destruir a un país, una raza, una etnia recurre a sus expertos para diseñar un **Programa de odio**. ¿Qué hace falta para que los ciudadanos de una sociedad acaben odiando a ciudadanos de otra hasta el punto de querer aniquilarlos? Hace falta una **Imaginación hostil**, una construcción psicológica implantada en las profundidades de la mente mediante una propaganda que transforme a los otros en “**el enemigo**”. Esta imagen del enemigo es la motivación más poderosa del soldado, la que carga su fusil con una munición hecha de odio y de miedo.

Piénsenlo bien: detrás de cualquier acto colectivo criminal explicable por intereses de codicia de dinero y de poder hay una inoculación programada de odio y de miedo a un enemigo. Ya lo había advertido Maquiavelo en El Príncipe: “Pues sabido es que los hombres sólo agreden por miedo o por odio”.

La imagen de un enemigo aterrador que amenaza nuestro bienestar personal y la seguridad nacional da a las madres y a los padres el valor para enviar a sus hijos a la guerra y facilita a los gobiernos para declararla presionados por unos lobbys financieros ávidos de poder y dinero.

Todo esto se hace con palabras e imágenes. El proceso se inicia creando una imagen estereotipada y deshumanizada del otro, que nos presenta a ese otro como un ser despreciable y todopoderoso pero diabólico, como un monstruo que representa una amenaza real contra nuestras vidas, nuestras creencias, nuestro bienestar, nuestros más preciados bienes. Cuando se ha conseguido que el miedo cale en la opinión pública se dice que el peligro es inminente, que la amenaza es enorme y eso hace que el pacífico actúe como un guerrero, que el razonable actúe de una forma irracional y que el indeciso actúe con una obediencia ciega. La difusión de esos enemigos en imágenes visuales, en titulares de periódicos, en portadas de revistas, en la TV, el cine, en internet, hace que esa imagen se fije en los recovecos de nuestro cerebro primitivo, en el sistema límbico, donde residen las potentes emociones del **miedo** y del **odio**.

Los políticos y los financieros han utilizado con frecuencia el miedo para unificar y enardecer o aterrorizar a una nación. **El miedo y el odio son rápidos cementos**. Las conspiraciones, las amenazas, aunque sean ficticias, los enemigos peligrosos unen mucho y cuando un país siente miedo está dispuesto a cambiar libertades por seguridad, bienestar por seguridad. Uno de los pilares básicos del fascismo es el miedo. Que el enemigo tenga armas de destrucción masiva, que en cualquier momento pueda utilizar contra nosotros justifica una invasión, una guerra que en realidad tiene otras motivaciones. Los códigos penales, las penas de muerte pretenden evitar que la gente delinca metiéndole el miedo en el cuerpo con el castigo.

El psicólogo social Sam Keen ha descrito cómo usan esta propaganda todos los países que van a la guerra creando esa **imaginación hostil** y ha revelado el poder transformador de estas imágenes del enemigo en la psique humana llevándonos hasta la exasperación de pensar que “jamás el enemigo será amigo ni aunque esté muerto.”

Nuestro cerebro difícilmente está dispuesto a cambiar de creencias y dedica mucho tiempo y energía a dividirnos entre “nosotros” y “ellos”: piensa demasiado en diferentes banderas, himnos, patrias, color de la piel, religiones y en estos temas alimenta sentimientos viscerales. El cóctel explosivo de la maldad es azucar en el cerebro humano dos emociones básicas: el odio y el miedo. Todo lo que nos da miedo puede ser odiado y el odio multiplica por diez el miedo que difunde. Los terroristas lo saben bien y de ahí la fiereza de sus rostros cuando los detienen o los juzgan, su aire desafiante: el odio los mantiene en pie y lo transmiten en imágenes a los suyos y a sus enemigos



Fuente: elojodigital.com

para que sepan que el odio seguirá destruyendo aunque ellos estén en la cárcel.. Ya lo había dicho Lenin: “el fin del terrorismo es atemorizar”. Así sucede con el terrorismo político y el terrorismo financiero.

Por eso más que al que pone las bombas, más que al soldado que dispara hay que temer a dos clases de individuos: los **sembradores de odio** ( los imanes en las madrasas, los etarras en las ikastolas, algunos periodistas y políticos en sus medios) y los **agitadores del miedo** ( las agencias Moody´s y Standard and Poors por ejemplo). Hay que desenmascarar a los sembradores de odio y a los agitadores del miedo. Son una mínima parte de la población que causa muerte y dolor a millones de personas.

El miedo es uno de los hilos que tejen la humanidad a través de los tiempos. La humanidad para protegerse de él ha hecho de todo: crear los estados, inventar y refugiarse en las religiones el miedo está en todas las religiones que protegen contra él- y utilizarlo para dominar a los demás. Ya Maquiavelo enseñó al Príncipe que debía valerse de él para gobernar: “ Debe en suma el Príncipe hacerse temer de modo que si no se granjea el amor logre al menos evitar el odio porque puede muy bien ser al mismo tiempo temido y no odiado.”

Introducir el miedo facilita el ejercicio del poder político. Kurt Goldstein escribió: “No existe mejor medio de esclavizar a la gente y de destruir la democracia que crear en las personas un estado de miedo”.

El miedo es la emoción política más potente y necesaria, la gran educadora de una humanidad poco fiable e indómita. El miedo de la vida diaria tiene una serie de hijos que lo acompañan y representan y que nos resultan familiares: la angustia, la ansiedad, el temor, el terror, el pánico, incluso la timidez, la fobia social... “El día en que yo nací mi madre parió dos gemelos: yo y mi miedo.” había dicho Tomás Hobbes.

Una de las fórmulas más refinadas de la maldad es “meter miedo”. Hay quien disfruta sádicamente metiendo miedo a los niños, aterrorizarlos con cuentos infantiles, con la oscuridad, etc. Y hay otros, los que llamamos **azuzadores del miedo** que se lo inoculan a los adultos con fines perversos. Y si ese miedo va acompañado de odio ya dijimos antes que era el cóctel explosivo de las emociones humanas más poderosas: miedo más odio es como goma dos. Podemos sentir miedo casi de todo y tendríamos que estudiar este mecanismo corruptor expansivo. Por eso el que provoca el miedo corrompe y debe ser tratado como un corruptor. Corrompe las relaciones, los sentimientos, las situaciones, la integridad, el yo. Por eso el miedo se expande como una enfermedad.



Fuente: asojodcr.blogspot.com

Ya la mera percepción de un peligro alerta y asusta al ser humano. Hacer sentir una amenaza real o imaginaria es la forma de intentar infundir miedo a alguien. “Contra lo oscuro fracasa el yo” había dicho Rilke. Y los miedos frecuentemente proceden de la oscuridad.

¿Qué provoca miedo? Un montón de cosas: la soledad, la barbarie, las catástrofes, el chantaje, la crueldad, el daño físico o psíquico, lo desconocido, lo imprevisto, las desgracias, el encarnizamiento, la enfermedad, lo espantoso, la ferocidad, el horror,

lo ignoto, lo incierto, la inclemencia, el infortunio, lo inhumano, la inmisericordia, la inseguridad, la intimidación, la locura, la mala suerte, la maldad, la monstruosidad, la perversidad, el sadismo, el salvajismo, lo terrible, la violencia...

Se dice que sería fácil buscar un medicamento que fuera eficaz contra el miedo; por ejemplo se sabe que la hormona antidiurética, la vasopresina es el mediador de la sensación de miedo y está en estudio un antagonista selectivo de la vasopresina que bloquea la sensación de miedo pero es posible que nunca se comercialice dada la misión que el miedo tiene en la especie humana como regulador del comportamiento. El hombre con miedo es más dócil, más dominable. Podríamos convertirnos en una comunidad de psicópatas si no fuera por el temor a las leyes, a la cárcel, a la ruina, a la guerra, a Dios, a la culpa, al desprestigio social. Ya lo decía Spinoza: "es terrible que las masas pierdan el miedo."

Hay una psicología evolutiva del miedo. Los miedos humanos a la separación de los padres y a los adultos extraños son comunes entre los 8 y los 22 meses. El miedo a los compañeros de la misma edad aparece algo más tarde. El miedo a los ojos que miran fijamente a los ojos es un fenómeno muy extendido en el reino animal. Probad a mirar fijamente a los ojos a un perro que os ladre furiosamente: lo intimidáis.. Hay miedos innatos. Cuando nuestra pareja nos abandona ello afecta a la base cerebral y biológica del amor, no sólo a los celos, no sólo a la autoestima. En la base biológica del amor se superponen y comunican dos circuitos cerebrales: el de la vasopresina/ocitocina ( la hormona del miedo y la del apego) y el de la dopamina, el neurotransmisor del placer y de la recompensa.

El desamor suele causar en uno de los "partenaires" unas ganas enormes de cortar la relación y en el otro un tremendo esfuerzo por evitarlo. El abandonado sufre un fuerte desamparo.

El desamor desentierra los miedos, el pánico que el niño tenía de sentirse abandonado por sus padres. El desamor se entiende biológicamente como desprecio y en la historia de la evolución el desprecio implicaba la expulsión de la cueva, de la caverna, es decir, la muerte segura.

Los primeros miedos se fijan en la amígdala y la amígdala es como los elefantes, no olvida nunca.

Hay dos patologías que se acusan ya mucho en este siglo y las estamos padeciendo a tope: **el terrorismo político y el financiero.**

El terrorismo es una de las formas de usar el miedo con fines políticos. El nombre proviene de la etapa jacobina de la

Revolución Francesa. Fue en ese caso un terrorismo de estado.

Para la Revolución Francesa el temor que sentía la víctima se consideraba señal de culpabilidad. "Cualquiera que tiemble en este tiempo es culpable", sentenciaba Robespierre y añadía: "mi corazón está exento de temor". El fin justificaba los medios, creencia que siempre anida en la cabeza del terrorista.

El odio existe en cada uno de nosotros. Nos asedia desde fuera y gruñe desde nuestros adentros, el odio nos habla cada día. El odio infunde y difunde odio. Las bombas humanas de los terroristas islamistas funcionan con odio. Un odio que ideólogos y religiosos lo visten de motivos, de justificaciones, de ideología, de pretextos. El odio es en suma el acto de conservar, alimentar o engordar una cólera, a base de contar o contarse historias horribles.

Esto que se hallaba suficientemente claro con el nazismo y el odio a los judíos y con el islamismo y su odio a Israelitas y occidentales lo estamos ahora experimentando con **el terrorismo financiero**. Recordemos que lo más aterrador de los nazis y de los terroristas suicidas es su total normalidad como han podido constatar psiquiatras y psicólogos que los examinaron. Los culpables eran los programas de odio: los terroristas y los torturadores no nacen, se hacen.

Uno de los pecados capitales de todos los tiempos, la **codicia**, el deseo ávido de poseer y el afán por conquistar y tener más poder son las causas de la grave crisis financiera que afecta al mundo y ahora singularmente a Europa,

Desde antiguo se asocia a la clase mercantil ( afán de beneficio) y a la clase financiera ( afán de usura ) con la **codicia y la avaricia**. Una de las formas más normales de la codicia y de la avaricia es la pasión por el dinero, el fetiche supremo que te da acceso a poseer todo o casi todo.

Los marxistas siempre han afirmado que todas las guerras se han emprendido por dinero. En esta guerra financiera se vuelve a utilizar la pasión del miedo para conseguir sus objetivos.

Empezaron a meternos miedo tras los atentados de las Torres Gemelas y los de los trenes de Madrid, continuaron con el deshielo de los polos, la peste aviar, las armas de destrucción masiva de Irak, la gripe A, los experimentos nucleares de Corea y de

Irán. No han parado de meternos miedo en todo lo que llevamos de siglo para tenernos asustados y paralizados pero el final ha sido esta crisis económica con las amenazas diarias de derrumbe financiero, de primas de riesgo, rescates financieros, etc.

Dijeron al empezar **la crisis económica** en EEUU: vamos a reformar el mercado- desregulado desde los tiempos de Reagan y la Thatcher- para que esto no vuelva a suceder pero el mercado los ha reformado a ellos, los gobernantes, que han ido cayendo uno a uno.

Como dice Vicente Verdú: “la crisis posee una personalidad y unas secretas inclinaciones que reproduce en todos sus términos la máquina perfecta para generar terror. No sólo las instituciones financieras se hallan contaminadas sin que se sepa el grado ni exactamente el por qué tras ingentes gastos para sanearlas, sino que además las mismas autoridades advierten que no pueden fiarse de aquellas agencias de calificación puesto que sus calificaciones se hallan también contaminadas y la contaminación, la basura, la toxicidad o la excrecencia no hacen sino formar parte de la materia económica como si efectivamente el mal hubiera penetrado tanto en su naturaleza que ha logrado transformarla en un nuevo factor a combatir.”

Sobre la garantía de las agencias de calificación se apoyaba la resistencia y la confianza del sistema. Pero si estos pilares vacilan carcomidos de mentiras, si las autoridades que debieran de saber de sus composiciones no logran determinar siquiera su grado de fiabilidad ¿qué cabe sino ponerse a temblar?

El pánico se halla en la fase especulativa y la fase de pánico forma parte de la dinámica de la especulación.

La gran crisis económica que estamos padeciendo deriva de la codicia de financieros sin escrúpulos. Las primeras páginas de los periódicos revelan políticos corruptos asociados a hombres de negocios que los sobornan. Las tres agencias de calificación más antiguas y poderosas ( Moody's, Standard and Poors, y Fitch) pueden hundir económicamente a países ( informes dudosos, tratos de favor, cifras alteradas). Cobran millones de dólares al año y han sido parte importante de la actual crisis financiera: el 92% de los productos financieros calificados por ellos de la máxima solvencia (AAA) en 2006 fueron degradados en pocas semanas a bonos basura. Millones de personas en el paro con el sufrimiento humano que conlleva, millones de empresas quebradas, pobreza, hambre, humillación, desesperanza, suicidio, una generación entera de jóvenes perdidos, el panorama es desolador.

En esta crisis, en esta Gran Recesión, los mercados han utilizado “ la economía del miedo”. Ahora, el miedo que siempre ha sido un fiel aliado del poder político y social ha abandonado los temores tradicionales- la muerte, la enfermedad, lo nuclear, las catástrofes naturales, el terrorismo- y se ha convertido en un miedo a la economía, a la pérdida de empleo, a la disolución del estado de bienestar, a la inseguridad económica, a convertirnos en los “nuevos pobres” como antes hubo “ los nuevos ricos”, al comedor de Cáritas y a la exclusión social. Han hecho nacer un nuevo miedo, **el pánico a los mercados** que están engullendo bienestar social, conquistas ciudadanas y “el derecho a tener derechos”.

Quieren que aceptemos el miedo y que nos rindamos. “Para quien tiene miedo todo son ruidos” dice Klima. El miedo que anida en el cerebro quebranta la resistencia, genera pánico, paraliza la disidencia. Resurge y se robustece así **la ideología del miedo**, el miedo como arma política y control social, el miedo como herramienta de destrucción masiva en la guerra de clases. Llega a través de sus transmisores, los **fabricantes de miedo**, que lo transmiten así a la bolsa, a la prima de riesgo y se difunde a través de los medios de comunicación y de internet a la sociedad.

Hay un nuevo poder fáctico. **la dictadura de los mercados** que tiende a reducir los beneficios sociales y las conquistas de la ciudadanía económica. Estas estructuras de poder no tienen rostro ni identidad, son invulnerables a los golpes y a las protestas. Su poder es omnipresente y no deja de crecer. Nos han inoculado miedo a que los hijos no encuentren trabajo por más que se preparen, miedo al ver cerrarse cada vez más tiendas en el barrio, miedo a no cobrar la pensión cuando nos jubilemos, miedo a perder el trabajo, miedo a comprar, miedo a vernos en la cola del paro, miedo a vernos entrar a un comedor social. Miedo al fin a que nuestros gobernantes ya no controlen nada y estemos sometidos a unas fuerzas que no vemos, el pánico a los mercados, el Estado ha pasado a ser un siervo más de la Economía, un servidor del club de los súper ricos.

Dos fantasmas, el de la economía del miedo y el de **la ideología del miedo** recorren el mundo hasta dejarnos sólo las migajas del bienestar, el mínimo para sobrevivir.

Los lobos hambrientos de dinero y de poder que han manejado a los mercados financieros y a los gobiernos han sabido crear un miedo nuevo, especial: el miedo a que la sociedad en la que vivimos, la Unión Europea y su moneda el euro se des-



Fuente: augustsson.net

plomen a causa de las turbulencias económicas, por tsunamis financieros creados artificialmente.

En el otro lado, en el del **terrorismo político** las cosas tampoco van mejor. Ha aparecido un nuevo tipo de terrorista al que ya se le conoce como el de **los lobos solitarios**, gente aislada, sujetos individuales que matan de una manera implacable y con gran sangre fría. Suelen ser gente que ha pasado su infancia y adolescencia en barrios marginales, aunque no siempre. Si son musulmanes, seguidores de la yihad islámica son en ocasiones inmigrantes que han pasado graves dificultades económicas y sociales y no se han integrado en el país receptor. Pasan desapercibidos entre la población porque no suelen dar problemas y se relacionan sólo lo imprescindible para no despertar sospechas.

De los profundos pantanos de las **ideologías que suscitan el odio contra otros, de sectas o religiones** que satanizan a las demás, de **criterios ideológicos ultras sobre nacionalismos, religión o política** surgen fanáticos intolerantes, radicales extremados que son letales lobos solitarios, asesinos. Suelen actuar en solitario e inesperadamente provocan una gran masacre en un **día de furia** o que concienzudamente elaboran un plan criminal para ir eliminando adversarios. Tienen una visión delirante del mundo y ellos actúan como redentores, como misioneros. Actúan en solitario o bajo el paraguas de una organización que a través de internet o de asociaciones ultra de todo tipo les nutren de informes llenos de odio. El ejemplo más claro y más reciente es el del ultraderechista noruego Andreas Behring Breivick que en julio de 2011 mató a 27 personas e hirió a muchas más luchando contra la islamización de Noruega.

Responsabilizaba al partido socialista noruego por permitirlo y por eso mató a veintisiete de sus cachorros, militantes de juventudes socialistas.

Las ideologías que tienen estos lobos solitarios son las más extremas, desquiciadas y milenarias. Hoy los lobos solitarios se alimentan de las mismas ideas que las manadas de células terroristas, comparten tecnologías y consignas a través del ciberespacio de internet, siguiendo las redes sociales. Al Qaeda por ejemplo sigue difundiendo por internet instrucciones que sirven para activar a estos lobos solitarios, incluso les dan formación en Pakistán o Afganistán. Y con los extremistas de extrema derecha con sus xenofobias y racismos pasa otro tanto.

Estos asesinos suelen ser considerados locos o semi-locos pero ellos están seguros de no serlo, de actuar en nombre de una causa justa y planifican y ejecutan muy racionalmente sus atentados comportándose con gran frialdad cuando son detenidos y rechazan que los tilden de locos. Son justicieros, misioneros, ellos lo tienen claro.

El autor de esta invención fue Alex Curtis en los años 90, fundador de una rama del Ku Klux Klan que propuso a los ultraderechistas norteamericanos una resistencia sin líderes, donde los individuos sustituyan a las organizaciones jerarquizadas, estructuradas y estables, que son mucho más detectables por la policía. Curtis los bautizó con el nombre de los lobos solitarios, pero a pesar de que el lobo solitario es un invento de la ultraderecha norteamericana, el conflicto árabeisraelí lo ha llevado también a judíos y palestinos y todos conocemos numerosos casos de terroristas solitarios con bombas pegadas a su cuerpo que se inmolan provocando matanzas en mezquitas, mercados y autobuses. Y ahora, debilitada Ad Qaeda tras la caída de Bin Laden están poniendo esta táctica al día porque las células son más detectables por la policía, exigen reuniones, visitas, escondrijos.

Prevenir la acción de estos asesinos redentores, misioneros, encargados por sus ideas fanáticas de una misión especial en la vida se está convirtiendo en la pesadilla de los servicios de inteligencia y policiales. Se ha puesto de moda el "alone wolf terrorism", el terrorismo de lobo solitario y se piensa que será el más extendido en los próximos años pues en los últimos diez años, entre 2000 y 2010 ha habido cuarenta acciones de este tipo: son sujetos con discurso político o religioso, **fanáticos** con un perfil individual de frustración, de rabia y de odio, con un cierto afán de notoriedad, son un poco o un mucho narcisistas, les gusta sentirse importantes. Esta es una parte llamativa de la patología social que estamos soportando, psiquiatras,

psicólogos y trabajadores de la salud mental no debemos quedarnos al margen de estos atentados contra la salud mental que también está globalizada. Lo único que parece claro es que la paz ni está ni se le espera. Cuando Nietzsche se preguntaba ¿qué es bueno? y él mismo se contestaba “ser valiente es bueno”, en estos tiempos de crisis no estamos hablando de que ayudemos a la obtención de brillantes resultados,” no estoy hablando de brillantes victorias “que diría Rilke. ¿Quién habla de victorias? Pero al menos que demos con la clave de que en estos momentos sobreponerse es todo.



