

# ANUARIO DE PSICOLOXÍA E SAÚDE

Nº/ **14**

Revista Oficial da  
Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG

## **CRISE**

SOLIDADE

ALIANZA

CREATIVIDADE

TITULARES

ACOMPANHAR

Nº14

## REVISTA OFICIAL DA SECCIÓN DE PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

### CONSELLO EDITORIAL

**José Eduardo Rodríguez Otero** / Presidente

**Alicia Carballal Fernández** / Vicepresidenta

**Carlos José Losada López** / Secretario

**Mercedes Fernández Cabana** / Tesoureira

**María Blanco Suárez** / Vogal

**Alba Fernández Revaldería** / Vogal

**Eduardo Martínez Lamosa** / Vogal

**Almudena Campos González** / Vogal

### CONSELLO DE REDACCIÓN

**M<sup>e</sup> Gabriela Domínguez Martínez** / Directora  
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN PONTEVEDRA

**Noelia Pita Fernández**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE FERROL

**Paula Rodríguez Vázquez**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE VIGO

**Laura Sotelo Estévez**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA – O SALNÉS

**Cristina Veira Ramos**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA NA CORUÑA

**Aislinn García Hermo**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. ACLAD CORUÑA

**Samuel Villar Costas**  
PSICÓLOGO CLÍNICO. ÁREA SANITARIA DE LUGO, A MARIÑA E  
MONFORTE DE LEMOS

[anuario@copgalicia.gal](mailto:anuario@copgalicia.gal)

### EDITA

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia  
Espíñeira, 10 baixo  
15706 Santiago de Compostela

T. 981 534 049 | Fax. 981 534 983

[www.copgalicia.gal](http://www.copgalicia.gal) | [copgalicia@copgalicia.gal](mailto:copgalicia@copgalicia.gal)

DESEÑO E MAQUETACIÓN – Laura Decibreiro

IMAXE DE PORTADA – Mugil Chakkra / Pexels

ISSN: 2444-6653

Novembro, 2021

Depósito Legal: C 1615-2019  
<https://copgalicia.gal/seccions/psicologia-e-saude/publicacions>

---

O Consello Editorial e o Consello de Redacción non se fan responsables das opinións verquidas nos artigos publicados

As opinións expresadas na Presentación son responsabilidade do Consello de Redacción

### APUNTAMENTO

A preferencia de idioma no orixinal de cada artigo foi determinada polo/a seu/súa autor/a, coa tradución do Consello de Redacción e revisión do COPG

# SUMARIO

- 04 ————— **PRESENTACIÓN**  
M<sup>a</sup> Gabriela Domínguez Martínez
- 06 ————— **SOIDADE / AS DÚAS CARAS DA SOIDADE**  
Marisa Cortizo Pérez
- 18 ————— **ALIANZA / CRISE NA ALIANZA TERAPÉUTICA: DA TEORÍA Á PRÁCTICA**  
Claudia López Lamas + María del Coral Vázquez Montoto + Érika Vázquez Sanjurjo
- 34 ————— **CREATIVIDADE / NEWTON EN CORENTENA. COMO AS CRISES INFLÚEN NO DESENVOLVEMENTO DA CREATIVIDADE**  
Alma Montes Arenas
- 40 ————— **TITULARES / TITULARES EN CRISE, OU COMO OS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SE CONVERTEN EN MEDIOS DE SAÚDE**  
Noela Rey Méndez
- 62 ————— **FERRAMENTAS – ACOMPAÑAR / OUTRAS FORMAS DE ACOMPAÑAR NAS CRISES – Aislinn García Hermo**
- 81 ————— **ANUARIO ABERTO**
- 82 ————— **COMUNICACIÓN / ATENCIÓN PSICOLÓXICA TELEFÓNICA 112 DURANTE A ALERTA SANITARIA – M<sup>a</sup> Carmen González Hermo**
- 88 ————— **PÓSTER / O FUNCIONAMENTO COGNITIVO EN ESQUIZOFRENIA E A SÚA ESTIMULACIÓN NUNHA UNIDADE DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA**  
Bruno Rodríguez Novoa + Cristina González Freire + María Jesús Villares González + Fátima Pérez Sayago + Belén Álvarez Batista + Inmaculada Sangiao Novio

