

SALUD MENTAL



La generación del conocimiento reconocido socialmente sobre el sufrimiento psíquico se ha producido desde el conocimiento psiquiátrico, que no podemos desligar de su origen, el control social y la ostentación del poder. No olvidemos que el saber y el poder van de la mano. Contemplar a la Psiquiatría o al campo de la Salud Mental como un corpus único de pensamiento impide el entendimiento, entre diferentes partes de este amplio campo tan plural y complejo. Desde hace más de tres décadas la Psiquiatría oficial y hegemónica ha encontrado en el cerebro el territorio donde estaría ubicada la supuesta falta de conciencia de enfermedad, apoyada en la marcada ideología biologicista. Las redes de acompañamiento de muchas asociaciones para evitar ingresos hospitalarios y el trauma que conllevan por los riesgos de la violencia psiquiátrica que a veces se alega. Qué pasaría si entendiéramos que si las personas escuchan voces que les insultan, que les degradan o les dicen que se maten, es en muchas ocasiones porque nos han insultado, despreciado y amenazado en nuestros contextos, y esta experiencia es una prueba de unos daños que portamos. O que escuchen voces para no enfrentarse a una terrible soledad. •••

...

Para complicarnos la mirada nos hablan que la crisis de la Psiquiatría ante la cual, como dice **Alberto Fernández Liria** *tenemos que construir una alternativa basada en una visión de la salud y la salud mental diferentes, si entendemos la salud como un proceso que permite que un organismo se mantenga vivo en interacción continua con su medio*. El modo de vida urbano, en aglomeraciones deshumanizadas de débil comunicación interpersonal, soledades acumuladas y escasamente orientadas al bienestar social que generan excesivas dificultades.

Quien vea monstruos o tenga demonios que puedan hacerle daño, no son más que la representación de los monstruos reales, de los que han existido en sus vidas o incluso de aquellos que siguen existiendo. Si bien, como señala **Ander Retolaza**, *los pacientes que tienen mayor riesgo son pocos y sus características son fácilmente identificables en su mayoría (...) estamos obligados a encontrar un equilibrio entre la evaluación del riesgo, la hospitalización involuntaria y el tratamiento comunitario*. Qué pasaría si se pudiera comprender el vacío y la angustia a la que a veces estamos expuestos, o tras la psicosis con su desamparo insoportable. Las personas con sufrimiento psicosocial son personas llenas de dignidad y coraje, aunque la sociedad tiene pendiente reconocer su conocimiento, y hacer una reparación tras tanto agravio e injusticia recibidos. **Mikel Valverde** nos dice que *quienes acuden a los servicios son personas que han sido dañadas y responden a su daño, presente y pasado, como pueden, al objeto de sobrevivir: reconocerlas en su dolor y entender las necesidades de cada persona debería estar en el centro de la ayuda*. Y otras muchas personas ni tan siquiera solicitan ayuda mientras los servicios públicos sanitarios y sociales se ven incapaces de acceder a quien lo necesitan. Hasta que nos sorprendemos de las crecientes bolsas de soledad o por el aumento de la tasa de suicidios en población joven, en mayores, a cualquier edad o en el medio penitenciario como nos señala **Iñaki Markez**, aunque aún sean posibles las políticas integrales de prevención si se ofrecieran *opciones no penales y no sanitarias*. *Un recorrido aún pendiente*. Y **Carmen Meneses**, con su mirada desde la antropología, se adentra en la violencia contra las mujeres. Desde la edad como desigualdad, la etnicidad, la migración insegura, la prostitución, la pobreza y otras situaciones discriminatorias.

La cuestión de la adherencia al tratamiento, seguir las pautas que te marcan, y no rechazar ciertos tratamientos, o temer volver a una consulta donde te

han maltratado, estarás señalado. Las empresas farmacéuticas en su acción de lobby para maximizar sus beneficios influyen en el desarrollo teórico de la psiquiatría actual. **Jose G. Valdecasas** y **Amaia Vispe** señalan que la solución podría ser simple si *las administraciones sanitarias y los propios profesionales cortan cualquier lazo de influencia con la industria en busca de la independencia imprescindible para un uso racional de los fármacos... Lo complejo es que se quiera solucionar*. Nos insiste **Marcelino López Álvarez** en los determinantes sociales y en las intervenciones necesarias y posibles. Desde las políticas de prevención primaria, que tratan de actuar antes de que los factores sociales impacten en la salud de las personas, evitando nuevos casos. Y las posibilidades de atención sanitaria y social para paliar o compensar sus efectos, una vez presentados los trastornos. La activista y formadora en salud mental en primera persona **Irene Hernández Arquero** da la vuelta a comportamientos habituales señalando que *las personas diagnosticadas mientras llamamos nos hacemos daño, nos mutilamos, vivimos vidas incompletas*. Teniendo claro que debemos modificar el discurso psiquiátrico hegemónico en un camino de lucha necesario y transformador.

Este dossier de la revista **Galde** sobre la Salud Mental, tema de actualidad y gran interés mediático, complejo en sus aspectos y matices, con frecuencia ignorados por la mayoría de la gente, pese a su gran impacto social y político. Sin duda quedan pendientes opiniones y desarrollos sobre cuestiones como el flujo de las nuevas tecnologías en la salud mental, importante recurso tan generador de malestares en la última década; o sobre una mayor evaluación de las terapias actuales, donde parece que la adecuada combinación de psicoterapia y ayuda farmacológica supera a los tratamientos con medicamentos. Más cuando está constatado el abuso de la química y la medicalización; y queda para otro momento adentrarnos en el influjo en la salud mental de las personas según estén presentes las condiciones sociolaborales, la precariedad y la temporalidad... o la vivienda, nutrición y condiciones medioambientales. Y, claro, debemos adentrarnos en las políticas públicas referidas a la salud mental con exigencias a las administraciones públicas ante las necesidades sociales.

Han quedado abordadas diferentes vertientes del tema mediante trabajos de personas cualificadas que llevan larga experiencia acumulada en este sector que puede permitir acercarnos a la reflexión sobre el presente de la Salud Mental. ▽

I.M.

MARÍA FUSTER



Entrevistamos a María Fuster Blay, Presidenta de la AEN-PSM y abogada especializada en salud mental y discapacidad. No estamos acostumbrados a que una asociación con más de dos mil profesionales de la Psiquiatría y la Psicología como es la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental tenga a una abogada al frente. En este caso siendo una profesional del Derecho que tiene un largo recorrido como asesora, docente y colaboradora en este campo de la salud mental y los derechos humanos desde diversas instituciones.

«El trabajo en salud mental se basa en el respeto a los derechos de las personas»

Iñaki
Marquez

Qué es la AEN-PSM? Conocemos asociaciones gremiales dedicadas a un tipo de profesión, pero esta parece diferente, con unas señas de identidad peculiares ¿no?

MARÍA FUSTER. Es una sociedad científica y profesional multidisciplinar que agrupa al conjunto de ciencias y profesiones que trabajan en Salud Mental. Tienen cabida profesionales que estén implicados en una labor colectiva como es la salud mental. La AEN-PSM defiende un modelo de atención, unos conocimientos, habilidades y técnicas, que deben dar respuesta a las necesidades de la población y respetar los derechos humanos. Precisamente una de nuestras señas

de identidad es el compromiso ético con la sociedad. Esta asociación pretende ser un lugar de encuentro entre profesionales, instituciones y asociaciones civiles que trabajan por la mejora de la calidad asistencial y su transformación desde una mirada progresista.

El modelo comunitario de atención por el que abogamos se basa en el desarrollo de una red de servicios públicos de calidad que integren los dispositivos necesarios para atender a la población bajo los principios de la equidad y la solidaridad, trabajando en coordinación con los equipos de atención primaria y favoreciendo la participación de ...

«Hemos contribuido activamente al desarrollo de la salud mental comunitaria y participado en los importantes cambios legislativos que recogen el respeto a los derechos humanos y la dignidad de las personas. El cierre de los manicomios con sus prácticas permitió recuperar dignidad en el camino hacia la salud mental comunitaria.»

- las personas afectadas con un compromiso particular con la defensa de los derechos humanos y la no exclusión.

Tenemos cabida todas las profesiones implicadas en una tarea colectiva como es la salud mental, con la participación de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, educación e integración social, juristas, sociología... y otros profesionales que trabajan en este ámbito. Más de dos mil personas asociadas es una cifra más que considerable de profesionales organizados. En nuestra última asamblea acordamos incluir además como personas socias a quienes trabajan como profesionales de apoyo mutuo, es decir, personas con experiencia propia en salud mental que apoyan profesionalmente a personas que están pasando por procesos de sufrimiento. Las voces y experiencias de todas estas profesiones nos amplían la mirada y el conocimiento.

¿Qué tipo de vínculos tiene esta asociación con los laboratorios farmacéuticos, con partidos y gobiernos? Porque es conocido que otras asociaciones profesionales sí los tienen.

M^a F. Es importante resaltar que la AEN-PSM es una asociación que cultiva la independencia frente a las administraciones públicas, los partidos políticos y la industria farmacéutica para ser de ese modo un interlocutor válido y transparente. Hace ya años se decidió que ni la asociación, ni ninguna de nuestras actividades, estuvieran financiadas ni apoyadas por la industria farmacéutica y esto, aunque limita algunas actividades y su proyección pública, nos facilita el estudio y profundización en muchas cuestiones fuera de importantes conflictos de intereses.

Por otro lado, me gustaría señalar la importancia que damos a la formación de profesionales, por lo que impulsamos formación propia o apoyamos la de otras asociaciones o entidades colaboradoras que cumplan nuestros mismos objetivos. Así mismo es de interés para la AEN-PSM el promover una investigación independiente, plural y que responda tanto a las actuales necesidades del sistema nacional de salud, como al avance de las ciencias que conforman el campo de la salud mental. Parte de esta investigación se publica en nuestras publicaciones, que invito a conocer porque se encuentran abiertas a la población sin restricciones.

Este año la asociación cumple su centenario, ¿van a llevar a cabo alguna conmemoración por tan importante fecha?

M^a F. La AEN nació en diciembre de 1924 como Asociación Española de Neuropsiquiatras y ha evolucionado con los cambios políticos, sociales y culturales de estos 100 años. Hace unas décadas que ya desapareció la figura del neuropsiquiatra, somos la asociación de profesionales de salud mental más longeva del Estado, y contamos con una diversa actividad. Como suelo decir, la AEN-PSM está muy viva, a través de nuestras asociaciones autonómicas y diferentes espacios de encuentro, trabajo y divulgación en los que las personas asociadas participan.

Hace dos años pusimos en marcha un grupo de trabajo para generar actividades que tengan que ver con nuestra historia y nuestro centenario. Será en nuestro Congreso del año 2025, que se celebrará en Bilbao los días 5 a 7 de junio, en colaboración con nuestra asociación vasco-navarra, OME, Osasun Mentalaren Elkartea. El lema del Congreso es «El paradigma de la complejidad», y nos daremos cita para poner en valor nuestra historia y los logros conseguidos a través de nuestro largo recorrido, así como decidir cómo queremos iniciar los siguientes 100 años o, cuando menos, ir creando las bases para nuevos compromisos profesionales con la comunidad para los próximos tiempos.

Nuestra asociación ha contribuido activamente al desarrollo de la salud mental comunitaria, sobre todo desde los años ochenta cuando se produjo la reforma psiquiátrica de este Estado, y hemos participado en los importantes cambios legislativos que recogen el respeto a los derechos humanos y la dignidad de las personas con grave sufrimiento psíquico, sus entornos y de los profesionales que los acompañamos. El cierre de los manicomios con sus prácticas permitió recuperar su dignidad en el camino hacia la salud mental comunitaria.

Actualmente ostenta la presidencia de la AEN-PSM, y es usted jurista. ¿Cómo ha llegado a este cargo?

M^a F. Suelo decir que el hecho de que una abogada en ejercicio tenga la presidencia de la asociación, es una buena muestra de la apertura de la AEN-PSM a integrar nuevos conocimientos y reconocer que dife-



rentes profesiones, tanto sanitarias como sociales, son importantes para construir el modelo que defendemos. Ser socia de esta asociación y conocer de cerca que otras maneras de trabajar en salud mental eran posibles, fue un momento importante en mi proceso profesional y personal. Me sentí acogida e integrada en la vida asociativa, con una perspectiva transdisciplinar para lograr nuestros objetivos.