Fuente: es.paperblog.com

Los FANATISMOS vuelven a ser importantes en nuestro tiempo, es como si volviéramos al siglo XI. Nuestra tarea no es perseguir fanáticos en Pakistán o Afganistán pero si saber cómo se hacen y cómo se evitan, son temas de Salud mental también, en unos casos más cerca de la Psicología y en otros más cerca de la Psiquiatría. La vieja lucha entre fanatismo y pragmatismo está presente. Los antídotos son la tolerancia, el mestizaje de razas y culturas, el diálogo, los acuerdos y el sentido del humor. El 11 de septiembre marcó la vuelta del fanatismo, un componente siempre presente en la naturaleza humana, un gen del mal.

Hay un trastorno mental, el llamado **Síndrome de Jerusalén**, que describe bien el premio Nóbel de Literatura israelí, **Amos Oz:** “**la gente llega, -a Jerusalén-inhala el nítido y maravilloso aire de la montaña y de repente se inflama y prende fuego a una mezquita, una iglesia, una sinagoga. O si no se quita la ropa, trepa una roca y comienza a profetizar.**”



Fuente: ramiropinto.es

El síndrome de Jerusalén es un arrebató místico en una persona ya poco estable. Jerusalén es la ciudad tres veces santa, uno de los puntos más calientes del mundo. Santuario de judíos, cristianos y musulmanes, un lugar donde se concentran la religión y el misticismo, donde sólo hace falta una chispa para que algunas personas fanáticas religiosas pierdan su equilibrio psíquico y se consideren el Mesías, un santo, un profeta o cualquier figura de alguna de las tres religiones monoteístas: judaísmo, cristianismo o islamismo. Para los musulmanes es la tercera ciudad religiosa más importante tras la Meca (adonde peregrinan) y Medina (la ciudad de Mahoma) ya que allí se encuentra la Cúpula de la Roca, una bella mezquita del siglo VII. Mahoma ascendió desde allí al cielo y en ese lugar Abraham estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac. En Jerusalén también se halla el Muro de las lamentaciones, el enclave más sagrado de los judíos, el último resto que queda del gran Templo de Salomón. Y también en Jerusalén se encuentra la Iglesia del Santo Sepulcro en el lugar (el Calvario, el Gólgota) en el que se cree que Jesús murió, fue crucificado y resucitó.. Esta ciudad, la capital de los **fanatismos**, se ha convertido en el lugar ideal para que centenares de personas cada año den rienda suelta a sus delirios mesiánicos. Concretamente parece ser que el Muro de las lamentaciones es el enclave en el que más personas llaman la atención afirmando que son el Mesías u otros enviados celestes.

Fair Bar El era en 1999 responsable del sistema de Salud Mental de Jerusalén. En aquel año afirmaba que por lo menos 40.000 peregrinos de los más de 40 millones de visitantes anuales necesitaban recibir atención psiquiátrica en Jerusalén por culpa del **Síndrome de Jerusalén**. Muchos de los peregrinos sólo tienen un cuadro histérico, otros una bouffé delirante, una psicosis aguda pero algunos amenazan con



suicidarse o lo hacen, otros intentan atacar los lugares sagrados, agraden a la policía... El síndrome lo describió este psiquiatra Fair Bar El: primero el paciente sufre una gran ansiedad; luego experimenta una necesidad de pasear en solitario por la ciudad. El siguiente paso consiste en una serie de rituales de purificación como ponerse ropa blanca o cortarse las uñas. Luego empieza a cantar salmos de la biblia y se dedica a recorrer los lugares santos de la ciudad y finalmente acaba dando sermones públicos.

Los Grandes Manipuladores consiguen ciudadanos aterrorizados y fanáticos. Ser psiquiatra implica no sólo saberse el DSM-IV y dominar el arte de usar los psicofármacos con el mayor rigor científico posible. Ser trabajador de la Salud Mental significa también atisbar, denunciar, apoyar, tomar partido, no somos ciudadanos neutros ni neutrales, somos expertos en salud mental, estamos con los más oprimidos, el eslabón más débil del sistema, los enfermos mentales y con sus familiares que soportan una tan pesada carga. Y por eso debemos estar enfrente de los que atentan contra la Salud Mental de la población y denunciar cómo manipulan las emociones más básicas del ser humano para conseguir satisfacer sus pasiones de poder y de codicia. De ahí, no nos moverán, promover la Salud Mental sí se puede y no sólo se puede, si se puede se debe. Se puede ser patriota de muchas maneras y hay que ayudar a que nuestro sistema de gobierno, la democracia, no fracase. Y un sistema fracasa si no puede asegurar el bienestar de sus ciudadanos, si los hijos no pueden vivir mejor que sus padres y se rompe la cadena del progreso con retrocesos injustos. Un sistema yerra si no confluye en el pleno empleo el aumento de la capacidad adquisitiva de la mayoría, el cuidado del medio ambiente y la protección de las minorías por parte de la mayoría. Este golpe de estado de la economía sobre la democracia no puede tolerarse y que los causantes de la crisis nos pongan las condiciones esclavizantes para salvarnos, menos. Nosotros, psiquiatras y psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas en nombre de la salud mental no podemos contribuir a esto con nuestro silencio, el silencio de las víctimas, "el silencio de los corderos".

Hay que luchar contra el miedo, hay que perder el miedo al miedo, que es paralizante, que acaba implicando sumisión. Pensemos en lo que dijo Churchill cerca del final de su mandato: "Me he pasado más de la mitad de mi vida temiendo que pasaran cosas que jamás llegaron a ocurrir.". No hay que retroceder no hay que arrodillarse, tenemos el derecho a seguir teniendo derechos.

Muchas gracias.

debemos estar enfrente  
de los que atentan  
contra la Salud Mental  
de la población y denunciar  
cómo manipulan las emociones  
más básicas del ser humano  
para conseguir satisfacer  
sus pasiones de poder  
y de codicia

## ¿SIGUE SIENDO NECESARIO INCLUIR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD MENTAL Y EN DERECHOS HUMANOS? A PROPÓSITO DE LAS CONSIDERACIONES DESPECTIVAS SOBRE LA LLAMADA “IDEOLOGÍA DE GÉNERO”<sup>(1)</sup>

**Cristina Polo Usaola**

*Psiquiatra. Servicios Salud Mental de Hortaleza*



Fuente: centropieper.blogspot.com

**Resumen:** Aunque es evidente que en las últimas décadas la perspectiva de género se ha ido incluyendo en la mayoría de las disciplinas, incluyendo la Salud Mental, en los últimos años se está desarrollando una crítica creciente desde diferentes sectores a la llamada “ideología de género”. Estas críticas pueden ser una amenaza para cambios que se presuponían consolidados en nuestro medio. Reflexionamos en este artículo algunas influencias de estos cambios en el campo de la Salud Mental y de los Derechos Humanos.

Mientras estaba preparando este artículo dudé la pertinencia de poner en interrogación el título, pensando que la respuesta afirmativa era evidente. Mi impresión era que la mayoría de profesionales coincidiríamos en responder positivamente a esta pregunta, y que podría ser más interesante, en este momento, centrar la reflexión en la forma de incluir esta perspectiva adaptando los cambios políticos y sociales. Sin embargo, después de traer a la memoria conversaciones, lecturas y comentarios en foros de distintos medios, me planteé que quizá la concordancia que yo esperaba inicialmente en la respuesta pudiera no ser tan unánime.

Así, observo que en los últimos años estamos asistiendo a un aumento de opiniones muy críticas con políticas realizadas en el terreno de la igualdad de género que, entre otros factores, argumentan que la igualdad real está conseguida y presentan a los hombres como víctimas de estas políticas. (Incluso está siendo cada vez más escuchado o leído el apelativo “feminazi” para referirse a las personas que defienden la perspectiva de género o a las políticas que la postulan). Estas críticas se están realizando desde sectores muy distintos; por ejemplo, recientemente el Consejo Pontificio para la Familia del Vaticano señalaba que *“el desafío más peligroso (para la familia) viene de la ideología de género nacida en los ambientes feministas y homosexuales anglosajones y ya difusa ampliamente en el mundo”*. (1) El Congreso Mundial de Familias celebrado en Madrid en mayo de 2012 también denunció abiertamente la ideología de género. (2) Otros ejemplos podemos encontrarlos en libros recientemente publicados (*“La ideología de género: apariencia y realidad”* en el que participan profesionales universitarios de distintas disciplinas; *“La dictadura de género. Una amenaza contra la justicia y la igualdad”*.)<sup>(2)</sup>

Por parte de algunos autores se denomina “posmachismo” a nuevas posiciones que aparentemente muestran distancia con las posturas clásicas del patriarcado en cuanto a la defensa explícita de los valores masculinos, pero que critican que en este momento se hable de desigualdad real (3). Algunos ejemplos que podrían englobarse en este concepto los encontramos en la conceptualización del llamado “Síndrome de Alienación Parental”, sobre el cual el Consejo General de Poder Judicial en su

1) Una versión breve de este artículo fue presentada en el XXV Congreso de la AEN. Tenerife, junio 2012.

2) Pueden observarse referencias más amplias en este aspecto en: <http://colectivonovecento.org/2012/12/04/la-ideologia-de-genero-solo-una-alusion-despectiva-22/>.

Informe sobre los problemas técnicos en la aplicación de la ley de violencia de género (enero 2011) advierte: “*Se constata la presencia en el ámbito de la Administración de Justicia de lo que se ha dado en llamar SAP ... que ha irrumpido pese a carecer de bases científicas que lo avalen. ... Pese que aparenta no tener sesgo de género, el constructo corresponde a una de tantas acciones que surgen en la sociedad para frenar el avance en la efectividad de los derechos de las mujeres*”(4).

Otro ejemplo lo encontramos en la argumentación que se realiza desde distintos sectores, aunque sin publicar datos contrastados, de la alta frecuencia de denuncias falsas realizadas por las mujeres hacia sus parejas o exparejas desde que entró en vigor la Ley Orgánica contra Violencia de género. Frente a estas críticas, el informe de la memoria de la Fiscalía General del Estado de 2011 expuso que durante 2010, las posibles acusaciones y denuncias falsas comprendieron el 0,01 por 100 (5). También han sido criticadas las líneas que se han desarrollado en los últimos años en ciencias de la salud que insisten en la necesidad de introducir la perspectiva de género. Por ejemplo, en los últimos años numerosos estudios han mostrado que la actitud de los médicos/as difería según el sexo del paciente y ante los mismos síntomas se prescribían más ansiolíticos a mujeres que a hombres, mientras que a éstos se les realizaban más pruebas diagnóstica (6).

Para centrar la reflexión voy a usar el ejemplo de la violencia de género, ya que creo que ha sido una de las situaciones que más intensamente ha propiciado el debate sobre la necesidad de incluir la perspectiva de género, tanto en el campo de los Derechos Humanos como en el de la Salud Mental. Me centraré en analizar desde mi experiencia cual ha sido la evolución en la forma de entender la violencia de género. Después mencionaré ejemplos de algunos debates que se han producido al introducir la perspectiva de género en el campo del derecho internacional de los Derechos Humanos.



21generismo.blogspot.com

### ¿ESTÁ EN RIESGO LA CONSIDERACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO UN GRAVE PROBLEMA SOCIAL?

Con respecto a la visibilización de la violencia de género, para entender el paso de la misma desde una cuestión privada a un problema social es imprescindible analizar el papel desempeñado por el movimiento feminista. Bosch y Ferrer (7) siguiendo a Sullivan y col. (8) cuando afirma que “*existe un problema social cuando un grupo de influencia es consciente de una condición social que afecta sus valores y que puede ser remediada mediante una acción colectiva*”, refieren que para definir un problema como social es necesaria la existencia de un amplio consenso. Aunque alcanzar la evidencia de este consenso es difícil, los datos estadísticos sobre la opinión de la población pueden ser una herramienta útil, aunque no exenta de críticas. En este proceso los medios de comunicación juegan un papel fundamental. Es además prioritaria la identificación de los grupos sociales que definen la existencia de tal problema, los valores implicados en cada grupo y la detección de los auténticos fines que persiguen (las autoras refieren que estos fines pueden estar encubiertos). Así, la manera en que una situación queda definida como problema social está estrechamente ligada a la intervención del poder, la representación y la manipulación.

En el caso de la violencia contra las mujeres, los grupos feministas que comenzaron en los años 60 visibilizando la situación en entornos próximos, consiguieron a partir de los años 80 presionar a sus gobiernos lo que permitió la creación de recursos de atención a las víctimas y declaraciones y reformas legislativas múltiples a nivel nacional e internacional. (Destacamos como ejemplo concreto el que en 1993 la ONU en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena se señalara la violencia específica contra la mujer como un atentado a los Derechos Humanos y que en 1996 la OMS lo considerara un problema de Salud Pública) (9)(10).

Como señalamos antes, parece evidente que un problema social sólo lo es si la opinión pública lo considera como tal, y en este proceso los medios de comunicación juegan un papel determinante. Centrándonos en España, un acontecimiento que cambió de forma cuantitativa y cualitativa el tratamiento mediático fue el asesinato de Ana Orantes en diciembre de 1997 a manos de su exmarido tras hacer pública en televisión la situación de violencia por parte de él. Se ha señalado que a partir de aquel momento, la violencia contra las mujeres pasó a ocupar espacios más relevantes tanto en cuanto a su presencia y ubicación en los medios de comunicación como en las agendas de políticos de nuestro país (7).

En los años sucesivos comenzaron de forma progresiva a desarrollarse Guías con recomendaciones de buenas prácticas y protocolos en todas las Comunidades Autónomas de España, así como publicaciones de estudios de incidencia y prevalencia en Atención Primaria, Atención Especializada y Salud Mental. (En general los resultados de estos estudios muestran porcentajes muy altos de este tipo de violencia; por ejemplo, estudios multicéntricos realizados en Atención Primaria muestran que casi un 25% de las mujeres entrevistadas refirieron haber sido maltratadas por su pareja alguna vez en la vida)(11)

El proyecto global de abordar la violencia de género desde distintas administraciones a partir de la Ley 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género también supuso el comienzo de la formación a profesionales sanitarios de todas las especialidades, aunque la implantación de estos programas formativos tuvo características distintas en cada comunidad autónoma (12)

Centrándonos en el ámbito de la Salud Mental hay ejemplos recientes que muestran que sigue siendo necesaria la formación en este campo. Así, en una encuesta realizada en 322 profesionales de Salud Mental en Baleares se encontró que para un 19% de participantes la violencia de género no se consideró

un problema de salud. Un 8,3% de psiquiatras varones lo consideraban poco o nada importante y un 37% referían no conocer ningún caso en su experiencia profesional (13). Otro estudio observacional con una muestra de 614 historias clínicas del Servicio Murciano de Salud Mental muestra que el 24% de las mujeres relataban de forma espontánea haber sufrido algún tipo de maltrato por su pareja a lo largo de su vida; sin embargo, como no se preguntaba específicamente por la violencia, se observó que transcurría un intervalo medio de 10 sesiones (16 meses) hasta que la paciente lo relataba (14)

También sigue cuestionándose por parte de numerosos/as profesionales la propia pertinencia de usar el término violencia de género. Así, es frecuente que cuando hablamos del tema se haga referencia a que está sobredimensionado y se cuestione que no se hable de violencia contra los hombres o se afirme que esta violencia es similar a otras en las que hay diferencias de poder. Evidentemente la violencia contra las mujeres no es la única forma de violencia interpersonal y no siempre que se ejerce violencia contra la mujer puede definirse como violencia de género, sin embargo, la naturalización y legitimación de la desigualdad histórica y antropológica entre hombres y mujeres que también han impregnado nuestra disciplina, hacen que sea necesario singularizar la violencia de género o violencia patriarcal.

En relación al trabajo clínico, creo que los y las profesionales hemos sufrido un proceso evolutivo en relación con este tema. Desde los primeros momentos de optimismo tras observar que era posible (si lo incorporábamos a nuestra tarea) detectar y visibilizar, nos hemos ido encontrando con numerosas dificultades asociadas a la intervención. Por ejemplo, en la terapia de grupo que llevamos realizando desde hace varios años en un Centro de Salud Mental con mujeres víctimas de violencia de género con secuelas psicopatológicas graves observamos que, en general, las mujeres mejoran su sensación subjetiva de bienestar y autoconocimiento con la asistencia al grupo presentando, sin embargo, gran dificultad para romper las relaciones de abuso. Hemos detectado asimismo reproducción de patrones marcadamente desiguales en parejas jóvenes, frecuentemente con el argumento del "amor" como excusa para el mantenimiento de situaciones abusivas. Todo ello produce la revisión continua de nuestras intervenciones y el cuestionamiento de esquemas con los que trabajábamos al principio. Además, se hace necesaria la evaluación de efectos y sentimientos provocados y la formación continua y supervisión al respecto.

Nuestra experiencia también nos ha hecho pensar que en los primeros años no trabajamos suficientemente con las mujeres

la necesidad de que tomaran conciencia de la responsabilidad subjetiva de las decisiones que iban tomando en su proceso, sin delegar la misma en las profesionales ni en otras compañeras del grupo. Hay que tener en cuenta que ser testigo de situaciones de violencia (como nos ocurre a profesionales que trabajamos en este campo) lleva a que con frecuencia nos sobreidentifiquemos con la indefensión de las mujeres y esto sea una limitación en la intervención.



Fuente: ei.posgrado.uclm.es

Otros cambios que han influido en nuestra intervención han estado mediados por los mensajes que hemos ido recibiendo de instituciones legales y judiciales. Al principio las instrucciones que recibíamos los/las profesionales sanitarios nos alentaban a hacer partes de lesiones detallados y recomendaban animar a las mujeres a denunciar, algo que no ocurre en este momento.

Retomando la idea que señalamos al principio de la importancia que tiene que los grupos de poder reconozcan una circunstancia como de suficiente entidad para que pueda convertirse en problema social, creo que está en riesgo que la violencia contra las mujeres continúe siendo un problema social de primera magnitud. ¿Sigue siendo para la población una situación importante? Los datos del barómetro del CIS que evalúan los tres principales problemas que más preocupan a la sociedad española muestran porcentajes muy bajos, así en enero del 2012 la violencia de género figuraba como uno de los tres problemas que más preocupaba sólo para un 1,3% de la población (15) Con respecto a si las instituciones están dispuestas a dar un trato prioritario a la desigualdad de género y a la violencia, los presupuestos del Estado del 2012 han mostrado una disminución de un 24% en políticas de Igualdad y un 7% menos en políticas contra la violencia de género (16). Como punto positivo reciente en nuestro ámbito figuran estudios que incluyen a mujeres con trastorno mental grave (17).

#### ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS DERECHOS HUMANOS.

Aunque la noción misma de derechos humanos implica una aplicación universal, desde el movimiento feminista se ha criticado al desarrollo del Derecho Internacional de Derechos Humanos tener una visión androcéntrica que no incorporó inicialmente las discriminaciones a los derechos humanos relacionados con ser mujer. Aplicar una perspectiva de género en este campo implica reconocer que las violaciones de derechos humanos tienen diferentes causas, consecuencias e impacto en relación con ser hombre y mujer y con las construcciones sociales asociadas a serlo. Además, permite reconocer que hay derechos humanos quebrantados específicamente por el hecho de ser mujer; por ejemplo, diferentes tipos de violencia sexual en situaciones de guerra donde el cuerpo de las mujeres es considerado como un botín de guerra, como un arma táctica para intimidar a la población, para castigar a las mujeres y simpatizantes del enemigo o un medio para humillar a la otra parte (18).



Fuente: fepsu.es

Como ejemplo de lo que estamos hablando voy a citar tres documentos que reflexionan sobre la necesidad y la dificultad de incorporar la perspectiva de género en derechos humanos: El primero señala la necesidad de incorporar esta perspectiva en las

Comisiones de Verdad y Reparación (19), el otro versa sobre Género y Tortura (20) y el último sobre perspectiva de género en los Centros de Internamiento de Extranjeros (CIES) (21).



Fuente: mujeresporlademocracia.blogspot.com

En relación al primero recordaré que las Comisiones de Verdad son organismos de investigación que actúan en situaciones masivas de violaciones de derechos humanos. Generalmente el mandato de las Comisiones de Verdad ha sido establecido sin diferenciar los hechos según fueran hombres o mujeres las personas implicadas. En Perú se creó una comisión en 2001 para investigar violaciones de los derechos humanos ocurridas entre mayo de 1980 y noviembre del 2000 a cargo de Sendero Luminoso, el movimiento revolucionario Tupac Amaru y el estado peruano. Esta comisión observó que mientras los hombres contaban lo que les había sucedido en primera persona, las mujeres recordaban la historia de sus familiares antes que la suya propia, asumiendo un rol de testigos antes que de protagonistas principales. Sus reclamos de justicia se limitaban a conocer el paradero de sus familiares y sus demandas de reparación tenían que ver con mejores condiciones de vida para sus hijos y/o esposos. Las mujeres no reconocían las violaciones a sus derechos humanos como fundamentales. Cuando se trataba de casos de violencia sexual, era mucho más difícil que las mujeres contaran los hechos (19). En últimos años se están creando en las comisiones de verdad y reparación estrategias de acción para trabajar e incorporar una perspectiva de género y recuperar las historias de las mujeres.

