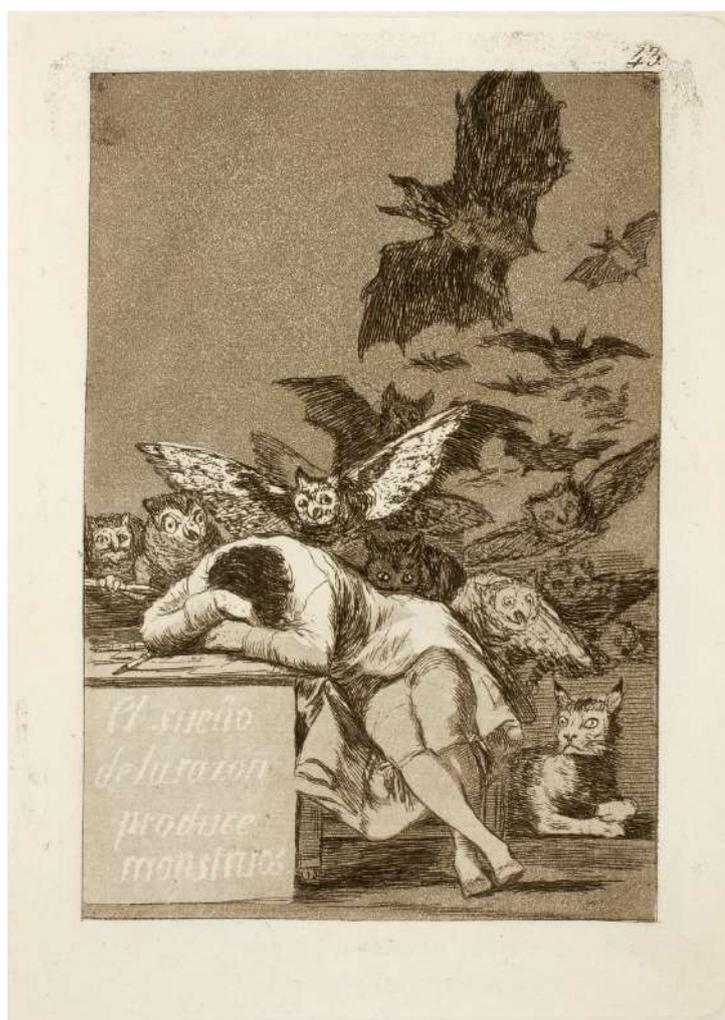


BOLETIN

Área de Gestión Clínica de
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid (España)

Número **82** – Mayo 2024



Convocatorias de miembros del AGCPSM, recomendaciones y otras informaciones

"Los suicidios" como problema y solución. Letalidad relacional: factor clave en la comprensión de las dinámicas suicidas (Yaiza Dorado Martínez)

"El fanático que llevamos dentro" (Iñigo Rubio Zavala)

Se han actualizado contenidos en nuestra web:

<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>



The screenshot shows the website interface for the Psychiatry service. At the top, there is a navigation bar with the hospital logo and the text 'Hospital Universitario 12 de Octubre'. Below the navigation bar, there are tabs for 'CIUDADANOS', 'PROFESIONALES', 'COMUNICACIÓN', and 'NOSOTROS'. The main content area features a large banner with the word 'Psiquiatría' and a background image of a hospital hallway. To the left of the banner is a sidebar menu titled 'Secciones' with options: 'Servicio', 'Paciente', 'Asistencia', 'Docencia', 'Investigación', 'Especialidad', and 'Contacto'. Below the banner, there is a section titled 'Servicio' with a description: 'El Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre le da la bienvenida a esta página web. En ella podrá encontrar información relacionada con nuestra actividad. También información sobre la ubicación y la forma de contactar con nuestros dispositivos. Pretendemos que sea un escaparate público para que nos puedan conocer mejor y para dejar constancia de nuestro interés y compromiso por los objetivos de calidad asistencial.' Below the description, there are tabs for 'Descripción' and 'Estructura'. The 'Descripción' tab is active, showing the text: 'El Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12'.

¹ Portada: “El sueño de la razón produce monstruos” (Francisco de Goya, 1799). “En esta estampa, Capricho 43, comienza una serie de composiciones destinadas principalmente a flagelar la ignorancia del pueblo, los vicios de los monjes y la estupidez de los grandes (...) La estampa ofrece un mundo de pesadilla; Goya no convierte a la razón en verdad, no juzga los monstruos, sólo los expone; presenta así el mundo de la noche, que caracteriza la totalidad de los Caprichos: una inversión del día. El autor Alcalá Flecha (1988) recoge tres interpretaciones. Una primera que trata de la firme convicción del artista en los poderes de la razón, como conjuradora de las tinieblas y el oscurantismo (...) La segunda interpretación estaría basada en la expresión de un principio estético propio de la crítica artística neoclásica, que consideraba la razón y la fantasía como principios antitéticos que el artista había de saber combinar, es decir que el artista debía utilizar la razón para moderar los excesos de la fantasía, por cuanto que sin la guía de la primera ésta sólo produce monstruos imposibles. Y por último una tercera interpretación que se basa en la expresión de la amargura por el fracaso irremediable de la razón en ese mundo ilustrado que tanto la encumbrara. En la contienda entre luces y sombras han vencido estas últimas; el mundo ordenado por la razón ha sucumbido y sus ámbitos son ahora poblados por animales demoníacos que se enseñorean de las tinieblas” (<https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/el-sueo-de-la-razon-produce-monstruos/e4845219-9365-4b36-8c89-3146dc34f280>).

Cualquier propuesta corresponsable de mejora de la web es bienvenida. Periódicamente cada responsable de dispositivo, programa o actividad del AGCPSM se encarga de actualizar los contenidos de su apartado.



Para cualquier sugerencia sobre la información que se ofrece en este servicio web contactar con psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org

Para mantener permanentemente actualizada nuestra web oficial y que sirva como una herramienta efectiva de comunicación para los profesionales del AGCPSM, personal en formación de pre y postgrado en nuestro servicio y resto de personas interesadas, podéis mandar cualquier información relevante y/o propuesta de mejora de la web al correo santiago.vega@salud.madrid.org .

El Servicio

Pacientes

Asistencia

Docencia

Especialidad

Investigación

En las últimas semanas se han actualizado y cargado los siguientes documentos:

- SERVICIO / NOVEDADES: visible un RESUMEN DE LA SESIÓN SEMANAL AGCPSM
- DOCENCIA / PUBLICACIONES
 - Todos los Boletines del AGCPSM hasta el actual (nº 82 – Mayo 2024)
 - Cuadernos de Salud Mental del 12 (ISSN: 2952-4032)
 - ***Psiquiatría y Salud Mental durante la pandemia COVID-19. Material psicoeducativo y recomendaciones para la práctica clínica*** (Nº 17)
 - ***Historias en la pandemia COVID-19. Memoria y Resiliencia en el AGCPSM y dispositivos asociados*** (Nº 18)
 - ***De la Personalidad Obsesiva a la Obstinada*** (Nº 19)
 - ***De la Filosofía Antigua a las Psicoterapias Contemporáneas*** (Nº 20)
 - ***Trastorno Bipolar Geriátrico*** (Nº 21)
 - ***Proceso de Atención a los Trastornos Depresivos en el CSM de Villaverde*** (Nº 22)
 - ***Bibliografía básica para residentes de Salud Mental*** (Nº 23)



<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>

Sección: DOCENCIA Y PUBLICACIONES



**"LOS SUICIDIOS" COMO PROBLEMA Y SOLUCIÓN.
LETALIDAD RELACIONAL: FACTOR CLAVE EN LA COMPRESIÓN DE LAS
DINÁMICAS SUICIDAS.**

Yaiza Dorado Martínez

*Residente Psicología Clínica (PIR 4º año)
Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)*

"Suicidio", un término tan utilizado, escuchado (fuera y dentro de las consultas de Salud Mental), temido y, sin embargo, parece que a día de hoy sigamos estando a años luz de comprender *para qué* una persona decide acabar con su vida. "Acto suicida con fines comunicativos, desregulación emocional, un comportamiento agresivo hacia otro", ¿un problema de salud mental?, ¿o más bien la "mejor solución" en ese momento?

Hace ya algunas décadas algunos autores se han planteado que el problema del suicidio es, ante todo, el problema de saber si el suicidio es o no es un problema, y añadido: ¿a qué tipo de problema responde?, ¿a algo intrapsíquico del paciente? Está claro que detrás de "los suicidios" (pues hay tantos como personas que los cometen y solo tienen en común el acto en sí) hay una multiplicidad de factores. Últimamente hay numerosas propuestas (que no terminan de resultar muy eficaces) para predecir el riesgo suicida: las autolesiones, la ideación autolítica, etc. y, sin embargo, lo predicen casi con la misma frecuencia que el azar en múltiples escenarios.

Desde la Epistemología Sistémica se ha expresado un concepto bastante prometedor: "letalidad relacional", describiendo una posición y juego familiar tal que el suicidio sea la única opción disponible para aquel que comete el acto. Entonces el problema deja de serlo como tal y se convierte en la solución o movimiento estratégico (y, ante todo, respetando el malestar que genera y sin querer dar un tinte superficial o invalidante al contexto de malestar y sufrimiento de la persona, así como de su entorno).

El objetivo del presente artículo es presentar y reflexionar sobre estos conceptos a través de una viñeta clínica de un caso atendido y tratado en psicoterapia intensiva tras un intento autolítico, planteando si tal expresión y manifestación del dolor que se genera, construye y cronifica en términos relacionales puede ser comprendido bajo un prisma distinto a la epistemología sistémica: integral y bajo el paradigma de la complejidad.

Los suicidios en España

Según los datos recogidos en los últimos años por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (2023) sobre las defunciones según las distintas causas de muerte (primer semestre de 2023 y 2022), el suicidio se ha mantenido como la principal causa de muerte externa, con un predominio de varones (más del 75% de los fallecimientos registrados) frente a las mujeres (alrededor del 24% de las muertes). La muerte por suicidio se posiciona en predominancia frente a las casuísticas accidentales y los accidentes de tráfico.

Los datos recogidos a lo largo de los años 2021, 2022 y 2023 señalan un incremento en el número de fallecimientos por suicidio, siendo la primera causa de muerte en España (Colegio Oficial de Psicólogos (COP), 2023) y registrándose una tendencia creciente conforme pasa el tiempo.

En la actualidad se sigue remarcándose la necesidad imperante de diseñar un Plan Nacional para la Prevención de Suicidio en España, así como la detección precoz y tratamiento del comportamiento suicida, acorde a objetivos estratégicos anunciados desde el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (COP, 2023).

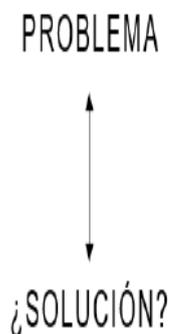
Los suicidios como problema (y como solución)

En un intento de comprender y analizar la problemática social que suponen los suicidios (nombrados en plural), autores como Sarro y de la Cruz (1991) plantearon si existe un sentido y es estratégico o útil pensar en los suicidios como un problema: “tal es la postura que habitualmente tiende a adoptarse de forma más o menos automática y espontánea: un fenómeno como el del suicidio constituye, obviamente un problema” (Sarro y de la Cruz, 1991, p. 22). Estos mismos autores defienden, sin negar toda la evidencia que respalda al foco y tema y sin contradecir la investigación, conocimiento y avances que se han realizado hasta la fecha, que “el problema del suicidio es, ante todo, el problema de saber si el suicidio es o no un problema” (Sarro y de la Cruz, 1991, p. 23).

Se define un problema como algo que nos es arrojado, que se pone por delante y supone una dificultad obstáculo, barrera a vencer y un factor al que se debe proponer una solución, siendo ésta la salida a dicha dificultad o problema.

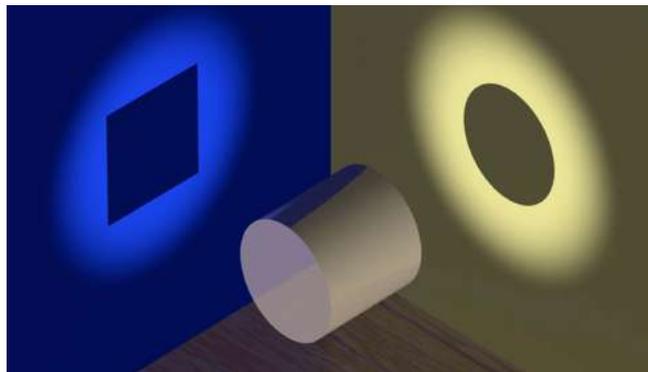
Retomando el conocimiento sobre el suicidio o, más bien, los suicidios (pues hay tantos como personas que los cometen), cabría preguntarse entonces si el suicidio debería ser analizado y pensando en términos de problema o de solución, y en ello, ¿cómo deberíamos situarnos los clínicos ante la temática del suicidio, ante los intentos autolíticos, autolesiones o ideas de muerte? En caso de que ello suponga un problema, ¿de qué tipo de dificultad hablamos y qué contexto engloba a la misma? Nos encontramos, de frente, ante el dilema de que, sociológicamente, el suicidio constituye, de forma simultánea, el problema y la solución a múltiples dificultades y sufrimiento y, por ende, supone un problema para algunas personas, no siendo así para tantas otras.