La presidencia de la asociación es un cargo que asumí con responsabilidad, alegría y compromiso. Hemos trabajado intensamente estos más de dos años para avanzar en nuestros objetivos, con la mente puesta en la celebración de nuestro centenario. Tras el trabajo realizado durante los tres años para los que fuimos designados como junta, en nuestro Congreso dejaré la presidencia para que otras compañeras puedan seguir liderando nuestra asociación, y pasaré a trabajar activamente en nuestra comisión de ética y legislación, para seguir impulsando reformas legislativas tan necesarias para que el trabajo en salud mental se base en el respeto a los derechos fundamentales de las personas con grave sufrimiento psíquico, así como la dignificación de los profesionales que trabajamos en este ámbito.

Al hilo del próximo reto asociativo, ¿qué normativa protege los derechos de las personas con problemas de salud mental graves?

M^a F. Las personas con problemas de salud mental graves tienen una discapacidad. En este sentido, la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* supuso un punto de inflexión en relación a la normativa y protección de los derechos de las personas con discapacidad. Es un tratado internacional adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006 que establece principios como la igualdad, la no discriminación, la autonomía en la toma de decisiones, la participación plena en la sociedad y la vida independiente (en su

caso) con apoyos, el respeto por la diversidad y la accesibilidad. Su objetivo principal es promover, proteger y garantizar los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas con discapacidad, mientras fomenta su dignidad y autonomía.

Es un cambio de paradigma, que supone dejar atrás un modelo de asistencia hacia las personas con discapacidad para pasar a un modelo de apoyos. Reconoce que las personas con discapacidad deben disfrutar de los mismos derechos que cualquier otra persona y que deben ser incluidas en todos los aspectos de la vida, desde la educación y el empleo hasta la cultura y la vida política.

El Estado español firmó y ratificó la Convención en 2008, y como país firmante se comprometió a adoptar medidas legislativas y administrativas para garantizar los objetivos del tratado. Además, nuestra constitución establece que las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que nuestra carta magna reconoce se deben interpretar de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los acuerdos internacionales sobre las mismas materias ya ratificados, por lo que nuestra normativa debe ajustarse a la Convención. Desde su ratificación, se han ido derogando normas que no se ajustaban a este nuevo modelo, y se han promulgado otras leyes acordes con este importante cambio, como la desaparición de las «incapacitaciones» a través de la Ley 8/2021 por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad.

¿Sigue habiendo normativa pendiente de adaptar?

M^a F. Efectivamente aún queda mucho camino por recorrer, tanto desde el punto de vista normativo como sobre todo de integrar este nuevo modelo en el día a día. Estoy totalmente de acuerdo con que es necesario seguir avanzando en reformas legislativas, que hay que crear nuevos recursos de acompañamiento respetuosos con los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental graves. Pero todo esto debe de ir acompañado de un cambio de mirada y alinearse con los valores éticos que la Convención establece. Tenemos grandes retos normativos por delante, como, por ejemplo, la adaptación de la ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, o la eliminación de la valoración de la peligrosidad en el ámbito penal cuando una persona con problemas de salud mental comete un de- •••

«Necesitamos que, desde una psiquiatría, una psicología y otras áreas consideren y estén atentas al saber acumulado por las ciencias de la salud, la historia, la sociología, la antropología y otras ramas del conocimiento nos ayuden a comprender el sufrimiento humano.»

lito como consecuencia de dicho problema. Necesitamos un nuevo modelo ante estas situaciones.

En resumen, toda ley o norma que sea discriminatoria por causa de la discapacidad debe de ser suprimida o profundamente modificada, por eso aún tenemos una importante labor por delante. Tenemos un compromiso con la defensa de los derechos humanos, por lo que trabajaremos por estos cambios como ya hemos hecho en nuestra historia.

Teniendo presente que *la salud mental es un derecho necesario*, lema de hace pocos años en el Día Mundial de la Salud Mental ¿Cree que existe un estigma en torno a la locura? Hay sectores de población que lo asocian a violencia, generando cierto tabú sobre la enfermedad mental.

M^a F. Aunque vamos conociendo deportistas y personajes públicos que mencionan su malestar psíquico, vemos y leemos que ante los episodios psicóticos tras la agitación o riesgos de daño hacia otros y a sí mismos, se asocian con comportamientos agresivos. Esto lleva a generar un *estigma de peligrosidad* de quienes padecen enfermedades mentales, y se les señala como alguien con riesgo de cometer actos violentos, aunque la realidad esté muy alejada de esa imagen pues no son más agresivos que la población general. Los manuales diagnósticos internacionales no expresan en sus criterios la violencia y, sin embargo, está muy presente en el ideario social, e incluso entre los profesionales de la salud. Así, en esta sociedad muchos actos violentos son atribuidos a enfermos mentales de modo arbitrario, sin considerar circunstancias psicosociales que podrían explicarlos. Esto conlleva a manipulaciones políticas e ideológicas en el ámbito mediático, que desvalorizan el sentido de estos actos y se suelen exponer de modo sensacionalista. Esta percepción permite un estigma para personas incómodas que dificultan los procesos de recuperación e inclusión. Estigma que lleva a mayor discriminación y ahonda en el aislamiento social.

Siguiendo a la AEN, se sugiere «establecer, de acuerdo con las pruebas disponibles, las intervenciones más efectivas para fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedades mentales» pues los estereotipos más frecuentes se acompañan de peligrosidad y relación con actos violentos, incompetencia e incapacidad para tareas básicas de la vida,

impredecible de sus reacciones y falta de control. Un estigma alejado de la realidad, insisto.

Tras la pandemia ¿ha habido cambios en la atención a la salud mental? Tuvimos miedos y angustia y, de pronto, olvidamos lo vivido y sus enseñanzas, para estar sumergidos bajo el influjo de las redes sociales y el consumismo.

M^a F. Los duelos, que muchos quedaron pendientes, también el aislamiento, las pérdidas económicas, temores al futuro y el miedo han generado o agravado trastornos de salud mental. En la población general y, también, en profesionales, lo que supuso cambios obligados en la organización en los propios centros de atención. No solo por la demanda ante cuadros afectivos, mayores consumos de sustancias, trastornos del sueño, ansiedades y otros varios. También con menor oferta de terapias o en las intervenciones de emergencia. En muchos lugares, la mal llamada telemedicina o la teleterapia, que pueden ser buenos recursos, en realidad fueron breves llamadas telefónicas que cancelaban la anterior atención presencial. Con muchas disparidades relevantes en las intervenciones.

Tras aquella pandemia o tras la reciente dana en el Levante o en otras catástrofes, tenemos que obtener aprendizajes para aplicar en nuestras vidas cotidianas y saber tener más presente medidas de salud pública y salud mental, tanto preventivas como de promoción de la salud.

¿Algo más para terminar?

M^a F. Necesitamos que, desde una psiquiatría, una psicología y otras áreas de intervención en la Salud Mental, en ese terreno de lo sociosanitario y lo psicosocial, consideren y estén atentas al saber acumulado por las ciencias de la salud, la historia, la sociología, la antropología y otras ramas del conocimiento nos ayuden a comprender el sufrimiento humano, sabiendo sortear erróneas concepciones. Con políticas bien definidas, con sus valores, principios, objetivos y acciones apuntando a mejorar la salud mental de la población, mientras desde los poderes públicos fortalecen los liderazgos y acciones institucionales que permitan erradicar los estigmas y, a su vez, promover el examen público y la evaluación de los recursos necesarios. ▽

María Fuster

Abogada. Valencia. Presidenta de la AEN/PSM.

Psiquiatría de la crisis y crisis de la Psiquiatría



**Alberto
Fernández
Liria**

LA CRISIS DE LA PSIQUIATRÍA. La salud mental ha pasado, sobre todo desde la pandemia, a ocupar un lugar preeminente en la opinión publicada y en las instituciones. La consecuencia es que se reclama más atención y más recursos para la salud mental. Esto ha sucedido en un momento en el que la Psiquiatría (y los sistemas de atención a la salud mental en general, utilizaré *Psiquiatría* para hablar de ambos) está en una crisis profunda.

Desde los primeros años noventa ha sido hegemónica la idea de que los trastornos mentales se debían a un desequilibrio bioquímico de causa sobre todo genética que podía ser corregida con una sustancia que alguien podría poner en el mercado. Hoy sabemos que esta idea **ha resultado ser falsa**. No es que los psicofármacos no hayan sido de ayuda a muchas personas, pero cuando lo han sido no ha sido porque corrijan el hipotético desequilibrio. A pesar

de haber invertido fortunas en buscarlos **no se ha encontrado una alteración bioquímica** que pueda considerarse causal de ningún trastorno mental.

Esta idea de las enfermedades debidas a un desequilibrio bioquímico está ligada a otra. Según ésta, lo que las personas a las que pretendemos ayudar los profesionales de la salud mental hacen o dicen, pueden ser considerado como síntomas de una enfermedad. Y por tanto hablarnos no de la persona, sino de esta enfermedad que se impone a la persona. La observación atenta permitiría encontrar agrupaciones de síntomas que se corresponderían con enfermedades distintas. Y cada una de estas tendría no sólo una causa, sino también un tratamiento específico. Esta segunda idea guió la construcción de clasificaciones mamotréicas de los trastornos mentales como el DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría o la CIE de la Organización Mundial de la Salud •••

«No es que los psicofármacos no hayan sido de ayuda a muchas personas, pero cuando lo han sido no ha sido porque corrijan el hipotético desequilibrio. A pesar de haber invertido fortunas en buscarlos no se ha encontrado una alteración bioquímica que pueda considerarse causal de ningún trastorno mental.»

- en las que se han invertido cantidades ingentes de dinero y de esfuerzo. Pero también resultó falsa.

Las sustancias que fueron puestas en circulación con la pretensión de ser tratamientos específicos para trastornos específicos, como el *Prozac* y otros ISRS para la depresión, se utilizan hoy para aliviar a personas que han sido diagnosticadas de trastornos supuestamente muy diferentes de la depresión (múltiples trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos del control de impulsos, enuresis, trastornos de la personalidad, trastorno de estrés postraumático, trastornos del comportamiento alimentario, dolor crónico...). Lo mismo ha sucedido con las intervenciones psicoterapéuticas: intervenciones casi idénticas de las que se validaron para personas a las que se les ha hecho un diagnóstico se aplican –con éxito– a personas a las que se les ha hecho otro. La demostración de que estas dos ideas eran falsas supone dinamitar los cimientos mismos del edificio de la Psiquiatría que ha sido hegemónica durante las últimas décadas y hay al menos otros dos factores que socaban sus fundamentos.

El primero tiene que ver con los derechos de las personas a las que se pretendería ayudar. La legislación hoy vigente en nuestro país y en la mayoría de los del mundo supone que las personas de las que decimos que padecen un trastorno mental porque

tienen una percepción de la realidad diferente de la mayoría (llamamos delirios o alucinaciones), no pueden ejercer su libre albedrío. Por tanto, no está capacitada para tomar algunas decisiones que deben ser tomadas en su lugar por otras personas. Esto afecta al tratamiento, es el fundamento de los tratamientos involuntarios. Lo que, según el modo tradicional de resolver el problema, la legislación en defensa de los *pacientes*, debe asegurar que las decisiones que se tomen en su lugar se tomen en su beneficio. Garantizar eso en un internamiento requiere de prescripción médica y autorización judicial.

La **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad** de Naciones Unidas, supone un cambio de paradigma. No se trata de que la sociedad garantice que quien tome las decisiones por la persona con discapacidad lo haga con conocimiento de causa y buena intención. Se trata de que la sociedad proporcione los apoyos necesarios para que la persona con capacidad tome ella sus propias decisiones y se respete su voluntad. Para que esto sea aplicado en el caso de las personas con alteraciones de la salud mental, serían necesarias importantes modificaciones legales además de medidas técnicas de muy diferente tipo. Pero el nuevo sistema de atención a la salud mental y sus alteraciones habrá de construirse sobre este nuevo principio. Además, las personas con experiencia en primera persona del sufrimiento psíquico están cada vez más organizadas y empeñadas en que se oiga su voz. Lo que se lleve a cabo deberá hacerse contando con esa fuerza organizada.

VISIONES ALTERNATIVAS. Frente a esta Psiquiatría en crisis necesitamos construir una alternativa basada en una visión de la salud y la salud mental diferentes, en interacción continua con su medio. La salud se pierde cuando un elemento interno o externo actúa sobre esa interacción. Se pierde cuando un pedrusco nos rompe el fémur, un microorganismo infecta nuestro soma o una parte de las células que lo integran deja de actuar en cooperación armónica con el resto. Entonces podemos observar el efecto directo del agente de la perturbación (el hueso roto, la lesión causada por el agente infeccioso o el tumor) y





Koldo Uranga

LAS ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL COMO ENFERMEDADES O NO.