Sobre la necesidad de incluir una perspectiva de género en el concepto de tortura y en los informes relacionados, un reciente informe de Amnistía Internacional (20) señala que *“la noción tradicional y más extendida de tortura niega la protección a las numerosas formas de dolor graves infligidos deliberadamente a otras personas en diferentes contextos –a menudo, mujeres y miembros de grupos marginados– que se producen con la connivencia del Estado o como afirmación de su poder y control”*. Así, no se reconoce como tortura la violencia intrafamiliar, la llamada violación “correctiva” de lesbianas, la violencia por honor, la trata de mujeres, violencia contra lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero, mutilación genital femenina, violación y negación de los derechos reproductivos (esterilización mediante coacción a personas en situación de vulnerabilidad).

Según este informe, no se trata de cambiar la definición de tortura, sino de reconocer que algunos daños que entran dentro de ella no siempre se han considerado responsabilidad del Estado (quizá porque estaban naturalizados o legitimados por el orden social como ha pasado con la violencia contra las mujeres en el ámbito de la pareja). También se hace hincapié en que a la hora de tratar de reparar el daño, hay que considerar las necesidades específicas de las personas sobrevivientes de esos grupos: *“las formas tradicionales de reparación pueden no ser suficientes cuando el devolver a la persona a la situación en la que se encontraba la vuelve a colocar en la misma situación permitió que fuera torturada”*.

Entre algunos ejemplos señalados en el informe figuran como el hecho de procesar los actos de violación como delitos de tortura aporta importantes beneficios. Así, teniendo en cuenta que siguen existiendo supuestos estereotipados sobre la violación, en los juicios, los abogados defensores y los acusados alegan que la víctima dio

no se trata de cambiar  
la definición de tortura,  
sino de reconocer que algunos  
daños que entran dentro  
de ella no siempre se han  
considerado responsabilidad  
del Estado

su consentimiento y, para ello, utilizan métodos como la presentación de los antecedentes sexuales de la víctima. Si en situaciones de conflicto se formulan cargos de violación pero no de tortura, se devolverán los delitos al ámbito privado; sin embargo, en un procesamiento por tortura, no se investiga el consentimiento. Por ejemplo, en relación al elevado número de asesinatos y desapariciones de mujeres y niñas en Ciudad Juárez, se ha criticado a la mayoría de los juristas por no haber calificado como tortura las acciones perpetradas contra las víctimas a pesar de que había indicios de que agentes estatales no ejercieron la diligencia debida para prevenir, investigar y castigar esos actos. En relación a la mutilación genital femenina el informe señala que el hecho de que se considerara tortura podría facilitar aplicar medidas de prevención, acceso a atención médica y solicitud de asilo internacional; sin embargo, por otro lado podría reforzar en el contexto europeo estereotipos xenófobos y antimigrantes.

Por último, citaré un informe reciente de Women's link a partir de un trabajo de investigación realizado entre los años 2010 y 2012 en los centros de internamiento de extranjeros (CIE) para estudiar si existía en los mismos vulneración específicas de género. En dicho informe se encontraron varias situaciones discriminatorias específicas hacia las mujeres, como, por ejemplo disfrutar de un menor tiempo de recreo en el patio que el de sus compañeros varones, menores y más deficientes espacios comunes y de ocio y mayor responsabilidad en tareas de limpieza, entre otras. Tampoco se tomaron en cuenta las necesidades concretas de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva (21).

Quiero concluir insistiendo en la necesidad de que inclusión de la perspectiva de género siga considerándose imprescindible en todas las disciplinas. Esta inclusión supone una revisión permanente del cambio de las representaciones sociales asociadas a los dos sexos y los factores de vulnerabilidad asociados al género que producen desigualdades en el estado de salud y derechos humanos.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Consejo pontificio para la familia. Conferencia del cardenal Ennio Antonelli, presidente del consejo pontificio para la familia. 17 de septiembre de 2009. Disponible en: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/pontifical\\_councils/family/documents/rc\\_pc\\_family\\_doc\\_20090917\\_scuola-umanita\\_sp.html](http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/family/documents/rc_pc_family_doc_20090917_scuola-umanita_sp.html)
- (2) Congreso Mundial de las familias. Madrid, mayo del 2012. Disponible en: <http://congresomundial.es/el-wcf-vi-madrid/declaracion-de-madrid/>
- (3) Lorente Acosta M. Los nuevos hombres nuevos. Los miedos de siempre en tiempos de igualdad. Destino. Barcelona, 2009.
- (4) Informe del Grupo de Expertos y Expertas en Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial acerca de los problemas técnicos detectados en la aplicación de la Ley Orgánica 1/2004. Disponible en: [http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia\\_domestica\\_y\\_de\\_genero/Grupos\\_de\\_expertos/Informe\\_del\\_grupo\\_de\\_expertos\\_y\\_expertas\\_en\\_violencia\\_domestica\\_y\\_de\\_genero\\_del\\_consejo\\_general\\_del\\_poder\\_judicial\\_acerca\\_de\\_los\\_problemas\\_tecnicos\\_detectados\\_en\\_la\\_aplicacion\\_de\\_la\\_ley\\_organica\\_1\\_2004](http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia_domestica_y_de_genero/Grupos_de_expertos/Informe_del_grupo_de_expertos_y_expertas_en_violencia_domestica_y_de_genero_del_consejo_general_del_poder_judicial_acerca_de_los_problemas_tecnicos_detectados_en_la_aplicacion_de_la_ley_organica_1_2004)
- (5) Informe Fiscalía General del Estado 2011. Disponible en: <http://www.fiscal.es/cs/Satellite?c=Page&cid=1242052134611&language=es&pagename=PFiscal/Page/FGEmemorias&selAnio=2011>
- (6) -Márquez I., Poo M., Romo N., Meneses C., Gil E., Vega. Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2004; 91, 37-61.
- (7) Ferrer Pérez V., Bosch Fiol E. El papel del movimiento feminista en la consideración social de la violencia de contra las mujeres: el caso de España. Revista de Estudios Feministas Labrys. Nº 10 Dossier España. Disponible en : <http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys10/sumariospanha.htm>
- (8) Sullivan T., Thompson, K., Wright, R., Gross, G. y Spady, D. 1980. Social problems: Divergent perspectives. New York: John Wiley and Sons Publishers.
- (9) ONU. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Disponible en: <http://www.nodo50.org/mujeresred/violencia-dec-ONU.html>
- (10) OMS. Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. WHA 49.25. Prevención De La Violencia Una Prioridad En Salud Pública. Ginebra 1996.
- (11) Ruiz Pérez, Isabel. Gaceta Sanitaria 2010;24(2):128-135
- (12) Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
- (13) Evaluación de la atención sanitaria especializada en Baleares ante la violencia de género. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Sanit i Consum, 2010. Disponible en: [http://www.aen.es/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=424](http://www.aen.es/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=424)
- (14) Guía práctica clínica. Actuación en Salud Mental de mujeres maltratadas por su pareja. Servicio Murciano de Salud, 2011. Disponible en: [www.murciasalud.es/archivo.php?id=211576](http://www.murciasalud.es/archivo.php?id=211576)
- (15) Centro de Investigaciones Sociológicas. Estudio 1927. Disponible en: [http://datos.cis.es/pdf/Es2927mar\\_A.pdf](http://datos.cis.es/pdf/Es2927mar_A.pdf)
- (16) Boletín Oficial del Estado. 29 de Junio del 2012. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/06/30/pdfs/BOE-A-2012-8745.pdf>
- (17) González Cases J. Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá. Madrid, 2011
- (18) Facio Alda. Los derechos Humanos desde una perspectiva de género y las políticas públicas 2003; 3(1): 15-26. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18330102>
- (19) Mantilla Julissa. Incorporación de la perspectiva de género en testimonios para el litigio a nivel nacional, internacional y de las comisiones de la verdad. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Costa Rica. Mimeo. 2006. Disponible en: [www.psicosocial.net/.../255](http://www.psicosocial.net/.../255)
- (20) Amnistía Internacional. Género y Tortura. Londres, 2011
- (21) Mujeres en los CIE. Realidades entre rejas. Women's Link WorldWide, 2012. Disponible en: [http://www.womenslinkworldwide.org/wlw/new.php?modo=detalle\\_proyectos&dc=57](http://www.womenslinkworldwide.org/wlw/new.php?modo=detalle_proyectos&dc=57)

## OBLIGACIONES EN UN CONTEXTO DE DERECHOS\*

Onésimo González Álvarez  
Grupo de trabajo “Ética y Legislación” A.E.N.  
onesimogonzalezalvarez@gmail.com

*“Aportación a la mesa... “Iguales... pero diferentes”. III Jornadas de Derechos Humanos y Salud Mental de la A.E.N. Bilbao, 20 – 22 de octubre de 2011)*



Fuente: radioycomunicacionindigena.blogspot.com

### INTRODUCCIÓN

No intervengo en estas JORNADAS a título personal, sino como miembro del grupo ÉTICA y LEGISLACIÓN <sup>1</sup>, que fue invitado a participar por la COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS. A unos y otros agradezco mi presencia aquí, tanto por los contenidos que se van a debatir, de lo que me vengo ocupando durante decenios, como por brindarme la oportunidad de “volver a casa” ya que, como alguno de Uds. sabe, fui vecino de Santurce entre los años 1952 y 1972, alumno de la escuela pública “Las Viñas” de esa localidad (entonces se llamada Grupo Escolar Primo de Rivera), alumno del Instituto de Enseñanza Media de Bilbao (cuando empecé el bachiller solo había uno, el de Ldo. Poza), estudiante de medicina en Valladolid, a cuyo Distrito Universitario pertenecíamos (no había Universidad Pública ni Facultad de Medicina en Bilbao) y por último, mi primer desempeño profesional fue como médico becario interno del Instituto de Especialidades Médicas Gregorio de la Revilla, en el Hospital de Basurto... De todo ello se deriva el punto emotivo que pueden advertir en mi parlamento.

Nos ha parecido oportuno hablar de obligaciones debido a la excesiva mención y reivindicación de derechos, que no caben los unos sin las otras, supuesto mutuo, par dialéctico como el constituido por la libertad y la responsabilidad, condición, “razón intrínseca” <sup>2</sup>, la segunda de la primera.

En primer lugar hablaré de las obligaciones “de otros” respecto a los enfermos mentales en tanto que titulares de derechos, de los denominados “no activos”, el principal de los cuales es el derecho a la asistencia. En segundo lugar me referiré a las obligaciones de los enfermos mentales en relación con los “derechos activos”, principalmente el derecho a la libertad; es decir, hablaré de su responsabilidad.

2. En nuestro Código Penal, entre los años 1848 y 1983 los enfermos mentales estaban expresamente equiparados a los animales feroces ó dañinos <sup>3</sup>, el mismo Código que hasta la última fecha no contempla otra medida de seguridad que no sea el internamiento “en uno de los hospitales destinados a los enfermos de aquella clase”, cuando hubiere cometido un delito de cuya responsabilidad hubiese sido declarado exento, por enajenación o por trastorno mental transitorio. En muchos casos dicho internamiento carecía de revisión y de límites <sup>4</sup>. La Ley de Peligrosidad, heredera de la de vagos y maleantes permitía privaciones de libertad predelictuales, y según el Decreto de 1931 cabían privaciones de libertad sin ninguna clase de garantía jurídica,

- 1) El Grupo de Ética y Legislación de la A.E.N. de alguna manera continúa las tareas y actividades de la Comisión de Legislación, constituida a finales de los años 70. Hay amplia información sobre la misma en el Cuaderno Técnico Nº 3 (La A.E.N. y la situación jurídica de los enfermos mentales) que incluye un amplio dossier documental. Véase también artículo editorial del nº 72 de la Revista, así como el editorial y el informe sobre el T.A.I. del nº 92. Otros informes del Grupo, en la pág. Web de la Asociación.
- 2) La noción “razón intrínseca” la he tomado de Eugenio Tρίας.
- 3) Art. 485 en 1848. Art. 580 hasta la Ley 8/83. “serán castigados con las penas de multa de 250 a 2.500 pts. Y represión privada: 1º. Los encargados de la guarda y custodia de un enajenado que lo dejasen vagar por las calles o sitios públicos sin la debida vigilancia. 2º. Los dueños de animales feroces o dañinos que los dejaren sueltos o en disposición de causar mal.”
- 4) En este punto de los límites y la revisión de estos internamientos me parece muy oportuna la lectura de la Sentencia del Tribunal Constitucional de 8 de Junio de 1988,



hecho calificado de pavoroso por el entonces magistrado D. Juan Alberto Belloch Julve<sup>65</sup> (nos referimos a los ingresos psiquiátricos por indicación médica y a los producidos por orden gubernativa).

Esta deshumanización del enfermo mental era el camino que conducía a su muerte, primero simbólica (encierro, negación del valor de su palabra) y después física como el exterminio de las “decenas de vidas que no merecen ser vividas” efectuado en la Alemania nazi, con la colaboración activa de la profesión y de la academia (cobraban por ello<sup>66</sup>). Vemos que se ha olvidado la indicación de Chiarugi de finales del S. XVIII: “...es un deber moral supremo, así como una obligación médica respetar al demente como persona” y en ningún momento se ha considerado que, como dice R. Bercovitz “...el enfermo mental es en primer lugar un ciudadano, en segundo lugar un ciudadano enfermo y en tercer lugar un ciudadano afectado por una enfermedad peculiar”<sup>67</sup>. El magistrado Jesús Fernández Entralgo precisa que, además de un ser humano titular de derechos, el enfermo mental es también, en mayor o menor medida centro de imputación de responsabilidades<sup>68</sup>. En los enfermos mentales, como en otros estigmatizados (negros, sudacas, maquetos) a partir de la etiqueta o del defecto original se amplían las imperfecciones hasta limitar e incluso anular su condición humana<sup>69</sup>, de modo que el calificado como enfermo mental es todo “el loco, solo loco, siempre loco, lo que significa ser peligroso, incapaz e irresponsable”<sup>70</sup>.

La promulgación de la Constitución de 1978 reconoce la condición de ciudadanos de los enfermos mentales así como su derecho a la asistencia sanitaria, como el resto de los ciudadanos y, en su caso, a una protección especial (art. 49). Los cambios legislativos posteriores equiparan expresamente (“total equiparación”) a los enfermos mentales, integrando su asistencia (“plena integración”) en el sistema general de atención sanitaria, como dice el artículo 20 de la Ley 14/86 General de Sanidad. La L.I.S.M.I (Ley 13/82) desarrolla el artículo 49 C.E. sin discriminación respecto a otros minusválidos en los casos en que la discapacidad estuviese motivada por enfermedad mental.

Los desarrollos legislativos más recientes, como la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (apartado relativo a prestaciones) y el R.D. de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (R.D. 1030/2006 de 15 de Sep., anexos II-8 y III-7) desarrollan y concretan el mandato equiparador e integrador, que se mantiene en la Ley 41/2002 de autonomía del paciente.

El 763 de la L.E.C. (antes el 211 del Código Civil) no son un sistema de internamiento judicial, sino un sistema de control judicial de internamientos por indicación y motivo médico, es decir, una norma garantista del derecho a la libertad.

La derogación de la Ley de Peligrosidad Social y el abanico de medidas de seguridad privativas y no privativas de libertad que contempla el Código Penal de 1995 completan la recuperación de la condición humana del enfermo mental en la letra de la ley hasta el punto que J.M. Bertolote, entonces responsable de Trastornos Mentales y Cerebrales de la O.M.S., en declaraciones al diario El País el 8 Noviembre de 2005 dijo “...España es el país más avanzado en materia de protección de los derechos del enfermo mental y así lo destaco en todas las conferencias que doy por el mundo” “...Otra cosa es su cumplimiento en la vida real”.

En este punto el incumplimiento de las obligaciones “de otros” del derecho a la asistencia de los enfermos mentales, claramente establecido en las leyes y decretos:

Por una parte, las administraciones sanitarias, principalmente las autonómicas, donde está transferida la gestión de los servicios sanitarios, pero no solo ellas, ya que tanto el Ministerio como el Consejo Interterritorial se han mostrado incapaces de imponer el cumplimiento de normas y garantías que conciernen a todos los españoles, independientemente de su comunidad de residencia.

A pesar del carácter “adelantado” y supuestamente “avanzado” de la reforma andaluza (iniciada en 1984), el Defensor del Pueblo de dicha comunidad decía en 2006 “...para mí, el problema más grande que he tenido aquí es el de los enfermos mentales...cada día es un colectivo más grande. No me gusta dar un discurso catastrofista, pero en la reforma psiquiátrica se cometió el gran error de no prever lo que ocurriría en el futuro. Se están construyendo más comunidades terapéuticas, pero es insuficiente por la cantidad de gente que está viviendo en la calle”. (El País Andalucía, domingo 30-VII-06).

Se mantienen centros monográficos, antiguos manicomios, no integrados en la red sanitaria, se ofertan servicios fragmentados y se incumple de modo generalizado el R.D. de Cartera de Servicios, que enumera de modo pormenorizado las tareas tanto en atención primaria como especializada relativas a la salud mental.

En algunas comunidades las actividades de rehabilitación (sanitarias por ley) están en los servicios sociales, en algún caso

- 5) Véase el nº 10 de la desaparecida Clínica y Análisis Grupal, de mayo/junio de 1978, el enfermo mental no delincuente: ideología y "praxis" en una perspectiva judicialista "del referido J.A. Belloch".
- 6) Sobre el abuso de la psiquiatría en la Alemania nazi puede verse el capítulo de Chodoft en La ética en psiquiatría, de Bloch, Chodoft y Green, Triacastela, Madrid, 2011, la breve historia de la locura de R. Porter (Turner, F.C.E., 2003) así como G. Rendueles. Ética de la Psiquiatría. El idiota moral en F. Santander, coordinador, Ética y Praxis Psiquiátrica, A.E.M. Madrid, 2000.
- 7) Véase el Capítulo Psiquiatría y Derecho del Manual de Psiquiatría de Glez de Rivera, Vela y Arana, ed. Karpos, Madrid, 1980.
- 8) Véase el prólogo el Manual de Psiquiatría Legal y Forense de J.J. Carrasco Gómez y J.M. Maza Martín, de La Ley – Actualidad.
- 9) He hablado de esto en Enfermedad mental, estigma y legislación. Rev. Asoc. Esp. Neurop. 2009, val XXIX, nº 104, 471 – 478, donde cito a Golfman (Estigma, Amorrotu, 1970) de quien he tomado el mecanismo de ampliación de las imperfecciones hasta la deshumanización.
- 10) Es de Julián Espinosa Iborra la observación de que en la mayor parte de las sentencias judiciales se hace una correlación automática enfermo-esquizofrénico-peligroso-inimputable. Véase Rev. Asoc. Esp. De Nempris; val XVII, nº 64, "El tratamiento del enfermo mental en el nuevo Código".



Fuente: manualidades.facilissimo.com

privados y concertados, y el diagnóstico y tratamiento de los problemas adictivos "... incluido el alcoholismo y las ludopatías", que competen a la atención especializada de salud mental, en algunas comunidades se mantienen también en los servicios sociales.

Por otra parte, los incumplimientos de los profesionales de salud mental. A juicio de los pacientes y de sus familias, son la fuente principal de estigma y discriminación, por encima de cualquier otro sector de la sociedad..."los profesionales de la salud mental tienen peores actitudes hacia los enfermos mentales que el público". <sup>(11)</sup>

Su expresión inmediata, aquí y ahora es la facilidad con que se adoptan y se prolongan medidas de contención extremas, con o sin protocolos, manteniendo al paciente contenido en aislamiento, o la ausencia de consentimiento informado, tanto verbal como escrito, o el rechazo al acompañamiento por parte de familiares y allegados al paciente ingresado en unidades de hospital general, discriminación en relación con los pacientes de otros servicios sin otro fundamento que la comodidad (cuando no la impunidad) del personal <sup>(12)</sup>.

Además de lo señalado, existen resistencias de los propios pacientes y de sus familiares en el reconocimiento de la ciudadanía de los mismos, que he señalado en otras ocasiones <sup>(13)</sup>.

3. En lo que se refiere a los llamados derechos activos, principalmente la libertad, el marco histórico-social está definido por lo que Lipovetsky llamó el crepúsculo del deber, ese tiempo a partir de los años sesenta del pasado siglo en que fue un clamor la demanda de libertades y derechos, en las familias, en la escuela, en el sexo... y se dispuso la obligación <sup>(14)</sup>. Se equipara libertad con irresponsabilidad y se olvida que "... es preciso asumir la imposibilidad de la plena colmación del deseo para preservar nuestra condición humana <sup>(15)</sup> que sin límites no hay persona, que la convivencia civilizada impone restricciones...