Para la sociedad y desde la respuesta y reacción social, el acto suicida es presentado como un problema, el entorno lo percibe como tal, por tanto, desde este prisma el foco se etiqueta como un problema sociológico. Sin embargo, si tomamos como perspectiva la del individuo que comete el suicidio, se nos presenta dicho acto como un intento de solucionar una dificultad determinada (o, más bien, un conjunto de las mismas), presentificándose como una opción de salida a obstáculos, barreras y conflictos relacionales que suponen una importante fuente de malestar psíquico (Sarro y de la Cruz, 1991). Según Landsberg (p. 135, en Sarro y de la Cruz, 1991, p. 24): “Me parece que el acto del suicidio no expresa la desesperación, sino una esperanza, quizás loca y desviada, que se dirige a la gran región desconocida más allá de la muerte”, defendiendo, en el acto suicida, un intento de organizar la propia vida y una respuesta positiva a un conjunto de estresores y problemas. No cabe duda, reflexionando acerca de estas cuestiones, de que los suicidios constituyen una gran respuesta compleja y diversa.



Retomando el carácter positivo de dicha respuesta, se debe pensar en el suicidio como una expresión sintomática de un sufrimiento y malestar complejo y multifactorial, teniendo la responsabilidad social de tratar de comprender de dónde nace dicha decisión y, ante todo, solución, más que condenarlo de forma automática y superficial, o tratando todos los suicidios como conductas idénticas. Nada más lejos de la realidad, los actos suicidas tienen en común la comisión de los mismos.

Corresponde a la sociedad el definir y clarificar los factores, variables y dinámicas entre los sistemas que juegan un papel importante en el análisis de la interacción y conducta suicida, pues “solo cuando se prescinde por completo del punto de vista del principal actor social implicado, es decir, de aquel que comete el suicidio, deviene posible hablar de él en términos de comportamiento “anormal” o, más aun, “aberrante”” (Sarro y de la Cruz, 1991, p. 26).



Es la sociedad quien denuncia una forma de funcionar determinada según las percepciones del grupo, siendo ello distinto de lo que se suele etiquetar como problema sociológico real, definido como aquel que se ocupa del estudio de los factores y variables que influyen en la esfera relacional, esto es, el problema sociológico no es el suicidio como tal, sino el análisis de los agentes que interaccionan con la decisión de quitarse la vida (Sarro y de la Cruz, 1991).

La aberración de los actos suicidas. La culpabilización del acto

Tomando como referencia la distinción entre la perspectiva del actor que comete el suicidio respecto a la que toma la sociedad que condena dicho comportamiento, clásicamente la sociedad ha catalogado como anormal, extremista y susceptible de ser ocultada la respuesta a un problema partiendo desde el espectro suicida, existiendo una brecha conceptual entre la persona sufriente del acto y el entorno (también sufriente) que queda impregnado por el mismo.

El suicidio, los suicidios, quedan descritos como comportamientos aberrantes cuando en dicho discurso nos alejamos del punto de vista de la persona implicada en primer plano. En cierta manera, queda en el imaginario colectivo como un acto denunciado a través de la culpa por el daño y perjuicio al sistema familiar y social, denuncia que, por un lado, funciona como una disuasión de la imitación y mimetismo para el entorno (Sarro y de la Cruz, 1991).

-
- . El suicidio visto como un **problema social para el entorno** de la persona.
 - . Para la **persona que sufre**, el acto suicida se convierte en una **solución**.
 - . A nivel social, el acto suicida se concibe como una especie de “desviación social”, conducta anormal, especialmente en zonas donde es poco normal: “no fue capaz de hacerle frente...”, “ya no podía más...”.
Culpabilización del acto.
-

En relación a ello, la denuncia pública y sanción social del suicidio influye en la forma con que la sociedad, las personas que se consideran “sanas” se perciban alejadas del acto, en otro plano considerado como más funcional y al que no se sienten pertenecientes. De este modo, la condena de este tipo de conductas funciona, en cierta parte, como una especie de mecanismo defensivo y de “refuerzo de la cohesión social” en la que son “los otros” quienes tienen la razón y disfrutan de la “normalidad” definida y construida socialmente (Sarro y de la Cruz, 1991). Unido a ello, se plantea el suicidio como un problema, una “desviación social” principalmente para los observadores externos del mismo, sin adoptar las mismas características para el individuo que comete el acto.

La comprensión compleja y multiaxial del suicidio. Los suicidios

Definido el suicidio como un problema social al cual se añade la condena y denuncia pública, suele ocurrir que ante ejemplos de actos concretos que suceden en el día a día, las personas buscamos explicaciones, causas y excusas que justifiquen dicho comportamiento, una especie de causalidad lineal y gozando de una tranquilidad reduccionista y simplista en el análisis. Así pues, una conducta que es común, que está adoptando una tendencia creciente y con la que los clínicos nos encontramos en las consultas diariamente, queda etiquetada como “anormal”. Esta definición en el contexto de la disfunción implica situar a los individuos que cometen un acto suicida en un continuum y maraña psicopatológica, justificando el fin de su vida con diversos trastornos mentales (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 2014): “*estaba deprimido*”, “*llevaba con ideas de muerte desde hace varios meses*”, “*tenía una situación muy difícil en casa*”, “*tenía una enfermedad muy grave y no podía sostener más la situación*”, son algunos ejemplos de ello.

No obstante, pensar en el suicidio en esos términos supone alejarlo de la naturaleza del mismo, es decir, ignorar, en cierto modo, que se trata de una respuesta posible, común y positiva (en el sentido y significado previamente mencionado) a un conjunto de dificultades y factores, quedando sancionado desde la definición arbitraria de la sociedad.

Entendiendo el suicidio como tal, como una respuesta determinada de una persona, en un contexto y bajo unas condiciones y contexto singular, no resulta del todo acertado referirse al mismo como suicidio (como si fuera una conducta aislada, única y similar), sino de los suicidios, en plural.

“[...] bajo una misma expresión – el suicidio – se ocultan y se confunden posturas, motivaciones, actitudes y hasta comportamientos radicalmente diversos. Ciertamente es que en todos los casos se da un elemento común, que es precisamente el propio hecho de que problemáticas muy distintas desemboquen en un mismo acto suicida, pero habríamos de tener muy presente que ese elemento común no es sino un *mínimo* común denominador que, aun posibilitando en última instancia las

comparaciones, jamás puede autorizar las equiparaciones.” (Sarro y de la Cruz, 1991, p. 33).

Teniendo esta concepción en mente y, sin negar otras teorías y planteamientos coexistentes (y que, en realidad, deben coexistir para favorecer la riqueza y complejidad del análisis y pensamiento), la comprensión de los suicidios se torna especialmente complicada por su dificultad en la predicción, evaluación de los factores de riesgo y ausencia de precisión y claridad en ello (Paris, 2002, 2004).

Comprensión compleja y multiaxial.	Estrategias de intervención y encuadre terapéutico.
<p>Dificultad en la predicción del riesgo de los suicidios a través de la evaluación de factores de riesgo (ideación de muerte, conductas autolesivas, etc.).</p> <p>Un evento tan frecuente (tentativas autolíticas) no puede servir de predictor para eventos, en contraste con otras conductas, infrecuentes (muertes por suicidio), más aún, si sirven a fines comunicativos, regulativos o a percepciones de control.</p>	<p>Tener en cuenta la importancia de focalizar la intervención terapéutica en la comprensión del significado de esos actos y del porqué y para qué estos pacientes y familias piensan sobre el suicidio, más allá de tratar de “apagar fuegos” con reacciones de pánico ante estas crisis, cayendo en una “<i>esclavitud coercitiva</i>”. (Paris, 2019).</p>

El concepto de “letalidad relacional” como factor clave en la intervención con suicidio

Teniendo en mente la dificultad y extrema dificultad que supone la evaluación e intervención con el espectro suicida en las consultas de salud mental, se debe tratar de integrar, complejizar y analizar en detalle cada mecanismo que entre en juego en la dinámica. Independientemente de la consumición o no del acto, está claro que la puesta en marcha de conductas de riesgo autolesivas implican un elevado grado de sufrimiento entre actores y sistema a lo largo de todo el ciclo vital, convirtiéndose casi en una especie de supervivientes con un estilo de vida obstaculizado, dañado, marcado por la amenaza constante de la muerte.

El pensamiento crítico sobre el tema que nos acontece debe ser multiaxial y sistémico, en orden de poder abordar y reflexionar con una mirada integral sobre la persona y todo el contexto significativo interactuante, adoptando una perspectiva circular. Tras numerosas propuestas que tratan de “descifrar” los factores que se hayan tras este fenómeno, el concepto de “letalidad relacional”, procedente de la epistemología sistémica, resulta esclarecedor por cuanto se refiere a determinadas dinámicas, juegos familiares y posiciones tales que el suicidio sea la única opción (o la más adaptada al contexto y escenario) para aquel que comete el acto, convirtiéndose así en la estrategia y solución más ajustada.

En este tipo de casuísticas, la posición existencial dentro de la estructura y dinámica familiar deviene en tal imposibilidad de sostén que el intento o comisión del acto aparece como la única posibilidad contemplable y disponible. El estudio de este tipo de sistemas han descrito este concepto en relación a estilos comunicacionales caracterizados por la

desconfirmación entre sus miembros, juegos ocultos y coaliciones veladas, entre otros. Con todo ello, sin pasar por alto el malestar y dolor emocional de todos los miembros implicados directa o indirectamente (Suárez, 1995).

“El intento de suicidio aparece como el entreabrir fugaz de una ventana, que se cierra de golpe al poco tiempo y frustra al terapeuta cuando quiere asomarse al interior para entender o intervenir. Los contactos terapéuticos suelen estar marcados por estas súbitas interrupciones: contactos en servicios de Urgencias y rupturas ulteriores al cabo de una o dos entrevistas. [...] Este hecho recidivante permite plantear la hipótesis de que no sólo el intento de suicidio, sino también la propia ruptura, pueda ser considerada como formando parte [...] de un estilo relacional y comunicacional particulares” (Suárez, 1995, p. 273).

Caso clínico: paciente designada “L”

A continuación, se presenta el caso clínico de la paciente designada (PD) “L”, una mujer adulta de 53 años de edad natural de República Dominicana. Estado civil casada.

“L” es una mujer cualificada profesionalmente, habiendo completado los estudios en una Licenciatura en Derecho y ocupando una buena posición a nivel laboral en su país de origen. No obstante, durante el proceso migratorio a España abandona su profesión, encontrándose posteriormente con el obstáculo de poder continuar y convalidar sus estudios. Su estancia en España se encuentra marcada por los continuos intentos de mantenerse activa laboralmente, desempeñando múltiples oficios que exigen baja cualificación profesional.

En consulta, “L” menciona estar en situación de Incapacidad Laboral Temporal (ILT) desde hace 3 meses por síntomas compatibles con un posible cuadro de dolor muscular crónico.

Motivo de consulta

La PD acude a Urgencias de Psiquiatría tras derivación del Médico de Atención Primaria tras un intento autolítico (IA) con sobreingesta medicamentosa unida a la ingesta de líquidos agentes biocidas (desinfectantes y decolorantes) con ideación tanática. Ha estado en seguimiento con Psiquiatría y tratamiento psicológico con Psicología Clínica.

La PD verbaliza, al inicio del contacto, sintomatología ansiosa muy intensa, ánimo depresivo, síntomas disociativos y conversivos (adormecimiento de extremidades), conductas autolesivas en forma de excoriación, cortes en extremidades y arrancamiento de cabello. A la exploración, “L” menciona haber experimentado un incremento del malestar y este tipo de síntomas ante la noticia de la supuesta infidelidad de su pareja.

Tras una primera toma de contacto con los servicios sanitarios, la PD acepta iniciar tratamiento para explorar la tentativa autolítica, el significado de la misma, así como para trabajar y pensar, desde otra posición y perspectiva, su propia biografía y relato vital.

Se aprecia, en estos primeros contactos, la presencia de clínica histeriforme y autolesiva, disparos de angustia no mentalizada contra un cónyuge de funcionamiento violento con probables dinámicas de corte maltratante y en calidad de escaladas simétricas del poder sintomático.

Antecedentes previos en la red de salud mental

. “L” menciona haber estado en seguimiento por síntomas ansioso-depresivos en Atención Primaria. Periodo breve de tiempo.

. “L” toma contacto, por primera vez, con la red de salud mental hace unos dos años aproximadamente desde el inicio de este tratamiento, describe intervención sobre clínica ansioso-depresiva y sucesivos síntomas psicósomáticos y somatomorfos. Abandona seguimiento.

Núcleo familiar

La PD convive, tras el IA, con uno de sus hijos, de XX años de edad. Previamente compartía convivencia a su vez con su marido, “H”. El matrimonio tiene otra hija de XX años de edad, independizada del domicilio familiar.

El marido de “L” tiene 55 años, natural a su vez de República Dominicana, dedicado profesionalmente a la Mecánica, sin haber completado estudios a nivel superior.

Explorando la relación de pareja en intervención individual inicial, “L” describe haber, entre ambos, una relación tormentosa, ambivalente, con conflictos cronificados marcados por las desviaciones comunicacionales, violencia intrafamiliar intensa caracterizada por agresiones físicas y verbales bidireccionales y amenazas frecuentes de ruptura de la pareja tras las sospechas de infidelidades por parte de él. La PD reconoce estar sosteniendo la relación por la ambivalencia y refuerzo positivo que supone ésta dentro del conflicto, a la par que por una motivación económica y pensamientos de culpa por la vivencia de sus hijos.