Se ha discutido si tiene ventajas o inconvenientes el considerar enfermedades a estas alteraciones de ese proceso que constituye la salud mental. Y se han intentado sostener una postura y la contraria en base a características esenciales de estas alteraciones. En realidad, que consideremos una condición dada como enfermedad es una decisión política. En una sociedad pueden considerarse enfermedades y en otras incluso deseables. Piénsese en la obesidad. En ningún lugar hay enfermedades, sólo hay enfermos, que son personas a las que, según los métodos habilitados para ello en

"Si logramos calmar nuestra inquietud pueden aparecer nuevas formas de entender y afrontar lo que nos altera. Lo hacemos con los fármacos, pero también con la relajación, meditación o las terapias corporales."

la respuesta del organismo para intentar con mayor o menor éxito recuperar su equilibrio (el callo de fractura, la fiebre o la inflamación). A eso es a lo que llamamos enfermedad.

La salud mental se refiere a esto mismo en el terreno que más específicamente nos define como seres humanos: el de las narrativas. O sea, el de nuestra capacidad de utilizar el lenguaje para contarlos, contar y asimilar historias que nos definen a nosotros y a los otros seres humanos que constituyen nuestro medio social. El lenguaje y esta capacidad narrativa han hecho posible que los seres humanos puedan cooperar entre sí de un modo que no pueden hacerlo las otras especies. Hasta ahora hemos considerado que la salud mental se perdía cuando sucedían una de dos cosas. En primer lugar, si alguien construye unas narrativas que dificultan la cooperación. Es lo que sucede con quien sostiene que oye unas voces que no oyen sus acompañantes o se explica el comportamiento de los demás como resultado de intenciones que éstos no reconocen tener. A estas narrativas no eficientes para la cooperación las hemos llamado alucinaciones o delirios y a esta forma de perder la salud mental trastornos psicóticos. La salud mental también se compromete con narrativas que producen un sufrimiento innecesario, por ejemplo, por hacernos percibir el mundo como peligroso o carente de interés como les pasa a las personas que la Psiquiatría clásica decía que padecían trastornos neuróticos.

una sociedad dada, se les otorga el rol de *enfermo*. Ese rol genera derechos y obligaciones; se le exime de obligaciones, se le cuida y le facilitan prácticas de sanación. Se espera de él que salga de su condición. Un modelo de salud mental como éste nos permite pensar en cómo podemos actuar para restituir el estado de salud.

Lo que llamamos trastornos mentales son en esencia narrativas que no facilitan la cooperación. Habría cuatro formas de actuar sobre las alteraciones de la salud mental. Cuando la alteración se ha producido, podemos actuar sobre el cuerpo y que esto haga cambiar la narrativa. Si logramos calmar nuestra inquietud pueden aparecer nuevas formas de entender –y afrontar– lo que nos altera. Es lo que hacemos con los fármacos, pero también con la relajación, meditación o las terapias corporales. Es la base clásica de las psicoterapias.

Por último, si las alteraciones de la salud mental son narrativas que no facilitan la cooperación también podemos actuar sobre los modos de cooperar. Eso pretende la Convención y muchas otras actuaciones sobre el contexto entre los que están el diálogo abierto y las propuestas de intervención sistémicas que inspiraron a éste. ▾

Alberto Fernández Liria. Psiquiatra.

Trabajó en el Hospital Príncipe de Asturias, director del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental en Madrid. Profesor en la Universidad de Alcalá.



El Loco Peligroso en la Sociedad Postmoderna

Uno de los orígenes de la psiquiatría como especialidad está en la medicina legal y forense. A lo largo de los siglos XIX y XX en muchos países, incluida España, se enseñaban rudimentos de psiquiatría en las escuelas y cátedras de medicina legal, hasta el punto de que ésta era en ocasiones una buena manera de adquirir conocimientos especializados, dado que aún las cátedras de psiquiatría eran escasas. La necesidad de proteger a la sociedad de los riesgos derivados de los casos con trastorno mental (TM) y la preocupación por asegurar, hasta donde fuera posible, la imputabilidad de delitos graves a los victimarios, estaban en la raíz de esta situación. En principio, una persona con síntomas de trastorno mental grave (TMG) en el momento de la comisión de un delito sería *inimputable*, es decir, no responsable desde el punto de vista moral, ni culpable desde el de la justicia. Sin embargo, puede persistir el riesgo o la peligrosidad que se le supone. En cualquier caso, se hace necesario evaluar cada situación y decidir cómo abordarla. Y alguien, un profesional especializado a ser posible, es quien debe dirimir todas estas cuestiones y ayudar al juez en su veredicto. Obviamente hablamos del psiquiatra.

Hay un estigma atávico asociado al temor que producen los TMG. De las personas diagnosticadas de psicosis, especialmente de esquizofrenia, se espe-

ran diversos actos irracionales o violentos. Es cierto que la mayoría de personas con TM presentan síntomas moderados o leves y pueden ser tratados con ninguna o poca medicación, o mediante formas más amables de terapia. Pero las personas con TMG siempre ha sido el núcleo básico de la especialidad y el que tiene mayor riesgo de mala evolución de sus síntomas. Dentro de este grupo (el más estigmatizado socialmente), solo una pequeña parte de los pacientes presenta cierto riesgo o peligrosidad y siempre más referido a sí mismos (suicidio, conductas auto-destructivas...) que hacia los demás (delincuencia, asesinato y otros actos violentos).

Según los datos disponibles, entre los delincuentes condenados por hechos violentos como homicidios, delitos de lesiones, agresiones sexuales, etc. sólo alrededor del 5% están afectados por un TMG. Y, desde el otro lado, **menos del 3% de las personas diagnosticadas de esquizofrenia y otras psicosis cometen actos de violencia**. Más del 90% de las personas con TM nunca perpetran acciones violentas y la mayoría de éstas tienen origen en personas que no tienen problemas psiquiátricos. Pero la demanda social hacia la profesión psiquiátrica exige ejercerla con una cierta seguridad, tanto para las personas como para los bienes y propiedades. Esto supone alguna capacidad de predicción sobre las conductas futuras de los pacientes.

Ander
Retolaza

«Más del 90% de las personas con trastornos mentales nunca perpetran acciones violentas. Pero la demanda social hacia la profesión psiquiátrica exige ejercerla con una cierta seguridad, tanto para las personas como para los bienes y propiedades.»

Llegado el caso, podemos hacer esto de dos maneras. Es posible optar por poner a buen recaudo a la mayoría de personas con TM, especialmente a aquellos con TMG, tal y como tradicionalmente se ha hecho hasta hace bien poco, y aún se hace en muchos países del mundo, mediante el encierro manicomial. O bien, se puede decidir tratar a casi todos en la comunidad, mediante sistemas menos coercitivos que preserven sus derechos básicos. En el primer caso tendremos un sistema aparentemente muy seguro, al precio de incluir a casi todos los pacientes en sistemas de control estrictos y poco escrupulosos con sus libertades.

Este modelo puede ser considerado altamente sensible (raro que se le escapen casos de riesgo), pero poco específico (incluye a muchas personas sin riesgo real). Es decir, pagan justos por pecadores. En el segundo caso, tendremos un sistema más respetuoso con los pacientes y muy específico (con apenas personas sin riesgo incluidas en el sistema de control), pero menos sensible, ya que podrían escapársele algunos casos.

No es posible encontrar un sistema perfecto, aunque siempre se puede mejorar. Los pacientes que tienen mayor riesgo son pocos y sus características son fácilmente identificables en su mayoría. Se trata de casos que presentan rasgos paranoides, trastornos de personalidad y conducta, consumidores de drogas, incluido el alcohol, escasa conciencia de sus problemas psicológicos, malos cumplidores de indicaciones médicas (la principal es el abandono del tratamiento) y que viven circunstancias familiares o sociales no suficientemente protectoras. Sobre este grupo es posible ejercer sistemas de control rigurosos de manera ambulatoria y con un suficiente respeto de sus derechos. Las medicaciones inyectables, los ingresos de duración breve en los períodos críticos y los procedimientos de garantía judicial, deberían de ser suficientes. Pero se necesita además formación, experiencia y sensibilidad del personal sanitario que los trata a efectos de proceder a una disminución de la frecuente tendencia a practicar la *contención física* (es decir, atar a los pacientes) o la *contención química*, mediante mega dosis de fárma-

cos, a veces tóxicas. Casi todos los pacientes refieren como muy traumáticas estas experiencias (y más, si se repiten a lo largo de su historial), dado que se ejercen en situaciones en la que no pueden prestar su consentimiento. Por añadidura, todo esto les resta la necesaria confianza en el sistema sanitario y les dificulta verse motivados para seguir las indicaciones médicas. Estos pacientes también viven el estigma y se lo aplican a sí mismos en un círculo vicioso de alto riesgo.

Unas buenas prácticas en la dirección adecuada precisan, también, de recursos suficientes para que los profesionales ejerzan su trabajo de una manera eficaz. Disponer de tiempo suficiente, de espacios seguros y tranquilos donde poder contener y sostener la palabra a pacientes en situaciones de gran deterioro e intensidad sintomática, amenazantes o poco dispuestos a cumplir unas normas que consideran discriminatorias, es algo inhabitual en las salas de urgencia de los hospitales generales donde son atendidos. Pero tampoco es imposible. Se puede facilitar el acceso a sus familias, en caso de que lo pidieran, o a otros pacientes expertos, que ya han pasado por circunstancias parecidas y resultan más creíbles para aquellos que están sufriendo el mismo trance. Pero aún estamos lejos de que esto se generalice.

Las intervenciones judiciales, si son correctas y efectuadas a tiempo, pueden servir de elemento de protección y seguridad tanto para los pacientes como para los profesionales que, en ocasiones, deben actuar de urgencia y sin poder solicitar consentimiento. Pero, en la práctica, suele resultar difícil disponer de autorización judicial para tratar a quien no lo desea, antes de necesitar un ingreso involuntario y urgente que, hoy, resulta el único que tiene apoyo legal suficiente.

En diciembre de 2006 un importante grupo de países sellaron con su firma la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas. Los firmantes se obligaron a promover, proteger y garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos de todas las personas que sufrirán discapacidad de cualquier tipo y garantizar su com-

«Estamos obligados a encontrar un equilibrio entre la evaluación del riesgo, la hospitalización involuntaria y el tratamiento comunitario. Si, en la tensión entre seguridad y libertad, la sociedad ha optado por la segunda, tendrá que asumir algunos riesgos derivados de esa elección.»

••• pleta igualdad ante la ley. España, que estaba entre esos países, ha promulgado una ley (Ley 8/2021 de 2 de junio) por la que se reforma la legislación civil y procesal en todos los ámbitos que afectan a lo anterior. Entre otras cosas, esto supone un radical cambio en los usos y costumbres en torno a las personas con TM.

El nuevo modelo aparece dominado por el principio de autonomía y requiere cambios en la normativa jurídica que afectan al manejo de cualquier paciente psiquiátrico. En primer lugar, aparece la obligación de garantizar la toma de decisiones y el criterio propio de las personas afectas de discapacidad, incluida la mental. Si el paciente tiene dificultades adquiere, automáticamente, el derecho a recibir medidas de apoyo para su integración efectiva y puede, sea cual sea su circunstancia, elegir o proponer cuáles han de ser esas medidas. Lo ideal sería que las mismas tengan fecha de caducidad, presuponiendo que no han de ser necesarias de una manera continuada. Y la guarda debe de recaer en la propia persona interesada y no en otros. Finalmente, conceptos tales como imputabilidad, peligrosidad, medidas de seguridad, o circunstancias eximentes o atenuantes dejan de tener aplicación generalizada.

Estamos obligados a encontrar un equilibrio entre la evaluación del riesgo, la hospitalización involuntaria y el tratamiento comunitario. Si, en la tensión entre seguridad y libertad, la sociedad post-moderna ha optado por la segunda, tendrá que asumir algunos riesgos derivados de esa elección. Pero esto aún está en debate. ▾

Ander Retolaza.

Psiquiatra. Bilbao. Asociación Vasca de Salud Mental/Osasun Mentalaren Elkartea (OME)

Salud mental: siempre en crisis.