# PRESENTACIÓN

**M<sup>a</sup> Gabriela Domínguez Martínez**

*Directora do Consello de Redacción*

*Psicóloga Clínica.*

Práctica privada en Pontevedra

**[gabriela.dominguezmartinez@gmail.com](mailto:gabriela.dominguezmartinez@gmail.com)**

***“A vida non é senón unha continua sucesión de oportunidades para sobrevivir”***

Gabriel García Márquez

Crise, oportunidade, greta, luces e sombras, punto e seguido, brecha, cambios, parénteses, ruínas... Son varios dos títulos barallados polo equipo para o *Anuario* deste ano. E, malia escoller o primeiro como estandarte, neste número reflíctese a idea de todos eles, pois partimos da premisa de que toda crise trae aparellada unha oportunidade; cada greta, unha entrada de luz; cada paréntese, unha continuidade; cada ruína, un rexurdir... As luces e as sombras que acompañan a toda crise e tendo presente a noción de que ningunha crise é neutra, sempre supón un avance ou un retroceso.

Na elección do tema deste número cobrou importancia, quizais máis que nos outros, o contexto actual. Cada número do *Anuario* concíbese a finais do ano anterior, e no ano 2020 comezou unha crise sanitaria que nos mantivo confinados e privados da vida que antes tiñamos, mergullándonos nunha fonda crise sanitaria, social, política, económica, educativa, persoal... Supuxo unha rotura ou crebadura coa vida que sabíamos entón. E, envoltos (ou anegados) nesta situación, escollemos a crise como tema. Ninguén pode escapar ás crises, nin sequera o

*Anuario*, batendo con varios obstáculos polo camiño que puxeron a proba a nosa flexibilidade pero que nos permitiron seguir avanzando ata lograr dar vida a este número.

Abre o *Anuario* Marisa Cortizo cun artigo sobre a soidade, reflexionando sobre aspectos como a soidade buscada e a rexeitada, a importancia das relacións interpersoais para o ser humano, o papel das redes sociais (coas súas bondades e os seus perigos), o que din as neurociencias sobre esto, o que supuxo o “illamento imposto” na crise da COVID-19 e ideas a ter en conta na consulta cando se aborda o tema da soidade, poñéndose a énfase na importancia da relación terapéutica.

E precisamente sobre a alianza terapéutica versa o seguinte artigo, no que Claudia López, María del Coral Vázquez e Érika Vázquez analizan a importancia deste factor común en toda psicoterapia. Inician o artigo cunha achega ao termo ao longo da historia e analizando os factores que facilitan unha adecuada relación terapéutica. Debullan que é o que ocorre cando hai una crise na alianza en terapia e os tipos de roturas que se poden producir aportando solucións para a súa reparación (e considerado tamén as dificultades atopadas pola COVID-19), onde a creatividade do terapeuta ten o seu papel.

E coa creatividade e as crises seguimos o percorrido do *Anuario*, da man de Alma Montes, preguntándose se realmente o contexto disruptivo é una condición necesaria para o desenvolvemento da creatividade. Destaca a importancia do traballo e da necesidade de saír da zona de confort para potenciar a creatividade e a relación das crises sociais e persoais coa creatividade. O contexto da pandemia favoreceu algún destes aspectos e dotounos de tempo libre, unha condición imprescindible para traballar en tarefas creativas.