En relación a posibles separaciones de la pareja, nunca se han dado rupturas concretadas por la vía legal, si bien existe registro de separación informal y física hace unos años ante la sospecha, por parte de la PD, de presunta infidelidad por parte de su marido. Tras este conflicto, la pareja retoma la relación y convivencia, si bien nunca han cesado las discusiones y dinámicas violentas a nivel intrafamiliar.

En relación a los hijos del matrimonio, la hija mayor, “C”, de 27 años de edad, convive con su pareja desde hace aproximadamente un año, combinando la actividad laboral con la formación universitaria en Turismo. Durante la exploración de la biografía de la misma, se destaca el movimiento de emancipación precoz respecto a la familia nuclear, así como una relación disfuncional cronificada con la PD y adopción de conductas de riesgo de índole sexual y tóxico al igual que “L” en su juventud. Isomorfismo entre ambos miembros.

El hijo menor, “N”, de 20 años de edad, reside en el domicilio familiar con la PD, dedicándose a su vez tanto a la vida laboral como al estudio de un Grado Medio en Cocina y Gastronomía. “L” describe buena relación con sus hijos en la actualidad, si bien con su hija mayor la relación ha estado marcada por frecuentes discusiones y conflictos, según ella, porque era quien la marcaba los límites en la crianza, a diferencia del padre. En la exploración biográfica del núcleo familiar se revelan acontecimientos de corte traumático en “C”, quien inicia recientemente en un estado depresivo y consumo de tóxicos. La relación existente entre la PD y el hijo menor está caracterizada por diversas fallas en la estructura, límites difusos e interacción indiscriminada y fusional. La PD menciona múltiples alteraciones de la conducta en su hijo durante la infancia, así como consumo perjudicial de tóxicos que se mantiene en la actualidad.

Familia de origen materna (FOM)

En relación a la familia extensa materna, se conoce que ambos padres de la PD mantenían un estatus socioeconómico elevado, sostenido por una base formativa sólida y avanzada a nivel universitario.

El abuelo materno falleció en 2021 por patología oncológica, residiendo actualmente la madre de forma solitaria con uno de los hermanos de la PD en el país de origen (República Dominicana).

“L” describe a su padre desde una esfera de idealización, defendiendo que fue una figura muy importante para ella, no así respecto a su figura materna, con quien menciona haber tenido y tener actualmente una relación complicada marcada por la crítica y exigencia desmedida por parte de su madre.

“L” es ocupa el segundo lugar de una fratría de tres hermanos, uno de ellos con un diagnóstico de Trastorno Mental Grave y antecedentes penitenciarios, el pequeño de los hermanos vive independizado con un núcleo familiar propio.

Familia de origen paterna (FOP)

Los abuelos paternos, de origen dominicano, pertenecen a un nivel socioeconómico significativamente más bajo en comparación con la FOM. El abuelo paterno fallece de forma temprana por enfermedad cardíaca, pudiendo marcar cierto efecto de trauma complejo para “H”. La abuela paterna vive en la actualidad en el país de origen, produciéndose durante la infancia de “H” la marcha de ésta a otra ciudad. Probable efecto de abandono precoz y repetición de orfandad en este padre, huérfano en la infancia ante la ida de su madre y ausencia de figura paterna.

En palabras de la PD, entre ella y su familia política nunca hubo buena relación, estando toda interacción marcada por la crítica, desprecio implícito y explícito, así como desaprobación de la construcción de pareja y sistema conyugal.

Su marido es el pequeño de una fratría de siete hermanos. Se desconoce información sobre el sistema fraternal, mencionándose únicamente actitudes y percepción de rechazo por parte de los miembros hacia la PD, entre ellas, alude durante las entrevistas a comentarios de índole racista.

Otros datos biográficos de interés

Tras la exploración detallada de la biografía de la PD, así como de su contexto significativo y otros sistemas, se sabe que “L” vivió su infancia como una etapa de fallas en su sistema afectivo y vincular, denunciado una falta de protección, cierta instrumentalización y rol parentificado. Se recuerda como una figura relevante en el cuidado y atención a su propia familia nuclear.

Describe la construcción de su propia relación de pareja como una etapa marcada por la sanción temprana de la misma por parte de ambas FO's, ejerciendo la presión de forma constante para incitar a la ruptura de la relación. Cruce entre descalificaciones entre ambas FO's, ambos cónyuges descalificados por sus propias familias por haber elegido mal a la pareja. Durante buena parte de la misma se han dado amenazas de rupturas y separaciones físicas de ambos progenitores de manera informal, así como sospechas de episodios de infidelidad y consumo de tóxicos por parte de “H”. en relación a ello, se aprecia un juego simétrico entre ambos, intercambiándose el efecto de “poder” de los

síntomas y “ajuste de cuentas” a través de los mismos. Asimismo, se reconoce el mantenimiento de actitudes y conductas de violencia verbal y física por parte de ambos, escenario en el que participan en calidad de disfuncionalidad del rol ambos hijos a través de la toma de posición en las distintas dinámicas del sistema.

La PD verbaliza, pese a todo ello, una incapacidad (en términos de poder) y una negativa (en relación a una decisión propia) de abandonar la relación de pareja, expresando un estado constante de angustia y experimentando manifestaciones sintomáticas de diversa índole: clínica ansioso-depresiva, actuación de rasgos de personalidad inestable, conductas de sobrecompensación y sobreprotección desmedida, a la par que actitudes abandónicas y perturbadoras del proyecto de autonomía e independencia de sus hijos.

Hipótesis relacionales manejadas

Tras el proceso de evaluación relacional del sistema familiar nuclear y extenso, se barajaron las siguientes hipótesis relacionales:

- Se aprecia en la PD un estilo de apego ambivalente – ansioso, careciendo de una figura de maternaje cálida a nivel afectivo que pudiera haberle facilitado la identificación funcional a lo largo de su desarrollo y ciclo vital.
- Se identifica cierta idealización y relación algo romantizada en la psique de la PD respecto a su propio padre, funcionando ésta como intermediaria de la relación parental entre sus progenitores.
- Proceso de autonomía e independencia del proyecto vital en situación carencial y contexto de déficit por parte de la PD respecto a su propia familia, estancamiento en el discurso parental sobre los valores del bien y el deber, la normal y el ideal de la figura masculina, teniendo como protagonista de ello al abuelo materno.
- Desregulación de los estados afectivos de la PD, actuando en un contexto intrapsíquico carenciado y privado de filtros y reflexividad. Conductas auto y heteroagresivas, teniendo como punto de partida emociones de rabia y cólera expresadas a través de comportamientos autolesivos, amenazas e intentos autolíticos, síntomas disociativos y clínica conversiva.
- Inicio de construcción del sistema conyugal desde el conflicto, ausencia de aprobación por parte de ambas familias extensas y con la inexistencia de una comunicación y contrato de pareja viables para el bienestar del sistema nuclear: progenitores e hijos.
- Actuación sintomática como forma de establecer un vínculo más cercano y estrecho con sus hijos, quedando bajo una posición de rol de enferma, sobreprotegida y quedando como la figura-foco de la familia nuclear.
- Isomorfismo (esto es, XX) entre “L” y su propia madre, en relación al déficit de cuidados afectivos que podían dar a la fratría, quedando en una posición de no-disponibilidad y desprotección respecto al conflicto conyugal y efecto de parentalización.
- Se evidencia en el subsistema fraternal un déficit en el proceso de autonomización e independencia, especialmente en el hijo menor, permaneciendo anclado a un proceso de conyugalización, instigación y coalición en las que juegan un papel significativo ambos progenitores: “L” en un tipo de comunicación más explícita y “H” en un proceso más oculto y velado.

- Se identifica en la PD una toma de postura del rol de cuidadora y estructura narcisista que descansa sobre la protección y cuidado hacia su esposo, con problemas de consumo de alcohol y conductas de riesgo, además de los episodios de infidelidad.

Intervención psicoterapéutica: y ahora qué, cómo, con quién

Tras haber evaluado de forma integral el caso, así como el contexto que lo enmarca y sistemas en juego, se piensa en una intervención psicoterapéutica con base en la epistemología sistémica, esto es, evaluar e intervenir (este marco teórico no distingue, en la práctica, entre ambas fases) con el sistema familiar de la PD.

Las ventajas de este tipo de trabajo radican en que permite superar las barreras de otros tipos de modelos que no contemplan, con la misma especificidad, detalle y complejidad, la influencia de otros sistemas y subsistemas en la sintomatología de la PD: comunicación y tipo de relación entre otros miembros de la familia, interacciones bidireccionales con las familias extensas, actuaciones de los contextos sociales, laborales, institucionales, y cómo todo ello tiene un papel innegable en la evolución de la clínica.

En relación a ello, la psicoterapia sistémica permite trabajar con el contexto significativo de la PD (este es, todas las relaciones y sistemas en relación con esa persona / grupo de personas en mayor o menor medida) en una fase más evaluativa o analítica, y operar en consulta con aquel sistema y contexto que resulte más idóneo en relación a la disponibilidad y objetivos de tratamiento, siendo el contexto operativo. De forma complementaria, este tipo de marco ofrece la posibilidad de trabajar e intervenir con distintos subsistemas (subsistema conyugal, fraternal, parento-filial...) en función de los objetivos, fase del tratamiento, viabilidad y disponibilidad de los miembros, entre otras características.

En el presente caso, en primer lugar, se ha trabajado en la exploración del significado que le da "L" a la tentativa autolítica y al momento temporal en el que ésta se ha producido: ¿por qué ahora tras tantos años de malestar?, continuando con una intervención en orden de facilitar la identificación, discriminación y expresión por parte de la PD de los distintos afectos y estados emocionales sin que ello suponga un episodio de desbordamiento o crisis aguda. En paralelo, supone haber podido co-construir estrategias más adaptativas de manejo de los estados internos, pudiendo poner en marcha un funcionamiento con base reflexiva, menos impulsiva y con menor tendencia a actuaciones auto y heteroagresivas.

A lo largo del proceso psicoterapéutico y tratamiento psicológico en crisis, se ha podido movilizar a la PD hacia la toma de conciencia y reflexión sobre los patrones relacionales en su núcleo familiar y familia de origen, y cómo éstos juegan un rol decisivo en la forma en que piensa y actúa en los distintos escenarios vitales. Esta postura y trabajo re-constructivo ha facilitado la toma de contacto con uno de los objetivos principales y más complejos: el abandono del "juego familiar" por parte de ambas familias extensas y del sistema conyugal, pudiendo desbloquear la escalada simétrica rígida en la que se encuentran los progenitores y las dinámicas del "falso poder" de los síntomas.

Tras un espacio de encuadre breve y cuya base radica en la resolución de la crisis, la psicoterapia ha permitido orientar, junto a la PD, sobre objetivos de tratamiento futuros, yendo éstos encaminados a la liberación del rol parentalizado y conyugalizado de los hijos y la ayuda en su propio proyecto de autonomía e independencia.

La meta última de esta y otras intervenciones similares se enfoca en el desbloqueo de la crisis estructural que constriñe a este sistema y sus miembros y del “tiempo congelado” en el ciclo vital familiar, que impide poder desarrollarse de forma íntegra dada la constante lucha y vida dominada por el síntoma.

Discusión

A lo largo del artículo se ha presentado y descrito la intervención psicoterapéutica y tratamiento psicológico en un caso clínico de intento autolítico en una paciente con múltiples antecedentes en síntomas somáticos y con construcciones sintomáticas de gravedad.

La dificultad principal encontrada a la hora de trabajar en este tipo de marcos radica, por un lado, en la toma de postura y perspectiva más reflexiva, pausada y distanciada del problema por parte de paciente y terapeuta, más aún ante la molestia e incomodidad que generan ciertos tipos de síntomas. La búsqueda de la inmediatez y solución rápida y tangible ha jugado un papel importante a lo largo del proceso.

Gran parte del efecto (y del buen hacer) de la psicoterapia descansa en la capacidad conjunta, del terapeuta y paciente o sistema, de poder co-construir un marco compartido, un espacio y nuevo sistema que reúna unas características propias, un lenguaje accesible para todos los miembros que participan de la psicoterapia y que influye en la forma en la que se percibe la sintonía, acompañamiento y confianza en brindar ayuda y ser tratado.

La epistemología sistémica y, en especial, en aquellas intervenciones con encuadre familiar debe aceptar este tipo de desafíos, en este caso particular, se ha invertido gran parte del tiempo en poder compartir esa perspectiva en común en orden de que la paciente pudiera entender la conexión y dinámica que juega su clínica con el resto de relaciones e interacciones con otros sistemas y miembros. En ello, el contacto con el dolor, el sentimiento de engaño, decepción y la toma de conciencia sobre fallas en la propia familia y crianza pueden conducir a un estado de desbordamiento tal que se trate de evitar por todos los medios el trabajo sobre las fallas relacionales y carencias en la función nutricia.

Ha formado parte del proceso y supuesto un punto de inflexión en esta paciente el efecto transgeneracional de los distintos tipos de comunicación, así como la herencia de ciertas fallas y dinámicas que suponen una merma a la libertad y creatividad de las distintas estrategias con las que interacciona con el mundo y con los otros.