A finales de los años 70 la psiquiatría encaraba una prolongada crisis, que incluía una credibilidad social bajo mínimos. Su rama americana decidió cambiar el rumbo desarrollando una nueva clasificación de los trastornos psiquiátricos: el DSM III. Así se podrían estudiar científicamente las enfermedades mentales y su tratamiento, y además ayudaría a desvelar sus raíces biológicas, a punto de descubrirse. Con el DSM III en la mano surgió una modalidad asistencial que creía tener diagnósticos precisos, biológicamente determinados, y fármacos muy efectivos, que perdura hasta hoy.

Este modelo, transferido a casi todo el mundo, no consiguió lo prometido. Los trastornos descritos en el DSM, y sus revisiones, no han conseguido los mínimos exigibles, en fiabilidad y validez, para considerarse científicos y clínicamente útiles. Tampoco se ha encontrado base biológica alguna para ninguno de los diagnósticos. Aunque esto se reconoce, incluso por los mismos directores de los distintos manuales, no ha supuesto cambio práctico asistencial alguno. Esto podría equivaler a no tener buenos criterios para distinguir un catarro de una lesión pulmonar o de un cáncer.

En los sucesivos DSM se han incluido muchas otras insatisfacciones de la vida diaria, frecuentes o no, muy perturbadores o poco. Si alguien se encuentra afectado por algo que le haya ocurrido, quizás durante más de dos semanas, podría merecer un diagnós-

**Mikel
Valverde**



Recreación del film "Alguien voló sobre el nido del cuco", dirigido por Milos Forman, 1975.

tico. De hecho, toda persona podría ser diagnosticada en algún momento, con un trastorno o con varios, ya que el oficio de vivir incluye desagradados y dificultades. No es de extrañar que un sistema que asume sin pruebas que las dificultades de salud mental son enfermedades biológicas necesitadas de fármacos pueda ser problemático.

¿Funcionan estos tratamientos en las personas atendidas?

- Los ensayos clínicos indican que, a corto plazo, 12 semanas en antidepresivos; un mes en los fármacos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, TDAH; seis meses para los de las psicosis, etc. Las diferencias a favor de los fármacos comparados con placebo son pequeñas, a menudo clínicamente inapreciables, y para pocas personas.

- En las evaluaciones a medio y largo plazo las diferencias son inexistentes o claramente peores para los medicados. Las tasas de recuperación de la vida funcional son menores entre personas medicadas a largo plazo que en las no tratadas, según los estudios.

- En los treinta últimos años las tasas de incapacidad procedente de salud mental ha aumentado por tres o por cuatro en muchos países.

En suma, hay más personas diagnosticadas de estados leves, precozmente tratadas, con resultados peores que en los años 70 y a principios del siglo 21.

En suma, hay más personas diagnosticadas de estados leves, precozmente tratadas, con resultados peores que en los años 70 y a principios del siglo 21.

¿Quiénes reciben los diagnósticos?

A su vez, hay pruebas cada vez más abrumadoras de que los determinantes sociales son causa del sufrimiento mental, incluso entre los problemas graves y perturbadores. Siempre que se revisa la vida de las personas con dificultades severas de salud mental se constatan adversidades significativas o traumas. Incluso el contenido de los delirios se asocia a situaciones sufridas por la persona. Y cuando se estudia a la población que ha tenido adversidades, se encuentra que cuanto mayor sea su número y más graves, más dificultades de salud mental y problemas sociales de todo tipo tendrán las personas.

Las pruebas a favor de que las personas con problemas de salud mental están respondiendo como pueden a las situaciones de su vida son claras, mientras que los desequilibrios químicos o las alteraciones genéticas, que «se descubren» cada pocos varios meses, nunca alcanzan una base científica reseñable, a pesar de la enorme inversión hecha en investigación.

¿Y qué hacer con la asistencia?

Si salud mental entiende los problemas de sus clientes como enfermedades biológicas y da fármacos para corregirlas, y quienes acuden a los servicios son personas que sufren el impacto de las adversidades de la vida, se puede concluir que hay una gran brecha entre lo que los servicios ofrecen y lo que a sus usuarios les pasa. Teniendo en cuenta que los daños vitales no se atienden como tales en salud mental, la brecha entre lo que a las personas les pasa, lo que se les da y se les dice, puede justificar la

Las fuentes de las experiencias de adversidad en la infancia



Ellis, W., Dietz, W. (2017). A New Framework for Addressing Adverse Childhood and Community Experiences: The Building Community Resilience (BCR) Model. *Academic Pediatrics*, 17 (2017) pp. 586-593.

- insatisfacción de muchos usuarios, también los malos resultados, y las quejas del tratamiento recibido, que para muchas personas llega a ser obligado. En salud mental la coerción en el tratamiento se aplica con frecuencia.

Desde la visión expuesta, basada en evidencias, se puede defender que salud mental no precisa principalmente de más medios sino de un cambio radical de orientación, ya que podría estar causando más mal que bien. Sin embargo, este campo, está atravesado de intereses, incluyendo los corporativos, los de quienes venden remedios, los académicos y otros.

En general, un cambio de dirección hacia los modelos centrados en la persona podría mejorar la asistencia, pero ello requiere abandonar algunos supuestos asumidos por las profesiones de salud mental. **Se trataría de poner en el centro a las personas, con su historia de vida y sus necesidades, definidas por ellas mismas, recogiendo sus recursos a los que se añadirían los profesionales.** Y efectivamente existen formas de hacer como la perspectiva dialógica, el Marco de Poder Amenaza y Significado, o la atención informada al trauma. No se trata de otras terapias para sustituir a las previas, sino de formas de atender a las personas, más cercanas y enraizadas en la vida de éstas, formas que dan poder a los vulnerables, que les reconocen como personas dañadas, no como enfermas.

Recojamos un caso: una mujer fue diagnosticada de depresión, luego de esquizofrenia, trastorno bipolar, y también de trastorno límite, y cuando tuvo un interlocutor, que la acogió en confianza, narra una historia de abusos y amenazas en la infancia, un ingreso posterior en una institución para menores donde encontró más acoso y abusos, y también bullying en el colegio. Después llegaron las experiencias en salud mental con contenciones, tratamiento obligado, donde no fue oída y creída, y fue identificada como enferma. Pensemos qué trato requiere esta persona, que emerge como alguien que ha sido dañada, ante la inacción del entorno, negada como persona que sufre, revictimizada por los servicios, y entendida como loca ante la comunidad. Atender sus necesidades seguramente pasa por construir un espacio para estar segura, junto a una relación que le dé credibilidad, que la ayude a reconstruir la confianza básica con otras personas, que desde su vida y su mundo destrozado ahora no puede, y establecer puentes para una conexión con la comunidad. Esta ayuda requiere de alguien que la acoja y construya con ella

un proceso de verdad y reparación. Esto podría significar ponerse en sintonía con ella, reconocerla, compartir un pasado que no debió ocurrir, y facilitar una revisión personal que ayude a superar experiencias de daño. ¡Está lejos acercarse al daño de las personas por la actividad de salud mental!

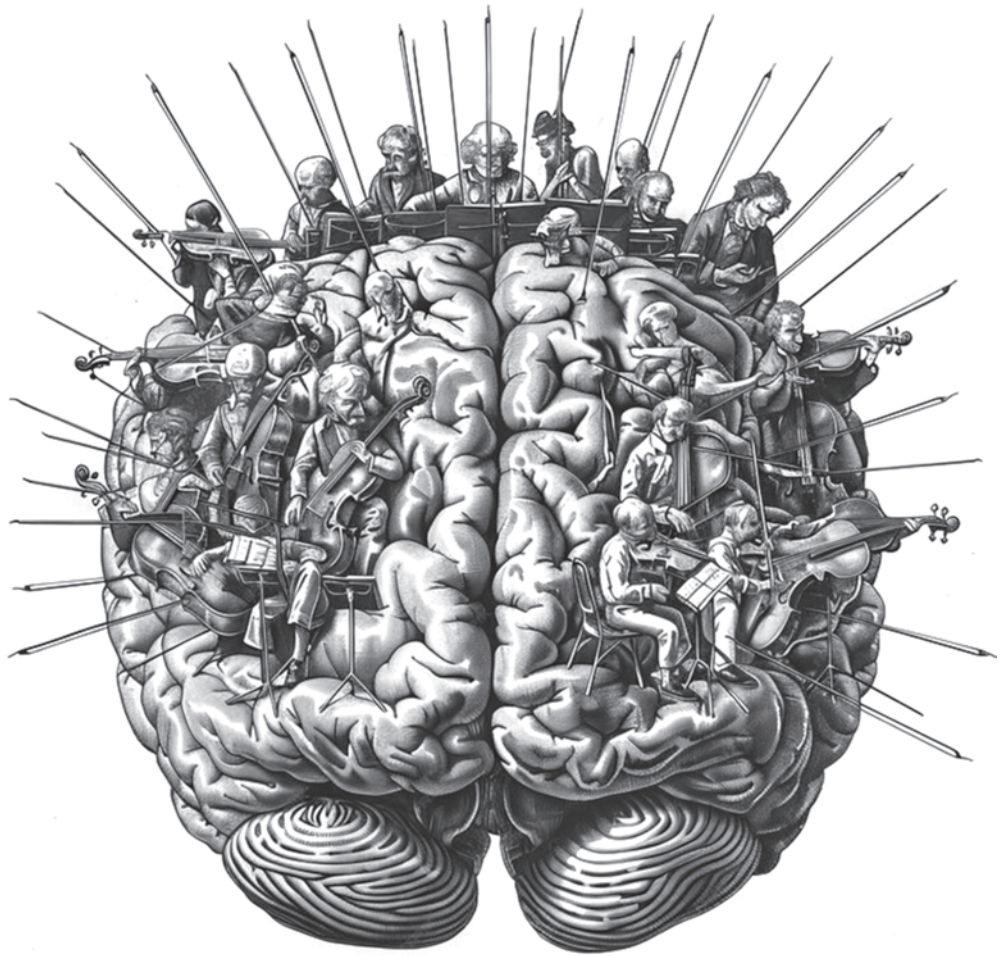
Se podrá decir que es un caso extremo, pero no infrecuente. Quienes acuden a los servicios son personas que han sido dañadas y responden a su daño, presente y pasado, como pueden, al objeto de sobrevivir: reconocerlas en su dolor y entender las necesidades de cada persona debería estar en el centro de la ayuda. Siendo esta una forma general de acoger a las personas con dificultades, requiere reconsiderar también el ir abandonando lo que ha fracasado y la ciencia ha desmentido, por ejemplo, el sistema diagnóstico y las formas de medicar actuales, que podrían dañar a muchas personas, pero también a la sociedad por la enorme carga al mantener formas de asistencia que no funcionan y el aumento de personas incapacitadas en la actividad asistencial actual. Una asistencia en salud mental centrada en la persona podría ser más eficaz y también más económica que la actual. ▾

Mikel Valverde.

Psicólogo clínico y Trabajador social. Navarra.

Bibliografía:

- Robert Whitaker. *Anatomía de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*, 2016.
- Mary Boyle y Lucy Johnstone. *Una introducción directa al Marco de Poder, Amenaza y Significado: Una alternativa al diagnóstico psiquiátrico*, 2023.
- Jill Stauffer. *Ethical Loneliness: The Injustice of Not Being Heard*, 2018.
- Judith Herman. *Truth and Repair: How Trauma Survivors Envision Justice*, 2023.
- Anna Cooke. *Comprender la psicosis y la esquizofrenia. ¿Por qué a veces las personas oyen voces, creen cosas que a otros les parecen extrañas, o parecen estar fuera de la realidad, y qué es lo que puede ayudarles?*, 2016.
- M. Valverde y JA Inchauspe. *El encuentro entre el usuario y los servicios de salud mental: consideraciones éticas y clínicas*, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.37 nº.132. Madrid jul. 2017.
- Mikel Valverde. *Las voces de la asistencia en salud mental en el siglo XXI bajo el signo biomédico*, 2022.



Salud, violencia y exclusión social

**Carmen
Meneses
Falcón**

En estas líneas voy a centrarme en las repercusiones para la salud de las mujeres que han vivido diversas formas de violencia y que, además, se encuentran en situaciones de exclusión social o pertenecen a colectivos vulnerabilizados. Pero no se puede obviar las relaciones de poder y desigualdad que nos lleva a contemplar la interseccionalidad en nuestros análisis, uniendo al género/sexo, la edad, la clase social o la etnicidad -entre otras, que generan ejes de discriminación y posición social de subordinación, dependencia o estigmatización-. Con estas premisas centro el foco en aquellas mujeres en las que concurren distintos ejes de desigualdad que determina su situación de discriminación o exclusión social. En primer lugar, a aquellas mujeres que son mayores y han vivido gran parte de su vida soportando la violencia de su pareja, cuyo eje de desigualdad es la edad; en

segundo lugar, las que han sido víctimas de trata sexual, y que han sido engañadas por un falso novio para venir a España, con el eje dominante de la etnicidad; en tercer lugar, aquellas donde distintos ejes y factores de desigualdad han contribuido a encontrarse en prisión. Estas mujeres no conforman colectivos homogéneos de las situaciones vividas, pero a todas ellas les ha afectado la violencia en sus vidas, en su salud y en su situación socioeconómica.