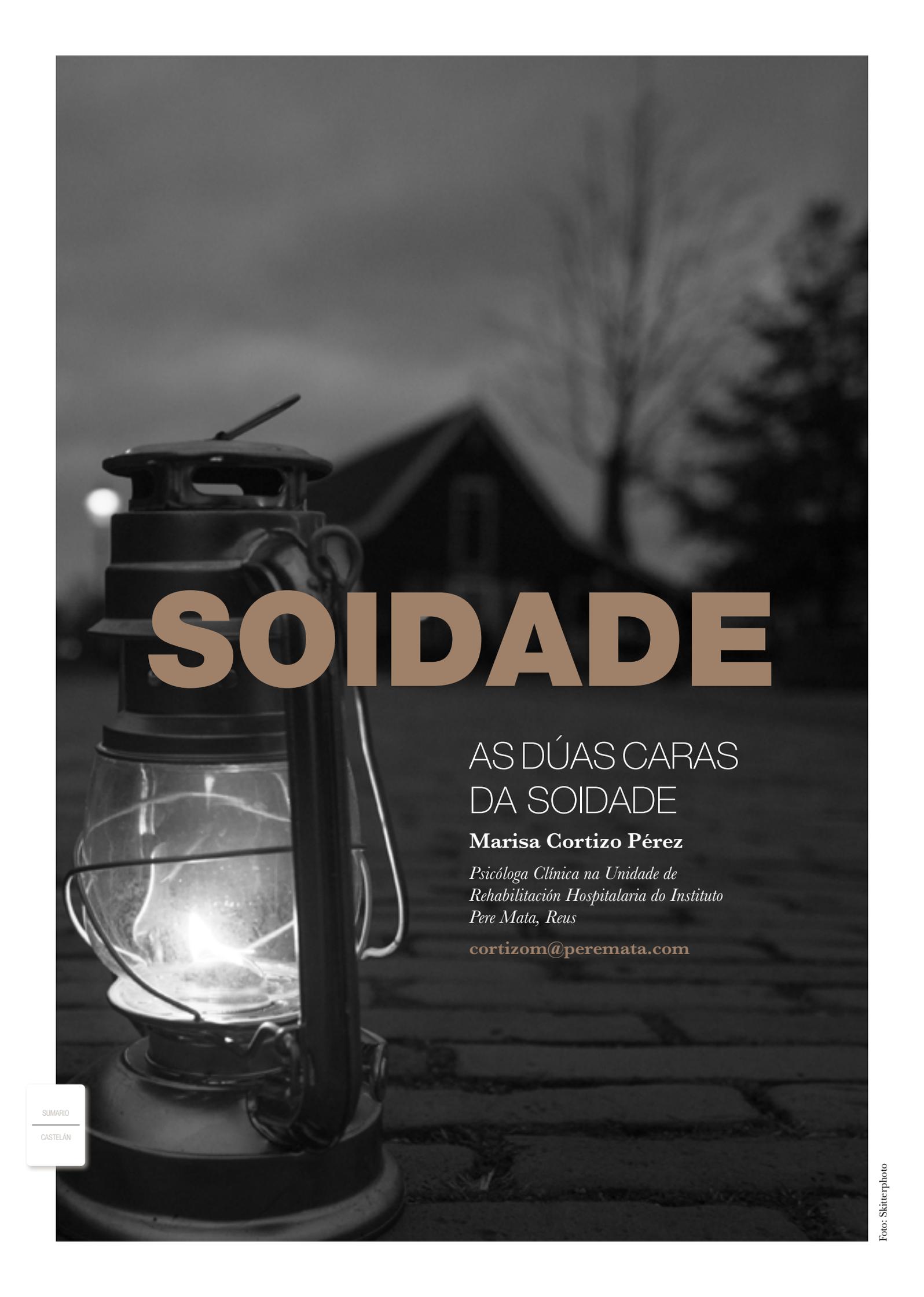
Pero este “tempo libre” non foi tal para todos, como no caso dos xornalistas. Así, a xornalista Noela Rey expón acertadamente a través de diferentes titulares reais dos xornais, os erros

e acertos dos medios de comunicación no seu labor de plasmar a realidade que nos atopamos, no seu labor de dar información de servizo á cidadanía. Temas como a crise sanitaria, o suicidio, o acoso escolar, as desaparicións de persoas, o aborto, a eutanasia ou a morte.

Finalmente, o apartado de ferramentas corre da conta de Aislinn García, que comeza o seu artigo relatando unha experiencia persoal que conecta co tema principal do artigo: outras formas de acompañar as crises. No seu artigo, fala da crise en que está inmersa a saúde mental e os profesionais e como isto unido ao movemento activista en primeira persoa e un marco asentado nos Dereitos Humanos, fai emerxer outras formas de acompañar o sufrimento psíquico, outra forma de transitar a crise. Ofrece ferramentas centradas no enfoque do *Diálogo Abierto*, que sen dúbida convida a querer seguir indagando e afondando no tema.

Para rematar, inclúense os traballos premiados nas XXV Xornadas da sección de psicología e saúde do COPG: “Atención psicolóxica telefónica 112 durante a alerta sanitaria” (comunicación oral), de M<sup>a</sup> Carmen González Herme e “O funcionamento cognitivo en esquizofrenia e a súa estimulación nunha unidade de rehabilitación psiquiátrica”, (comunicación escrita-póster), a cargo de Bruno Rodríguez Novoa, Cristina González Freire, María Jesús Villares González, Fátima Pérez Sayago, Belén Álvarez Batista e Inmaculada Sangiao Novio.