Esa demanda masiva de libertades, como una marea, comienza a refluir en fecha más reciente, a través de advertencias reiteradas y crecientes de sus peligrosas consecuencias, así como del señalamiento de los deberes y obligaciones, condición de los derechos, advertencias y señalamientos que proceden de las más diversas fuentes, novelistas, ensayistas, sociólogos, filósofos... tanto en nuestro país como en otros (Muñoz Molina, Rosa Montero, Verdú, M. Cruz, Savater...).

Lo resume muy bien Jostein Gaarder cuando dice que necesitamos una declaración universal de deberes para el siglo XXI, propuesta que coincide con la de un importante número de pensadores y políticos reunidos en el Castillo de Praga en 1997 (Forum 2000, con Havel, Weisel, Schmidt...) quienes manifiestan la necesidad de acabar con la hegemonía de los derechos en la cultura moderna, demandando un equilibrio y una Carta de la O.N.U. sobre responsabilidades equivalentes a la de los derechos humanos. Un número creciente de educadores, sociólogos de la educación y pedagogos coinciden en la disciplina, el respeto y la autoridad como los temas del futuro (Brazilton, Savater, Claude Lefort, Rosa Serrete, J.M. Puig Ovíra, Francisco Caivano...).

Brukner lo ha resumido de modo breve y conciso "...el malestar de nuestra sociedad es no saber poner límites al deseo..." y Tvezan Teodorov reprocha a la izquierda occidental haberse olvidado de valores como la autoridad, la seguridad, la familia... A más de un juez y a muchas organizaciones políticas y sociales de supuesta izquierda habría que recordarles la vigencia del artículo 155 de nuestro Código Civil, que dice así:

Los hijos deben:

1. Obedecer a sus padres mientras permanezcan bajo su potestad y respetarles siempre.
2. Contribuir equitativamente, según sus posibilidades, al levantamiento de las cargas de la familia mientras conviven con ella.

En el ámbito sanitario general y en el de la salud mental en particular, el olvido de las obligaciones y la inflación de derechos se fundamentan en la cultura y en la práctica asistencial, los beneficios y ventajas que la enfermedad real o supuesta proporcionan (Freud) tanto en el trabajo como en las relaciones familiares, la exención de responsabilidades vinculadas al "rol de enfermo" (T. Parsons), o la enfermedad como recurso (P. Lain Entralgó)...

La medicalización / psiquiatrización de las dificultades de la vida, de cualquier clase de sufrimiento, penuria o conflicto, que en nuestra época se ha convertido en "la moralidad más respetada" (F. Savater), a través del consuelo individual que proporciona, impide el afrontamiento colectivo de los problemas colectivos, percibidos como males individuales incluso encarnados... Tiene importantes beneficios, desde los profesionales de la psiquiatría, la psicología y otros consejeros, la industria farmacéutica, la industria sanitaria privada... El consumo farmacéutico, las bajas laborales y las pensiones por invalidez ligados a supuestas enfermedades (mobbing, fatiga crónica, depresiones varias, fibromialgia,...) contribuyen decisivamente a la crisis de los sistemas sanitarios públicos y de seguridad social y a la privatización y mercantilización de unos y otros. Muchas sentencias judiciales del ámbito social contribuyen a legitimar tales supuestas enfermedades, sin advertir el carácter grotesco que en ocasiones llegan a presentar ("epidemias" de depresión o de ansiedad en colectivos laborales como policías locales, controladores aéreos o maestros).

Aquí nos interesa especialmente su expresión en el ámbito penal. Desde el siglo XIII (Alfonso X, Código de las Siete Partidas) la irresponsabilidad del loco se funda en que "...non sabe lo que face..." lo que resulta más que discutible. La persona afectada de un trastorno psicótico es sujeto de conductas, delictivas o no, eventualmente psicóticas, pero no siempre psicóticas y, en cualquier caso sabe lo que hace<sup>(16)</sup> y por qué, independientemente de la motivación patológica o no de sus actos. Lo dice bien el Tribunal Supremo, en su sentencia de 30-11-96, cuando se refiere a "aquellos supuestos de enfermedades mentales que afecten tan solo a un sector de la personalidad o psique del individuo, dejando inalterable el resto" y poco antes la necesaria vinculación entre la patología del paciente y el acto ilícito, más allá del diagnóstico psiquiátrico.

- 11) Véase modelos de locura, de Read, Mosher y Bentall (Herder, Barcelona, 2006) en especial el capítulo 11 de Read y Haslan, pp. 165-179.
- 12) Me refiero a este asunto con más extensión en una Tribuna de Diario Médico del 22-IX-2007, "Acompañar al enfermo mental".
- 13) Véase enfermedad mental, estigma y legislación, en el nº 104 de la Rev. De la A.E.N. (2009) o el Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental de la primavera de 2011 "El tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales."
- 14) Véase la Tribuna de Vicente Verdú "El cansancio de sí" en El País del 2-III-2000.
- 15) Norma Tortosa, en Vigencia de Freud. El País, 19-VI-2006.
- 16) Obviamente se excluyen aquí los comportamientos durante profundas perturbaciones del estado de conciencia, endo o exotóxicas, o las unidas a daño cerebral severo, sean de tipo demencial o de otra naturaleza.
- 17) Sobre el nuevo Código Penal. Carta al director. Psiquiatría Pública, vol 9 – nº 4, julio-agosto de 1997 pp. 67-68.
- 18) Véase Responsabilidad, derechos, vulnerabilidad y prevención en salud mental infantil. Rev. A.E.N. vol XV, nº 55, 1995, pp. 587-774.

A poco de promulgarse el Código Penal de 1995 expresamos nuestro parecer en una carta al director de la desaparecida revista *Psiquiatría Pública*: "...parece como si el nuevo Código, al referirse a los enfermos mentales, en su preocupación por los derechos se hubiese olvidado de lo que es el propio, la responsabilidad, es decir las obligaciones, las deudas y los cargos..."

La exención completa de responsabilidad por trastorno mental supone la muerte civil del sujeto, no habiéndose tenido en cuenta que, como decía Hegel "...la locura no es una pérdida abstracta de la razón, ni en lo que respecta a la voluntad y a su responsabilidad, sino un simple desorden del espíritu, una contradicción en la razón que sigue existiendo."

La desresponsabilización por las consecuencias del abuso de sustancias es una invitación a seguir consumiendo, boicotea la posibilidad de tratamiento y olvida, en este caso, lo manifestado por Aristóteles en su moral o Nicomaco, que el vicio y la virtud son voluntarios, y que los delitos cometidos en estado de embriaguez deben tener doble pena.

Personajes públicos, algunos muy conocidos, desde políticos narcotraficantes, pasando por habituales de la prensa rosa, condenadas y en prisión, han sabido eludir la pena (y en algún caso desaparecer) merced a la excarcelación fundada en trastorno mental, comúnmente alguna clase de trastorno depresivo con riesgo suicida.

Y con mucha frecuencia jóvenes intoxicados o no, que acaban de amenazar a los padres para conseguir dinero, de romper los muebles de la casa, de agredir al médico de guardia y morder al guardia de seguridad, al día siguiente reclaman y denuncian por haber sido objeto de medidas de contención sin que por su cabeza pase el pedir disculpas u ofrecer reparaciones.

Frente a la habitual utilización de la enfermedad para eludir penas y responsabilidades, algunas asociaciones de enfermos mentales y de profesionales de la *Psiquiatría* defienden que la locura no exima del delito, si acaso atenuante, lo que garantiza que su proceso y posterior pena se hagan en las mismas condiciones que el resto. Tales fueron algunas de las propuestas y conclusiones de las Jornadas organizadas en Madrid por la sección española del Comité Europeo de Derecho, Ética y *Psiquiatría* (Octubre de 1994), algunas recogidas por la prensa general (*El País* del Lunes 10 de Octubre, sección sociedad).

"Porqué no me castigan, si he hecho algo malo" decía un adolescente, enfermo mental, que había matado a su madre... algo similar a la reivindicación de su derecho a explicarse por parte de L. Althusser tras matar a su esposa. La responsabilidad, condición de la libertad implica poder poner en palabras, dar cuenta de la propia conducta ("responder"), asumir las consecuencias de la misma y, eventualmente reparar, teniendo en cuenta, como dice F. Menéndez Osorio que "...el acto, en tanto expresión del sujeto, confiere valor, conlleva responsabilidad, depara consecuencias. Vaciar el acto del enfermo (en tanto conducta) de su responsabilidad es vaciarlo de atributos, de su valor (desvalorizarlo), anulado de su significación y su sentido, y convertido en algo ajeno sin remitente (o significante) y sin entidad.

algunas asociaciones de enfermos mentales y de profesionales de la *Psiquiatría* defienden que la locura no exima del delito, si acaso atenuante, lo que garantiza que su proceso y posterior pena se hagan en las mismas condiciones que el resto

Nuestro Derecho Penal es un Derecho Penal de acto (Sentencia del Tribunal Supremo de 26-11-96), lo que significa que la capacidad de culpabilidad se debe comprobar en cada acción típica eventualmente ejecutada por su autor... que no se agota en un estado psíquico determinado... sino por las consecuencias de dicho estado en el momento del hecho delictivo.

Estas precisiones, en su relación con la Sentencia del 30-11-96 antes citada, nos llevan de nuevo a Hegel (locura como contradicción de la razón que sigue existiendo) así como a lo repetidamente señalado por el profesor Castilla del Pino, respecto al objeto del diagnóstico, no solo si su conducta es psicótica o no, sino que áreas de la psique del sujeto están afectadas, y en qué grado, y cuales permanecen sanas.

Contextualizar las conductas compete tanto a la práctica psiquiátrica como a la jurídica, como condición por esclarecer los motivos y el significado de las mismas... y una y otra están obligadas a individualizar, precisar, matizar, así como a ocuparse de la víctima, objeto central de la justicia restaurativa, muy bien explicada y sostenida por el que fuere profesor de esta Universidad y Fundador del Instituto Vasco de Criminología D. Antonio Beristain.

En la materia que nos ocupa tanto la reflexión forense como la jurídica deben centrarse en el vínculo entre la víctima y su agresor.

Para terminar quiero referirme a una reciente modificación legislativa cuyos supuestos coinciden con lo que he tratado de transmitir en esta charla.

Se trata de la modificación introducida en el artículo 100 del Código Penal por la Ley Orgánica 5/2010 de 22 de Junio, según la cual "...no se considerará quebrantamiento de la medida (de seguridad) la negativa del sujeto a someterse a tratamiento médico o a continuar un tratamiento médico inicialmente consentido..." A pesar de la exención de responsabilidad penal del afectado, se respeta su condición de sujeto apto para elegir, así como para asumir la medida alternativa que el juez pueda imponerle.

Huelva y Bilbao, Octubre de 2011

## COMENTARIO SOBRE PROPUESTA DE ANTEPROYECTO DE MODIFICACIÓN DEL CÓDIGO PENAL

*Fernando Santos Urbaneja*

*Coordinador del Foro Andaluz del Bienestar Mental*

*Diciembre 2012*



Fuente: puertodetazacorte.blogspot.com

### A. ANÁLISIS DE LA PROPUESTA DE ANTEPROYECTO

El hecho de que, el de las Medidas de Seguridad, sea el ámbito más profundamente reformado, da idea de la pretensión nuclear de la reforma, cual es incidir de modo severo en el factor “seguridad”, en detrimento notable del factor “reinserción y rehabilitación social”.

Se revitaliza de modo “obsesivo” el concepto de “peligrosidad” que, huérfano en muchos casos de concreciones objetivas, estaría llamado a convertirse en un juicio de valor alimentado por pre-juicios, lo que sitúa la cuestión en términos pre-Constitucionales.

Esto resulta especialmente grave para las personas con trastorno mental.

En el ámbito judicial pervive, quizás más que en cualquier otro, la presencia del “estigma”.

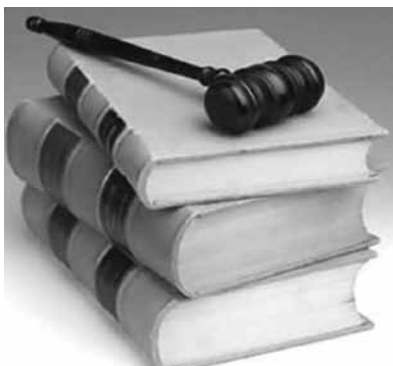
No hablamos de oídas. Tenemos experiencia.

Hasta que el Código Penal de 1995 estableció una limitación objetiva a la duración de las medidas de seguridad (en atención a la pena establecida para el delito cometido), las personas con trastorno mental a las que se imponía la medida de seguridad de internamiento, permanecían indefinidamente privadas de libertad, en ocasiones en virtud de la comisión de pequeños delitos.

Esta situación fue severamente denunciada por el Defensor del Pueblo en su célebre informe de 1991 “Sobre la situación jurídica y asistencial de los enfermos mentales en España”.

Ahora, con la pretendida reforma corremos el riesgo de que tales situaciones se reproduzcan.

Es verdad que ahora existe la obligación de revisar los internamientos al menos anualmente pero la cuestión vuelve a ser la misma ¿Con qué medios? ¿Con qué criterios?



Fuente: ceconsultingbenalmadena.es

## B. LA CUESTIÓN DE LOS MEDIOS

Es este un aspecto que se omite generalmente en las reformas y en el que no suele repararse pues “se da por hecho” que los medios existen.

Así, los Parlamentarios hablan de ello como si así fuera y los estudiosos de las cátedras no descienden a estos detalles, sin imaginarse siquiera la limitación de medios personales y materiales con que cuenta la Administración de Justicia.

Ocurre, además, que no se trata de analizar una muestra de sangre o de otra sustancia, para lo cual cuentan con medios científicos de extraordinaria utilidad y precisión.

Muy al contrario, los conceptos de imputabilidad/inimputabilidad y peligrosidad son mucho más sutiles, más circunstanciales, más inseguros.

Veamos la redacción del Art. 98:

**El Juez o Tribunal podrá acordar el internamiento en un centro psiquiátrico del sujeto** que haya sido declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1º del artículo 20, o al que le haya sido apreciado esa eximente con carácter incompleto, **si tras efectuarse una evaluación exhaustiva del mismo y de la acción que llevó a cabo, exista base suficiente para concluir que, debido a su trastorno, es posible prever la comisión por aquél de nuevos delitos y que, por tanto, supone un peligro para la sociedad.**

Resulta un tanto “hueca” la expresión

**“Tras efectuarse una evaluación exhaustiva del mismo y de la acción que llevó a cabo”**

A estas rotundas afirmaciones hay que aplicarles la cautela que encierra la siguiente batería de preguntas: ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por quién?

Los que tenemos la experiencia de la práctica diaria sabemos que las evaluaciones en la mayoría de los casos no son, ni pueden ser “exhaustivas” y que a la postre, los conceptos complejos (el de peligrosidad lo es en alto grado) se llenan con “prejuicios” y resulta que la “peligrosidad del enfermo mental” lo es.

Tiene mucho de mito, no soporta un análisis estadístico en relación a otros colectivos, pero está arraigada en los profesionales del Derecho y esto decide su suerte de modo que, en cuanto a juicio de peligrosidad, el enfermo mental entra en el proceso penal, ya derrotado.

Si el análisis de la peligrosidad (criterio de imposición de la medida) se presenta oscuro en el inicio del proceso, la situación se hace tenebrosa al final.

Me refiero a dos novedades de la reforma:

### 1. La posibilidad de prórroga de la medida internamiento psiquiátrico

Una vez cumplida la primera referencia temporal de cinco años, el internamiento puede ser indefinidamente prorrogado (cada cinco años), siendo posible que se convierta en perpetuo.

Establece el Art. 98

### 3. El internamiento en centro psiquiátrico no podrá tener una duración superior a cinco años, salvo que se acordare su prórroga.

Si, transcurrido dicho plazo, no concurren las condiciones adecuadas para acordar la suspensión de la medida y, por el contrario, el internamiento continúa siendo necesario para evitar que el sujeto que sufre la anomalía o alteración psíquica cometa nuevos delitos a causa del mismo, el Juez o Tribunal podrá, a petición de la Junta de Tratamiento acordar la prolongación de la medida por períodos sucesivos de cinco años.

Surgen varias preguntas:

¿Quién toma la iniciativa para acordar la prórroga? ¿El propio Juez? ¿La Junta de Tratamiento? ¿Con qué criterios?

### 2. La posibilidad de acordar el sometimiento a libertad vigilada una vez alzada la medida de internamiento

**“En otro caso, extinguida la medida de internamiento impuesta, se impondrá al sujeto una medida de libertad vigilada, salvo que la misma no resultara necesaria”.**

La libertad vigilada es una medida que se introdujo para algunos supuestos en la reforma del C. Penal operado en virtud de L.O. 5/2010 de 22 de Junio y que ahora se contempla, como novedad, para los supuestos en que se suspenda el cumplimiento del internamiento psiquiátrico.

Es preciso destacar que la libertad vigilada puede ser dejada sin efecto si se aprecia “evidencia de riesgo”

Establece el Art. 103 bis:

**3. En el caso de la medida de internamiento en centro psiquiátrico, podrá acordarse también la revocación de la suspensión cuando durante el cumplimiento de la medida de libertad vigilada se pongan de manifiesto circunstancias que evidencien el riesgo de que la persona sujeta a la medida pueda cometer nuevos delitos.**

La única posibilidad de extinción de la medida de internamiento, cuando se ha acordado la subsiguiente medida de libertad vigilada, es que ésta haya llegado a cumplirse plenamente.

Art. 103 Bis

**5. Ejecutada la medida de libertad vigilada sin que hubiera sido acordada la revocación de la suspensión, quedará extinguida la medida de internamiento inicialmente impuesta.”**

## C. ANÁLISIS EN EL CONTEXTO

### 1. Aspectos procesales – la trampa de los juicios rápidos

La reforma no tiene en cuenta la realidad diaria de los procedimientos ni lo que en ellos ocurre con gran generalidad.

Hoy, buena parte del enjuiciamiento penal y de los hechos cometidos por personas con trastorno mental grave, se realiza a través de los denominados “juicios rápidos”.

En este procedimiento es posible obtener una sentencia firme a las pocas horas de sucedido el hecho, siempre que el sujeto admita que lo que ha cometido y se conforme con la pena que le solicite la acusación, pena que, en atención a esta circunstancia, le será rebajada por el Juez en un tercio, en la sentencia que inmediatamente se dictará.

a) Son tan veloces los trámites que, en muchos casos es difícil reparar en que la persona imputada padece un trastorno mental, de modo que no se toma en cuenta esta circunstancia.

Al tratarse de un supuesto de “enajenación inadvertida” se aplica al sujeto la normativa prevista para las personas imputables, con imposición de las penas correspondientes sin posibilidad de aplicar medida de seguridad alguna.

b) En algunos casos sí se detecta la existencia de una anomalía o trastorno mental.

Estimo que en estos casos lo procedente sería poner fin al enjuiciamiento “rápido” y encauzar el asunto a través del enjuiciamiento ordinario.

Sin embargo en la práctica esto no es frecuente.

Las hipótesis que pueden darse son variadas.

- Conformidad con la aplicación de una eximente completa o incompleta con imposición de medida de seguridad de internamiento
- Conformidad con aplicación de una mera atenuante
- No conformidad con la pena o medida solicitada por la acusación lo que conlleva el señalamiento de juicio a celebrar en un plazo de quince días.

Lo que quiero poner de relieve es que, en los primeros casos (conformidad), el juicio de “inimputabilidad” plena o parcial no puede ser en modo alguno “exhaustivo”. A lo sumo se pondrá contar con un somero examen por el Médico Forense.

En el tercer caso (no conformidad), existe un breve plazo de tiempo para que el Letrado de la persona con anomalía o trastorno mental pueda obtener pruebas destinadas a demostrar la inimputabilidad total o parcial del sujeto.

Esto será factible en relación con documentos o certificados médicos que el sujeto tuviese en su poder. En cambio, resultará mucho más difícil conseguir que en tan breve periodo de tiempos pueda ser examinado por un especialista y que éste acuda a juicio a explicar su informe.

A la postre, la consecuencia evidente de todo esto es que cuando se imponen penas privativas de libertad de cumplimiento efectivo, los enfermos las cumplen en Centros Penitenciarios Ordinarios, donde se detecta con facilidad su presencia.



Como ya he señalado, estimo que lo procedente cuando se detecta en el Juzgado de Guardia la presencia de una anomalía o trastorno mental, sería poner fin al enjuiciamiento “rápido” y encauzar el asunto a través del enjuiciamiento ordinario.

## 2. Aspectos conceptuales – consecuencias penitenciarias de la correcta aplicación del concepto de imputabilidad

Aún cuando se detecte la presencia en el sujeto de una anomalía o trastorno mental y se encauce el asunto por el procedimiento ordinario, (lo que permite realizar una investigación sosegada y completa, sin sujeción a plazos), no se acaban los problemas.