LA EDAD COMO EJE DE DESIGUALDAD. En una investigación realizada con anterioridad se mostró que alrededor del 22% (n=179)¹ de las mujeres mayores de 65 años habían vivido una situación de violencia de sus parejas durante muchos años. Estas mujeres tenían una media de 70 años, más de un tercio seguía casada con su agresor viviendo con él. El mal- •••

- **«Se necesita una mirada diferente para abordar las distintas violencias que padecen las mujeres más empobrecidas y vulnerabilizadas, desde un enfoque interseccional valorando el impacto de la violencia y las secuelas en la salud de las mujeres. No podemos considerar solo la violencia ejercida por sus parejas o familias, sino otras violencias más persistentes que están menos presentes en el discurso público y político.»**

trato continuo, fundamentalmente psicológico pero presentes otros tipos de violencia, surgía al poco tiempo de casarse. Sin embargo, el maltrato continuo condujo a casi la mitad de las mujeres entrevistadas en el estudio a denunciarlo. Era la década de los ochenta y noventa del siglo XX y la policía no respondía de la misma manera que en el momento actual. Muchas se quejaban de las respuestas que obtenían en aquel momento: «era un asunto personal» y que lo tenía que resolver con su marido. Si sus parejas se enteraban del intento de denuncia la agresión hacia ella estaba asegurada. Estas mujeres no recibieron ningún tipo de ayuda y solo les quedaba adaptarse a vivir con sus maltratadores. Posteriormente, se animaron a denunciar a sus agresores, pues no soportaban más el maltrato continuo, vivido durante tantos años. Una vez puesta la denuncia y localizada la casa de acogida a la que tenía derecho por la ley integral de violencia, tuvieron que regresar con su agresor, pues los recursos no admitían a mujeres mayores, siendo excluidas de los recursos asistenciales para violencia de género. Otras se habían adaptado a la convivencia con su agresor y la violencia había remitido o transformado en una mala convivencia. Ellas necesitaban atención psicológica tanto para ella como para su maltratador. De nuevo se encontraban que los recursos no le ofrecían ningún tipo de apoyo si no ponían la denuncia y dejaba a la pareja maltratadora.

Esas mujeres necesitaban atención psicológica y psiquiátrica y solo encontraron la medicalización de su malestar fruto de la violencia vivida durante veinte o treinta años. La atención a su salud mental estaba supeditada a lo que los servicios y la ley había determinado previamente, sin contemplar las diferencias de edad.

LA ETNICIDAD Y EL FALSO NOVIO. Las mujeres que son víctimas de trata de seres humanos, -con fines de explotación sexual, mendicidad o laboral-, son muy diversas y es difícil de determinar un perfil homogéneo. Son muchos los factores que confluyen en este colectivo. Por ello solo se dirigirá la mirada hacia aquellas que proceden de Europa del Este, especialmente de Rumanía, ya pertenezcan o no a la etnia

gitana. Estas mujeres son captadas por un falso novio que las engaña y traslada a España para emprender un proyecto de vida y de trabajo juntos. Sin embargo, una vez llegada a España lo que les espera es la prostitución o la comisión de actividades delictivas. El falso novio ahora convertido en proxeneta o tratante le mostrará una cara diferente, de ese enamoramiento inicial se ha pasado a la explotación y coacción para ejercer la prostitución, o robar a los clientes. Estas mujeres recibirán un maltrato físico, psicológico y sexual durante el periodo que esté con el proxeneta o novio falso, del que sigue enamorada en muchos casos, con una dependencia hacia él casi enfermiza. El maltrato y dominación no cesará en muchos casos hasta que se haya producido una denuncia por parte de ella. No podrá elegir a sus clientes, ni las prácticas sexuales, ni utilizar protección en las relaciones sexuales si el cliente no lo desea. Además, le ofrecerán drogas para su consumo y el ejercicio de la prostitución.

Se trata de una estrategia llevada a cabo por algunos tratantes o proxenetas, de generarle una adicción a las sustancias psicoactivas que facilite la explotación continua. Ese maltrato continuo tendrá unas secuelas importantes en su salud física y mental, además del uso continuado de sustancias psicoactivas.

LA POBREZA COMO PRINCIPAL EJE DE DESIGUALDAD.

Por último, otro colectivo vulnerabilizado es el de las mujeres privadas de libertad, que representan una minoría en la población penitenciaria de todo el mundo, (en España sobre 8%), y esa minoría supone un eje de discriminación y violencia institucional. Un sector mayoritario de todas ellas ha sido víctima de diferentes tipos de violencia, de pareja, por su etnicidad, institucional y sobre todo por la pobreza y precariedad social anclada en la violencia estructural. Los sistemas de protección del estado de bienestar han fallado en todas ellas y acaban cumpliendo un delito en un espacio también de la desigualdad. El menor número en las prisiones actúa como un eje de discriminación, con menos posibilidades educativas, de tratamiento de las drogodependencias, de actividades, de formación pro-

"Las mujeres acuden a la consulta esposadas, o bajo la presencia de los policías custodios, que entran en la consulta ginecológica con ellas, vulnerando su intimidad y potenciando los sentimientos de vergüenza."



fesional o de acceso al trabajo remunerado. Siempre son pocas para poder establecer un grupo en las que se benefician de estas intervenciones, que tienen más fácilmente los reclusos. La participación conjunta o grupos mixtos con los internos no son bien vistos, por la sobreprotección e infantilización, trato principal hacia ellas, que acentúa la subordinación y la dependencia. La violencia vivida antes de entrar en la prisión ha generado importantes huellas y no son tratadas. El estrés postraumático, la depresión y la ansiedad emergen como un torrente no solo por el equipaje psicológico con el que ingresa, sino por los sentimientos de culpa y vergüenza de haber fallado como mujer, como esposa y como madre. Dentro de la prisión solo puede afrontarlo con una sobre medicación para combatir estos malestares, o con el consumo de drogas. La falta de incorporar una perspectiva de intervención distinta hacia las mujeres, tanto en la salud como en todas las acciones que se plantea, es una asignatura pendiente que avanza muy lentamente. Una forma de violencia institucional que viene produciéndose en algunas internas es la violencia obstétrica. En ésta se pone el acento en las experiencias desagradables

bles que viven las mujeres en el sistema sanitario durante todo el proceso del embarazo y del parto. Sin embargo, en las mujeres privadas de libertad además se incluye la violencia institucional sufrida por las fuerzas custodias en los desplazamientos a los servicios sanitarios ginecológicos. En estos casos las mujeres acuden a la consulta esposadas, o bajo la presencia de los policías custodios, que entran en la consulta ginecológica con ellas, vulnerando su intimidad y potenciando los sentimientos de vergüenza. Las mujeres son conscientes de estas violencias y disponen de pocos recursos para luchar contra ellas, en un sistema de control y castigo como es la prisión y el estado, no resulta tan fácil la denuncia.

Ya el Defensor del Pueblo lo puso de relieve en diciembre del 2022 y dichas prácticas violentas siguen persistiendo. Este tipo de violencia institucional y estructural alcanza cotas muy altas de sumisión patriarcal, en un estado democrático y feminista como se autodenomina.

En definitiva, se necesita una mirada diferente para abordar las distintas violencias que padecen las mujeres más empobrecidas y vulnerabilizadas, desde un enfoque interseccional valorando el impacto de la violencia y las secuelas en la salud de las mujeres. No podemos considerar solo la violencia ejercida por sus parejas o familias, sino otras violencias más persistentes que están menos presentes en el discurso público y político. ▽

Carmen Meneses Falcón
Profesora e investigadora,
Dpto. Sociología y Trabajo Social
Facultad Ciencias Humanas y Sociales.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid

¹La muestra de mujeres encuestadas en 2018 fue de 833, y 22 de ellas fueron entrevistadas; eran de la Comunidad de Madrid. Ver: <https://proyectosluzcasanova.org/wp-content/uploads/2020/09/investigacionComillas-1.pdf>

«El elefante en medio de la habitación»

Muchos son los retos que tiene planteada la psiquiatría actual. Podríamos hablar de la exagerada psiquiatrización y psicologización de malestares vitales o sociales que deberían abordarse desde el ámbito político y no desde el clínico, de la escasa firmeza de las bases teóricas que sostienen el edificio psiquiátrico, con su coerción y paternalismo acompañantes, o del disparate de la epidemia de autismos e hiperactividades diversas. Sin embargo, hay otro tema de la máxima importancia sobre el que creemos que hay que detenerse. Es el elefante en la habitación a que aludimos en el título, buscando llamar su atención en esta época de tantas lecturas superficiales y apresuradas. Este tema es la relación entre la industria farmacéutica y el mundo profesional de la salud mental.

Nosotros, como psiquiatra y enfermera especialista en salud mental, desde hace casi quince años somos independientes de la industria farmacéutica, que no busca sino influir a la hora de posicionar sus productos en el mercado, pagados por nuestro sistema público de salud (no nos olvidemos: con el dinero de todos) y nuestros pacientes. No aceptamos ningún obsequio, cena, actividad supuestamente formativa o incluso divertidos viajes al extranjero para ir de congresito, en la creencia de que cuando antes lo hacíamos, por supuesto que influía en nuestra prescripción. Igual va a resultar que éramos los únicos que nos dejábamos influir y todos nuestros compañeros reciben y aceptan tales obsequios, viajes y comidas sin que les afecte lo más mínimo, pero, aunque ellos crean eso, tengan claro que el simpático visitador comercial que les agasaja y les ríe los chistes está convencido de que sí que les está influyendo.

Este tema es, a la vez, tremendamente simple y tremendamente complejo. Por un lado, es muy

simple porque es una dinámica empresarial obvia para cualquiera que tenga ojos en la cara (sobre todo para quien vea la interacción desde fuera, sin recibir nada, es sabido que es muy difícil que alguien se dé cuenta de algo cuando sus prebendas dependen de que no se dé cuenta).

Las empresas farmacéuticas hacen una labor de *lobby* para maximizar sus beneficios y, en ese camino, influyen en el desarrollo teórico de la psiquiatría actual en sus clasificaciones de trastornos y formas de abordaje de los mismos, casi monopolizan la investigación científica con resultados publicados que normalmente (¡oh, sorpresa!) favorecen a los fármacos de la empresa que paga, a veces incluso redacta, el artículo en cuestión, y ejercen una labor de marketing sobre el profesional de a pie, sobre todo psiquiatras, así como financiando de formas interesadas asociaciones de pacientes o de profesionales.

La solución también sería simple: que las administraciones sanitarias y los propios profesionales corten cualquier lazo de influencia con la industria en busca de una independencia imprescindible para un uso racional de los fármacos. Pero, a la vez, es este un asunto de la mayor complejidad, dados los tremendos conflictos de interés que genera, por supuesto no solo en el profesional de a pie, y que provocan que la ética, el ahorro bien entendido y a veces hasta la legalidad vigente, queden dejados de lado. Esta influencia de la industria farmacéutica se manifiesta en distintos aspectos.

En primer lugar, las empresas farmacéuticas condicionan las mismas clasificaciones de los trastornos mentales. Muchos de los autores de los manuales diagnósticos DSM-IV y DSM-5 de la Asociación Psiquiátrica Americana, habían recibido pagos por parte de distintos laboratorios farmacéuticos por

Jose
G.-Valdecasas

Amaia
Vispe

«¿Somos conscientes de que hay empresas con obscenos niveles de beneficios que mantienen precios de antirretrovirales tan altos que abocan a la muerte a miles de personas en países en vías de desarrollo? ¿Alguien se puede sentir cómodo siendo invitado a comer o cenar por esas empresas? Nos sentiríamos mal aceptando su dinero o sus obsequios.»



Cartel de la serie "Dopesick: la historia de una adicción"

miles y miles de dólares. Todo ello legal, sin duda, pero ¿de verdad eso no condicionó su toma de decisiones a la hora de bajar los umbrales diagnósticos de muchas categorías y crear otras nuevas? ¿No tuvo nada que ver en que muchas más personas sean susceptibles de ser diagnosticadas y recibir un tratamiento psicofarmacológico? Estas clasificaciones, tristemente, marcan la visión de la disciplina de los profesionales, desde los momentos iniciales de su formación. La industria farmacéutica financia generosamente a los principales portavoces de la psiquiatría mundial y estatal, así como patrocina los congresos y revistas más importantes, marcando su agenda, apoyando unos puntos de vista y soslayando otros. Siempre en busca, no de conocimiento ni utilidad, porque no son esos sus fines, sino de beneficios económicos.