Como sempre, agradecer e darlle os parabéns ás miñas compañeiras e compañeiro de equipo pola súa implicación, traballo e compromiso. Así como ás autoras e autores dos artigos, que tan ben o fixeron; e ás compañeiras do COPG. Agardamos que vos quede un bo sabor de boca coa lectura!



# SOLIDADE

## AS DÚAS CARAS DA SOLIDADE

**Marisa Cortizo Pérez**

*Psicóloga Clínica na Unidade de  
Rehabilitación Hospitalaria do Instituto  
Pere Mata, Reus*

[cortizom@peremata.com](mailto:cortizom@peremata.com)

SUMARIO

CASTELÁN

*A felicidade só é real se é compartilhada.*

Christopher McCandless

## RESUMO

Empezamos explorando as dúas caras da soidade (pracer ou desgraza), para posteriormente centrarnos na segunda e subliñar o impacto da mesma na saúde mental e física da nosa poboación de forma xeral e máis especificamente en tempos de pandemia. Ter presente a soidade e o illamento na promoción da saúde da poboación xeral é unha tarefa prioritaria dentro dos retos actuais da psicoloxía clínica na atención primaria e merece unha mirada completa e integral que nos permita activar aqueles recursos sanitarios e comunitarios que amortecen os efectos acumulados dunha sociedade cada vez máis individualista agora sometida a circunstancias de emerxencia.

**PALABRAS CHAVE** — soidade, depresión, illamento social, exclusión social, corentena, confinamento, redes sociais, atención primaria, vínculo afectivo, saúde mental e física.

## ABSTRACT

We start exploring both faces of loneliness (pleasure and misfortune), to later focus on the last and underline the impact that it has on both the physical and mental health of our xeral population, especially in pandemic times. Attending loneliness and social isolation must be a priority when promoting clinical psychology health in the general population among primary care teams. A comprehensive integrated look is needed to activate health and community resources that can cushion the accumulative effects of a society ever more individualistic now under special circumstances.

**KEY WORDS** — social isolation, social exclusion, loneliness, depression, social media, quarantine, lockdown, primary care, social connection, physical and mental health.

---

## INTRODUCCIÓN

Todos ouvimos falar moito este ano sobre confinamento, distanciamento social e corentena. Pero, entendemos como se diferencia do illamento ou a soidade?, coñecemos a relación entre estes elementos ou pensamos que son independentes? Vímonos facendo moitas preguntas: soidade é igual a illamento?, illamento é igual a problema de saúde mental?, confinamento implica soidade?, as redes sociais axudáronnos a estar máis conectados ou orixinaron unha maior soidade?... e así poderíamos seguir. Este artigo non pretende dar respostas absolutas, pero si contribuír ao diálogo actual e aproveitar que estas preguntas están na mente da poboación xeral e na dos/as profesionais para que poidamos reflexionar sobre a importancia das relacións interpersoais para o ser humano.

A soidade constitúe un problema para unha parte importante da poboación, cunha prevalencia significativa tanto entre a poboación infanto-xuvenil como entre a de adultos e todo suxire que nas próximas décadas a tendencia irá en aumento. Entre a poboación anciá, o 56% dos homes e o 72% das mulleres refiren sentir algún tipo de soidade, aumentando esta proporción a medida que avanza a idade (IMSERSO, 2012). Estudos sobre soidade, saúde mental e saúde física indican que inflúe en case cada ámbito das nosas vidas como seres sociais. O ser humano require non só da presenza doutros para sobrevivir, senón doutros que o valoren, en quen teña confianza e con quen poida comunicarse e apoiarse para que os seus proxectos de vida e comunidade poidan saír adiante. Aínda que a soidade pode ser fonte dun gran sufrimento persoal, é esencial para a supervivencia da especie humana e pódese activar ante o rexeitamento dun amigo, un cambio de domicilio ou a perda dun ser querido.

---

## A SOIDADE: DESGRAZA OU PRACER

A soidade pode considerarse unha emoción ou un sentimento, un estado de ánimo ou unha percepción negativa. Tamén se pode considerar unha solución tentada disfuncional que pretendía resolver outro malestar. A soidade pode ser algo que se elixe ou algo que se sofre e do que se foxe, de maneira que segundo en que cara da moeda nos atopemos verémola como algo positivo ou algo negativo. Non é tan simple como dicir que é mellor estar só ou acompañado. Cando atopamos un equilibrio podemos oscilar entre o illamento e a relación cos demais.