La posibilidad, a nivel de utilidad, de poder trabajar este tipo de casos con un marco teórico de corte sistémico y un encuadre de tipo familiar supone un gran reto para el terapeuta que, lejos de poder parecer un recurso banal y simplista, requiere de complejas técnicas y supervisión propia para evitar acciones iatrogénicas con el sistema-paciente. Por ende, brindarnos como una herramienta de trabajo implica, a su vez, poder reflexionar sobre las propias limitaciones, carencias y movimientos de contratransferencia que se pongan en juego, siendo ello más identificable a través de la co-terapia, supervisión clínica y trabajo conjunto con un equipo reflexivo que mentalice sobre el caso.

Bibliografía

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª ed DSM-5*.

Colegio Oficial de Psicólogos. (2023). *El suicidio se mantiene como la primera causa externa de muerte en España, según el INE*. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de <https://www.infocop.es/el-suicidio-se-mantiene-como-la-primera-causa-externa-de-muerte-en-espana-segun-el-ine-2/?cn-reloaded=1&cn-reloaded=1> .

INE. (2023). *Defunciones según la causa de muerte. Primer semestre 2023 (datos provisionales) y año 2022 (datos definitivos)*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/edcm_2022_d.pdf .

Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiat Serv.*, 53(6), 738-42.

Paris, J. (2004). Half in love with easeful death: the meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry*, 12(1), 42-8.

Paris, J. (2019). *Treatment of Borderline Personality Disorder: A Guide to Evidence-Based Practic. 2nd ed*. New York: The Guilford Press.

Sarro, B. y De la Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.

Suárez, T. (1995). Intentos de suicidio en la adolescencia. *Medifam*, 5(5), 272-7.



² Portada de la “Guía de Prevención de la Conducta Suicida” (Ayuntamiento de Burgos, 2021). En: <https://pdabullying.com/uploads/2023/04/Guia-Burgos.pdf>

Convocatorias

Por favor, para cualquier consulta relacionada con los cursos de Formación Continuada de Salud Mental os dirigáis al **coordinador de cada actividad o al Responsable de vuestro Hospital** (ver abajo documento con nombres y correos). Un saludo

*Juan Carlos Duro Martínez.
Responsable de Formación Continuada.
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones*

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE	Sara Herrera Rodríguez sara.herrera@salud.madrid.org
Terapia Basada en la Mentalización en la práctica clínica en Salud Mental	Javier Ramos García javier.ramos@salud.madrid.org
Unidad Infanto-Juvenil	
Sesiones de actualización en salud mental infanto-juvenil	María José Güerre Lobera mariajose.guerre@salud.madrid.org
Hospital de Día “Pradera de San Isidro”	
Supervisión del trabajo en equipo	Laura Carballeira Carrera laura.carballeira@salud.madrid.org
CSM de Carabanchel	
Sesiones de actualización en salud mental	Sonsoles González-Coloma sonsolesaida.gonzalezcoloma@salud.madrid.org
CSM de Usera	
Sesiones de actualización en salud mental	Sara Herrera Rodríguez sara.herrera@salud.madrid.org
CSM de Villaverde	
Sesiones de actualización en salud mental	Juan de Dios Molina Martín juande.molina@salud.madrid.org

Programa de actualización en casos de conducta suicida. 2024 (1 febrero al 7 noviembre 2024)

Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)

Programa de actualización en casos de conducta suicida. 2024
Centro de Salud Mental de Tetuán
Hospital La Paz
Del 1 de febrero al 7 de noviembre de 2024
Para contactar con forMadrid
[pinchar aquí](#)

 Hospital Universitario La Paz
 Hospital Carlos III
 Hospital Cantoblanco

 Servicio Madrileño de Salud
 Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
 Comunidad de Madrid

 Dirección General de Investigación y Docencia
 CONSEJERÍA DE SANIDAD

 SaludMadrid
 Los datos personales recogidos serán incorporados e incluidos en un fichero perteneciente a la Dirección General de Investigación y Docencia, dependiente del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en el ámbito de la gestión de la oferta formativa de la Dirección General de Investigación y Docencia. El responsable del fichero es la Dirección General de Investigación y Docencia. Para más información consulte la Política de Privacidad de la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es) o el fichero de datos de los servicios de la Comunidad de Madrid. El agente responsable del fichero es la Dirección General de Investigación y Docencia. Para más información consulte la Política de Privacidad de la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es) o el fichero de datos de los servicios de la Comunidad de Madrid. El agente responsable del fichero es la Dirección General de Investigación y Docencia. Para más información consulte la Política de Privacidad de la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es) o el fichero de datos de los servicios de la Comunidad de Madrid.

Dirigido a: Psicólogos clínicos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y enfermeros, con prioridad a miembros del equipo del CSM de Tetuán y del Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental del Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: Profundizar en la comprensión psicológica de pacientes con riesgo suicida o que presentan conductas autolíticas. Reflexionar acerca del impacto de esta problemática en los equipos y desarrollo de posibles formas de intervención.

Metodología: Se trabajará a partir de material clínico. Cada sesión incluirá una reflexión teórica, o teórico-práctica, seguida de una discusión en grupo.

Duración: 16 horas **Número de plazas:** 30

Fechas y horario: Del 1 de febrero al 7 de noviembre de 2024, de 13,00 a 15,00 h.

Lugar de celebración: CSM de Tetuán. C/ Maudes, 32 Madrid

Coordinación Docente: Javier Ramos. Hospital Universitario La Paz.

Coordinación Técnica: Eva Román. Coordinadora de Formación Continuada y Docencia. Hospital Universitario La Paz.

Patricia Fernández y Juan Carlos Duro. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones

1.2.24	El paciente potencialmente suicida. Trastornos Afectivos.	Ana López Fuentetaja. Psicóloga clínica
7.3.24	El paciente potencialmente suicida. Trastornos Psicóticos.	
4.4.24	El paciente potencialmente suicida. Trastornos Neuróticos.	
9.5.24	El riesgo de suicidio en el paciente con Trastorno Límite de Personalidad.	
6.6.24	El suicidio consumado. Intervenciones con familiares y allegados.	
5.9.24	Ante la tentativa de suicidio.	
3.10.24	Suicidio y Conductas Autolíticas en niños y adolescentes.	
7.11.24	Suicidio y Conductas Autolíticas en niños y adolescentes. Intervenciones con familiares y allegados.	

Programa de actualización de casos en población infanto-juvenil y en Hospitalización domiciliaria. 2024 (28 febrero al 27 noviembre 2024 abril)

Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)

Programa de actualización de casos en población infanto-juvenil y en Hospitalización domiciliaria. 2024

Hospital Príncipe de Asturias

Del 28 de febrero al 27 de noviembre de 2024

Para inscribirse pinchar aquí

INSCRIPCIÓN







Este programa formativo recopila actividades formativas e incluye un curso prebendado a la Dirección General de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias y Farmacia, cuya gestión se gestiona en los centros de formación de la Dirección General. Dispone de un curso prebendado en el programa de Formación de las Profesiones de la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) para el curso de las actividades previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es Dirección General de Investigación, Formación e Profesionalización Continua. Y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición es: Oficina de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, todos los días de lunes a viernes en horario de 9:00 a 18:00 horas. Dirección General de Investigación y Docencia CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirigido a: Profesionales del equipo infanto-juvenil del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Objetivos: Reflexionar, aprender y ajustar estrategias y herramientas para el abordaje de situaciones clínicas complejas. Elaborar un modelo de abordaje y coordinación específicamente diseñado para el trabajo en equipo con la población infanto-juvenil y en el recurso de Hospitalización Domiciliaria.

Metodología: Exposición de sesiones clínicas con contenidos clínicos y teóricos.

Duración: 15 horas **Número de plazas:** 35

Fechas y horario: Del 28 de febrero al 27 de noviembre de 2024, de 08:30 a 10:00 h y de 15:00 a 16:30 h

Lugar de celebración: Hospital de Día – CET: c/Alfonso de Alcalá s/n. Alcalá de Henares (Madrid)

Coordinación:
Docente: Ana Madrigal Aguilera (Psicóloga Clínica del HUPA) y Carmen Cañada Gallego (Psiquiatra, coordinadora del programa de Hospitalización Domiciliaria del HUPA).

Técnica: Ana Hernanz Vaquero. Responsable de Formación Continuada en Salud Mental. Hospital Príncipe de Asturias
 Patricia Fernández Martín y Juan Carlos Duro Martínez. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones

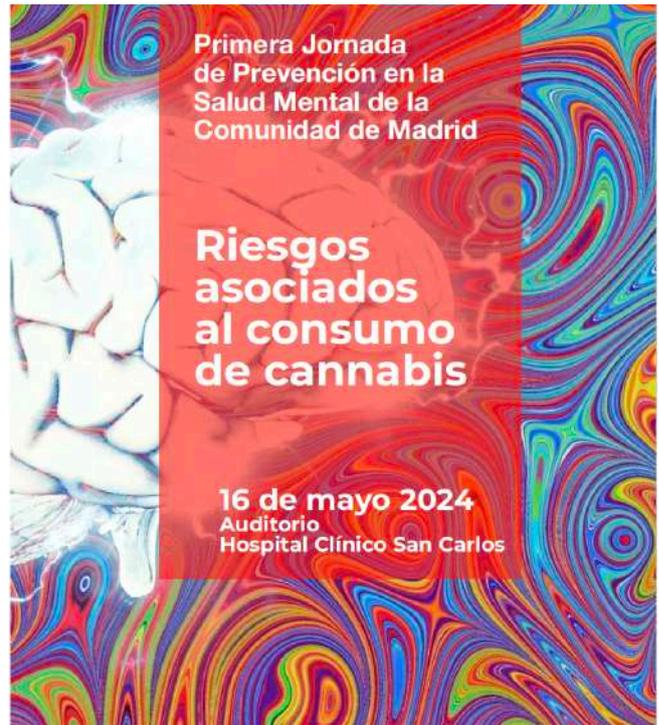
Día y mes	Horario	Contenido	Supervisora
28/02/24	8:30-10:00h	Supervisión de práctica clínica. Trastornos del vínculo.	María José Ortega
13/03/24	15:00-16:30	Supervisión de práctica clínica. Agorafobia.	Psicóloga Clínica Infanto-Juvenil. UHBA Hospital Universitario 12 de Octubre.
24/04/24	15:00-16:30	Supervisión de práctica clínica. Psicosis.	Psicoterapeuta, Docente y Supervisora FEAP (AESFASHU).
15/05/24	15:00-16:30	Supervisión de práctica clínica. Trastorno de la alimentación.	Profesora Asociada Universidad Complutense de Madrid.
22/05/24	8:30-10:00h	Supervisión de práctica clínica. Trastornos del espectro autista.	Eva Grau Psiquiatra y Psicoterapeuta. Especialista Universitaria en Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica por la Universidad Pontificia de Comillas. Terapeuta en Psicodrama Psicoanalítico por el Instituto Español de Psicoterapia y Psicodrama Psicoanalíticos
5/06/24	15:00-16:30	Supervisión de práctica clínica. Trabajo terapéutico con padres.	
25/09/24	8:30-10:00h	Supervisión de práctica clínica. Trastornos de desregulación emocional en la infancia.	
16/10/24	15:00-16:30	Supervisión de práctica clínica. Dificultades interpersonales.	
13/11/24	15:00-16:30	Supervisión de práctica clínica. Autolesiones.	
27/11/24	8:30-10:00h	Supervisión de práctica clínica. Trastorno mental grave.	

Jornada "Riesgos asociados al consumo de cannabis" (16 mayo 2024)



Contacto - Inscripciones:
Hospital Clínico San Carlos
 Instituto de Psiquiatría y Salud Mental.
 tlfno: **917044879**
 Enviar email a:
[magdalena.cosio@salud.madrid.org](mailto:magdalenacosio@salud.madrid.org)
 (Indicar: Nombre y Apellidos, DNI, Categoría profesional, Centro y Unidad en la que trabaja).

Inscripción gratuita.