Ocurre que el concepto de imputabilidad adoptado por Código Penal desde el año 1995 (que no se modifica en el Proyecto de Reforma), con indudable criterio científico, busca establecer la relación de la enfermedad con el delito concreto en el momento concreto de su comisión.

Ocurre que, si la investigación pone de relieve que en ese momento y/o para ese delito la persona con anomalía o trastorno mental grave “era imputable”, no se aplicará eximente ni atenuante alguna ni, por tanto, se podrá tampoco imponer ninguna medida de seguridad.

Desde el punto de vista científico el planteamiento es impecable pero tiene como consecuencia perversa que conduce a las prisiones ordinarias a muchas personas con discapacidad o trastorno mental porque a la cárcel no se puede mandar sólo la parte de la persona que pudo cometer un hecho que le es imputable, sino a la persona entera.

Mi propuesta es que, aún en estos casos, si bien no sería de aplicación la rebaja de la pena por razones de inimputabilidad, sí debería tomarse en cuenta esta circunstancia en la sentencia y habilitar el Juez para imponer la/s medida/ de seguridad que se consideren oportunas.

El Art. 60 del C. Penal estaría llamado a corregir estas situaciones pero, “de hecho” su aplicación resulta muy complicada.

## D. SOBRE LA MEDIDA DE SEGURIDAD DE SUMISIÓN A TRATAMIENTO AMBULATORIO

Esta medida que, con distintos nombres, ha contemplado el Código Penal desde hace décadas, ha resultado viable cuando ha contado con la aceptación del enfermo.

En otro caso ha devenido en un completo fracaso.

Por esta razón, la reforma del Código Penal realizada en virtud de L.O. 5/2010 de 22 de Junio, sometió las medidas relativas a tratamientos médicos, al consentimiento del enfermo quien, podía incluso poner fin a un tratamiento ya iniciado.

Establece el actual Art. 100-3 del C. Penal:

**No se considerará quebrantamiento de la medida la negativa del sujeto a someterse a tratamiento médico o a continuar un tratamiento médico inicialmente consentido. No obstante, el Juez o Tribunal podrá acordar la sustitución del tratamiento inicial o posteriormente rechazado por otra medida de entre las aplicables al supuesto de que se trate.**

En definitiva se respeta el derecho de autodeterminación en relación con los tratamientos de salud mental, aún en el ámbito penal.

El Anteproyecto mantiene la medida (dentro de la órbita de la libertad vigilada)

Artículo 104 bis

**1.- El Juez o Tribunal podrá imponer al sujeto sometido a la medida de libertad vigilada, durante todo el tiempo de duración de la misma o durante un período de tiempo determinado, el cumplimiento de las siguientes obligaciones y condiciones:**

...///

**13ª.- Someterse a tratamiento ambulatorio. En este caso se determinarán las fechas o la periodicidad con que el sometido a la medida debe presentarse ante un médico, psiquiatra o psicólogo.**



Fuente: dtlux.com

Resulta preocupante la apelación al concepto genérico de peligrosidad, lo que puede repercutir de modo muy negativo en la respuesta penal

Lo que desaparece en el Anteproyecto es un precepto similar al Art. 100-3, esto es, la necesidad de contar con el consentimiento del enfermo.

Se puede decir, sin temor a equivocación, que resultará un completo fracaso el tratar de imponer esta medida por la fuerza.

## E. - CONCLUSIONES

1. Resulta preocupante la apelación al concepto genérico de peligrosidad, lo que puede repercutir de modo muy negativo en la respuesta penal frente a hechos cometidos por personas con anomalía o trastorno mental debido a la pervivencia (muy clara en el ámbito judicial) del estigma que acompaña a estos trastornos.
2. El Anteproyecto no toma en cuenta la carencia de medios actual para evaluar conceptos tan complejos como “imputabilidad” y “peligrosidad”.
3. El Anteproyecto no toma en cuenta la realidad de los “juicios rápidos” donde resulta difícil advertir la presencia de “trastornos” o “anomalías psíquicas” y, en ningún caso, realizar un examen exhaustivo al respecto.
4. Debería aprovecharse la reforma para impedir que las cuestiones relativas a la Imputabilidad y peligrosidad se examinen en el marco de los denominados “Juicios Rápidos”
5. Debería aprovecharse la reforma para permitir que frente a hechos imputables cometidos por personas con anomalía o trastorno mental, pudiera tenerse en cuenta esta circunstancia en orden a la posibilidad de imponer medidas de seguridad.

## LA ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LOS CSM

*Pedro Cuadrado Callejo*

Las demandas asistenciales para los trastornos de la personalidad se han convertido, junto a las de los trastornos por uso de sustancias psicotrópicas y además con frecuencia van juntas, en el núcleo de las “demandas problemáticas” en la Red de Salud Mental. Sobre todo la cobertura de las necesidades psicoterapéuticas que, se quiera o no, constituyen la única demanda propia de las personas con estos diagnósticos, más allá de la gestión de riesgos que tiene más que ver con las necesidades-obligaciones de la institución que con las necesidades de las personas con estos problemas. No es un asunto banal porque de la articulación de su encaje en la red de atención a la salud mental va a depender las posibilidades de hacerse cargo de la atención de los otros trastornos y problemas de salud mental en condiciones de poderles dar respuesta. Sin la solución de estos problemas “no habrá paz” en la red ni condiciones que permitan trabajar para solucionar las demandas y necesidades de éstos y de los demás problemas de salud mental. Sin embargo, ni el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 ni los anteriores Planes de Salud Mental se plantearon abordar este problema de una manera realista y comprometida, dejando que fueran los dispositivos asistenciales y los profesionales, a su libre albedrío, la mayor parte de las veces desde la resistencia y en otras desde la buena voluntad, la curiosidad o la omnipotencia, los que han ido haciéndose cargo y organizando, cada uno a su manera, la atención de estas demandas.

Como el resto de los trastornos mentales persistentes es en los Centros de Salud Mental donde están siendo atendidos la mayoría de los trastornos graves de la personalidad y la mayor parte del tiempo de tratamiento. En algunos documentos específicos se estima que un 10% de las demandas de atención en un CSM lo son por un trastorno de la personalidad. Sin embargo, estas cifras pueden aumentar mucho si aceptamos que en la mayoría de los trastornos con tendencia a la cronicidad (la mayoría de los que se atienden en un CSM) los rasgos de personalidad, ya sea contextualizando, matizando u ocultando y sustituyendo al trastorno mental principal ó apareciendo como comorbilidad del mismo, terminan teniendo un peso principal y el abordaje de los mismos termina generando la mayor parte de la demanda asistencial y convirtiéndose en el núcleo de las necesidades asistenciales a cubrir, sobre todo las necesidades psicoterapéuticas. De ahí que la principal demanda de atención psicoterapéutica en un CSM esté ligada, como no podía ser de otra manera, a los rasgos de personalidad o a sus trastornos.

### Manejo psicoterapéutico de los Trastornos Graves de la Personalidad en el Servicio de Salud Mental Vallecas Villa

El SSM Vallecas Villa, más allá de la libre elección, tiene asignada la población de seis Centros de Salud de Atención Primaria (Buenos Aires, Cerro Almodóvar, Ensanche de Vallecas, Federica Montseny, Rafael Alberti y Villa de Vallecas), que agrupan a alrededor de 150.000 habitantes, de los cuales un 82.5% tiene más de 18 años, con



Fuente: menteclarita.blogspot.com



Fuente: psicologobarcelona.es

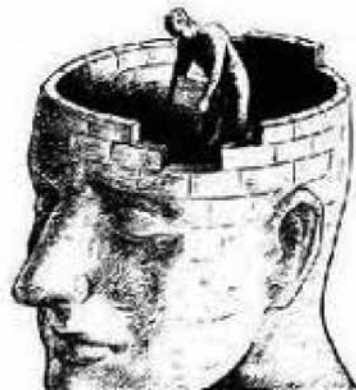
una demanda de casos nuevos/año de 1700 y una prevalencia de 5600 casos/año. De todos los casos atendidos un 5% cumplen criterios de Trastornos Graves de la personalidad, por debajo de lo que señalan algunas guías de tratamiento, con unas necesidades de unas 2500 asistencias/año. El hecho de que exista una consulta específica de alcoholismo, otras adicciones y patología dual, con una alta presencia de estos trastornos y con un diagnóstico prioritario de Trastorno por Uso de Sustancias, puede explicar estas tasa menores.

### Intervenciones Psicoterapéuticas Inespecíficas

Aunque por sus repercusiones sobre la vida de las personas que los padecen y por sus necesidades asistenciales los trastornos de la personalidad aparecen englobados dentro de los Trastornos Mentales Graves, las similitudes y los solapamientos con los Trastornos Mentales Comunes son mayores de lo que parece en cuanto a factores etiopatogénicos implicados, dificultades de su encuadre clínico, abordajes terapéuticos y sobre todo posición del sistema sanitario respecto a los mismos: se debe intervenir / no se debe intervenir, sobre qué se debe intervenir, con qué intensidad, qué herramientas son las más eficaces, dónde acaba lo terapéutico y empieza lo iatrogénico. En este sentido las **intervenciones terapéuticas inespecíficas** como instrumento de “acompañamiento terapéutico prolongado” juegan un papel fundamental en el tratamiento de la mayoría de los trastornos de personalidad y deben ser el hilo conductor de todo el tratamiento. El punto de partida para las mismas queda muy bien reflejado en la reflexión de Mariano Hernández cuando se plantea la Psicoterapia de los Trastornos Mentales Comunes (Ponencia XIV Congreso Nacional de la AEN, Cádiz 2009). De todas formas, este acompañamiento terapéutico prolongado implica siempre, por parte del dispositivo, un modelo de atención de toma a cargo con alta accesibilidad, disponibilidad y flexibilidad, y por parte de los profesionales un fuerte compromiso psicoterapéutico y, desde la construcción de una relación de confianza y colaboración con el paciente (alianza terapéutica), la utilización de un amplio repertorio de intervenciones. Este modelo de atención suele acompañarse de un importante desgaste de los profesionales intervinientes por lo que, en muchas ocasiones, es necesario dar facilidades

para los cambios de terapeuta ya sea a petición de los propios profesionales o, como es mucho más habitual, de los pacientes e incluso, con algunos casos, se puede plantear un modelo de atención con rotaciones periódicas de uno o dos años de duración.

Desde el punto de vista psiquiátrico, en nuestro servicio el Programa de Atención a Adultos se lleva a cabo por dos sub-equipos, uno de ellos se hace cargo de los Trastornos Mentales Comunes y el otro de los Trastornos Mentales Graves, en el que están incluidos los trastornos graves de la personalidad. El sub-equipo que se hace cargo de los Trastornos Mentales Graves lo componen cinco psiquiatras, con diferentes orientaciones psicoterapéuticas, y cuatro psicólogos, dos de orientación psicodinámica y los otros dos de orientación cognitivo-conductual. En la Tabla 2 se presentan los datos de las Intervenciones Psicoterapéuticas Inespecíficas llevadas a cabo en el 2011 en el SSM Vallecas Villa. Se consideran intervenciones inespecíficas aquellas llevadas a cabo por los psiquiatras, los psicólogos o por ambos al margen de los programas y dispositivos específicos considerados como tales para estos trastornos. Más de  $\frac{3}{4}$  partes de todos los trastornos graves de la personalidad son atendidos mediante Intervenciones Psicoterapéuticas Inespecíficas. De todas ellas un 73% lo son a través de Intervenciones Combinadas en las que participa un psiquiatra y un psicólogo y dentro de éstos, un 44% son intervenciones psicoterapéuticas de orientación psicodinámica y el otro 56% de orientación cognitivo conductual. En el 27% de los casos restantes, un 16% solo reciben intervención psiquiátrica y el otro 11% solo intervención psicológica con  $\frac{3}{4}$  de las mismas de orientación psicodinámica y el otro 25% de orientación cognitivo conductual.



Fuente: fundacioncadah.org

**Tabla 1.-** Intervenciones Psicoterapéuticas Inespecíficas

TIPO DE INTERVENCIÓN	N	%
<b>INTERVENCIÓN COMBINADA</b>	<b>135</b>	<b>73%</b>
CON INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE ORIENTACIÓN PSICODINÁMICA	60	44%
CON INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA COGNITIVO-CONDUCTUAL	75	56%
<b>SOLO INTERVENCIÓN PSIQUIÁTRICA</b>	<b>30</b>	<b>16%</b>
<b>SOLO INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA</b>	<b>20</b>	<b>11%</b>
PSICODINÁMICA	15	75%
COGNITIVO-CONDUCTUAL	5	25%
<b>TOTAL</b>	<b>185</b>	<b>100%</b>

### Intervenciones Psicoterapéuticas Específicas.

Como intervención específica, en el CSM de Vallecas Villa contamos con el “Programa de Atención Psicoterapéutica a Trastornos de Personalidad”, desarrollado por las psicólogas Beatriz Pérez y Marta Ribes, que va dirigido a pacientes con trastornos de personalidad con un “Alto Nivel Funcional” en terminología de Otto Kernberg, cuyas características fundamentales son: 1) que mantienen la capacidad de implicarse en actividades útiles para sí mismos y para los demás, lo que suele reflejarse en el desarrollo de alguna actividad laboral o académica, y 2) que tienen la capacidad de establecer vínculos significativos y duraderos, es decir, mantienen algunas relaciones de cierta estabilidad, presentando los patrones disfuncionales en las relaciones más íntimas, como la familia o la pareja. Su implantación se inició en el 2009, con una intervención grupal piloto, en el 2010 se incorporó la intervención individual y en el 2011 se completó con la incorporación de una intervención familiar.

El programa completo se compone de Terapia Individual de periodicidad quincenal, alternando con las sesiones de grupo con sesiones flexibles que incluían atenciones programadas y atenciones en crisis tanto presenciales como telefónicas y coor-

dinación estrecha con los otros profesionales implicados en el caso, Intervención Grupal con un formato de grupo abierto, con sesiones quincenales de 90 minutos, alternando con las sesiones individuales, e Intervención Familiar con un formato cerrado de 7 sesiones de 1 hora de duración. Se han utilizado como bases teóricas la terapia cognitiva de Beck, la centrada en los Esquemas de Young y la DBT de Marsha Lineham y para la intervención familiar se ha utilizado el modelo psicoeducativo de Hoffman y Fruzzetti. En la Tabla 2, se presentan las fases de la intervención, el tipo de sesión en cada una de las fases y los objetivos de cada una de ellas.

La Tabla 3 recoge los datos de este programa a lo largo de 2011. Se atendieron 18 personas, todas ellas mujeres, con una edad media de 31 años, más de  $\frac{3}{4}$  partes tenían estudios de grado medio o universitarios y más del 60% estaban trabajando. En cuanto a las características clínicas:  $\frac{2}{3}$  tenían un diagnóstico de Trastorno de Personalidad del cluster B y llevaban una media de más de seis años de tratamiento: el 89% exclusivamente en el CSM, un 39% con una intervención exclusivamente psicoterapéutica, un 5% de los casos habían necesitado ingreso en una Unidad de Hospitalización Breve y el 6% restante habían precisado, además, de Hospital de Día y de la Comunidad Terapéutica para trastornos de la personalidad.

**Tabla 2.** Fases de la intervención y objetivos.

FASES	TIPO DE SESIÓN	OBJETIVOS
RECEPCIÓN DE PARTICIPANTES	INDIVIDUALES Y FAMILIARES	Establecimiento de alianza terapéutica
INICIO DE TERAPIA	INDIVIDUALES	Establecimiento de un modelo conjunto de trabajo
FASE MEDIA DE TERAPIA	INDIVIDUALES, FAMILIARES Y DE GRUPO	Promover una mayor capacidad de adaptación al medio
FINALIZACIÓN TERAPIA	INDIVIDUALES	Prevención de recaídas

Tabla 3.- Datos del Programa de Atención Psicoterapéutica a TP.

MUESTRA TRATADA	N: SEXO: EDAD MEDIA: NIVEL DE ESTUDIOS: ESTADO CIVIL: CONIVENCIA: SITUACIÓN LABORAL:	18 100% MUJERES. 31 AÑOS. PRIMARIOS 22% BACHILLERATO 45% UNIVERSITARIOS 33% SOLTEROS 83% SEPARADOS 11% CASADOS 6% PAREJA 33% PADRES 22% MADRE 22% SOLOS 17% PISO COMPARTIDO 6% TRABAJANDO 61% PARADOS 33% I. LABORAL 6%
TIPO DE T. DE PERASONALIDAD	CLUSTER B: CLUSTER C:	61% 39%
AÑOS DE TRATAMIENTO	DURACIÓN MEDIA:	6 AÑOS
TRATAMIENTO RECIBIDO	SOLO CSM: CSM y UHB: CSM, H. de DÍA y C. TERAPÉUTICA TP:	89% 5% 6%
INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA	SI: NO:	61% 39%

### Utilización de recursos psicoterapéuticos externos

La necesidad de intervenciones psicoterapéuticas intensivas se ha cubierto mediante la derivación al Hospital de Día Psiquiátrico Vallecas, dependiente del Hospital Infanta Leonor-Virgen de la Torre, y a la Comunidad Terapéutica Hospitalaria para Trastornos de la Personalidad (CTH-TP), dispositivo concertado con las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón y ubicado en la Clínica San Miguel.

El Hospital de Día Psiquiátrico Vallecas, como otros hospitales de día, se trata de un recurso intermedio entre la hospitalización psiquiátrica y la atención ambulatoria y se ubica dentro de la red asistencial dirigido a trastornos psicóticos, especialmente

en fases tempranas de la enfermedad, trastornos afectivos, en fase de estabilización clínica o riesgo de cronicidad, y trastornos de personalidad en situación subaguda. En la práctica, su utilización se está reduciendo cada vez más a dar continuidad al tratamiento de trastornos psicóticos iniciado en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Infanta Leonor.

Los resultados de la utilización de este dispositivo desde septiembre de 2008 hasta junio de 2012 aparecen en la tabla 4. Fueron derivados 22, 13 fueron rechazados y admitidos 9, un 19% de todos los pacientes tratados de nuestro servicio en este dispositivo, los cuales permanecieron en el mismo una media de 53.6 días y únicamente 5 completaron el tratamiento.

Tabla 4. Utilización de recursos psicoterapéuticos externos.

Dispositivo	Duración del tratamiento	Pacientes Tratados	Permanencia media en el tratamiento	Pacientes que finalizan tratamiento
Hospital de Día Psiquiátrico Vallecas	6 meses	(2008-2012) 9/48 (19%) No Admitidos: 13	53.6 días	5 (56%)
Comunidad Terapéutica Hospitalaria para TP. (CTH-TP)	6-8 meses	(2007- 2012) 17	80.8 días	3 (17%) A.Voluntaria 12 Expulsados: 2

La Comunidad Terapéutica Hospitalaria para Trastornos de la Personalidad (CTH-TP), es la unidad más específica para el tratamiento intensivo de los trastornos graves de la personalidad de la que podemos disponer en nuestro servicio, aunque sus criterios de exclusión dejan fuera los trastornos antisociales de la personalidad, los trastornos de personalidad asociados a dependencia grave de sustancias psicotrópicas y a trastornos orgánicos, así como aquellos sometidos a tratamiento como cumplimiento de condena. Los datos de su utilización aparecen en la tabla 4. Desde 2007 hasta junio de 2012 han sido atendidos 17 pacientes, con una permanencia media de 80.8 días. De los 17 pacientes, únicamente 3, un 17%, finalizaron el tratamiento, 12 firmaron el Alta Voluntaria y 2 fueron expulsados.

### Barreras para la atención psicoterapéutica de los trastornos graves de la personalidad en los Centros de Salud Mental

El CSM como dispositivo flexible y multiprofesional es el lugar idóneo para el abordaje de trastornos mentales persistentes con necesidades complejas que implican a distintos profesionales, recursos psicosociales e intervenciones ligadas al medio con necesidad de coordinación. Los trastornos de la personalidad cumplen todos esos criterios y el CSM es el dispositivo natural para su tratamiento aunque en este momento haya



Fuente: arqhys.com

importantes barreras para llevarlo a cabo: unas están ligadas a los propios CSM y a su futuro y otras a los obstáculos para la práctica de la psicoterapia en estos dispositivos.

En Madrid los CSM han sido el eje sobre el que ha pivotado toda la atención a los trastornos de personalidad aunque la privatización de la provisión de servicios de un 25% de la población ha supuesto la desaparición de 4 CSM y 2 más que están en vías de hacerlo. Además, las últimas medidas organizativas con la implantación del Área Única han acabado con un modelo de territorialización y atención comunitaria que eran imprescindibles para asegurar el compromiso asistencial de los dispositivos con los pacientes y que constituían las señas de identidad de los CSM. Con el nuevo modelo, son los dispositivos asistenciales los que pueden caer en la tentación de ejercer la libre elección de los pacientes al disponer de múltiples mecanismos de organización y funcionamiento para no hacerse cargo de aquellas demandas que no desean, como suele ocurrir en muchas ocasiones con los trastornos de personalidad, ya sea por el coste de sus necesidades asistenciales o por los problemas derivados de su gestión de riesgos.