En segundo lugar, la industria financia y en muchos casos lleva a cabo la mayoría de los estudios científicos sobre psicofármacos. Ello conlleva varios problemas graves: el primero y fundamental es un evidente sesgo de selección, por el cual la mayoría de estudios que arrojan resultados negativos para el fármaco evaluado no son publicados; encontramos muchas veces una redacción interesada (por no decir tramposa), por la cual las conclusiones no dicen exactamente lo que los datos muestran; con diseños que sistemáticamente olvidan la importancia del largo plazo, para evaluar fármacos que muchas veces se usa-

rán de forma indefinida; se usan variables secundarias o análisis por subgrupos para demostrar eficacia, aunque su relevancia sea solo estadística y no clínica; hay negligencia en la búsqueda de efectos secundarios potencialmente graves, como el suicidio, incluyendo en algunos casos la manipulación directa o el ocultamiento de datos, etc. Todo ello es posible debido a una lamentable dejadez de funciones de las administraciones sanitarias, que financian nuevos fármacos en base a estudios comparativos sobre placebo y no sobre comparadores activos y que dejan la investigación y la formación de los profesionales, en manos de empresas interesadas exclusivamente en

su lucro, inevitable en el sistema económico en que vivimos y el cual sufrimos.

En tercer lugar, está la influencia directa sobre profesionales o asociaciones. Esto marca el conflicto de interés fundamental en nuestra disciplina, y debemos tener claro que esta influencia no se corrige con transparencia. Declarar estos conflictos de interés no sirve para nada, no es sino reconocer el pecado sin el menor propósito de enmienda. ¿Confiarían en un concejal de urbanismo que les reconozca que cobra sistemáticamente de empresas constructoras pero que afirma que eso no le influye en absoluto a la hora de adjudicar una obra?

Esta influencia de la industria implica un vergonzoso uso inadecuado de recursos públicos, por el cual se gasta dinero en fármacos que muchas veces no son necesarios, a dosis o tiempos demasiado elevados, siendo además los publicitados los fármacos más nuevos y caros, aunque no sean más eficaces e incluso sean menos seguros siendo más desconocidos. Hay que tener presente el coste de oportunidad de decidir una intervención u otra. Nos dicen que no hay dinero para sanidad (curiosamente, no se plantea esto sobre el dinero para aumentar el gasto militar o de instituciones de dudoso interés público, y todo sale de los mismos bolsillos, los nuestros), pero el escaso dinero que hay para gasto sanitario se puede destinar a unas u otras cosas, y esa decisión requeriría la total ausencia de conflictos de interés.

•••

••• En fin, el tema se entiende a la perfección si uno no tiene dichos conflictos de interés (si los tiene, será de comprensión más difícil) y sería simple la solución: prohibición de la interacción entre sanitarios y empleados de la industria farmacéutica (con la lógica excepción de quien trabajara en laboratorios en investigación y desarrollo); implementación de un sistema de investigación y evaluación de fármacos público y transparente, que permitiera tomar decisiones racionales sobre aprobación y financiación de medicamentos; y creación de una industria farmacéutica pública (y no esa idea de abogar por la colaboración público-privada, que acabará significando que los gastos sean públicos y los beneficios privados), una verdadera industria farmacéutica pública que funcionara con criterios de utilidad y no de lucro, y permitiera también el desarrollo de fármacos poco rentables, que evitara desabastecimientos como los que sufrimos con los fármacos más baratos y que nos librerá de la especulación brutal que se hace con la salud de la gente, como se ha visto en los precios inalcanzables en muchos países para fármacos contra el VIH, o la vacuna ante la COVID-19 por poner ejemplos recientes.

¿Somos conscientes de que hay empresas con obscenos niveles de beneficios que mantienen precios de antirretrovirales tan altos que abocan a la muerte a miles de personas en países en vías de desarrollo? ¿Alguien se puede sentir cómodo siendo invitado a comer o cenar por esas empresas? Nos sentiríamos mal aceptando su dinero o sus obsequios.

El tema es simple y la solución también. Lo complejo es que se quiera solucionar. ▼

Jose G.-Valdecasas. Psiquiatra y graduado en Filosofía. Santa Cruz de Tenerife

Amaia Vispe. Enfermera especialista en salud mental y Máster en Terapia Narrativa.

Los determinantes sociales en

Hace décadas que las ciencias sociales y la epidemiología vienen acumulando información sobre la relación entre un amplio conjunto de variables sociales y diversos problemas de salud, incluidos muchos de salud mental. Pero ni las administraciones públicas concernidas, especialmente la sanitaria, ni los profesionales, ni la opinión pública parecían hacerse eco de esa información y de sus consecuencias teóricas y técnicas.

La publicación, en 2008, de un documentado informe de la Organización Mundial de la Salud (*«Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud»*), tras el trabajo de un grupo de expertos internacionales coordinados por el epidemiólogo inglés Michael Marmot, sirvió de acicate formal, desarrollo y publicación de sucesivas investigaciones, progresivamente consistentes en metodología y resultados. Pero tanto sus conclusiones como las recomendaciones del organismo internacional siguen lejos de haber sido seguidas con igual consistencia.

El tema tiene implicaciones importantes para administraciones y profesionales, así como para el conjunto de la población, lógicamente con matices diferenciales en cada caso. Y hacer un balance general de esos aspectos es lo que pretendemos a continuación, sintetizando la información y sus implicaciones y centrándonos en los problemas de salud mental.

Los datos disponibles.

La información acumulada muestra una relación clara entre diversas variables sociales y problemas de salud mental, dentro de una relación más general con problemas de salud. Solemos englobar esas variables bajo la expresión *«determinantes sociales»*, definidos por la OMS como el conjunto de *«condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen»*, (...) *«moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos»*. Amplio conjunto de factores que es útil ordenar en tres escalones que definen tendencialmente un orden de actuación:

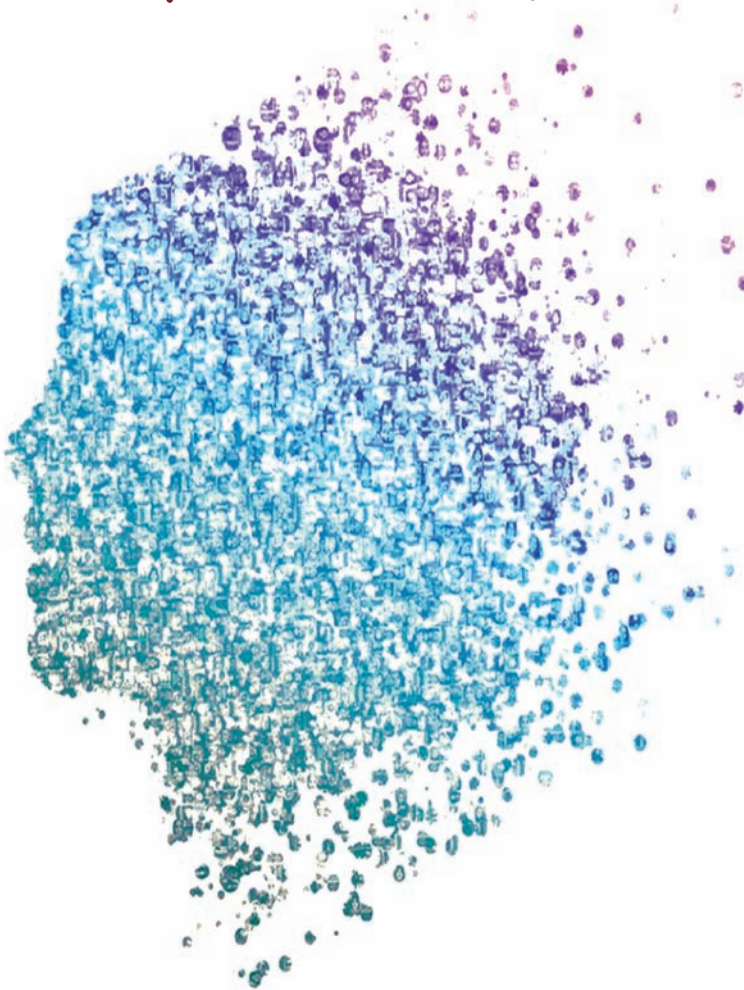
a) El «estructural», incluyendo variables «macro» (estructura económica, sociopolítica y cultural)

b) El «intermedio», en que el anterior da lugar a agrupaciones de personas en estratos definidos por variables económicas, educativas, culturales o de empleo, así como de género y etnicidad.

c) Y el más «cercano», integrando una desigual distribución de factores de riesgo y protección en esos distintos

**Marcelino
López Álvarez**

salud mental y su interés profesional y ciudadano



estratos, incluyendo comportamientos personales, socialmente determinados.

Y en todos, cuanto más desfavorables son las situaciones sociales de las personas, mayores son sus niveles de patología. Lo que el citado Michael Marmot denominaba «*gradiente social*» o «*síndrome de estatus*», aplicable a una variedad de problemas de salud, entre ellos algunos importantes de salud mental. Así, esa relación aparece tanto en los denominados «trastornos mentales comunes» (los más frecuentes, combinando síntomas depresivos y de ansiedad) como en los considerados «trastornos mentales graves» (trastornos psicóticos, especialmente la esquizofrenia).

No siempre los estudios pueden demostrar una estricta relación de causalidad, más allá de la asociación estadística. Y también se registran relaciones inversas, de «selección social», es decir, que algunos trastornos, especialmente los más graves, ocasionan deterioros de la situación social de las personas, situándolas desfavorablemente en distintos estratos

sociales, con los factores de riesgo y protección que condicionan. Pero, en conjunto, hay suficiente información para considerar que estos determinantes sociales juegan un papel real en la aparición, desarrollo y posibilidades de atención a personas con problemas de salud y, concretamente, de salud mental. Y todo ello tiene consecuencias en tres aspectos de interés profesional y ciudadano. Uno de tipo teórico, sobre posibles causas de los problemas de salud mental, lo que profesionalmente denominamos «psicopatología». Y otros dos de tipo práctico o técnico, referidos a intervenciones preventivas sobre los factores estructurales e intermedios y a la atención sanitaria y social sobre los factores más cercanos a las personas concretas afectadas por los trastornos.

Determinantes sociales y psicopatología.

Se trata aquí de valorar en qué medida esa información ayuda a entender los mecanismos subyacentes a los distintos trastornos mentales. Y para ello hay que tener en cuenta que dichos factores parecen afectar a una parte importante de las personas que los presentan, en relación con su efecto diferencial sobre los procesos de estrés, la disponibilidad de mecanismos de protección y su efecto acumulativo a lo largo de la vida, aspectos destacados por distintas teorías explicativas, tanto de los problemas generales como de los de salud mental.

Que afectan a una parte importante de las personas con problemas, cuestiona las explicaciones simplistas del reduccionismo biológico, tendencia arraigada en muchos profesionales de la psiquiatría que se empeña en atribuir un no comprobado origen neurológico (supuestas alteraciones cerebrales de sustancias que regulan la transmisión entre neuronas y que deberían «curarse» actuando químicamente sobre ellas) a estos distintos trastornos. Y que estas relaciones no se registren siempre, pone simétricamente en cuestión las también simplistas explicaciones de quienes defienden un origen meramente social de los trastornos.

•••

«Sí podemos (y hacerlo resulta efectivo) desarrollar políticas públicas en áreas como los ingresos (empleo y pobreza), la vivienda o los servicios públicos, que corrijan un poco los efectos estructurales, al menos en sectores especialmente vulnerables.»

- Más allá de explicaciones simplistas, queda el campo complejo de una causalidad biopsicosocial de los problemas salud mental, con modelos de «vulnerabilidad», situando el origen de los trastornos en distintas combinaciones de susceptibilidad personal, factores de estrés, habilidades personales de manejo y factores de protección del entorno. Sujetos todos a la influencia, positiva o negativa según los casos, de las distintas variables que denominamos determinantes sociales.

Determinantes sociales e intervenciones necesarias y posibles.

El otro tipo de consecuencias, señala posibilidades de intervención. Por un lado, las políticas de prevención primaria, que tratan de actuar antes de que los factores sociales impacten en la salud de las personas, evitando así nuevos casos. Y, por otro, a las posibilidades de atención sanitaria y social para paliar o compensar sus efectos, una vez presentados los trastornos.