Organiza:



Hospital Clínico San Carlos



Primera Jornada de Prevención en la Salud Mental de la Comunidad de Madrid

Riesgos asociados al consumo de cannabis

16 de mayo 2024
 Auditorio Hospital Clínico San Carlos

Programa

- 8:45 INAUGURACIÓN**
César Gómez Derch. Gerente, Hospital Clínico San Carlos.
Antonio Álvarez Blanco. Director Médico, Hospital Clínico San Carlos.
- 9:00 INTRODUCCIÓN**
Las drogas sutiles.
José Luis Carrasco Perera
 Jefe de Servicio de Psiquiatría,
 Hospital Clínico San Carlos, Madrid
- 9:15 MESA 1**
PREVENCIÓN en la INFANCIA Y ADOLESCENCIA
Modera: Marina Díaz Marsá
 Presidenta Electa, Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM).
Nuevos dispositivos infantojuveniles en el Hospital Clínico San Carlos.
Nuria Tur Salamanca
 Coordinadora de la Unidad de Psiquiatría infanto juvenil,
 Hospital Clínico San Carlos, Madrid.
Las nuevas patologías en la edad temprana.
Montserrat Graell Berna
 Jefa de Servicio de Psiquiatría,
 Hospital Infantil Universitario, Niño Jesús, Madrid.
Cómo asegurar la transición de la psiquiatría infantojuvenil a la psiquiatría de adultos.
Blanca Reneses Prieto
 Exjefe de Servicio de Psiquiatría,
 Hospital Clínico San Carlos, Madrid
Evidencia científica del riesgo de trastornos mentales asociados al cannabis.
Covadonga Martínez Díaz-Caneja
 Psiquiatra-Investigadora,
 Hospital Gral Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

10:30 PAUSA- CAFÉ

- 11:00 MESA 2**
CANNABIS Y SALUD MENTAL.
Modera: Mercedes Navío Acosta
 Gerente Asistencial de Hospitales,
 Coordinadora de la Oficina Regional de Salud mental y Adicciones,
 Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.
- Farmacología del cannabis.**
Juan Carlos Leza Cerro
 Catedrático de Farmacología,
 Universidad Complutense de Madrid.
- Riesgos de la prescripción indiscriminada de cannabis.**
Marina Díaz Marsá.
 Jefe de Sección, Servicio de Psiquiatría,
 Hospital Clínico San Carlos,
 Presidenta Electa de SEPSM
- Situación clínica asociada al consumo regular de cannabis.**
Francisco Arias Horcajadas.
 Jefe de Sección, Servicio de Psiquiatría,
 Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid.
- Prevención y educación psicosocial.**
Celso Arango López
 Jefe del Servicio de Psiquiatría,
 Hospital Gral. Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

12:30 ACTO INSTITUCIONAL. FINAL DE LA JORNADA

Organiza:



Hospital Clínico San Carlos



Pseudoterapias en Salud Mental: una perspectiva profesional (23 mayo 2024)



Estimadas/os compañeras/os:

Está previsto que el próximo **23 de mayo, a las 17:30 h**, se celebre el **seminario *Pseudoterapias en salud mental: una perspectiva profesional***, una iniciativa del Observatorio OMC contra las Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias (OPPISS) y la Fundación para la Formación de la OMC (FFOMC), y en el que **se abordarán las características comunes de las pseudoterapias, los posibles peligros asociados con su uso y la importancia de promover enfoques basados en la evidencia y en la ética en la atención de la salud mental.**

Este seminario contará con la participación del **Dr. Iñigo Rubio Zavala**, médico especialista en Psiquiatría y presidente de la Asociación Iberoamericana para la Investigación del Abuso Psicológico (AIIAP); **Dña. Rosa Ramos Torío**, psicóloga especializada en psicología clínica, decana del Colegio Oficial de Psicología de Navarra y vicesecretaria del Consejo General de la Psicología; la **Dra. Elena Campos-Sánchez**, investigadora en inmunología viral en el Centro de Biología Molecular Severo Ochoa (CBM-CSIC, Madrid) y presidenta de la Asociación para Proteger al Enfermo de Terapias Pseudocientíficas (APETP); y el **Dr. Jose Miguel Cuevas Barranquero**, doctor en Psicología y psicólogo en el Ayto. de Marbella, donde es responsable del programa de dependencias grupales.

El seminario será moderado por el **Dr. Álvaro Cerame del Campo**, presidente de la *European Junior Doctors* y médico especialista en Psiquiatría; y será presentado la **Dra. Rosa Arroyo Castillo**, vicepresidenta 2ª del CGCOM y coordinadora del OPPISS.

Al igual que el resto de actividades de la FFOMC, **este seminario tiene solicitada acreditación europea a SEAFORMEC** (Consejo Profesional Médico Español de Acreditación) y **UEMS** (*Union Européenne de Médecins Spécialistes*), **cuyos créditos tienen equivalencia de Créditos Españoles** de Formación Continua del Sistema Nacional de Salud.

Al tratarse de una vía de acreditación profesional de la Organización Médica Colegial, los **créditos sólo serán válidos para médicos**; para profesionales no médicos, el seminario tendrá la validez que le confieran las entidades o instituciones que en su caso puedan valorar los méritos.

Tanto la asistencia al seminario como la posterior emisión del certificado resultan gratuitas gracias a la colaboración del CGCOM.

Seminario online <i>Pseudoterapias en Salud Mental: Una Perspectiva Profesional</i>	
17.30 - 17.45 h.	Introducción: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dra. Mª Rosa Arroyo Castillo
17.45 - 19.30 h.	Modera: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. Álvaro Cerame del Campo Participan: <p><i>Marco general</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. Iñigo Rubio Zavala <p><i>Marco legal e institucional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dña. Rosa Ramos Torío <p><i>Prácticas prevalentes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dra. Elena Campos Sánchez <p><i>Fenómenos grupales y sectas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. Jose Miguel Cuevas Barranquero
19.30 - 19.45 h.	Coloquio con preguntas de la audiencia y encuesta de satisfacción*.

Inscripción (médicos y otros profesionales sanitarios):

<https://www.ffomc.org/sites/ffomc/files/files/2024-05/240523%20S%20OPPISS%20v3.pdf>

MÁS INFORMACIÓN:
 fundacion@ffomc.org
<https://www.ffomc.org/>
 C/CEDACEROS, 10. 28014, MADRID
 Tlf. 91 431 77 80

Puede seguirnos también en:



X Jornada Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (14 junio 2024)

INSCRIPCIONES

Centro San Juan de Dios
Comunidad de Madrid

Servicio Madrileño de Salud
Clínica Regional de Coordinación de Salud Mental
Comunidad de Madrid

Solicita la acreditación de la actividad a la Comisión de Formación Continua de las Profesionales Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)

X Jornada de Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP)

14 de junio de 2024

Desafíos ante las nuevas demandas en Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados

www.csjd.es
@centrosanjuan Dios_ciempozuelos
@CentroSanJuanDiosCiempozuelos
@csjdciempozuelos
@csjdciempoz

Dirigido a:

- Profesionales de la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

Objetivos:

- Reunir a las diferentes UCPP de la Comunidad de Madrid para llevar a cabo una actualización de la práctica clínica en este tipo de dispositivos y reflexionar acerca del abordaje futuro del trastorno mental grave y crónico.
- Posibilitar el conocimiento, por parte de los diferentes profesionales de la salud mental, de la gestión del trabajo que actualmente se viene desarrollando en las UCPP, los problemas que afectan a estos dispositivos y los retos futuros que se presentan en la atención a las patologías mentales más graves.

Metodología:

Ponencias, mesa redonda y debate.

Duración: 5 horas.

Fechas y horario: viernes 14 de junio de 2024. De 8:45 a 14:00 horas.

Lugar de celebración:

Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid).

Salón de Actos de la Unidad 7 (Antón Martín).

Avda. San Juan de Dios 1, 28350 Ciempozuelos (Madrid).

Línea C-3 Cercanías Madrid. Autobuses 415 y 426 desde Legazpi (Madrid).

Fecha límite de inscripción: 7 de junio de 2024.

Coordinación:

- Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos: Juan Jesús Muñoz García
- Complejo Asistencial Benito Menni: Francisco del Olmo Romero-Nieva y Beatriz Martínez Pascual
- Hospital Universitario José Germain: Gonzalo Monedero Cañas y José Dieguez Gómez
- Hospital Dr. Rodríguez Lafora: Amelia Cordero Villafafila

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES

918 930 001-Ext. 55124
(9:00 a 15:00 h. Lunes a Jueves)

Para formalizar la inscripción,



csjdciempozuelos jornadas@sjd.es

Desafíos ante las nuevas demandas en Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados

8.45 **Acogida a los inscritos y entrega de documentación**

9.00 **Acto inaugural**

Elvira Conde Reina. Directora Gerente del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos y de la Clínica Nuestra Señora de la Paz (Madrid).
Hno. Casimiro Dueñas Jiménez. Superior del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos.

Mercedes Navio Acosta. Gerente Asistencial de Hospitales de la Comunidad de Madrid.

Julián Rodríguez Quirós. Coordinador Asistencial de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid.

9.30 **"El reto de la desinstitucionalización". Hospital Rodríguez Lafora**

Raquel Morales Andueza. Psiquiatra.

Laura Saura Quesada. Diplomada Universitaria en Enfermería.

Amelia Cordero Villafafila. Psiquiatra.

10.15 **"Rehabilitación, externalización y calidad de vida dentro y fuera de una UCPP". Hospital Universitario José Germain**

Ana Maillo Horta. Psicóloga Clínica.

Alberto Garrandés Fernández. Psiquiatra.

Miguel Ángel Martínez Barbero. Psicólogo Clínico.

Eva Hernández Velázquez. Técnico en Talleres Asistenciales.

11.00 **CAFÉ**

11.30 **"Seguridad del Paciente, una prioridad en la gestión sanitaria"**

Complejo Asistencial Benito Menni

Leticia Sanmartín García-Rodrigo. Socióloga.

Cristina León Grande. TCAE.

12.15 **"Nunca es tarde para la UCPP: Haciendo hoy lo que no hicimos ayer"**

Sheila García de la Galana Tapia. Residente de Psicología Clínica.

Francisco José Romero Ruiz. Diplomado Universitario en Enfermería.

Almudena Moreno García. Diplomada Universitaria en Enfermería.

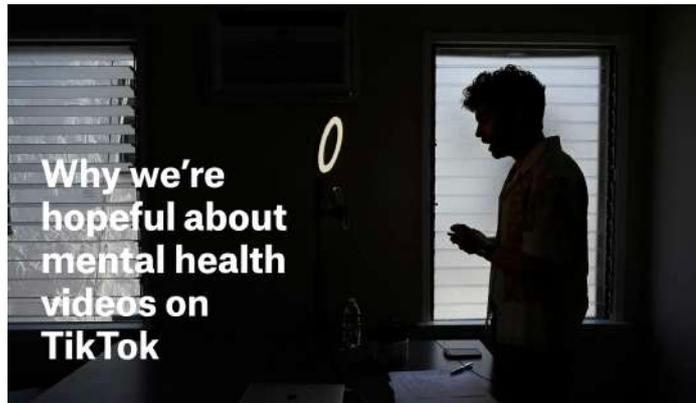
María Belén Sánchez Barriguete. Diplomada Universitaria en Enfermería.

Silvia Tapiador Martín. Diplomada Universitaria en Enfermería.

Juan Jesús Muñoz García. Psicólogo Clínico.

13.00 **COLOQUIO**

14.00 **CLAUSURA**



Broadcasting on TikTok. Photo by Magali Druscovich/Reuters

Por qué somos optimistas sobre los videos de salud mental en TikTok

Elliot Jurist y Julia Jurist

<https://psyche.co/ideas/why-were-hopeful-about-mental-health-videos-on-tiktok>

Elliot Jurist is professor of psychology at the City College of New York and professor of philosophy at the Graduate Center, CUNY. He writes the monthly online newsletter Mental(izing) Health. Julia Jurist is a clinical research assistant for the Gunderson Personality Disorders Institute at McLean Hospital in Boston

La gente está compartiendo sus autodiagnósticos psicológicos en TikTok. Algunos expertos están preocupados, pero nosotros vemos una oportunidad. Cualquier persona que haya pasado tiempo buscando en Google sus síntomas conocerá el atractivo del autodiagnóstico en línea, ya sea para la salud mental o física. Puede ser una forma de calmar sus preocupaciones, dar sentido a experiencias preocupantes y, si es necesario, actuar como un primer paso hacia la búsqueda de ayuda profesional. Sin embargo, en la plataforma de intercambio de videos TikTok, el autodiagnóstico relacionado con la salud mental ha alcanzado otro nivel. Aquí encontrarás videos de personas declarando, y en algunos casos actuando o incluso regodeándose, en sus problemas de salud mental y autodiagnósticos. Es difícil no verse impresionado por el llamativo rechazo del estigma y el potencial de la psicoeducación en algunos videos, sin embargo, también hay elementos preocupantes en este fenómeno. Existe desinformación en algunos casos y, lo que es más preocupante, algunas peticiones de ayuda que lejos de conseguir su objetivo, pueden acabar sirviendo como manuales de instrucciones de comportamiento para otros. TikTok ha actuado para eliminar contenido perturbador y regular los videos

³ Recomendado y traducido del original en inglés por el **Dr. Pedro Sanz Correcher**.

sobre trastornos alimentarios, autolesiones y otros temas. Pero mientras que algunos contenidos se han regulado, el intercambio de narrativas y experiencias personales con problemas de salud mental ha seguido floreciendo. Muchos usuarios expresan que han sentido frustración en sus encuentros con los profesionales de salud mental. Algunos comparten conmovedoras historias de sentirse incomprendidos. Un tema común es que cuando han descrito a los profesionales cómo han manejado sus síntomas en el pasado, sin embargo, afirman que sus relatos han sido recibidos con escepticismo. A veces, en los videos incluso manifiestan una hostilidad abierta hacia los profesionales de la salud mental. En un ejemplo de 2021, con más de 50,000 "me gusta" hasta la fecha, el usuario se reafirma con enojo en su autodiagnóstico y condena a los profesionales, diciendo que "no saben nada sobre el autismo".