Las barreras para la práctica de la psicoterapia no afectan de manera específica a la atención de los trastornos de la personalidad, sino que son inherentes a todo el sistema de atención a los problemas de salud mental. A pesar de que la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2006, aprobada por todas las Comunidades Autónomas, señala la necesidad de incrementar el desarrollo de las psicoterapias y fija como uno de sus objetivos específicos "Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben psicoterapia, acorde con las mejores prácticas disponibles", en la planificación de recursos no se ha considerado la necesidad de profesionales para este fin ni de crear las condiciones necesarias para llevarla a cabo. Así en la evaluación de la Estrategia de 2006 que se lleva a cabo en el 2009, en el caso de la Comunidad de Madrid, el objetivo antes señalado no aparece incluido en el Plan de Salud Mental ni en los contratos de gestión y por lo tanto ni existe sistema de medición de este objetivo ni está evaluado. Y para más inri, tampoco aparece recogido en el nuevo Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014, elaborado con posterioridad a la recomendación de la Estrategia de mantener este objetivo para el periodo 2009-2013.

Otra barrera tiene que ver con la formación psicoterapéutica de los profesionales que aunque se ha incrementado en los últimos años, sobre todo por el cambio de actitud respecto a su necesidad propiciado por su presencia en las Guías Clínicas

como intervención imprescindible para todos los trastornos mentales, no está ni mucho menos generalizada, no se insiste lo suficientemente en ella en los programas de formación de psiquiatras ni se valora como se debería en los procesos de selección. El resultado es, como señala Mariano Hernández, que en la práctica “la psicoterapia es un recurso escaso, sometido a racionamiento, con criterios no explícitos, en los servicios públicos, y a barreras económicas de acceso en los privados”

#### A modo de conclusiones.

- Más allá de necesidades de intervención intensivas y/o muy específicas en momentos puntuales de su evolución, creemos que la psicoterapia de los trastornos graves de personalidad ha de estar ligada a un modelo de intervención de “acompañamiento psicoterapéutico prolongado” llevado a cabo en un contexto asistencial con un modelo de atención de toma a cargo con alta disponibilidad y flexibilidad y la utilización de un amplio repertorio de intervenciones sobre la base fundamental de una adecuada alianza terapéutica.
- Creemos que es necesario defender el mantenimiento y desarrollo de dispositivos asistenciales que permitan llevar a cabo este acompañamiento psicoterapéutico, dotándolos de los recursos y la organización necesaria para este cometido. Los Centros de Salud Mental son el “dispositivo natural” para llevar a cabo este acompañamiento en los trastornos de la personalidad.

la psicoterapia de los trastornos graves de personalidad ha de estar ligada a un modelo de intervención de “acompañamiento psicoterapéutico prolongado”

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Dirección General de Hospitales. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Melendo Granados, J.J. y Cabrera Ortega, C. (Coords.). Guía del trastorno Límite de la Personalidad (Guía para el profesional). Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, 2009.
- Hernández Monsalve M., “La psicoterapia en el tratamiento de los trastornos mentales comunes”, en Retolaza, A. (Coord.) Trastornos mentales comunes: manual de orientación, Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009; p. 279-299.
- Díaz Curiel J, Psicoterapia de trastornos de personalidad en los Servicios de Salud Mental. An.Psiquiatría 2003,Vol 19, 8; pp. 343-347.
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011.



## POSTPSIQUIATRÍA: UN NUEVO RUMBO PARA LA SALUD MENTAL\*

*Patrick Bracken, Philip Thomas*

*(Traducción, Pilar Juliá Calvo y Marta Carmona Osorio)*

*\*(del original: BMJ 2001;322:724–7)*

Nos encontramos en un momento de cambio en el concepto de la Salud Mental. Existe un nuevo compromiso de abordar la relación entre la pobreza, el desempleo y la enfermedad mental, lo que ha llevado a políticas centradas en la discapacidad y la exclusión social. Sin embargo, este enfoque de trabajo, puede entrar en conflicto con la Psiquiatría biologicista.

En resumidas cuentas, la sociedad actual demanda un tipo de Psiquiatría distinto, y un nuevo entendimiento entre los profesionales de la salud y los usuarios. A lo largo del S. XX, la fe en la ciencia y la tecnología ha ido disminuyendo, llevando a este cambio en la demanda de la sociedad, no sólo en la Psiquiatría, sino también respecto a la medicina en general.

Tal y como señala Muir Gray: “la salud postmoderna no sólo tendrá que mantener y mejorar los descubrimientos y logros de la edad moderna, sino también atender las prioridades de la sociedad postmoderna: preocupación tanto por los valores como por la evidencia, valorar cuidadosamente el riesgo/beneficio y el auge del paciente bien informado”.

La medicina va aceptando progresivamente esta realidad, pero la Psiquiatría debe afrontar también el problema de que sus propios logros modernos son cuestionados. Si bien los pacientes pueden criticar las listas de espera, las actitudes de los profesionales y la escasa comunicación, muy pocos cuestionan el trabajo de la medicina en sí. En contraste, la Psiquiatría siempre ha estado desafiada en este sentido, de hecho, el propio concepto de la enfermedad mental ha sido descrito como un mito.

Es difícil imaginarse el nacimiento de corrientes como la “antipsiquiatría” o la “anestesia crítica”, mientras que la Antipsiquiatría y la Psiquiatría crítica son movimientos bien establecidos y que gozan de bastante influencia.

La Psiquiatría ha reaccionado de forma defensiva a estos cuestionamientos, y a lo largo del S XX se ha preocupado de afianzar su identidad médica, y a pesar de ello, siguen existiendo preguntas fundamentales acerca de su legitimidad.

En este artículo, desarrollamos una crítica de las motivaciones de modernistas de la Psiquiatría y esbozamos los principios básicos de la Postpsiquiatría, una nueva dirección positiva para la teoría y la práctica de la Salud Mental.

### LAS RAÍCES DE LA PSIQUIATRÍA MODERNA

Tanto los partidarios como los críticos de la Psiquiatría, están de acuerdo que ésta es el producto de la Ilustración europea, y la preocupación de la misma acerca de la razón y el individuo.



Fuente: letoutpourtous.free.fr



Fuente: stopstigma.wordpress.com

Si bien la postura crítica y postmoderna no significa rechazar el proyecto de la Ilustración, sí requiere reconocer sus aspectos negativos en la misma medida que los positivos.

De cierta manera, la preocupación de la Ilustración por la razón y el orden, dio lugar a una era en la que la sociedad deseaba librarse de los elementos “irracionales”. Tal y como escribía Roy Porter: “El objetivo de la edad de la razón, que fue ganando autoridad desde mediados del S XVII hacia adelante, era criticar, condenar y aplastar aquello que sus protagonistas consideraron “tonto” o irracional. Y todo lo que estaba clasificado como tal, podía ser considerado perjudicial para la sociedad o el estado, de hecho, podía ser visto como una amenaza hacia el adecuado funcionamiento de una sociedad ordenada, eficiente, progresista y racional”.

Según Foucault, el nacimiento de grandes instituciones en las que gente “irracional” era internada, no fue una medida progresista, sino un acto de exclusión social, y la Psiquiatría fue el producto directo de este acto. Porter coincide con él: “El auge de la medicina psicológica fue en mayor medida la consecuencia que la causa de la aparición de manicomios. La Psiquiatría floreció una vez que un gran número de pacientes estuvieron ingresados en manicomios abarrotados, no antes”.

Asimismo, el racionalismo llevó a la creencia de que los conocimientos derivados de la ciencia médica eran la mejor manera de tratar la locura. Psiquiatras como Griesinger aprovecharon el éxito de la patología en explicar algunas formas de psicosis, para afirmar que este modelo de trabajo debería extenderse universalmente.

Otras de las preocupaciones de la Ilustración, especialmente a partir de Descartes, fue la exploración del sujeto como individuo, lo que dio lugar al auge de las disciplinas de la fenomenología y el psicoanálisis. Nuestra hipótesis es que la Psiquiatría del S XX estaba basada en una aceptación incondicional de este enfoque modernista en la razón y el individuo, lo cual tuvo 3 importantes consecuencias:

### La locura es interna

La Psicopatología General de Karl Jaspers fue, probablemente, el texto psiquiátrico más influyente del S XX. Éste trabajó el encuadre de la psicología fenomenológica desarrollada por el filósofo Edmund Husserl, quien promovió esta corriente como una “ciencia rigurosa” de la experiencia humana.

En esta convención teórica, la mente se entiende como algo interno y separada del mundo que la rodea. Jaspers también distinguía la forma del síntoma mental de su contenido: “Es cierto que al describir eventos psíquicos concretos, tomamos en consideración los contenidos particulares de la psique individual, pero desde el punto de vista fenomenológico, la forma es lo único que nos interesa”.

La Psiquiatría continúa separando los fenómenos mentales del contexto ambiental. La psicosis y la patología afectiva se definen en términos de experiencias individuales trastornadas. Los factores sociales y culturales son, como mucho, secundarios, pudiendo ser o no tenidos en consideración. Esto es en parte porque la mayoría de las entrevistas psiquiátricas tienen lugar en hospitales y clínicas, existiendo un foco terapéutico en el individuo, con fármacos o psicoterapia. También se debe a que las corrientes de tipo biologicista, cognitiva, conductual y psicodinámicas comparte un enfoque conceptual y terapéutico común, centrado en el individuo.

### Explicación técnica de la locura

La Ilustración prometió que el sufrimiento humano se rendiría frente al avance del racionalismo y la ciencia. Por su parte, la Psiquiatría buscó reemplazar la concepción espiritual, moral, política y popular de la locura con el enfoque técnico de la psicopatología y la neurociencia.

Esto culminó en la reciente “década del cerebro”, y la afirmación de que la locura está causada por una disfunción neurológica, que puede ser curada por fármacos dirigidos a neurotransmisores específicos. A día de hoy es casi herético cuestionar este paradigma.

La búsqueda para ordenar la psicopatología en un idioma técnico también puede verse en el DSM. Éste define más de 300 enfermedades mentales, la mayoría de las cuales han sido “identificadas” en los últimos 20 años. Kutchins y Kirk señalan: “DSM es una guía que nos dice cómo deberíamos pensar acerca de las manifestaciones de la tristeza y la ansiedad, actividad sexual, alcohol y abuso de sustancias y muchas otras conductas. Por lo tanto, las categorías creadas por el DSM reorientan nuestro pensamiento acerca de importantes problemas sociales, y afectan nuestras instituciones sociales.

## Coacción y Psiquiatría

La conexión entre la exclusión social, encarcelamiento y la psiquiatría se forjaron durante la Ilustración. En el S XX, la promesa de la Psiquiatría de controlar la locura a través de la ciencia médica, encontró eco en la aceptación social del rol de la experiencia técnica.

La Psiquiatría fue revestida de un poder considerable a través de la legislación de Salud Mental, que otorgó a los psiquiatras el derecho y la responsabilidad de retener a pacientes y obligarlos a tomar potentes fármacos o someterse a Terapia Electroconvulsiva.

La psicopatología y la nosología psiquiátrica se convirtieron en el marco de trabajo legítimo de estas intervenciones. A pesar de este enorme poder, la faceta coercitiva de la Psiquiatría prácticamente no ha sido cuestionada hasta la actualidad.

Los psiquiatras habitualmente están dispuestos a minimizar las diferencias entre su trabajo y el de sus colegas médicos. Esto se aprecia en las publicaciones contemporáneas acerca del estigma y la legislación en Salud Mental, en las que los psiquiatras buscan reivindicar la equivalencia entre la psiquiatría y la enfermedad médica.

Ignorar el hecho de que la psiquiatría tiene una dimensión particularmente coercitiva, no va a ayudar a la credibilidad de la disciplina o disminuir el estigma de la enfermedad mental. Los pacientes y la sociedad saben que un diagnóstico de diabetes, al contrario que uno de esquizofrenia, no puede llevar a que sean ingresados de forma involuntario en un hospital.

### **LA RED “OYENDO VOCES”.**

La Red “oyendo voces” nace en Holanda gracias a Marius Romme (psiquiatra) y Sandra Escher (periodista). Romme había intentado con denuedo tratar a una mujer cuyas voces no respondían a neurolepticos. La mujer consiguió, ella sola, una forma no médica de entender tal experiencia y retó a Romme a aparecer en TV debatiendo a este respecto. Tras la emisión del programa, unas 500 personas “con voces”, la mayoría sin contacto previo con Salud Mental, se pusieron en contacto con ellos. Esto condujo a la formación de “Resonancia”, un grupo de autoayuda para personas con voces que no estuvieran satisfechas con los diagnósticos médicos y el tratamiento para este fenómeno. La Red “Oyendo voces” se estableció en Inglaterra

en 1990 tras una visita de Romme y Escher. La red cuenta actualmente con 40 grupos por toda Inglaterra, Gales y Escocia y ofrece a estas personas la oportunidad de compartir sus experiencias utilizando entornos no médicos. Estos grupos están dirigidos sólo a personas con voces que compartan formas de superar esta situación y debatir sus métodos (que no tienen por qué excluir los tratamientos médicos). La red funciona a nivel nacional e internacional, en alianza con profesionales afines. Valida la experiencia de las personas con voces, permitiendo convertirla en algo con un sentido.

## **UN NUEVO RUMBO PARA LA SALUD MENTAL**

El reto de Muir Gray a la medicina de “adaptarse al “entorno postmoderno”” atañe especialmente a la psiquiatría, y mientras algunos cuestionan la crítica foucaultiana a la psiquiatría, hay una aceptación generalizada de que su rechazo a la versión “progresista” del desarrollo psiquiátrico está justificado. La psiquiatría no puede seguir ignorando la implicación de este análisis. Nuestra crítica se basa en una serie de preguntas:

1. Si la psiquiatría es el producto de una institución, ¿no deberíamos cuestionar su capacidad de determinar la naturaleza de los cuidados tras la desinstitucionalización?
2. ¿Podemos imaginar una relación entre medicina y locura diferente a la relación forjada en los psiquiátricos antiguos?
3. Si la psiquiatría es el producto de una cultura preocupada por la racionalidad y el individualismo, ¿qué tipo de cuidado en salud mental es apropiado en el mundo postmoderno en que el que cada vez importa menos?
4. ¿Cuán apropiada es la psiquiatría occidental para grupos culturales con visiones espirituales del mundo y énfasis ético en la importancia de la familia y la comunidad?
5. ¿Cómo se puede separar el tratamiento en salud mental de la exclusión social, la coacción y el control a los que se ha visto sometida en los últimos dos siglos?

Si no podemos plantear estas preguntas, los fallos de los tratamientos en la institución se repetirán en la comunidad. Por estas razones, la postpsiquiatría se rige por una serie de metas.

## OBJETIVOS DE LA POSTPSIQUIATRÍA

### IMPORTANCIA DE LOS CONTEXTOS



Fuente: stopestigma.wordpress.com

Los contextos, es decir, las realidades políticas, culturales y sociales, deberían vertebrar nuestro concepto de la locura. Un abordaje centrado en el contexto reconoce la importancia del conocimiento empírico para entender los efectos de lo social en lo individual, pero también cuadra con los modelos no cartesianos de la mente, como los de Wittgenstein y Heidegger. Llamamos “hermenéutica” a este conocimiento, porque prioriza significado e interpretación. Los sucesos, las reacciones y los círculos sociales no están concebidos como cosas ajenas unas a otras, que puedan medirse y analizarse de forma aislada. Se hallan unidas en una red con conexiones llenas de importancia, aun cuando estas conexiones no obedecen a explicaciones causales simplistas.

Creemos también que en el trabajo clínico las intervenciones no han de estar basadas en un marco individualista centrado en diagnóstico-tratamiento. La red “oyendo voces” es un buen ejemplo de cuántas formas distintas de apoyo pueden desarrollarse. No se niega la importancia de la perspectiva biológica, pero se rechaza el predominio de este abordaje y es entendido como otra serie de conclusiones derivadas de un contexto concreto.

### ORIENTACIÓN ÉTICA MÁS QUE TECNOLÓGICA

La efectividad clínica y las prácticas basadas en pruebas –la idea de que la ciencia debería guiar la práctica clínica– dominan ampliamente en la medicina. La psiquiatría busca soluciones a las dificultades que plantean. El problema es que la efectividad juega un importante papel en lo que se busca, tanto en la investigación como en el ejercicio clínico. Cualquier actividad médica requiere un acercamiento entre suposiciones y valores.

Pero en psiquiatría, al preocuparse principalmente por creencias, estados de ánimo, relaciones y comportamientos, ese acercamiento es el esfuerzo principal del trabajo clínico. Estos valores y suposiciones han sido discutidos en trabajos recientes de antropólogos médicos y filósofos.



Globalization / The Wall Street Journal  
Fuente: epistemologia.zoomblog.com

Esto es un conflicto para todo el trabajo en salud mental, pero los riesgos de ignorar estas cuestiones son más evidentes en la conflictiva entre la psiquiatría y las poblaciones no europeas, tanto dentro de Europa como fuera. El trabajo con comunidades inmigrantes, nos acerca a otros valores, lo que requiere un esfuerzo para apartar los conceptos eurocéntricos de la enfermedad y la curación. Al reconocer el dolor y el sufrimiento implicados en la locura, evita ningunear la locura, y ayuda a desarrollar múltiples formas de involucrarse con el equipo y encajar con sus culturas y valores.

## REPLANTEANDO LAS POLÍTICAS COERCITIVAS

Debatir planes estratégicos en Salud Mental permite replantear la relación entre medicina y locura. Muchos usuarios cuestionan el modelo médico y están convencidos de que es lo que provoca una atención coercitiva. Esto no quiere decir que la sociedad no pueda privar a alguien de su libertad a causa de su trastorno mental. Sin embargo, al cuestionar la idea de que la teoría psiquiátrica es neutral, objetiva y desinteresada, la postpsiquiatría debilita los argumentos a favor del modelo médico. Puede que los médicos deban solicitar la detención de alguien pero no decidir si se le detiene o no. Asimismo, el principio de reciprocidad implica que la legislación debe incluir salvaguardas como el derecho a la defensa y las directrices específicas a este respecto.

## **POSTPSIQUIATRÍA Y PSICOPATOLOGÍA**

La postpsiquiatría ofrece la posibilidad de trabajar con personas de formas que permiten convertir la experiencia psicótica en algo con sentido, en vez de ser simple psicopatología. Una mujer Sij de 53 años ingresó en dos ocasiones en los últimos seis años con diagnóstico de trastorno afectivo (CIE F31.2). Fue derivada de forma urgente por su médico de cabecera en julio de 1999, y cuando fue valorada en el domicilio presentaba presión del habla y labilidad, irritabilidad e ideación de temática religiosa y acontecimientos pasados en su vida. Su familia se quejaba de su exceso de actividad y de que realizaba dispendios económicos. Fue seguida en un programa de atención domiciliaria, en el que su enfermera de referencia, que hablaba su idioma natal, pudo hablar largo y tendido con ella y sus familiares. Afloró entonces que la paciente tenía problemas con su suegra, con quien compartían la vivienda. Creía que la anciana, que parecía llevar la batuta en cuanto a los matrimonios de sus nietos, estaba usurpando su rol en la familia. A la vez tenía una obligación de cuidado para con ella, ya que su suegra sufría diabetes y necesitaba que ella le administrara la insulina. Tenía además un vínculo leal hacia ella, que le dificultaba abordar el conflicto, especialmente fuera de la familia. Con el apoyo de la enfermera, la paciente pudo hacer su propia interpretación de la conducta psicótica:

- hiperactivación y gasto excesivo: para reclamar su rol de esposa y madre, aumentando su contribución a la vida familiar, empoderándose.

- verborrea: búsqueda de tiempo a solas con su marido, necesidad de participar en las decisiones, airear discrepancias.
- hostilidad e irritabilidad: crítica abierta de la familia, retando y discrepando.
- preocupación por el pasado: para poder contextualizar los desencuentros, dar mayor solidez a sus argumentos y encontrar soluciones
- preocupaciones de índole religiosa: con el fin de reparar fuerzas, una forma de liberarse del estrés y centrarse en ella.

Encuadrar sus problemas de este modo en vez de en el diagnóstico médico dio lugar a un espacio en el que se pudo explorar de forma tranquila el conflicto familiar. Su marido aceptó sus quejas y conducta. Durante los siguientes doce meses permaneció estable, sin necesidad de medicación.