John T. Cacioppo, por exemplo, profundando na soidade, diferencia entre estar realmente só ou sentirse só. Unha persoa pode vivir a sensación de estar só estando no medio dunha aglomeración, no traballo, con familia ou en illamento. A soidade é un estado subxectivo, unha percepción individual, que pode chegar a ser abafadora e xerar unha sensación física. Diferenciar este estado da depresión pode non ser fácil.

### **A soidade buscada**

Falemos desa soidade ás veces necesaria, desexada e mesmo buscada. Cando un elixe estar só para alcanzar un maior coñecemento de si mesmo, dar renda solta á creatividade ou buscar a calma e o autocoidado, falamos dunha soidade considerada positiva. Grandes obras de arte, descubrimentos científicos e inventos foron produto da soidade. A persoa, aínda estando soa, pode, por exemplo, a través da meditación, conectar coa terra, consigo mesmo/a ou con Deus. Desenvolvendo a capacidade de meditar pódese practicar a compaixón polos demais e potenciar a empatía, partindo da conciencia de si mesmo/a e isto axúdanos a superar a soidade negativa. Cultivar a capaci-

dade de estar sos axúdanos a ter unha mellor relación cos demais. A soidade é fundamental na adquisición dunha autonomía persoal e o individuo vai oscilando entre a necesidade de estar co outro/a e estar consigo mesmo/a.

### **A soidade rexeitada**

Cando falamos de que alguén sofre de soidade, falamos de que se sente excluído/a, rexeitado/a e/ou ten dificultades para integrarse e sentirse incluído/a nun grupo. Falamos de que esa persoa se pode sentir incapaz de relacionarse con outros, polo menos dunha forma próxima e íntima. Pensamos en persoas que carecen de lazos afectivos fortes, tanto porque perderon seres queridos como porque a súa saúde mental e emocional as incapacita á hora de recuperar o seu rol social e mostran dificultades para conectar emocionalmente con outros. O número de amigos/as ou de interaccións sociais non predí a soidade percibida ou a calidade das relacións mantidas. Pode aparecer un sentimento de marxinalidade, a sensación de non ser aceptado/a polos outros e de illamento. A persoa desexa ter un lugar dentro dun grupo de persoas coas que poida compartir intereses e preocupacións. Noutros casos prevalece unha sensación de baleiro e o desexo de conectar cun outro significativo.

A soidade parece ser un fenómeno de moita importancia na saúde mental das persoas e veremos asociacións negativas entre o sentimento de soidade e certos indicadores de saúde física e mental. O equipo de House (1988) atopou un impacto do illamento social sobre a saúde comparable ao efecto da hipertensión, o sedentarismo, a obesidade ou o tabaquismo. Sentimentos crónicos de illamento poden levar a unha ferverza fisiolóxica de eventos que aceleran os procesos do envellecemento. A soidade chégase a apreciar en medidas de hormonas relacionadas coa tensión e as funcións inmunitaria e cardiovascular. A soidade pasa a ser un problema de peso cando se instala volvéndose persistente, retroalimentándose de

pensamentos, emocións e condutas negativas. En persoas con reducidos lazos sociais viuse un aumento no risco de morrer de isquemia cardíaca, enfermidades cerebrovasculares ou da circulación, cancro e outras causas de morte de índole respiratorio ou gastrointestinal. No ancián/a viuse como factor de risco para a deterioración cognitiva e un factor predictor de demencia. E xa se falamos de mortalidade, estudos como o de House (2001) fálannos dun aumento do 26% do risco de mortalidade prematura en persoas que senten soidade, un 29% en persoas con illamento social e un 32% nas que viven soas. Na revisión de Leigh-Hunt et al. (2017), apréciase unha clara asociación entre soidade e illamento social con peor saúde e benestar, ademais de asociarse cun aumento de ingresos hospitalarios en persoas anciás. O illamento social asóciase de forma moi marcada con depresión e problemas cardiovasculares.

Unha rede social satisfactoria promove comportamentos e hábitos saudables. A soidade, en cambio, aumenta o risco de sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcol e de alimentación inadecuada. A cantidade e calidade do sono tamén poden verse afectadas, provocando unha maior fatiga durante o día. En ausencia do “control social” que exerce un cónxuxe ou unha amizade próxima que nos pode influír de forma positiva ou achegar ferramentas e recursos, as persoas aumentan a súa tendencia a gañar peso, beber en exceso ou saltar o exercicio físico.