Comprensiblemente quizás, muchos profesionales de la salud mental están alarmados por estos acontecimientos y la plataforma se ha convertido ahora en escenario de un debate intenso y a veces agrio entre personas que se autodiagnostican y defienden el derecho a hacerlo, frente a profesionales de la salud mental que se consideran los únicos calificados para hacer diagnósticos y que critican el autodiagnóstico. Por ejemplo, en un video de 2022, un usuario de TikTok, un psicoterapeuta que ejerce en Utah, defiende a los profesionales de la salud mental como expertos y condena con severidad el autodiagnóstico como engañoso y equivocado. En nuestro propio trabajo en salud mental, hemos estado observando cómo se desarrollan estos acontecimientos. Vemos lamentable que los profesionales de la salud mental y las personas que se autodiagnostican estén hablando pero sin entenderse. Hay una oportunidad perdida para que ambas partes aprendan el uno del otro. Nuestro deseo para los profesionales de la salud mental en sitios de redes sociales como TikTok es suavizar la retórica. Es probable que sean mejor escuchados si su mensaje no se entrega con autosuficiencia o incluso con un sutil tono de certeza de que tienen la razón. Tengan en cuenta que las personas que se autodiagnostican en TikTok son almas que sufren: su afirmación de haber descubierto lo que está mal no significa que hayan buscado o recibido ayuda para mejorar sus vidas. Sí, los profesionales de la salud mental pueden afirmar tener experiencia en diagnósticos psiquiátricos formales, incluido el conocimiento de los criterios específicos para los trastornos. Pero no finjamos que no hay serias preocupaciones sobre los métodos de diagnóstico entre los propios profesionales de la salud mental, incluido que los diagnósticos son insensibles a los valores culturales y a las diferencias en la expresión de las emociones; que los profesionales a menudo no están de acuerdo sobre el diagnóstico correcto para un paciente dado; y que la misma noción de categorías fijas de trastornos podría ser un concepto erróneo (algunos expertos creen que toda la salud mental existe en un espectro, respaldado por procesos psicológicos clave como los estados de ánimo y las creencias). Otros enfoques buscan ver todos los diagnósticos con más complejidad y sutileza. Por ejemplo, el Manual Diagnóstico Psicodinámico (2ª ed., 2017) enfatiza que, independientemente

del diagnóstico, el estilo de personalidad debe tenerse en cuenta: consideren cómo la depresión mayor se manifestará de manera diferente dependiendo de si alguien es naturalmente más retraído y lento, versus más nervioso y agitado. Los profesionales de la salud mental tienen derecho a defender su perspectiva experta, la cual se basa en hallazgos de investigación y experiencia clínica. Sin embargo, obtendrán una mejor respuesta al presentar su perspectiva si transmiten un sentido de curiosidad hacia quienes se autodiagnostican y si reconocen, en lugar de suprimir, la incertidumbre sobre el diagnóstico formal que existe entre los expertos. ¿Por qué no aprovechar el aumento de videos de autodiagnóstico como una oportunidad para sintonizar con la experiencia subjetiva de los pacientes sobre los trastornos y los constructos diagnósticos?

Seguramente es mejor estar abierto a considerar cómo las perspectivas de los pacientes pueden contribuir a una mejor comprensión de la salud mental. Aunque algunos autodiagnosticadores sienten resentimiento hacia los profesionales de la salud mental debido a experiencias que han tenido, otros no lo hacen tanto y están más interesados en articular su autoevaluación que en condenar los diagnósticos formales. En estos casos, psicólogos y psiquiatras podrían aprender mucho al escuchar cómo las personas describen sus experiencias. Por ejemplo, encontramos un ejemplo de autodiagnóstico en TikTok (y otras formas de medios en línea) que no existe en el ámbito profesional. No estamos respaldando este constructo como tal; estamos argumentando que es un ejemplo de cómo los relatos en primera persona en TikTok y otros medios en línea pueden contribuir al estudio de la salud mental. La condición propuesta es conocida popularmente como 'AuTDAH': la co-ocurrencia de autismo y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Una creadora que se identifica como AuTDAH describe en un video de 2022 (con más de 50,000 "me gusta" hasta la fecha) que a lo largo de su vida sintió como si estuviera "observando la experiencia humana", y solo una vez que supo sobre el autismo, el TDAH y la posibilidad de su coexistencia se sintió representada de manera afirmativa y matizada. En un video posterior que publicó poco después, la misma usuaria aborda las críticas de los comentaristas que decían que "todos experimentan esas cosas" que ella había mencionado como características que la distinguen como neurodivergente, incluidos varios síntomas y formas de relacionarse con otras personas. Ella diferencia a las personas neurodivergentes de los neurotípicos a través de ejemplos de sensibilidad al ruido y problemas de motivación. Muchos encuentran molesto el ruido, argumenta, pero eso no les causa pánico o evitación. Problemas con la motivación pueden ser comunes, dice, pero los neurotípicos no quedan paralizados, ni siquiera pueden tomar un trago de agua, y quedan atrapados en un ciclo de auto-odio. Ella está describiendo lo que los clínicos llamarían "deterioro funcional" -donde los síntomas interfieren significativamente con el funcionamiento diario. Relatos en primera persona como estos pueden servir como un complemento valioso para el estudio empírico formal. Por ejemplo, en apoyo a los relatos anecdóticos de una conexión entre el autismo y el

TDAH, la investigación muestra que hay una alta tasa de personas que reciben un diagnóstico formal de ambos trastornos del espectro autista y TDAH. Un metaanálisis reciente -un estudio que combina datos de estudios previos -encontró que, entre las personas con autismo, alrededor del 40 por ciento llegaron a recibir un diagnóstico de TDAH en algún momento. El hecho de que el manual diagnóstico de psiquiatría ni siquiera permitiera un diagnóstico combinado de TDAH y autismo hasta 2013 muestra cuánto tiene que aprender la profesión de las descripciones de las experiencias de las personas. El fenómeno del autodiagnóstico en TikTok no es solo un recurso potencialmente valioso para los investigadores y clínicos de salud mental. Para muchas personas que intentan descubrir si tienen un trastorno mental, un primer paso es buscar en internet y explorar las redes sociales.

La disponibilidad inmediata de información puede ser convincente, especialmente cuando hay una coincidencia entre tus síntomas y los síntomas reportados por un autodiagnosticador. Es posible que encuentres consuelo y comprensión con otros autodiagnosticadores que parecen capturar tu experiencia en sus descripciones. Para muchas personas, las identidades basadas en el diagnóstico también pueden ofrecer un sentido de comunidad arraigado en experiencias compartidas. Algunos defensores del autodiagnóstico en TikTok también argumentan que es una forma de superar barreras sociodemográficas, como ser una persona de color, dada la historia de diagnósticos sesgados y tratamiento inaccesible para grupos minoritarios. A las personas que utilizan TikTok y otros sitios de esta manera, les instamos a mantener la mente abierta: si encuentran a alguien describiendo un diagnóstico que resuena con ustedes, podría ser un diagnóstico preciso para ustedes también, pero podría ser solo parcialmente preciso, o tal vez otro trastorno podría ser una mejor opción; vale la pena investigar a fondo antes de sacar conclusiones. Si después de una investigación más detallada todavía sienten que tienen el mismo diagnóstico que alguien que publica en un sitio de redes sociales, les recomendamos encarecidamente que busquen confirmación de un profesional de la salud mental. Esto les dará más confianza en el diagnóstico. Sí, si acuden a un profesional de la salud mental, merecen sentir que esa persona está escuchando con curiosidad y atención. No generalicen demasiado a partir de una experiencia decepcionante con un profesional de la salud mental. Si no se sienten cómodos, prueben con otra persona. Si eres adolescente o joven adulto, deberías confiar en tus padres o amigos de confianza, si es posible, para preguntarles si han observado los síntomas que crees que aplican a ti. Recuerda que las personas que te rodean y que se preocupan por ti pueden verte de manera diferente a como te ves a ti mismo. Si eres padre y estás preocupado de que tu hijo se identifique con, y confíe en, el autodiagnóstico en TikTok, deberías evitar condenar el autodiagnóstico, y en su lugar entablar una conversación con tus hijos sobre ser cautelosos al sacar conclusiones sin evaluarlas completamente. Cualquier persona que utilice las redes sociales como una herramienta de diagnóstico también debe tener en cuenta que los creadores de contenido no te conocen en absoluto y podrían tener un interés personal en expresar

su punto de vista; no pueden evaluar si tienes un trastorno o no. Como mencionamos, el diagnóstico puede ser complicado, y es mejor considerarlo como se pretende: una instantánea de una persona en un momento particular en el tiempo. Utilizado de manera sensata, TikTok y plataformas similares tienen mucho que ofrecer a la comunidad de salud mental. Los ataques entre autodiagnosticadores y profesionales de la salud mental en el sitio no benefician a nadie. Por otro lado, ambas partes tienen algo que ganar al mostrar generosidad hacia la otra.

En esta línea, considera esta fantasía de lo que TikTok podría ofrecer: un video que muestra a una persona que se autodiagnostica interactuando con un profesional de la salud mental, evaluando si el paciente tiene el trastorno y, lo más importante, coincidiendo en que el paciente se beneficiaría de la terapia. ¿Es realista esta fantasía? Compartiremos otro ejemplo fascinante en video, disponible en YouTube, protagonizado por una paciente, Stephanie Foo, autora de las memorias "Lo que mis huesos saben" (2023), quien llega a una sesión con su terapeuta, Jacob Ham, con un autodiagnóstico de trauma complejo que está tratando de entender. Ellos acuerdan grabar en audio sus sesiones, comentar sobre ellas y luego compartir sus comentarios en la sesión siguiente. El terapeuta no está tan preocupado como Foo por el diagnóstico y a veces no están de acuerdo, pero él la ayuda construyendo su relación. En el video, reflexionan sobre su trabajo juntos y ambos coinciden en que fue gracias a la creciente confianza de Foo en Ham que pudo avanzar significativamente. Al final, aventurarse a buscar ayuda es lo que más importa, más que etiquetar y tener fe en una etiqueta o trastorno específico, ya sea en TikTok o en la sala de terapia.



<https://elpais.com/opinion/2024-05-04/riki-blanco.html>

El fanático que llevamos dentro

Íñigo Rubio. Psiquiatra. Psicoterapeuta. Escritor. Presidente de la asociación especializada AIIAP desde el pasado 2020. Desempeña su trabajo profesional tanto en el ámbito público como en el privado (Clínica Mente a Mente). Cuenta con una amplia formación y experiencia en el tratamiento de diferentes patologías mentales. Su interés se halla enfocado en el estudio de las relaciones entre la espiritualidad y salud mental, tanto en sus aspectos positivos como en los negativos. Como escritor, ha colaborado en diferentes revistas literarias y culturales como Temporales (editada por el MFA de Escritura Creativa en Español del New York University), Negratinta y Alborada, adscrita a la Universidad de Navarra.

Trabajo presentado originalmente en el VI Encuentro Nacional de Profesionales, Familiares y Ex Miembros de Sectas, celebrado en Bilbao los días 6 y 7 de marzo de 2020.

¿Quién es un fanático?

Nunca uno mismo.

Siempre lo son los otros.

Si alguien se describe como un fanático, es solamente en el sentido indulgente de la palabra: fanático de Bob Dylan, fanático del Athletic de Bilbao, fanático de escalada; fanático como *fan*. Nadie en cambio se reconoce como fanático en el sentido de extremista religioso o político o ni de adepto a un líder megalómano y sectario. De modo que, si el fanático nunca se da cuenta de que lo es y solo los demás lo hacen, ¿cómo podemos saber si nosotros mismos no somos unos fanáticos y no lo sabemos —todavía?

Para identificar el fanatismo, necesitaríamos primero un retrato-robot del perfecto fanático.

El fanático es, ante todo, un idealista. Le mueven ideas sublimes, ansias de justicia, fantasías milenaristas. Tiene siempre pendiente una revolución. Quiere cambiar el mundo, que es un desastre, por otro mejor.

⁴ A propósito del seminario “Pesudoterapias en salud mental: una perspectiva profesional”, que se celebrará el 23 mayo 2023 *online* desde la OMC, recomendamos este artículo del **Dr. Íñigo Rubio Zavala**, médico psiquiatra y presidente de la Asociación Iberoamericana para la Investigación del Abuso Psicológico (AIIAS) y coordinador de la muy interesante revista sobre el mundo de las sectas y el abuso psicológico “Traspasos” (accesible desde <https://www.aiiap.org>). Con Íñigo hemos tenido el pacer de trabajar en el CSM Villaverde.

Artículo previamente publicado en: Rubio I. El fanático que llevamos dentro. *Traspasos* (2022) 9:15-24. Disponible en: <https://www.aiiap.org/el-fanatico-que-llevamos-dentro/>.

El fanático se halla secuestrado por un sistema de creencias, que dominan su actividad mental, colorean su vida emocional, determinan sus decisiones y, lo más importante, lo dotan de sentido. El contenido de estas creencias no importa en realidad, pueden ser religiosas, políticas, pueden atañer a la nacionalidad, a la raza, la manera en la que nos alimentamos, a la conservación del planeta. Lo que importa es que la existencia del fanático gira en torno a estas creencias y, sin ellas, su vida quedaría desprovista de significado.

Su convencimiento respecto a estas ideas es, además, invencible —o casi—. Por ellas estará dispuesto realizar cualquier sacrificio. El peor enemigo para el fanático es la propia duda, y se defiende de ella construyendo una sólida fortaleza argumentativa, inmune a cualquier cuestionamiento propio o externo.

No es un demente, ni un enajenado, ni tiene el juicio alterado. Nadie le ha torturado ni obligado a pensar de la manera en que lo hace. De hecho, puede parecer una persona razonable y ponderada salvo que toques “su tema”. Entonces el fanático perderá toda medida y capacidad crítica. Mostrará una llamativa rigidez defensiva, carente de flexibilidad ni tacto. Se mostrará vehemente y se arrogará la autoridad para descalificar las opiniones del resto.

El fanático, escribe Amos Oz, es un signo de exclamación andante. La pasión que lo domina no admite la diversión ni el relajamiento. Le horrorizaría que lo tomaran por una persona frívola o disoluta. Al contrario, el fanático es una persona de una seriedad imponente. Puede que le guste reírse de los demás, mofarse con desprecio o condescendencia de los que no son de su cuerda, pero lo que un fanático nunca será capaz es reírse de sí mismo. ¿Cuál es la antítesis a un fanático? Un cómico, un cínico, un descreído, alguien como Oscar Wilde.