En el primer caso, actuar de manera radical y efectiva sobre los aspectos más generales, las estructuras socioeconómicas y de poder de nuestras sociedades, es cuando menos «complicado». Pero sí podemos (y hacerlo resulta efectivo) desarrollar políticas públicas en áreas como los ingresos (empleo y pobreza), la vivienda o los servicios públicos, que corrijan un poco los efectos estructurales, al menos en sectores especialmente vulnerables. La

experiencia de países, como los nórdicos, con tradiciones consistentes de «welfare», muestran que las desigualdades en salud no desaparecen, como tampoco lo hace la estratificación social, pero van disminuyendo con este tipo de medidas.

Y en el segundo, las personas ya afectadas deben ser objeto desde los servicios públicos de una atención sanitaria y social coordinada, que, en cada caso, reconozca la importancia de las variables sociales, trate de corregir directa o indirectamente sus efectos cuando aún siguen actuando y articule estrategias y mecanismos compensadores como las redes de apoyo social. Desde las intervenciones profesionales, claro, pero también, con medidas de «prescripción social» y el uso de distintos recursos comunitarios no necesariamente profesionales.

En conjunto, como vemos, el tema tiene importantes implicaciones para los y las profesionales, tanto en el plano teórico como en el de su práctica cotidiana. Pero también para el conjunto de la ciudadanía (donde estamos también las y los profesionales), necesitada de apostar por políticas públicas correctoras, en ámbitos que incluyen, pero sobrepasan el estrictamente sanitario. ▼

Marcelino López Álvarez

Psiquiatra y sociólogo. Fue director de programas, evaluación e investigación de FAISEM (Fundación Pública Andaluza para la Integración de las personas con Enfermedad Mental).

Marcelino López Álvarez (2021).

Mirando atrás para seguir avanzando. Una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental.

Herder Editorial. ISBN: 978-84-254474-2-6.

El autor plantea distintos aspectos de la salud mental, abarcando temas teóricos y operativos, centrándose en movimientos y tendencias relevantes. Manifiesta la necesidad de ofrecer alternativas a la deficiente situación de las estructuras de atención en este modelo dominante de la psiquiatría. La salud mental, en general, y la psiquiatría en particular, parecen encontrarse en situación de crisis. Muchas personas con problemas de salud mental se ven, muchas veces, con una etiqueta diagnóstica de sus síntomas, presuntamente derivados de imprecisas alteraciones cerebrales. Pretender ayudar a estas personas con la simple exploración de síntomas genéricos y la posterior aplicación de algún fármaco, no debe ser lo que, en términos profesionales y humanos, se ofrezca a la población desde los servicios de salud mental.





¿Intervenir ante conductas suicidas en la cárcel?

**Iñaki
Markez**

La conducta suicida es un grave problema de salud pública en todos los países por el gran número de personas afectadas, tanto por los fallecimientos como en sus entornos y consecuencias. El suicidio, no lo olvidemos, es la primera causa de muerte no natural, ya casi un eslogan de tanto oírlo. En el caso de los centros penitenciarios, estamos ante un fenómeno social, multifactorial y complejo, presente en estas instituciones totales, cerradas, estresantes, con muchas personas encarceladas.

El suicidio en la población penitenciaria española. La OMS y la Comisión Europea llevan años alertando de las carencias del tratamiento ante los problemas de salud mental en los centros penitenciarios. La prevalencia de esos trastornos en la población interna es mayor que en la población general, con factores de riesgo asociados al suicidio, como son el aislamiento social y ruptura de relaciones, bajo nivel socioeconómico, problemas jurídicos, abuso de sustancias, trastornos mentales y enfermedades físicas que reducen la esperanza de vida.

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población penitenciaria con riesgo suicida son la dependencia a sustancias psicoactivas, los trastornos afectivos y los trastornos psicóticos. Con otras cifras sorprendentes:

- En prisión, un 5,2% de los internos ha tenido alguna vez un episodio de sobredosis no mortal; de ellos, el 9,5% no consumía drogas al ingreso.

- El 11,3% ha realizado al menos un intento de suicidio en prisión. Datos que serían muy superiores si se discriminaran los casos de muerte por uso de drogas, las sobredosis y los accidentes recogidos en epígrafes diferentes en los informes toxicológicos y de autopsias de las Memorias del M^o del Interior.

- De las 62 personas que se quitaron la vida en 2020 en la cárcel, un 22,6% se encontraba en prisión provisional. Más en el caso de mujeres.

Es decir, los consumos de sustancias en las cárceles, cifras de suicidios e intentos o la situación de aislamiento o la prisión preventiva requieren de la reflexión y toma de medidas hoy ignoradas. Además, muchos suicidios son realmente accidentes, acciones •••

«Aunque no tenemos la capacidad para predecir si una persona privada de libertad tendrá un intento suicida, sí es posible afirmar que las respuestas al modelo no pueden ser solo sanitarias. El aislamiento altera y el centro penitenciario genera dificultades; hay que ofrecer también opciones no penales y no sanitarias.»

- autolesivas reivindicativas o reactivas. Y es preocupante el aumento de las autolesiones no suicidas, como pasa en la comunidad. La prisión es reflejo de ésta. Las lesiones aumentan por el cambio en el perfil del interno (más jóvenes, reincidentes, sin red de apoyo, ni proyecto vital) junto al contexto de un abordaje regimental del siglo pasado, de hace 40 años, donde un irregular comportamiento se aborda con castigo, y si no lo tolera se valora como «caso psiquiátrico», un problema en ese momento... que se pretende solucionar con fármacos, con la contención y/o aislamiento. Generan tres problemas para resolver uno.

Factores de riesgo en las cárceles. Un paso para conocer y prevenir la conducta suicida es establecer los perfiles de riesgo. La combinación de factores individuales y ambientales puede ser la causa y quien está en la cárcel, preventivo o penado, lleva una mochila de sufrimiento.

El ingreso conlleva un proceso de adaptación psicológica en el que intervienen estresores ambientales (humedad, frío, calor, ruido...), condiciones higiénicas y sanitarias deficientes, sin espacios de esparcimiento, hacinamiento, falta de intimidad, estructura arquitectónica y organizativa sin apoyo social, lo cual afectaría al estado de salud psicológica y física.

- Aunque la mayoría de los suicidios en las cárceles son de hombres (son el 90%), las mujeres presentan un elevado riesgo de suicidio cuando están en situación preventiva, tienen una enfermedad mental severa, poco apoyo familiar y social, y conductas suicidas previas.

- El impacto psicológico del arresto y el encarcelamiento, junto a la abstinencia de anteriores consu-

mos de drogas y alcohol, el estrés diario en ese espacio extraño, la marginalidad, las altas cifras de «comorbilidad» (el trastorno mental común es 2 o 3 veces más frecuente que en la comunidad; y el trastorno mental grave entre 4 y 5 veces superiores), así como el difícil acceso a los Servicios de Salud.

- El sistema penitenciario, cerrado y sin autonomía ni autorregulación, con factores institucionales: «sin visitas», «celda individual», «sobrepoblación», «elevada rotación entre cárceles», soledad... Todos son elementos que dan malestar.

- Los suicidios ocurren por ahorcamiento si las víctimas están aisladas (*tortura silenciosa*) o en celdas segregadas, y cuando hay menos personal, por ej. en las noches o los fines de semana. Una cifra desorbitada de suicidios en aislamiento.

También hay *factores protectores* conocidos frente al acto suicida: atender a factores individuales o al entorno grupal, familiar y contextual. O el trabajo, un factor protector de eficacia terapéutica que no se extiende. Trabajan 11.375 personas internas de las 55.000 ingresadas, con un salario situado en torno a los 3,24 y 5,68 euros a la hora, unos 200/300 €/mes. Cifras muy alejadas del salario mínimo.

Cuestiones, de nuevo, para la reflexión y la toma de medidas protectoras de los derechos, de la vida en estos casos, de las personas ingresadas. En las políticas, programas y planes suelen estar impresas; en la práctica no se aplican.

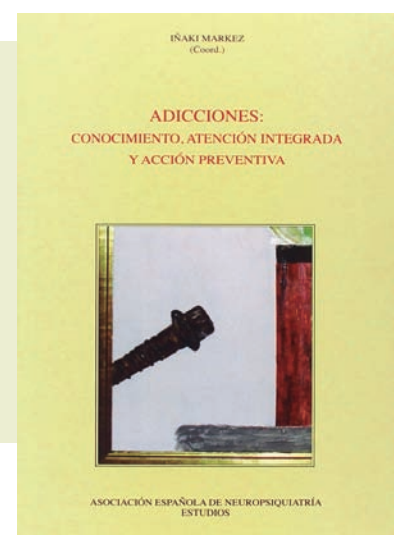
¿Una política integral para prevenir el suicidio? Las personas presas son un ejemplo de colectivo vulnerable sobre el que, con frecuencia, cae buena parte del peso de la mirada patologizadora que va sustituyendo

VV.AA., Iñaki Markez (Coord.) (2015).

Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva.

Edita AEN. ISBN: 978-84-95287-75-5

Conocimiento sobre los elementos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, de programas, iniciativas y políticas novedosas hacia un cambio de paradigma. De amplia mirada del fenómeno de las adicciones (antropológica, psicosocial, socioeducativa y estructural) que evite ideas preconcebidas. Señalando competencia de la intervención para el trabajo en procesos de asistencia, investigación, prevención y promoción de la salud, siempre ante la necesidad de claridad en el discurso y en las medidas, con respuesta a los interrogantes e insuficiencias del oscuro prohibicionismo.





la mirada policial hacia la medicalización del delito. Los centros penitenciarios deben tener una política razonable e integral para prevenir el suicidio; ser las autoridades de las cárceles, no el personal funcionario ni los trabajadores de sanidad penitenciaria, quienes tengan la responsabilidad de instaurar programas y políticas. Complicado con los limitados recursos de personal de salud en la institución y la débil coordinación con los dispositivos sanitarios en la comunidad, en el exterior.

¿Son posibles las buenas prácticas para prevenir los suicidios en la cárcel si no lo logramos en la comunidad? La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, dependiente del Ministerio del Interior, responsable de la protección y cumplimiento de los derechos de las personas presas, puso en marcha un Protocolo de Prevención de Suicidios, en 2014. Existía ya el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en prisión, PAIEM, un programa exigente para detectar situaciones de riesgo y evitar que lleguen a conductas suicidas. Con personal penitenciario y quienes impulsan asistencia sanitaria pueden ayudar a la detección precoz, aunque ese personal es escaso. Pero las tasas de suicidios han continuado siendo muy superiores a las de la comunidad. Los procedimientos interdisciplinarios mencionados y otras acciones no están siendo efectivos porque no atienden los determinantes no clínicos del suicidio predominantes como son la frustración, incertidumbre, in-

formación penal deficiente o la rigidez del propio sistema.

Habría que realizar demasiadas preguntas, aunque en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) actualmente den respuestas ineficaces al realizar algunas propuestas. ¿Es posible sacar a las personas con enfermedad mental del sistema judicial y penitenciario? ¿Al menos en los casos graves? ¿Es posible eliminar (o revisar) la idea de peligrosidad, base de las medidas de seguridad? ¿Es posible una mayor comunicación entre las administraciones? De Justicia, de II.PP., Servicios Sociales y Sanitarios de las CC.AA. ¿Y con el Tercer Sector que tiene tantos profesionales competentes? ¿Por qué no potenciar más el programa PAIEM, desarrollar más actividades en las enfermerías de los centros penitenciarios, fomentar terapias grupales para pacientes con patología dual y tras-

tornos de personalidad, facilitar la intervención de ONGs, reducir la polifarmacia, etc., etc.?

Hay iniciativas sanitarias de probada eficacia que rara vez se desarrollan. Dejar de lado un mayor contacto con recursos externos (de salud, ocupacionales, formación, laborales, de apoyo...) O facilitar llamadas al exterior, a las familias. ¿Por qué no trabajar con las familias? Hay muchas experiencias validadas.