## **CONCLUSIÓN: POSTPSIQUIATRÍA Y ANTIPSIQUIATRÍA**

La postpsiquiatría intenta avanzar más allá del conflicto entre psiquiatría y antipsiquiatría. La antipsiquiatría defendía que la psiquiatría era represiva y se basaba en una ideología médica errónea; sus defensores querían liberar a los pacientes de sus grilletes. Por otra parte, la psiquiatría acusaba a sus oponentes de estar mediatizados por su ideología. Ambos grupos coincidían en la suposición de que había un modo correcto de entender la locura, y que podría encontrarse la verdad acerca de la locura y el sufrimiento. La postpsiquiatría enfoca el asunto de otra manera. No pretende proponer nuevas teorías acerca de la locura, pero abre espacios en los que otras perspectivas, previamente rechazadas, pueden contemplarse. Y como punto crucial defiende que la voz de los usuarios y los supervivientes debe ser la principal.

La postpsiquiatría se distancia de las implicaciones terapéuticas de la antipsiquiatría. No pretende reemplazar las técnicas médicas psiquiátricas con nuevas terapias o caminos “hacia la liberación”. No es un conjunto de ideas fijas y creencias, más bien un conjunto de indicaciones que pueden ayudarnos a avanzar desde donde estamos.

La postpsiquiatría puede democratizar la salud mental, uniendo el desarrollo de los servicios con un debate acerca de contextos, valores y colaboraciones



Fuente: melty.fr

La psiquiatría, como el resto de la medicina, tendrá que adaptarse al “entorno post-moderno” del que habla Muir Gray. El trabajo en salud mental no es cómodo con una mentalidad moderna, y cada vez más psiquiatras se interesan en los aspectos históricos y filosóficos del tratamiento mental. Además dada la anclada tradición de debate dentro de la psiquiatría, ésta tiene ventaja respecto a otras disciplinas médicas en el reto de la postmodernidad.

La postpsiquiatría puede democratizar la salud mental, uniendo el desarrollo de los servicios con un debate acerca de contextos, valores y colaboraciones.

Creemos que la llegada de la postmodernidad ofrece un reto excitante a los médicos interesados en este campo, así como la oportunidad de replantearse sus roles y responsabilidades.

# hem(○)s leído...

*Alberto Ortiz Lobo*



## **HISTORIA CULTURAL DE LA PSIQUIATRÍA**

(Re)pensar la locura

Rafael Huertas García-Alejo

Los Libros de la Catarata, Madrid, 2012

La propuesta que nos hace Rafael Huertas en su último libro es repensar la locura y la psiquiatría, con las consecuencias clínicas que ello puede acarrear, desde la reflexión histórica de su evolución, incluyendo especialmente la perspectiva social y cultural. Para acometer tal empresa, toma como punto de partida el Coloquio de la Sociedad Internacional de Historia de la Psiquiatría y el Psicoanálisis que tuvo lugar en París en 1991 donde revisaron la trascendencia de la obra de Michel Foucault y que publicaron, precisamente, con el nombre de “Penser la folie. Essais sur Michel Foucault”. Desde ahí, revisa minuciosamente el enfoque del manicomio como institución paradigmática del “control social” para ampliarlo a su constitución como un espacio donde también se construye el conocimiento psicopatológico y se afianza una cultura profesional.

En esta línea, y complementando las tesis foucaultianas, recupera la obra de Gladys Swain. Esta autora ha puesto de relevancia en sus investigaciones historiográficas el papel que ha tenido el nacimiento de la psiquiatría en reconocer la subjetividad humana del loco, que es rescatado del mundo de la animalidad e incluido en la incipiente sociedad democrática. En este sentido, el nacimiento de la psiquiatría y del manicomio significa también la aparición de una concepción de la locura que conlleva la irrupción de una nueva cultura de la subjetividad. Desde esta perspectiva, el tratamiento moral de la locura en sus inicios, incluso en sus versiones más coercitivas, es un intento de intervenir en la mente del paciente para lograr la reconstrucción de la individualidad del sujeto.

Uno de los ejes del libro es la reivindicación de una mirada de la historia de la psiquiatría más amplia y contextualizada. Las propuestas historiográficas de Jan Goldstein le sirven para ejemplificar cómo la historia intelectual, la historia social y la historia política son elementos esenciales para comprender la construcción del conocimiento psiquiátrico y la psicopatología, desde Pinel hasta nuestros días. El papel fundamental de la cultura y el contexto social en la construcción de la locura y del pensamiento psiquiátrico se pone también de manifiesto cuando Huertas dialoga con la obra de Ian Hacking. De este autor rescata su análisis de las enfermedades mentales transitorias (esas que aparecen en un tiempo y lugar determinados y desaparecen sin dejar rastro por razones que tienen que ver con el ambiente cultural de la época y el contexto socio-geográfico en el que la enfermedad surge como tal) y del looping effect (las interrelaciones entre la gente y las formas en que esta es clasificada). El objetivo final sería poder plantearnos una historia total que aliente un pensamiento crítico que supere el plano puramente académico del positivismo científico. No podemos olvidar que las prácticas psiquiátricas y sus discursos son inseparables de su momento histórico y la expresión social de la enfermedad mental es consecuencia directa de los cambios culturales que se van produciendo a lo largo de la historia.

Particularmente atractivo y controvertido es el capítulo que Huertas dedica a revisar críticamente la obra de Berrios. La escuela de Cambridge propone básicamente un trabajo sobre la historia de los síntomas y de la construcción lingüística de los mismos y su recalibración actual a través de una psicopatología descriptiva sustantiva, que permita capturar la señal neurobiológica del síntoma, inalterable a lo largo de la historia, y separarla del “ruido de fondo” producido por factores culturales, sociales, políticos, etc. Huertas expone y analiza esta propuesta poniendo de manifiesto también los aspectos ideológicos que conlleva: una perspectiva biomédica centrada en la disfunción o lesión orgánica y que puede relegar a la totalidad del individuo; la idea de que la psicopatología descriptiva se va a constituir en un conocimiento con alta validez y, por tanto, “verdadero”; el riesgo del “presentismo” al analizar desde nuestro contexto actual manifestaciones sintomáticas que pertenecen a otro momento histórico y, en definitiva, el peligro de considerar el síntoma mental únicamente desde un punto de vista esencialista-neurobiológico y desdibujando la subjetividad y su evolución a lo largo de la historia.

Finalmente, Huertas reivindica una historia de la práctica de la psiquiatría que recoja los elementos del quehacer cotidiano de la práctica clínica. Una historia que, más allá de los tratados científicos de las figuras ilustres, indague en los archivos clínicos de las instituciones. Con este tipo de investigación se pueden recabar aspectos administrativos, sociodemográficos, asistenciales... pero también de la subjetividad del loco. Para ello, se puede acceder al diálogo con los pacientes a través de las historias clínicas o incluso mediante escritos y cartas de los alienados en los manicomios. En definitiva, otra historia de la psiquiatría que dé cuenta de los elementos culturales, sociales, ideológicos, políticos, etc. y que nos permita trazar también una historia de la subjetividad. Esa “otra historia” que nos permitirá hacer “otra psiquiatría” (más allá del pensamiento dominante positivista, organicista y medicalizado) que recupera la biografía del sujeto, prima y respeta el diálogo con el paciente y subraya el trabajo subjetivo del síntoma mental.

*Óscar Jiménez Suárez*



**ALGO VA MAL**

Tony Judt

Taurus, 2010

“Algo huele a podrido en Dinamarca”, por lo que voy a permitirme recomendar la lectura de este libro póstumo, cuyo autor, brillante articulista y profesor en diferentes universidades americanas y bri-

tánicas, fue merecedor entre otros de los prestigiosos premios Hannah Arendt (ensayo) y George Orwell (crítica política).

Esta apasionada denuncia del egoísta estilo de vida contemporánea y la retórica que le acompaña, resulta especialmente provocadora teniendo presentes las realidades de nuestra moribunda Salud Mental, y para recomendar su lectura nada mejor que citar literalmente a su autor y aquellos en quienes se apoya:

“No hay condiciones de vida a las que un hombre no pueda acostumbrarme, especialmente si ve que a su alrededor todos las aceptan” L. Tostoi

“Sin idealismo la política se reduce a una forma de contabilidad social, a la administración cotidiana de personas y cosas” T. Judt

“Ver lo que se tiene delante exige una lucha constante” G. Orwell

“Las revoluciones de aquella época corrían el peligro de fomentar la confusión entre la libertad para hacer dinero y la propia libertad” T. Judt

“No puedo evitar temer que los hombres lleguen a un punto en el que cualquier teoría les parezca un peligro, cada innovación un laborioso problema, cada avance social un primer paso hacia una revolución, y que se nieguen completamente a moverse” A. Toqueville

“Una vez que dejamos de valorar más lo público que lo privado, seguramente estamos abocados a no entender por que hemos de valorar más la ley que la fuerza” T. Judt

“En gran medida los dilemas y deficiencias del estado de bienestar son consecuencia de la pusilanimidad política más que de la incoherencia económica” T. Judt

“Es difícil que un hombre entienda algo cuando su sueldo depende de que no lo entienda” U. Sinclair

“Un régimen estable autoritario es mucho más deseable para la mayoría de sus ciudadanos que un estado fallido democrático. Incluso la justicia probablemente cuenta menos que la competencia administrativa y el orden público” T. Judt

“Lo peor del comunismo es lo que viene después” A. Michnik

“Una democracia de consenso permanente no será una democracia durante mucho tiempo” T. Judt



“La disposición a admirar a los ricos y poderosos y a despreciar a los pobres y humildes es la principal causa de la corrupción de nuestros sentimientos morales” A. Smith

“Es la distancia entre la naturaleza intrínsecamente ética de la toma de decisiones públicas y el carácter utilitario del debate político contemporáneo lo que explica la falta de confianza en los políticos y la política” T. Judt

“El problema no es si estamos de acuerdo o no con un acto legislativo determinado, sino la forma en que debatimos nuestros intereses comunes” T. Judt

“No basta con que el estado de cosas que queremos promover sea mejor que el que le precedió; ha de mejorar lo suficiente como para que compense los males de la transición” J. M. Keynes

“Ya deberíamos saber que la política sigue siendo nacional, incluso si la economía no lo es” T. Judt

“Lo único peor que demasiado gobierno, es demasiado poco” T. Judt

“Un mercado libre es paradójico. Si el Estado no interfiere, quizá lo hagan otras organizaciones semipolíticas dejando en una ficción la libertad del mercado” K. Popper

“El acceso desigual a todo tipo de recursos es el punto de partida de toda crítica verdaderamente progresista del mundo” T. Judt

“Cuanto más perfecta es la respuesta, más espantosas son sus consecuencias” T. Judt

“Había muchas cosas que no comprendía, en ciertos aspectos que ni siquiera me gustaban, pero inmediatamente me di cuenta de que era algo por lo que merecía la pena luchar” G. Orwell

“El Legado Invisible” explora la evolución del vínculo trigeneracional en la línea femenina abuela- madre- hija (1ª, 2ª y 3ª generación); para ello las autoras toman como base un estudio clínico, “Organización y evolución vincular de madres de pacientes con TCA”, realizado con 120 madres de adolescentes (pacientes y no pacientes) de entre 13 y 18 años, a quienes se preguntó por sus experiencias vinculares con respecto a sus propios padres, su pareja, y sus hijos. Para dicho estudio parten de la Teoría del Apego elaborada por Bowlby y sus seguidores y utilizan como instrumento una adaptación clínica de la Entrevista de Apego para Adultos.

A lo largo del trabajo se consideran tres tipos de vinculación, uno Seguro y dos Inseguros (Desentendido y Preocupado).

El Vínculo Inseguro lo presentan, aquellas personas que describen la relación con sus padres positivamente pero los ejemplos de recuerdos experienciales que ofrecen son negativos.

Quienes recuerdan un Vínculo Desentendido, han conocido la soledad o el rechazo en su infancia y han optado por desactivar su sistema de vinculación.

Aquellas personas con Vinculación Preocupada, están muy implicadas en las relaciones pasadas y quedan en sus conciencias numerosos acontecimientos que no han aceptado nunca.

También las personas clasificadas con Vínculo Seguro pueden desorganizarse ante un hecho traumático pero sus posibilidades de recuperación son mayores.

El texto realiza un largo viaje desde la construcción del vínculo hasta la Transmisión Vincular Trigeneracional y los posibles Movimientos Compensatorios que influyen sobre dichos vínculos. El texto va relacionando los procesos de vinculación y de transmisión vincular trigeneracional con la construcción del psiquismo, con el ciclo vital familiar, con la psicopatología parental y con los movimientos compensatorios vinculares.

A través de todas sus páginas se dan diferentes ejemplos ilustrativos de cada uno de los aspectos estudiados.

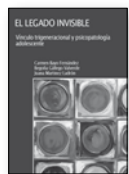
El libro está dividido en siete capítulos y tres anexos. En el primer capítulo “Apego, vínculo y construcción del psiquismo”, se hace también un acercamiento a los hallazgos de las neurociencias sobre el funcionamiento y desarrollo de la vida cerebral del bebé.

*Diego Figuera Álvarez*

### **EL LEGADO INVISIBLE**

Vínculo trigeneracional y psicopatología adolescente  
Carmen Bayo, Begoña Gállego y Juana Martínez Ladrón  
Madrid, 2012

(disponible en la web de la AMSM en: <http://amsm.es/2013/01/25/libro-el-legado-invisible-vinculo-trigeneracional-y-psicopatologia-adolescente-a-vuestra-disposicion/> o en: <http://wp.me/p1YpC5-fe> )



En el capítulo dos, “Tareas vinculares a lo largo del ciclo vital familiar”, se realiza un exhaustivo recorrido por la evolución de las complejas tareas vinculares que en diferentes etapas, formación de pareja, primer hijo, fases de crianza, adolescencia, emancipación, edad adulta y ancianidad atañen a los miembros de un núcleo familiar.

El capítulo tres está dedicado a dos conceptos importantes: Resiliencia y Movimientos Compensatorios. El primero es un concepto que en psicología alude a la capacidad de una persona para enfrentar situaciones críticas, sobreponerse y salir airoso y fortalecido, desarrollando nuevos recursos, en vez de debilitado, y el segundo hace referencia al cambio producido en la calidad del vínculo establecido a través de una nueva experiencia vital.

En el capítulo cuarto se trata de analizar las diferentes formas de continuidad o discontinuidad en la transmisión del vínculo entre una generación y otra.

El capítulo quinto recoge dos situaciones especiales que implican un distanciamiento de las figuras de referencia principales como son la emigración y la cesión, y su influencia en el desarrollo y transmisión vincular.

En el capítulo sexto, se estudia la repercusión de la psicopatología parental en el establecimiento y desarrollo vincular con los propios hijos, y de estos con los suyos, es decir con los nietos de esa primera generación enferma.

Por último, el capítulo siete está dedicado a la figura paterna. Figura imprescindible para que esa línea abuela-madre-hija, pueda darse.

En cuanto a los Anexos, en el Anexo I, “Organización y evolución vincular de madres de pacientes con TCA”, se muestran los resultados y la investigación citada.

El Anexo II, recoge el apartado correspondiente de “Guía Práctica” solicitada como proyecto por el Dr. Gonzalo Morandé, Jefe de Psiquiatría del Hospital del Niño Jesús.

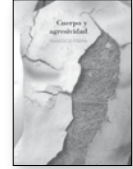
En el Anexo III, se presenta la mesa redonda dedicada a “Teoría del vínculo y Trastornos de Alimentación”, que tuvo lugar durante la Jornada de Trabajo del año 2009 en el Hospital Universitario del Niño Jesús de Madrid.

Madrid, 10 de Enero de 2013

Teresa Abad Sierra

## CUERPO Y AGRESIVIDAD

Francisco Pereña  
Siglo XXI, México, 2011



En conexión directa con temas fundamentales de nuestro tiempo, Pereña cuestiona la filiación instintiva de la agresividad, y apuesta por el abandono del ideal moderno que la confinaba al arca de lo instintivo y lo animal. Fuera de ese lugar, el autor la considera ingrediente fundante del vínculo, producto del desvalimiento con que venimos al mundo y de la intensa necesidad del otro que tenemos desde el principio. Ligada irremediamente al cuerpo, se gesta en el desamparo y el miedo fruto del encuentro con el otro. Un otro que, como objeto, nos satisface parcialmente, y como sujeto independiente de nuestro deseo, acaba decepcionándonos.

Con un enfoque que se aleja del estructuralismo, y que atiende a lo vincular como proceso ineludible de conquista de la identidad, esta obra aborda la crítica de las instituciones, los sistemas clasificatorios oficiales, los ideales de normalidad y los supuestos universales. En una época de promoción del individuo pero sin espacio para la intimidad, los trastornos límite, las adicciones y los trastornos de la alimentación son leídos como signo de la sociedad de consumo, poniendo de manifiesto las dificultades para sobrellevar la dialéctica entre la necesidad de depender y, a la vez, de independizarse del otro.

La agresividad inherente al vínculo y que habita en el cuerpo, (un cuerpo marcado por ese encuentro con el otro), se convierte en una respuesta que nos invoca, como terapeutas, a abrirnos a una escucha abierta, *escucha del acontecimiento*, que busca la comprensión profunda de cada caso concreto, dejando el espacio necesario para que el fenómeno humano se manifieste en toda su complejidad.

Con todo eso, Francisco Pereña orienta a una clínica del sujeto que nos interroga por nuestra propia experiencia, y que nos lleva a cuestionar la existencia de un saber exterior que deja fuera las peculiaridades de cada caso.

# hem( )s estado



Autora: AGOLMOS Foto: Pilar Nieto

## MOVILIZACIONES EN DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA. MADRID, NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2012.

En respuesta al anuncio del 31 de Octubre de 2012 del gobierno de la Comunidad de Madrid, del plan de presupuestos para el 2013 y del avance de las medidas privatizadoras y de carácter antisocial en materia sanitaria, se han desarrollado una amplia serie de movilizaciones en Madrid. Dentro del contexto de un apoyo masivo de profesionales y usuarios a dichas movilizaciones, ha sido emocionante comprobar la importante participación de los profesionales de la Salud Mental en las diferentes propuestas.

Muy poco después del pistoletazo de partida de la huelga general del 14N en todo el estado, comenzaron las manifestaciones en defensa de la sanidad pública en Madrid, así como asambleas en centros de trabajo y diferentes convocatorias de huelga. En cuanto a la Salud Mental en lucha, compañeros en el CSM de Puente de Vallecas fueron la vanguardia con su encierro, seguidos de Fuenlabrada, Vallecas Villa, Moratalaz, Hortaleza, Ciudad Lineal, Barajas, San Blas, Leganés en el Severo Ochoa, Tetuán... (perdón por los que hayamos olvidado). El seguimiento de las diferentes convocatorias de huelga ha sido significativo, con especial relevancia en el colectivo de residentes. Participación en piquetes informativos, marchas, manifestaciones, concentraciones frente a organismos públicos... y también represión, como la agresión y detención sufrida por un compañero del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés.

Estas movilizaciones han tenido una gran repercusión mediática, lo que ha ayudado a difundir y ampliar la información relacionada con la privatización, no sólo entre los profesionales y usuarios de la sanidad pública, sino llegando cada vez más a la población general. Además, el colectivo sanitario, que desde hace años no mostraba tal contundencia en sus protestas, recupera herramientas tradicionales para la defensa de los derechos de los trabajadores como las asambleas frecuentes, huelgas indefinidas, cajas de resistencia... y esperemos que pronto también la unión entre las diferentes categorías profesionales e incluso entre los diferentes colectivos del sector público.

Por el momento, el gobierno de la Comunidad de Madrid no ha rectificado al aprobar los presupuestos y el plan de medidas, pero la lucha sigue...

*Junta de la AMSM*

# panóptico

## BURGUEÑO Y ADELSON TOCARON LA QUENA JUNTO A ATAHUALPA YUPANQUI EN LOS AÑOS 50.

El sonido de su quena era como una fuerza liberadora.



Fuente: atacris.com

*John Bush. Redacción del Panóptico. Madrid.* La prolífica vida de Antonio Burgueño Carbonell, Director General de Hospitales de la Comunidad de Madrid no deja de sorprender a propios y extraños. Una biografía no autorizada a la que ha tenido acceso *El Panóptico* añade un capítulo más a los ya conocidos de médico militar de los tercios de Flandes, médico de igualas en la España de los Botejara, héroe de la Primera Guerra Medica contra la soviétización sanitaria o aventurero sanitario. Según esta biografía apócrifa, realizada por un miembro del Partido Humanista, Burgueño a la edad de 19 años viaja junto con su familia al Tucumán, y es allí donde no solo descubre “el reino de las zambas más lindas de la tierra”, sino que traba amistad con un joven aficionado al “truco”, popular juego de cartas sudamericano, llamado Sheldon Adelson. Ambos jóvenes, unidos por una fuerte amistad, recorren juntos distintos pueblos del interior, donde, mientras aprenden el arte de tocar la quena y la maraca, desempeñan distintos oficios para ganarse la vida como hacheros, arrieros, cargadores de carbón, entregadores de telegramas, oficiales de escribanía, correctores de pruebas y mamporreros. Es en la confitería “Europea”, de la familia Castro, en Cosquín donde conocen a Atahualpa Yupanqui, el famoso compositor y cantante folklórico argentino, que queda prendado por los sonidos que arrebatában los jóvenes a la quena. La quena de Burgueño y Adelson sonaba como una fuerza liberadora para el espíritu emprendedor de los pueblos, oprimidos por las burocracias y regulaciones estatales. Es por ello, que si bien era masiva y popular su fama, había personas a las que les molestaba su canto y su forma de decir las cosas. Tras unos años exitosos de gira junto a Atahualpa Yupanqui, en la que, según el biógrafo humanista, tuvo dificultades en la frontera uruguayo-brasileña por la barba que usaba, los pasos de Burgueño se separan de su inseparable amigo Sheldon y regresa a la madre patria con el propósito de liberar a médicos y pacientes de las garras del Estado. Ahora de nuevo el destino, caprichoso como los acordes de una zamba, une de nuevo a estos dos galopadores en las tierras de Madrid en nueva misión para que con su quena libertadora rompan los yugos a la libre empresa, ya sea en el Eurovegas de Alcorcón o en el Hospital de Torrejón.