El fanático mantiene una percepción polarizada de la realidad. Mientras que para otras personas la realidad es compleja y ambigua, para el fanático, las cosas son simples. Vive en un mundo en blanco y negro, sin gama de grises. Nosotros y ellos / buenos y malos. Es como como un niño que tan pronto como comienza una película necesitan identificar al bueno-protagonista y al malo-antagonista y le confunde que el bueno pueda actuar mal y el malo se comporte bien. Le enervan las ambigüedades.

Percepción de la realidad polarizada y sesgada: sólo tendrá en cuenta y dará por válida aquellos datos que corroboran su visión de la realidad y, en cambio, obviará o cuestionará cualquier información que ponga en tela de juicios sus creencias. Todo lo que lea, piense o tome en consideración será para reforzar su propio sistema de creencia.

La verdad, *su* verdad, le proporciona una fuente de narcisismo moral e intelectual. Se siente superior, le torna intransigente e insolente, y le hace

juzgar a los demás con condescendencia cuando no con desprecio. Se cree en posesión de la verdad absoluta y no admite la posibilidad de estar equivocado. Tiene respuestas para todo. Si hay un libro que no entiende, lo considera porquería, si hay un pensamiento que lo desconcierta, lo invalida, si hay una película que ataca sus principios, se burla de ella. Si alguien no comparte su opinión, o es malo, o es tonto, no tiene dos dedos de frente, no está informado. Nunca admitirá albergar dudas, ni reconocerá no saber. Lo cual no le impide contradecirse ni cambiar de opinión, a veces de forma drástica, pero sucede que cambia tan rápido que en cuanto abandona una convicción, abraza otra nueva, de forma que nunca se encuentra sin asidero. Y si uno le recuerda sus antiguas ideas y posturas, las reconocerá a regañadientes únicamente para afirmar a continuación que pudo haber estado equivocado, pero ya ha dejado de estarlo, ¡ahora sí!, ahora está convencido de estar en lo cierto. Abandona una trinchera solo para correr a otra nueva, mejor posicionada.

Este convencimiento, intolerante y peleón, lo hace parecerse al paranoico. No es su único parecido. Ambos son suspicaces y desconfiados, tienden a pensar que el resto de personas están movidas por perversas intenciones e intenciones ocultas. Son también susceptibles, ven desatenciones, humillaciones y faltas de consideración por doquier. Nadie le comprende, nadie le valora en su justa medida.

El buen fanático es un animal gregario que busca y sabe identificar a los que son como él. Fuera del ecosistema que le es propicio, el fanático se siente perdido y medio aturdido, por eso se refugia en su hábitat natural: una comunidad de fanáticos como él en la que es bien considerado, incluso admirado. Conviene no mezclarse demasiado con “los otros”.

Como es fervoroso por naturaleza, no es raro que sus ideas lo conduzcan a la lucha externa, al programa y a la demostración. No basta con profesar unas ideas, es preciso hacer gala de ellas. Desearían convencer a sus congéneres con su proselitismo, convertirles con el poder de persuasión de un profeta. Aspira a transformarte y reformarte, a abrirte los ojos pares que tú también veas la luz. Su mayor victoria sería lograr que abandonara tus convicciones para abrazar las suyas. Su ideal: que todos pensemos igual, sintamos igual y seamos, en definitiva, la misma persona.

No todos se hallan tan predispuestos a la acción como él. Junto al fanático que ondea la bandera de sus santas causas existe una multitud de fanáticos dóciles e influenciados que caminan detrás de su estela, impresionados y cautivados por su carisma. El Gran Fanático no es necesariamente más inteligente, ni más sagaz, ni es más apto que sus seguidores, pero él nunca titubea, ni se arredra,

sino que actúa y arrastra. Donde hay un fanático carismático, hay otros tantos que lo deben obedecer, recibir su bendición y su confianza. Uno decide y los otros han de acatar. No caben dos gallos en el mismo gallinero.

Estos fanáticos-pasivos esperan de sus líderes respuestas sencillas y rotundas. Piden saber a qué atenerse. Les pirran los eslóganes y las frases lapidarias. Les molestan en cambio los equívocos o las contradicciones. Detestan la ambigüedad o la equidistancia. Aborrecen los matices de la política, las sutilidades de la metafísica, lo incomprensible de la religión. Niegan la complejidad de la realidad, que la simplifican hasta convertirla en un repertorio de consignas estereotipadas; dos o tres frases que entren en un tuit.

El mayor pecado que puede cometer uno de estos fanáticos-pasivos es atreverse a pensar por sí mismo porque para pensar es condición necesaria admitir la duda, y la duda es peligrosa. Nada odia y teme más un fanático que a aquel que, siendo como él, abandona su trinchera ideológica: un desertor, un apóstata, un traidor Judas. Seguramente porque el supuesto traidor, más que ningún otro, pone en tela de juicio, sus creencias y podría llegar a hacerles pensar que quizá ellos también están equivocados, por eso es mejor retirarla la palabra, proscribirlo y olvidarlo.

Para el ex fanático eso no es lo peor. El proceso de desfanatizarse es a menudo paulatino y doloroso, una rehabilitación mental para la cual hace faltan agallas porque implica, por un lado, reconocer que uno ha estado equivocado y que ha podido pensar, decir, hacer cosas de las que ahora una se arrepiente y avergüenza, y por otro lado, uno siente que se queda sin asideros. Su identidad exige una total reconstrucción.

Tal vez solamente el fanático que ha dejado de serlo puede uno llegar a darse cuenta de que lo ha sido.

Si el fanatismo implica unas consecuencias tan negativas, ¿cómo se explica que tantas personas sean poseídas por su hechizo? Esa fue la pregunta que obsesionó a la filósofa Hannah Arendt (1906-1975), judía que con veintisiete años huyó Alemania para escapar del exterminio nazi. En la más famosa de sus obras, *Eichmann en Jerusalén*, postuló la teoría de «la banalidad del mal».

La filósofa se dio cuenta de que el Holocausto no había podido ser responsabilidad de Hitler y un puñado de colaboradores tan diabólicos como él. Para acometer el exterminio sistemático de cinco millones de judío había sido necesaria e imprescindible el trabajo coordinado y efectivo de una miríada de burócratas, políticos y militares. Arendt constató que en aquellos años infaustos y salvo honrosas excepciones, la mayoría de los alemanes, ¡y entre ellos muchos judíos!, habían colaborado de alguna forma con el régimen nazi. ¿Cómo era

posible que una nación entera hubiera participado un proceso de autodestrucción y degradación moral sin parangón en la historia de la Humanidad? ¿Es que toda Alemania se había vuelto loca?

No. Y esta es la tesis clarividente de Arendt: el mal no es cuestión de «otros» monstruosos, sádicos o psicópatas, el mal nos atañe a «nosotros», personas corrientes, que no adolecemos ningún tipo de trastorno mental y que, en nombre de razones estúpidas, por pura obediencia, acometemos las mayores atrocidades. El ejemplo paradigmático lo encarna Adolf Eichmann, el burócrata nazi que ideó la llamada “solución final”, esto es, la solución definitiva al problema judío: su aniquilamiento sistemático y pormenorizado en las cámaras de gas de los campos de exterminio; y a cuyo juicio en Jerusalén asistió Arendt, tras su captura en 1960.

Eichmann, como muchos constataron, no se ajustaba al arquetipo del archivillano; no era un Yago, ni un McBeth, ni un Ricardo III, al contrario, parecía un hombrecito suave y anodino, algo patético, con una apariencia extremadamente *normal*. Tal y como afirmó durante los interrogatorios a los que fue sometido, Eichmann se tenía a sí mismo por un idealista, y se jactaba de que haber sido capaz enviar a su propio padre a las cámaras de gas en caso de que se lo hubieran ordenado. Ni él ni los nazis eran asesinos, al contrario, lo que hacían eran luchar por una causa grandiosa, una tarea histórica que requería de los sacrificios más sublimes y más atroces. Su única culpa había sido obedecer con diligencia, e incluso entusiasmo, las órdenes que se le habían conferido. En suma, Eichmann no había sido otra cosa que un empleado ejemplar del nazismo.

Un fanático modelo.

Impresionado por la lectura de la obra de Hannah Arendt, un año más tarde, en 1961, (y con Eichmann ya juzgado y sentenciado a muerte), el psicólogo estadounidense Stanley Milgram, ideó un experimento en el que pidió a los voluntarios que administraran descargas eléctricas dolorosas a otros voluntarios, que se trataban en realidad de actores que fingían el dolor. La mayoría de los participantes se plegaron a las órdenes del investigador sin demasiados reparos. A los que opusieron algún tipo de resistencia bastó con repetirles la orden de forma más taxativa. ¿Tan intenso es nuestro miedo a desobedecer que somos capaces de llegar a hacer sufrir a otros con tal de no contravenir las órdenes recibidas?

A conclusiones similares llegó el psicólogo Philip Zimbardo, diez años después, con el famoso experimento de la cárcel de Stanford. Eligió veinticuatro voluntarios sanos y los dividió en dos grupos: a unos les asignó el papel de prisioneros y a otro el de guardias de seguridad. Cada grupo asumió su papel

con tanto entusiasmo que no tardaron excederse. Los guardias les negaban comida a los presos, los llamaban usando números, los desnudaban, los obligaban a hacer flexiones, a hacer sus necesidades en baldes, a dormir sobre el suelo, les ponían bolsas de papel sobre sus cabezas y les impedían dormir. Los presos, en vez de rebelarse o abandonar el estudio, aceptaron sumisamente el *statu quo*. Zimbardo, que veía cómo el asunto se le iba de las manos, se vio obligado a interrumpir el experimento antes de lo previsto.

No hay nadie tan cruel como aquel que se cree legitimado para serlo....

Muy elocuentes y comentados fueron también los experimentos de Solomon Sachs en los que los participantes dieron respuestas claramente incorrectas a algunas preguntas muy sencillas con tal de responder lo mismo que la mayoría de los participantes sin saber que, de nuevo, estos se trataban de actores que habían respondido mal adrede. La opinión del grupo influye sobre la del individuo, que la percibe como una enorme presión, de forma que tendemos a dar por bueno el comportamiento de la mayoría, aunque contravenga la voz de nuestra conciencia. Goebbels, líder de la propaganda nazi, lo expresó de forma más rotunda: “una mentira repetida mil veces se convierte en una verdad”.

Para explicar nuestra asombrosa capacidad de autoengañarnos Leon Festinger acuñó el concepto de “disonancia cognitiva”: cuando nuestros pensamientos, palabras o acciones entran en conflicto con nuestro sistema de creencias, entonces experimentamos un conflicto interno que nos empuja a buscar razones y argumentos con los que atenuar esa tensión interna y poder vivir tranquilos con nuestras contradicciones (o disonancias), incluso hasta el punto de justificar lo injustificable. Cuenta que cuando Dostoievski estuvo preso en Siberia nunca conoció a un solo hombre entre docenas de asesinos, violadores y ladrones que admitiera haber obrado mal. «Cuando cometes tres veces el mismo pecado, te convences de que está bien», reza un proverbio judío.

Nuestras creencias tienen vida propia y luchan por sobrevivir, incluso a nuestro pesar. Se resisten a ser sustituidas por otras, se agarran a nosotros como el chicle al pelo. Es lo que se ha descrito como “perseverancia de las creencias” y lo que observó el ex medium Lamar Keene, que acuñó a su vez el concepto de “síndrome del verdadero creyente” para referirse a aquellas personas que seguían creyendo en fenómenos paranormales incluso después de haberse demostrado su carácter fraudulento. Como los Testigos de Jehová que siguen creyendo que el fin de los tiempos es inminente, pensé se han equivocado ya un puñado de veces al profetizar la fecha exacta.

De estos experimentos y aportes teóricos de psicología podemos concluir que, uno, nuestros cerebros no son tanto unas precisas e infalibles máquinas de razonar, programadas para conducir al ser humano hacia la sabiduría, sino más

bien unos aparatos un anticuados e imperfectos, pocos fiables, reacios al cambio, que confunden portarse bien con hacer caso, que prefieren lo malo conocido que lo bueno por conocer, que a menudo nos conducen por caminos torcidos hacia conclusiones peligrosas y radicales y que, incluso, pueden ejercer la violencia con cierto gozo siempre y cuando se sientan legitimados. Y dos, se refuta la tesis de la bondad natural de Rousseau y se confirman en cambio el famoso adagio de Hobbes: *homo homini lupus*. El hombre es un lobo para el hombre...

De modo que la pregunta que nos concierne responder es: ¿Por qué parece somos tan vulnerables a los radicalismos? ¿Qué nos atrae tanto del fanatismo?

Una explicación posible es nuestro deseo de pertenecer y formar parte de algo. En nuestra sociedad secularizada, postideológica y tardocapitalista, se ensalza sin cesar el valor de diferenciarse del resto, se diviniza la individualidad como una nueva forma de religión. Sin embargo, cuanto más santificamos estas ideas, más parece que anhelemos abandonar la soledad de nuestro ego para formar de un grupo o una comunidad. Probablemente porque hay pocas cosas más aterradoras que la soledad, ya sea en condición de niño abandonado, de náufrago en una isla, de preso una celda de castigo, o de sujeto vive en sociedad pero que, por distintas razones, se siente aislado. Lo anticipó Aristóteles hace más de dos mil años: la persona solitaria era una bestia o un dios.