A soidade raramente viaxa soa; é común que a soidade patolóxica a poidamos atopar da man de cadros clínicos importantes como a depresión e as psicoses. Sentir que un non importa aos demais é unha das expresións máis dolorosas da soidade e posible causa dun trastorno depresivo. Na depresión está presente unha soidade angustiada e unha tendencia ao autoillamento. A soidade reflectiría como me sinto respecto das miñas relacións interpersoais. A depresión reflecte como me sinto de forma máis global. A soidade móvenos cara aos de-

mais e a depresión lévanos a retirarnos, pero en ambas as dúas hai unha indefensión aprendida que afecta ao locus de control interno. Ambas as dúas, nos seus estados leves, poden ser adaptativas. No caso da soidade xa o comentamos, pero no da depresión axúdanos a conservar enerxía e recursos, a elaborar unha perda, axúdanos a dixerir os problemas e activa a axuda e o coidado dos outros ao noso redor. No caso de que a soidade sexa elevada deixa de ser adaptativa e será menos probable que busque apoio emocional doutros.

Illarme porque só así me sinto seguro é o inicio doutro tipo de sufrimento tamén moi incapacitante relacionado coa clínica paranoide. Noutros casos prevalece un profundo sentimento de vergoña que leva á persoa a illarse para que os demais non se “dean conta” de que é inadecuado. Nos tres casos é necesario interromper a resposta de illamento ou o sufrimento non só persistirá, senón que se agravará.

---

## CONFINAMENTO: O ILLAMENTO IMPOSTO

O illamento non buscado pode constituír parte dun castigo, unha condena ou o rexeitamento por parte dos demais. Se non buscamos o illamento e é imposto, pode ser percibido como unha forma de tortura e xerar unha gran dor emocional. Por este motivo o medo ao rexeitamento social é unha preocupación moi común e asóciase a felicidade co gustar aos demais. A dor producida polo rexeitamento pode chegar a ser mesmo peor que a producida pola perda dun ser querido.

A pandemia da COVID-19 provocou unha situación de emerxencia social e sanitaria que obrigou a implantar medidas de protección e coidado, dentro das cales están as medidas de illamento. O confinamento supuxo unha

medida de illamento forzoso que, aínda que é unha medida de protección, supuxo tamén un factor de risco para o incremento de diversas problemáticas de saúde. Moitos vivimos distintos niveis de confinamento coa pandemia e sabemos o estresante e angustioso que pode ser. A soidade e o illamento social, aínda que relacionados, son conceptos diferentes. No caso do illamento social obsérvase de forma obxectiva a ausencia das interaccións sociais e relacións e hai un mínimo contacto con outras persoas. Cando falamos de sentirse só, faise referencia máis á calidade destas relacións que non ao número das mesmas e, polo tanto, falamos da sensación subxectiva de ter menos afecto e proximidade do desexado no ámbito íntimo e relacional. O illamento social privanos de sentirnos conectados pero ademais quítanos un sentido de utilidade e propósito, elementos todos eles cun efecto potencial devastador sobre o individuo e a comunidade.

Nos hospitais psiquiátricos gústame sinalar que vivimos un triplo confinamento do que moitas persoas non eran conscientes: o propio dos trastornos mentais graves, o habitual nunha institución psiquiátrica illada da comunidade e o imposto polas medidas de prevención da COVID-19 que afectou tamén a plantas de hospitais xerais e aos centros residenciais. O confinamento supuxo un contacto máis reducido con outras persoas, a interrupción de rutinas, ausencia de visitas, menos interacción co persoal sanitario e limitado acceso á atención médica. Entrados xa en xullo de 2021, os pacientes de institucións psiquiátricas en réxime hospitalario seguen tendo limitadas ou prohibidas as visitas, restrinxido o contacto físico con familia e amigos e as saídas terapéuticas á comunidade de forma autónoma. A poboación adaptouse coas videochamadas e as redes sociais pero esquecesenos que na maioría de hospitais psiquiátricos isto, ou está restrinxido á supervisión dos profesionais, ou directamente prohibido.