Una consideración final: aunque no tenemos la capacidad para predecir si una persona privada de libertad tendrá un intento suicida o cometerá suicidio, sí es posible afirmar que las respuestas al modelo no pueden ser solo sanitarias. El aislamiento altera y el centro penitenciario genera dificultades; hay que ofrecer también opciones no penales y no sanitarias. La orientación de la rehabilitación hacia aspectos sociales exige cambios, con opciones no medicalizadas; y caminar hacia otro modelo, que pulan (y tienda a eliminar) los criterios de aislamiento y las sanciones a las personas penadas. Para la rehabilitación de las personas, hay que generar elementos educativos, de trabajo social, participación, más comunicación, interacción con profesionales o entre sus iguales, entre presos y presas, un recorrido aún pendiente. ▽

Iñaki Markez

Psiquiatra. Bilbao. Miembro del Grupo de Salud mental en prisión de la AEN (SampAEN).

Narrativas alternativas a la psiquiatrización

Vamos a empezar por reivindicar el concepto de *locura* frente al de *enfermedad mental*. Seguro que habrá a quien no le guste este término por poco científico, por poco preciso, pero precisamente por eso lo hacemos, porque la locura es poco precisa, se escapa al análisis superficial, aún es un misterio para la medicina, la psiquiatría aún no ha descubierto en la genética el fallo responsable de la esquizofrenia, se trata de un sufrimiento profundo que está en las raíces de la condición humana.

El mundo de la locura está separado de la sociedad por un muro ideológico de ideas médicas, de dogmas psiquiátricos y mientras que parece que los muros físicos del psiquiátrico han caído, siguen existiendo los muros culturales, simbólicos y estructurales, intangibles, pero mucho más difíciles de derribar. Mientras esos muros sigan existiendo, los locos seguiremos estando al margen, sutil pero tenazmente desplazados. La psiquiatría no es sólo la figura del psiquiatra reaccionario, ni la institución cerrada, que encierra, tortura y humilla a las personas que enloquecen. Esa institución psiquiátrica somos todos porque la reproducimos de forma constante, tanto en los discursos y en el imaginario colectivo, como en las actitudes en el trato directo con la persona que sufre y enloquece.

Para destruir esos muros invisibles ha de hacerse un esfuerzo compartido, entre las personas afectadas y el entorno, debe haber mirada crítica hacia los discursos hegemónicos y aprendizaje de nuevas herramientas de abordaje colectivo de la locura. La implicación de la comunidad es totalmente necesaria, en lugar de delegar toda la responsabilidad en la institución, las redes sociales de las personas que enloquecen deberían estrecharse, fortalecerse y hacerse cargo de la situación, porque cuando delegamos y etiquetamos con un diagnóstico a esas personas, se está individualizando y descontextualizando el problema, perdiendo de esta manera gran parte de la posibilidad de reparación del contexto político, social, económico y familiar que desemboca en que alguien se desborde de esa manera. No es un fallo químico, es un fallo del sistema en el que vivimos. La persona que enloquece deja al desnudo la fragilidad de los vínculos que nos sostienen en esta sociedad capitalista neoliberal,

en la que los compromisos se vuelven cada vez más débiles y difusos.

La palabra y el saber propio de la locura se genera desarrollando una labor de descolonización de todo el terreno sometido bajo el yugo de la psiquiatría biologicista, que reduce todo lo que toca a desequilibrios químicos, cronicidad y mucha, mucha medicación para cualquier mal, sea cual sea, la industria farmacéutica tiene la pastillita adecuada. Esta descolonización se produce compartiendo herramientas desde la experiencia vivida en primera persona. Desde el desarrollo de los saberes profanos, que están por fuera de la academia, pero precisamente por eso aportan una cualidad al conocimiento producido de esta manera que es de gran valor por su diferencia en el foco concreto donde se produce: desde dentro de la experiencia misma y de la subjetividad de cada persona, no desde un análisis u observación neutra desde un afuera experto.

La escucha en nuestros entornos cercanos de estos saberes y experiencias es imprescindible, para denunciar los atropellos y la violación de derechos en el ámbito sanitario como los ingresos forzosos, las contenciones mecánicas, la sobremedicación, etc. Y también es insustituible para derribar esos muros de los que hablábamos antes y construir otra cultura en torno a la locura, con otros lenguajes, desde los que poder crear y desarrollar narrativas que nos devuelvan la agencia sobre nuestras vidas a las personas con sufrimiento psíquico.

De parte de la sociedad supuestamente cuerda, para derribar ese muro intangible que nos separa a locos y cuerdos, necesitamos escucha atenta, apertura mental, desobediencia a los mandatos del poder psiquiátrico: mandatos para patologizarnos, interpretarnos, juzgarnos, infantilizarnos, para tenernos siempre tras el muro, al margen, porque no hay que olvidar que la psiquiatría nació con la misión de control social del diferente. Nuestras historias confrontan con la dictadura de la normalidad aparente, que como un manto todo lo cubre. Ponen en cuestionamiento los cimientos mismos de la sociedad a nivel personal y colectivo. A nivel personal porque son verdades difíciles de asumir e incómodas, porque interpelan a esa parte del ser humano que aún da mie-

Irene
Hernández
Arquero

«Las personas diagnosticadas tenemos el mandato de callar porque mantiene el estado de cosas, pero mientras callamos nos hacemos daño, nos mutilamos, vivimos vidas incompletas, verdades a medias, historias enmudecidas y atrapadas tras los muros. Nos echan encima los mandatos del poder psiquiátrico hegemónico.»



Asociación Mejorana Elkartea.

Iruña,
Día del Orgullo Loco, 2024.

A tu alrededor se construyen esos muros que te separan del resto sutilmente, que te encierran en una realidad que te desvaloriza y que modela tu experiencia bajo unos límites derivados de tu condición de persona diagnosticada. Y aunque cada biografía es completamente distinta, los diagnósticos y lo que tu entorno construye alrededor de ti es muy parecido, es esa sospecha velada de que tú te enteras un poco menos de las cosas, de que tú no llegas donde los demás, de que estás un

do, a la vulnerabilidad, a la propia locura, a la certeza de que a todas podría pasarnos algo parecido. Como si de la peste se tratara se huye de estas historias como si fueran contagiosas, cuando verdaderamente no hay nada que pueda ser más preventivo, ni que pueda crear un mejor antídoto que la disolución de esos muros porque en el fondo todas sabemos que entre la cordura y la locura no hay tanta distancia. A nivel político porque desenmascaran la paz social como una farsa detrás de la que se esconde la absoluta degradación social y la ausencia total de justicia social como las causas del sufrimiento: las violencias estructurales, la falta de recursos básicos como la vivienda, el trabajo, la educación o la atención sanitaria de calidad, la ausencia de vínculos comunitarios, la destrucción del medio ambiente, etc. Cómo todos los que atravesamos momentos de sufrimiento psíquico extremo enloquecemos como forma de afrontar ese dolor, esto es algo clave para comprender la locura, que no es una condición permanente, sino un recurso para la supervivencia.

Las personas diagnosticadas tenemos el mandato de callar porque mantiene el estado de cosas, pero mientras callamos nos hacemos daño, nos mutilamos, vivimos vidas incompletas, verdades a medias, historias enmudecidas y atrapadas tras los muros. Nos echan encima los mandatos del poder psiquiátrico hegemónico, nos imponen las mismas soluciones a cada uno, la medicación y la (auto)vigilancia permanente. Nos dicen que el problema está en nuestro interior, que funcionamos mal. Y el entorno lo cree también y se comporta en consecuencia.

paso por detrás de los cuerdos. De alguna forma nos lo acabamos creyendo, construimos una identidad incompleta e inferiorizada respecto a las personas cuerdas, pues como sabemos, parte importante de la identidad se construye en relación al entorno.

Y esto para mí es lo más enloquecedor, la encapsulación a la que te somete el entorno social, que no reconoce tu experiencia, que no quiere saber, que rechaza escuchar tu historia en primera persona porque ya se la cuenta el poder. Porque igual que hablamos del orden patriarcal como realidad que nos atraviesa a todas nosotras, está el orden de la normalidad cuerda, adaptada, capacitista, el orden de las personas capaces de soportar la realidad que nos rodea.

Cada narrativa disidente en primera persona es necesaria porque es una rebelión en sí misma, es un intento de salirse del manicomio cotidiano, es saltarse los mandatos y los muros, es autoafirmación. Cada historia es única, es importante, es trascendente. En la medida que se puede construir la propia historia con un saber propio y alternativo a la psiquiatrización, se puede tener presente que eres diferente pero no inferior, que enloquecer es un recurso humano ante el sufrimiento, no un déficit y se puede encontrar las razones que te llevaron a enloquecer, los traumas que te han marcado, la sabiduría que seguro que has adquirido enfrentándote a todo ello. Construir narrativas alternativas a la psiquiatrización es dejar de ser pensados por otros, es descolonizar nuestra subjetividad del discurso psiquiátrico hegemónico y es pues, un camino de lucha necesario y plenamente transformador.

Irene Hernández Arquero

Activista y formadora en salud mental en primera persona. Madrid

Alberto Fernández Liria (2018).

Locura de la Psiquiatría: Apuntes para una crítica de la Psiquiatría y la salud mental.

Desclée De Brouwer. ISBN: 978-84-33029805.

La historia de la Psiquiatría, entendida como el modo de concebir y enfrentar la pérdida de la salud mental, no puede explicarse a partir de lo que los psiquiatras u otros profesionales dedicados a esa tarea han pensado. Si el síntoma, la enfermedad, es función del proceso de intervención, entonces las psicopatologías, tal y como las conocemos, ocultan este hecho importante como ocultan que es un contexto cultural. Más sensato que consideremos que nuestras disciplinas, aunque nos priven de una romántica ilusión, nos permitirán saber sobre qué y con qué instrumentos hemos de actuar si queremos influir en ese proceso de definición de los objetos morbosos.

Ander Retolaza (2024).

De los Determinantes Sociales a la Salud Mental Colectiva.

AEN, nº 68. ISBN: 978-84-95287-99-1.

Este libro permite no olvidar sintomáticamente, las relaciones íntimas entre las disciplinas del campo de lo social y el malestar de la condición humana. La cuestión social es inherente a la práctica clínica, lograr ofrecer una respuesta social a fenómenos clínicos tales como ciertos estados de la psicosis, algunos pasajes al acto, algunos estados de deterioro físico que pueden conducir al sujeto hacia la exclusión social absoluta o hasta la muerte. La apuesta es hacer de la salud mental una práctica social (no solo sanitaria), hacer una empresa de profundización democrática mediante la recuperación de ciudadanía que también sea auto-e intérprete social.

Iñaki Markez (2023).

Freud y Einstein no van a la guerra. Beta Editorial. ISBN: 978-84-19227-30-0.

El pionero del psicoanálisis y el sabio que cambió el mundo, se vieron marcados por un cruel conflicto bélico como nunca se había conocido. Sigmund Freud y Albert Einstein con mundos científicos muy alejados, iconos en la historia de las ideas, si vivieran en la actualidad, quedarían escandalizados por los acontecimientos bélicos y se declararían antisionistas, antifascistas y antimilitaristas, como lo manifestaron cien años antes, buscando una sociedad más culta y sin desigualdades. Un ensayo con recorridos históricos y miradas detenidas en sus vidas y obras, tan desconocidas más allá de tópicos mediáticos, ilustres opinadores en años de guerra, que reflexionan desde un pacifismo militante. Sabían que las guerras aniquilan territorios, personas y civilizaciones.

Jose G.-Valdecasas y Amaia Vispe (2023).

PostPsiquiatría. Apuntes sobre teorías y prácticas.

Herder Editorial. ISBN: 978-84-254-4877-5.

La exagerada psiquiatrización de malestares de origen social, la inconsistencia y escasa utilidad de los diagnósticos psiquiátricos, la perniciosa influencia de la industria farmacéutica sobre los profesionales son aspectos que analiza esta obra. Asimismo, presentan una amplia revisión de estudios científicos que cuestionan un discurso triunfalista sobre los tratamientos psicofarmacológicos, que exagera beneficios y minusvalora riesgos potencialmente graves. La psiquiatría debe ser más útil y respetuosa con las personas que trata, debe tener ser lo menos dañina posible para todos.

Robert Whitaker y Lisa Cosgrove (2024).

La Psiquiatría bajo Sospechas. Ediciones Psara. ISBN: 978-84-127233-5-9.

Este libro investiga y señala cómo la influencia de la industria farmacéutica y los intereses gremiales han corrompido el comportamiento de la Asociación Americana de Psiquiatría y de la psiquiatría académica. Documenta cómo la institución psiquiátrica engañó a la opinión pública sobre lo que se conocía acerca de la biología de los trastornos mentales, la validez de los diagnósticos psiquiátricos y la seguridad y eficacia de sus fármacos. Estas dos influencias corruptoras provocaron la ampliación de los límites diagnósticos y la creación de directrices sesgadas para la práctica clínica.