La religión o las ideologías, por más absurdas o perniciosas que nos parezcan sus creencias, nos prometen precisamente esto: escapar de nuestra soledad. Deseamos encontrarnos con otros que piensan como nosotros aún a costa de anularnos a nosotros mismos, y fundirnos en una identidad más grande, que nos proteja, nos cobije, nos ampare, como una gota de agua que entra por fin en el mar y así poder dejar de seguir buscando porque hemos llegado al fin a nuestro destino: el paraíso que nunca debimos de haber abandonado.

A nuestra necesidad de pertenecer, se añade otra segunda explicación: nuestro anhelo de trascendencia. Durkheim, el padre de la sociología, creía que era ésta la experiencia principal de la religión: la experiencia de formar parte de algo más grande que uno mismo. Necesitamos sentir que vivimos y luchamos por una causa sagrada que dignifica nuestra vida y ensancha nuestros horizontes vitales; ideales por los que merece la pena morir y que nos sobrevivirá a nuestra muerte. Es decir, buscamos una misión, motivo o causa que de sentido y oriente nuestras vidas.

A menudo, este motivo está representado por una persona, un gran padre, un líder mitificado, un santo fundador que encarna todos los ideales y los valores en los que creemos. En sus manos (o en la de sus representantes) depositamos

nuestros sueños y nuestras esperanzas. Corremos en pos de gurús, maestros, guías, y cuando los hemos encontrado, aceptamos obedecerlos de buen gusto. Es una forma de amor: admirar a otra persona a la que hacemos merecedor de unas cualidades extraordinarias, alguien mejor que nosotros, más poderoso, una persona modélica con un carisma profético. Y a su vez, esperamos que ese líder, nos retribuya con su amor y nos reconozca como sus discípulos, porque no hay más deseable que ser amado por quien se parece a un dios. Si somos admitidos por él, pasamos a formar parte de su comunidad, basada en el modelo líder/discípulo-autoridad/obediencia. Nadie nos obliga, no existe un contrato laboral, ni unas obligaciones adquiridas. Nada nos vincula a él más que la admiración del devoto, un lazo invisible más poderoso que cualquier cadena.

La tercera explicación, íntimamente relacionada con las dos anteriores, es nuestro miedo cerval a la libertad. De acuerdo a Erich Fromm, psicoanalista, la libertad presenta dos caras, una positiva y otra negativa. En su sentido positivo, la libertad nos permite expresar nuestros pensamientos, actuar de acuerdo a nuestra voluntad y, en definitiva, nos permite ser quien deseamos ser. Ahora bien, la libertad es también una enorme responsabilidad que nos hace sentir angustiados e inseguros. En ocasiones, es tan insoportable el peso de esta enorme carga que podemos llegar a preferir renunciar a ella y regalársela a otro u otros. Elegimos hacernos dependientes y sumisos porque resulta más sencillo no tener que pensar lo que está bien y lo que está mal, sino que nos digan lo que tenemos que hacer, decir y pensar y convertirnos así en simples ejecutores satisfechos de estar complaciendo las expectativas de alguien.

Si tomamos en consideración nuestro legado cultural esto no debería sorprendernos demasiado. La obediencia como virtud, el sacrificio personal como ideal y el pecado de querer afirmarse como ser humano libre se hallan perfectamente retratados en tres de los mitos bíblicos, fundamentales para la comprensión del mensaje judeocristiano del cual bebe tanto nuestra sociedad, nos pese más o menos.

El primero, el mito fundacional, es el de Adán y Eva, los cuales, al ser tentados por la serpiente, que les ha prometido llegar a ser como dioses, comen del fruto del “árbol del bien y del mal”. Cuando Dios descubre que lo han desobedecido, monta en cólera y expulsa a Adán y Eva del paraíso.

El segundo mito, compartido por las tres religiones semíticas, tiene por protagonista a Abraham, al que Dios le pide que sacrifique a su único hijo, Isaac. Abraham somete su voluntad y se dispone a degollarlo en un altar, cuando Dios, complacido por la fidelidad mostrada de su siervo, envía un ángel que evita el holocausto y lo recompensa con la promesa de una descendencia tan numerosa como las estrellas del cielo y los granos de arena del mar.

El tercer mito, piedra angular del cristianismo, es la crucifixión de Jesucristo, el cual acepta su destino y ofrece su vida para redimir al ser humano y salvar a la humanidad de sus pecados.

Encontramos historias similares en la mitología griega: Prometo, Sísifo... Tampoco es casualidad que “islam” signifique sumisión en árabe.

Es decir, los resortes del fanatismo no solo están codificados en nuestros cerebros y parecen satisfacer algunas de las necesidades más profundas del ser humano, sino que además se hallan codificados en nuestra tradición cultural más antigua. Las religiones y las ideologías sustitutivas refuerzan nuestra búsqueda de sentido a través de la renuncia a nuestra individualidad y a nuestros intereses en pos de bienes “más altos”. El buen adepto, el buen camarada, es el que no duda, el que no separa del mandato, el que se sacrifica a sí mismo, el que se comporta como un fanático.

¿Podemos librarnos entonces de los peligros del fanatismo? Para los que no están dispuestos a simplemente asentir y, como Adán y Eva, se atreven a convertirse en personas libres pese al castigo que conlleva —soledad, culpa e incertidumbre—, se abren una miríada de interrogantes: ¿En qué creer? ¿En quién confiar? ¿Podemos saber algo sobre el mundo, sobre la verdad, o sobre Dios? ¿Es preciso renunciar a los ideales?

Si existe alguna vacuna contra el fanático que habita en nosotros, esta ha de pasar por aceptar que la realidad es a menudo confusa y polimorfa; que la verdad es elusiva y la fe —en lo que sea— un don misterioso; que es preciso aprender a vivir en la incertidumbre y poder decir como el filósofo “sólo sé que no sé nada”; y que, de acuerdo a los consejos que dio Rilke a aquel joven poeta, hemos de tener paciencia con todo lo que no está resuelto en nosotros y aprender a *vivir las preguntas*.

Sirva esta conclusión para realizar un elogio de la duda. Me remito de nuevo a otras personas que han pensado con más claridad: “la duda no es una condición placentera, pero la certeza es absurda», escribió Voltaire, al que Nietzsche secundó: «no es la duda, sino la certeza, lo que vuelve loco a los hombres». Conviene juzgar los propósitos, sean ajenos o propios, con suma cautela. Observarse a uno mismo con desconfianza. No caer en optimismos ingenuos. Resulta deseable una pequeña dosis de pesimismo que nos prevenga de derivas y desvaríos. Frente al triunfalismo del fanático, que tan rápido oscila de la euforia a la irritabilidad, es preferible una felicidad serena que acepta el vacío y falta de sentido y que no niega los problemas ni las contradicciones, sino que las asume como parte de la vida.

Sólo cuando uno renuncia a ídolos, viejos o nuevos, solo cuando uno se atreve a cargar con el peso de su libertad y acepta la soledad nuclear en la que transcurre su existencia, solo cuando uno reconoce la insignificancia e intrascendencia de toda empresa humana, solo entonces uno puede estar seguro de haber exorcizado al fanático que llevamos dentro.

Iñigo Rubio Zavala



⁵ "No te escaparás" (Francisco de Goya, 1799)

Artículos

- Molina JD, Amigo F, Vilagut G, Mortier P, Muñoz-RUiperez C, Rodrigo I, Juanes A, Combarro CE, Alonso J y Rubio G. **Impact of COVID-19 first wave on the mental health of the healthcare workers in a Front-Line Spanish Tertiary Hospital: lessons learned.** Sci Rep 14, 8149 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-58884-0> .

Pdf disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-58884-0>

Healthcare workers (HCWs) were at high risk of experiencing psychological distress during COVID-19 pandemic. The objective of this study was to evaluate the impact on HCWs' mental health in a Spanish hospital. Cross-sectional study of HCW, active between May and June 2020. A web-based survey assessed probable current mental disorders (major depressive disorder [PHQ-8 \geq 10], generalized anxiety disorder [GAD-7 \geq 10], panic attacks, post-traumatic stress disorder [PTSD; PLC-5 \geq 7], or substance use disorder [CAGE-AID \geq 2]). The Sheehan Disability Scale (SDS) was used to assess severe impairment and items taken from the modified self-report version of the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) assessed suicidal thoughts and behaviors. A total of 870 HCWs completed the survey. Most frequent probable mental disorders were major depressive disorder (33.6%), generalized anxiety disorder (25.5%), panic attacks (26.9%), PTSD (27.2%), and substance use disorder (5.0%). Being female, having aged 18–29 years, being an auxiliary nurse, direct exposure to COVID-19-infected patients, and pre-pandemic lifetime mental disorders were positively associated with mental issues. Hospital HCWs presented a high prevalence of symptoms of mental disorders, especially depression, PTSD, panic attacks, and anxiety. Younger individuals and those with lifetime mental disorders have been more vulnerable to experiencing them.

⁶ Los libros, artículos y demás documentación científica que generamos tienen más utilidad cuanto mayor divulgación tengan. Además de para contribuir al progreso del conocimiento científico pueden ser una magnífica herramienta para nuestra tarea docente con los alumnos que realizan su formación en nuestros servicios, al tener el estudiante o residente fácil acceso al autor o autores de la publicación. Os volvemos a invitar a que utilizéis también nuestro Boletín para difundir vuestras publicaciones y resto de actividades en las que participéis.

SESIONES CLINICAS DE AREA (miércoles 13.30 - 15 h.)

Abril - Junio 2024

Enlace a la sesión:

<https://madrid.zoom.us/j/88572285473> ID: 885 7228 5473

Abril 2024

- 3 **Sesión Clínica del Residente**
- 10 **Hospital de Día Infanto-Juvenil**
- 17 **UHB – UTH – Urgencias Psiquiatría H.U. 12 de Octubre**
- 24 **CSM Villaverde**

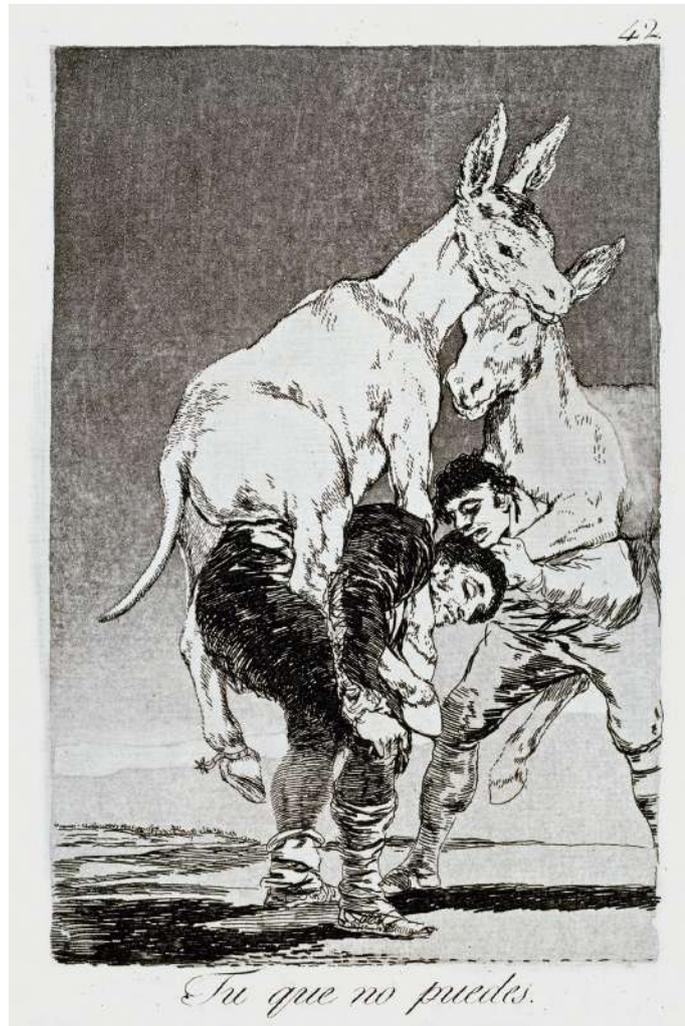
Mayo 2024

- 1 **NO LECTIVO**
- 8 **Sesión Clínica del Residente**
- 15 **NO LECTIVO**
- 22 **Hospital de Día de Villaverde (Adultos)**
- 29 **Neurología**

Junio 2024

- 5 **Sesión Clínica del Residente**
- 12 **Programa de Neuromodulación**
- 19 **CSM Usera**
- 26 **NO LECTIVO**

**Entre varios compañeros hemos construido este número 82.
Os animamos a enriquecer los siguientes
con vuestro trabajo y creatividad**



“Tú que no puedes” (Francisco de Goya, 1777-1779)

Objetivos del BOLETIN:

- Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre y dispositivos asociados
- Mejorar el clima de comunicación entre los profesionales citados
- Mejorar al interno de nuestro Servicio el conocimiento de las valiosas contribuciones profesionales (en la organización asistencial, docencia y/o investigación) de los profesionales del AGCPSM del HU 12 de Octubre y dispositivos asociados

Periodicidad: según interés de los profesionales y/o la necesidad de hacer circular determinadas informaciones

Metodología de elaboración: Santiago Vega (santiago.vega@salud.madrid.org) se encargará de coordinar el Boletín. Se envían a su correo las colaboraciones, encuadradas en las distintas secciones del Boletín (u otras que a alguien se le ocurra)

Distribución gratuita: descargable desde <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>