## GÜEMES DENUNCIA EN COMISARÍA QUE LE SIGUE EL DINERO.

Su mujer logró ahuyentar a unos análisis clínicos que les amenazaron.

*Lucas Skybeing. Redacción del Panóptico. Madrid.* Hace unos años *El Panóptico* se hizo eco de las denuncias de unos pacientes que se sentían perseguidos por cantidades ingentes de dinero a todas horas desde que la Consejería de Sanidad lanzó la máxima de “el dinero sigue al paciente”. En esta ocasión Juan José Güemes, de profesión ex-consejero en general, ha presentado una denuncia en comisaría por un motivo similar. Al parecer, desde que dejó sus responsabilidades al frente de la sanidad madrileña, el dinero ha cambiado de objetivo y en vez de acosar a los pacientes



Fuente: educacionprevisional.cl

ahora se ceba en el ex-consejero en general, que sospecha que todo está urdido por un grupo de colaboradores publico-privados. A parte del seguimiento habitual que le hace el dinero, Güemes también denuncia que un día al salir del peluquero fue seguido durante unas horas por unos análisis clínicos, pero ante la presencia de su mujer, la diputada conservadora Andrea Fabra, depusieron su actitud. Teresa Forcades, la monja benedictina que combatió la vacunación contra la gripe A, duda de la palabra de Güemes. "Y tanto que es mentira. Es más probable que lo que le atacara fuera una resonancia magnética y no un simple análisis que es más barato" ha declarado desde su monasterio.

### ABATIDO UN EJEMPLAR DE EVENTUAL DE 20 AÑOS EN EL GREGORIO MARAÑÓN.

La Dirección General de Recursos Animales ya ha tomado medidas.

*Feliciana Crespiny. Redacción del Panóptico. Madrid.* Un ejemplar de eventual (*precaurus longevus*) de más de 20 años ha logrado ser abatido en los pasillos del Hospital Gregorio Marañón por un equipo de tiradores de elite del Departamento de Recursos Animales bajo las órdenes del Capitán Resino. Según unos documentos de la dirección del hospital a los que ha tenido acceso *El Panóptico*, los eventuales han podido sufrir una mutación genética en su mecanismo de apoptosis celular que les ha hecho más longevos de lo esperado llegando a ser una autentica plaga en algunos centros sanitarios. El Departamento de Recursos Animales lo niega. "Estamos en un momento de transición de ecosistemas sanitarios y es posible que cambios ambientales hayan hecho que algunos ejemplares de eventuales sobrevivan más de lo esperado, pero ya estamos tomando medidas", zanja el Capitán Resino, sin aclarar cuáles van a ser. Sin embargo, fuentes sindicales dicen que desde el mes de Enero ya se han abatido decenas de eventuales o han sido puestos



Fuente: seminci.es

en cuarentena. "Se trata de un grave problema sanitario que se está tratando con total opacidad e improvisación", comentan estas mismas fuentes. Inicialmente se pensó que estos eventuales longevos podrían ser capturados y trasladados a los nuevos zoológicos de Torrejón y Móstoles u otros de próxima apertura, pero ya no caben, así que no se descarta tomar medidas drásticas de erradicación. Teresa Forcades, la monja benedictina, sin embargo piensa que el problema es taxonómico, ya que no existen ejemplares eventuales que sobrevivan más de seis meses. Para la monja se trata de ejemplares de fijos (*sanitarus establius*) alimentados de forma errónea, por lo que su erradicación afectara al conjunto del ecosistema.

### SE ENGANCHA A LA MAREA BLANCA Y SE DEJA A SUS HIJOS EN UN "GUASAP".

Pretendía reenviárselos a la abuela.

*Carmina Lily. Redacción del Panóptico. Madrid.* La Policía Nacional está buscando a una psiquiatra desaparecida tras abandonar a sus dos hijos en un "guasap" para dirigirse a una manifestación de la marea blanca. Al parecer los niños se negaban a pasar otro domingo en la calle y entonces la psiquiatra pretendió reenviárselos a la abuela por guasap, quedándose los menores atrapados por las redes sociales, hasta que fueron rescatados por una tuitera benedictina. Mientras que el Ministerio de Asuntos Exteriores ha contactado con miembros de Occupy Wall Street por si tiene alguna pista del paradero de la madre de los menores, la policía ha interrogado, con resultados infructuosos, a varios miembros de una asociación extremista de profesionales de salud mental, llamada AMSM, por si pudieran tener retenida a la psiquiatra en su facebook, para obligarla a hacerse socia. En cualquier caso la familia es optimista ya que la proximidad de una marea conjunta de trabajadores públicos permitirá coordinar esfuerzos entre jueces, policía y bomberos para encontrar a la psiquiatra entre las batas blancas



Fuente: monitorulvn.ro

## INAUGURAN UNA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTEGRAL PARA TRASTORNOS DE IDENTIDAD PÚBLICO-PRIVADA.

**Una asociación vinculada a Güemes y Lamela reivindica la identidad Trans.**

*Mike Donald. Redacción del Panóptico. Madrid.* Pablo M. es un psiquiatra privado desde que se licenció en Medicina, sin embargo permanece atrapado en el cuerpo de un empleado público desde entonces. Su vida es un infierno que lleva en secreto sin poder compartir con sus compañeros del Centro de Salud Mental. Cuando cobra la nómina o redacta un informe para un juzgado los impresos le recuerdan su vida cautiva de empleado público. Lo peor para Pablo es cuando tiene que acompañar a su novia, psicóloga asociada a la AMSM, a las manifestaciones de la marea blanca o cuando tiene que reenviar un “guasap” sobre una asamblea en el Colegio de Médicos. Afortunadamente las oportunidades de negocio de la sanidad madrileña pueden terminar con esta vida simulada, constreñida por el Estado. Pero la transición no es fácil. Para ello, CAPIO Sanidad ha inaugurado un nuevo servicio para ayudar a personas como Pablo denominado Unidad de Tratamiento Específico para Trastornos de Identidad Público-Privada (UTE-TIPP). La UTE-TIPP cuenta con un equipo multidisciplinar compuesto por inversores, accionistas, relaciones públicas, publicistas y gerentes, asesorados por un eminente psiquiatra ya retirado que regenta una famosa clínica privada en Madrid. El tratamiento consiste en ejercicios de rol playing en los que se ejercitan habilidades básicas para el rol privado, como fidelizar clientes rentables o técnicas de competencia, sin olvidar el entrenamiento para abandonar hábitos públicos como solicitar moscosos. Este nuevo tratamiento, sin embargo, nace con polémica. Una asociación de activistas colaboradores publico-privados, liderada por los dos anteriores consejeros de sanidad de Madrid, se ha mostrado radicalmente en contra de patologizar este problema. Defienden que se trata de un modelo reaccionario que clasifica

a las personas en identidades binarias compartimentadas, públicas o privadas, cuando las personas tienen derecho a no definirse y transitar de una a otra cuando les venga en gana. “No nos gusta definirnos, podemos ser transpúblicos o transprivados”, defienden estos activistas. Para la monja benedictina, Teresa Forcades, la separación es obra de Dios y no puede ser cambiada por los hombres.

## EL AHORRO DE 200 MILLONES POR LA PRIVATIZACIÓN DE LOS HOSPITALES ESTABA CALCULADO EN PESETAS.

**Fue fruto de un error nostálgico de la Dirección General de Hospitales.**

*Primadonna Munich. Redacción del Panóptico. Madrid.* Un error atribuido a la Dirección General de Hospitales ha llevado a sobreestimar en 166 veces el ahorro que supondrían para los madrileños la privatización de la gestión de seis de los hospitales según las cuentas que maneja la Consejería de Sanidad. Al parecer cuando el Consejero Fernandez Lasquetty pidió datos de cuanto podían decir que se iba a ahorrar con las privatizaciones, la Dirección General de Hospitales le informó que alrededor de 200 millones. Pero se trataba de pesetas. Fuentes de la Consejería consultadas por el Panóptico han desvelado que desde que se iniciaron las protestas sanitarias el Director General de Hospitales, preso de la nostalgia y la melancolía, permanece largas horas en su despacho escuchando canciones folklóricas argentinas. “Vive en el pasado, cuando los médicos protestaban a los socialistas, se recibían igualas y el chóped se pagaba en pesetas”, dicen algunos de sus colaboradores. Es quizás esta obstinación melancólica del máximo responsable de los hospitales madrileños lo que le ha llevado al humano error de refugiarse en la moneda que le vio nacer y crecer como empresario sanitario.



Fuente: artesescenicass.uclm.es



Fuente: wallpaper.brothersoft.com

## CURA SANA CULITO DE RANA, NUEVO TRATAMIENTO ALTERNATIVO PARA PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

Lo Que No Mata Engorda de elección en psicosis, advierte el ICOMEM

*Joseph Mulberrytree. Redacción del Panóptico Madrid.* La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha anunciado en su portal corporativo que a partir del mes de Marzo los madrileños que tengan problemas de salud mental van a tener a su disposición una nueva técnica de tratamiento llamada “Cura Sana Culito de Rana” o CSCR. Se trata de una adaptación a nuestra cultura de la prestigiosa técnica Heal Little Frog Tail (HLFT) que tan buenos resultados ha dado entre pacientes de seguros médicos norteamericanos, ya que permite en un solo acto médico resolver enfermedades como la depresión o la ansiedad sin tener efectos secundarios. “Con el CSCR se puede conseguir que un solo profesional de salud mental evalúe a 20 pacientes al día y no necesiten volver hasta seis meses después para una revisión” ha señalado Fernández Lasquetty durante la presentación de la técnica. El tratamiento es de fácil aprendizaje ya que consiste simplemente en que el profesional adecue el tono de su voz a la frecuencia de onda de la biorreactividad alterada del paciente y repita despacio “cura sana culito de rana lo que no se te curará hoy se te curará mañana”. La monja benedictina, Teresa Forcades, advierte que precisamente por su sencillez podría dejarse en manos de profesionales no cualificados que la apliquen a enfermedades para las que no estén indicadas. En ese sentido, el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid ha emitido un comunicado de prensa advirtiendo que esta técnica no se puede utilizar en personas que presenten síntomas psicóticos, en las que se debe seguir utilizando la técnica tradicional LQNME (Lo Que No Mata Engorda).

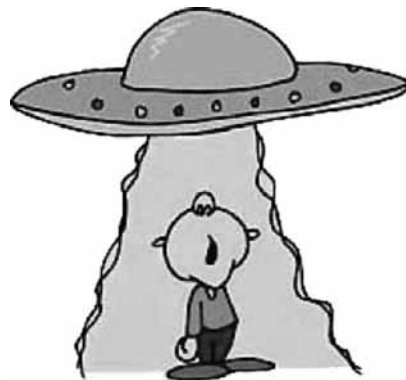


Fuente: jdampier.blogspot.com

## AVISTAN UNA OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL EN UNA CONCENTRACIÓN DE UFÓLOGOS SUICIDAS EN TITULCIA.

Fueron abducidos y teletransportados a un espacio AR-SUIC.

*Hernan Summerblue. Redacción del Panóptico. Madrid.* El pasado 21 de Diciembre, día del fin del mundo según la profecía maya, miembros de la Asociación de Amigos de los Visitantes del Espacio de Titulcia-Colmenar de Oreja se reunieron en un pequeño cerro cercano a Titulcia para realizar un suicidio colectivo ritual, puerta de entrada a la cuarta dimensión del Planeta 9, según las enseñanzas de la profesora alienígena Geeh Geeh del planeta Antares. Mientras esperaban el advenimiento de las naves pleyadianas comiéndose unas tortillas con pimientos para no irse con el estómago vacío, apareció en el cielo un objeto no identificado que les abdujo durante unas horas impidiéndoles proseguir con su ceremonia. Alberto Santamaría, maestro alienígena del grupo, relata, con seguridad, que lo que avistaron en el cielo fue una Oficina Regional de Coordinación en Salud Mental. “Creíamos que este tipo de naves habían desaparecido con la nueva organización del espacio dimensional, pero es posible que se haya producido una disonancia temporal cuantitativa”, comenta Santamaría. Según testimonios de las personas abducidas por la Oficina Regional de Salud Mental, estuvieron recluidas durante horas en un espacio virtual unidimensional conocido como ARSUIC (Atención al Riesgo Suicida Cósmico) cuya función es constreñir el inconsciente pandimensional y evitar un aluvión de entradas en el Planeta 9. Lo peor fue que se echaron a perder las tortillas con pimientos, según Teresa Forcades.



Fuente: mundoparalelo.bitacorras.com

## UN GRUPO DE MÚSICA PSICOPUNK DENUNCIA QUE EL CALL CENTER LES CITA PARA OPERARSE SIN QUE ELLOS LO PIDAN.

Pretenden operarles orejas, prepucios y ovarios en hospitales privados.

*Chucho Swimmingpoll. Redacción del Panóptico. Madrid.* Los integrantes de *Los amantes de Dora*, un grupo de música psicoretpunk de la escena madrileña, han presentado una queja ante la Consejería de Sanidad porque según refieren el Call Center les da citas con médicos que ellos no han pedido para que se operen de cosas banales. Illich, Jung y Lacan, seudónimos bajo los que se esconden los miembros del grupo para evitar nuevas citaciones, denuncian además que todas las citas son para hospitales de gestión privada. A Illich, el cantante, le han llamado de la Fundación Jimenez Diaz en dos ocasiones para hacerse una ligadura de trompas, aunque carece de ovarios, a Lacan le han programado varias fimosis en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles y a Jung pretenden hacerle una auriculoplastia para arreglarle las orejas en el Hospital de Torrejón. Illich no descarta que las prácticas agresivas de los hospitales privados para captar clientes casualmente se haya dirigido a ellos, pero apunta, sin decir nombres, que podría tratarse de un intento de bandas rivales de frenar su ascendente carrera. La que no tiene pelos en la lengua es Teresa Forcades, la monja Benedictina, que acusa directamente al grupo tecno-pop "*Los humanistas de la Ribera*", de estar detrás de estas citaciones.

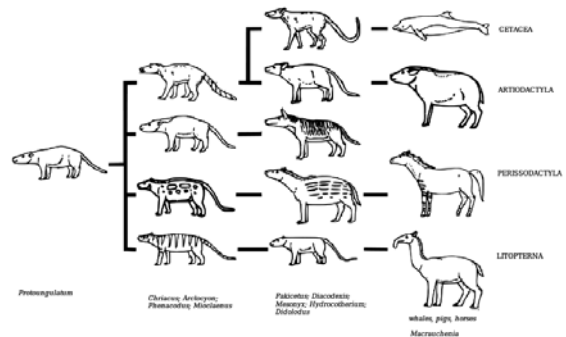


Fuente: [jdamper.blogspot.com](http://jdamper.blogspot.com)

## UN NUEVO UNGULADO SELECCIONARÁ LOS PSIQUIATRAS PARA UN HOSPITAL PRIVADO MADRILEÑO EN ALEMÁN.

Se trata de sustituir el actual ungulado por un suido o un hipopótamo.

*Filomena Light. Redacción del Panóptico. Madrid.* Los rumores que circulan sobre el método de selección de los psiquiatras en alguno de los hospitales de gestión privada de Madrid, en los que se denunciaban prácticas abusivas y humillantes en las entrevistas, han propiciado que la Dirección de una estas empresas haya decidido tomar cartas en el asunto. A partir de ahora el ungulado encargado hasta ahora de las mismas será sustituido por otro ejemplar de una familia distinta, probablemente un suido o un hipopótamo. Así mismo la Dirección de esta concesionaria prohibirá que el nuevo ungulado haga las entrevistas en inglés o rete a combates de boxeo. Se propondrá el alemán como idioma para realizar las entrevistas. Los ungulados son elegidos por las empresas privadas para la selección de psiquiatras por su gran humanismo frente a las tradicionales aves falconiformes de los tribunales de las plazas públicas. Sin embargo los bóvidos podrán constituir una excepción a esta regla.



Fuente: [jdamper.blogspot.com](http://jdamper.blogspot.com)



## 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 \_\_\_\_\_

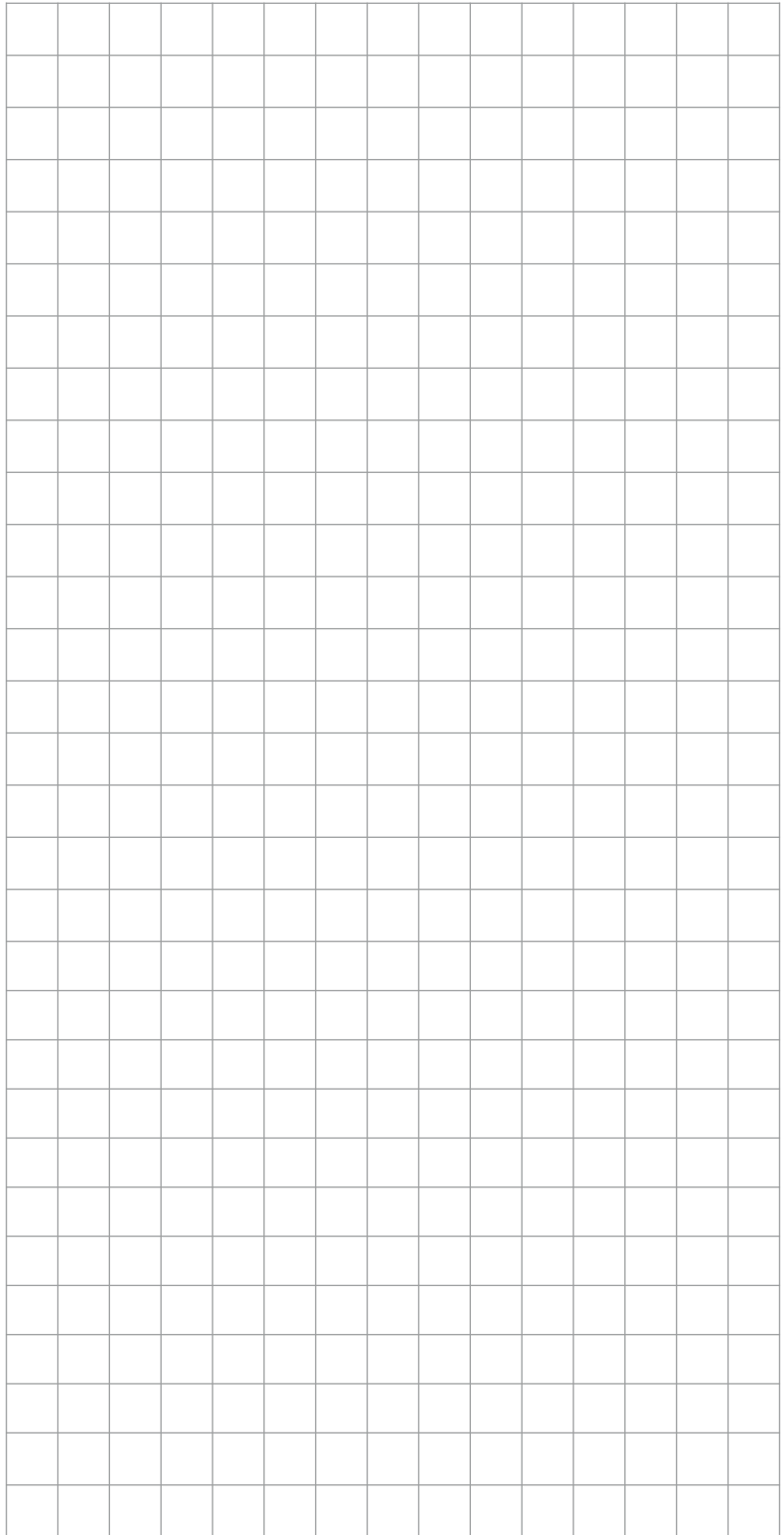
Nº CUENTA: Entidad Sucursal D. C. Nº cuenta (20 dígitos):

\_\_\_\_\_

Firma solicitante



**n( )tas**



[www.amsm.es](http://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](mailto:aen.amsm@gmail.com)

**web** [www.amsm.es](http://www.amsm.es)