Aspectos clínicos prevaleceron sobre outros afectivo-relacionais, resultando que moitas



Foto: Pedro Figueras

persoas se atoparon desesperadamente soas no afrontamento do seu proceso de recuperación, o cal puido provocar sentimentos de soidade, abandono, exclusión social e estigmatización. Estudos como o de Brooks (2020) describen unha maior prevalencia de síntomas mentais, como angustia, ansiedade, tristeza, baixa autoestima, ira, rabia, illamento, baixo estado de ánimo e insomnio e a aparición de trastornos como a depresión, a ansiedade, o trastorno obsesivo-compulsivo, a tensión postraumática e o suicidio, entre outros.

Ademais da repercusión emocional que tivo para pacientes e familiares a implementación das medidas de illamento, o adecuado cumprimento das mesmas supuxo unha sobrecarga de traballo para os profesionais que tamén pasaron por momentos, xa non só de tensións, senón tamén de soidade. As medidas de illamento provocaron un cambio de paradigma na comunicación médico-paciente/familia, obrigando a actuacións profesionais que noutras situacións poderíanse considerar incorrectas, como pode ser a comunicación por vía telefónica de malas noticias. Facilitar a comunicación e facer dos hospitais e residencias lugares máis humanizados foi primordial para diminuír a ansiedade e a percepción de soidade nos pacientes, e a incerteza e o medo nos familiares.

---

## AS REDES SOCIAIS CHEGARON PARA CONECTARNOS OU ILLARNOS AÍNDA MÁIS?

As videochamadas e as redes sociais foron claves á hora de manexar as medidas de illamento e axudáronnos a amortecer a soidade e favorecer a comunicación. Aínda así, son moitos os estudos que demostran que, a pesar

de que agora podemos contactar e manter relacións a distancia, isto non só non é suficiente para que non nos sintamos sós, senón que en moitos casos, o uso masivo de internet para relacionarse cos demais incrementa a soidade porque o contacto é virtual. Na comunicación telemática non hai intimidade real, de maneira que nin os sentidos da persoa nin os mecanismos perceptivo-emocionais se activan da mesma maneira que nun contacto cara a cara, reducindo, por tanto, o efecto emocional. Vai ser mellor unha videochamada cun ser querido que unha chamada telefónica e esta última mellor que o nulo contacto ou o contacto só a través de mensaxes ou redes, pero cantos menos sentidos participen do encontro, menores serán a proximidade e a conexión, aínda que non sexa unha ciencia exacta e non sempre dispomos de todas as opcións.

Por moi intensa que sexa a actividade virtual dunha persoa, esta non pode substituír as relacións interpersoais próximas e íntimas. O uso das tecnoloxías non é en si mesmo un problema, senón como se utilizan e cando estas pretenden compensar un problema de soidade xa existente.

Giorgio Nardone descríbennos no seu último libro, *La soledad* (2021), os mecanismos polos cales a persoa ao fuxir da soidade a través das redes sociais tópase cada vez máis con ela. Explica que ao principio, fuxir da soidade recorrendo á tecnoloxía produce entusiasmo, pero logo entristece e xera frustración, alimentando un círculo vicioso que leva á persoa a un illamento completo. A procura obsesiva e ansiosa da desexabilidade social, chegando a medir o noso valor con *likes* e seguidores, condúcenos a unha marcada insatisfacción.

Buscar a desexabilidade social é un comportamento funcional, pero cando é fonte de sufrimento e malestar pode converterse en algo disfuncional e patolóxico. Podemos chegar a evitar calquera tipo de conflito e buscar complacer calquera petición dos demais para evitar que nos rexeiten, o que Giorgio Nardone

chama ser un “prostituto relacional”. A persoa, lonxe de evitar o rexeitamento, termina soa consigo mesma incapaz de expresarse libremente e alimentando un sentimento profundo de inadecuación e soidade.

En contraposición, as redes poderían ser beneficiosas en caso de utilizalas como un instrumento para establecer contactos reais e non substituílos. Anulan as barreiras xeográficas, permiten unha comunicación simple e rápida e permiten ampliar contactos e colaboracións, co cal, para fins profesionais e científicos, contribuíron a unha clara mellora da nosa vida. O uso de *apps* e redes sociais para coñecer persoas fóra de internet tamén supuxeron un mundo de posibilidades a condición de que sirvan para saír da espiral da soidade establecendo contactos reais fora da rede e, polo tanto, non terminen sendo un substituto da vida real afectiva e erótica permanecendo no mundo virtual. A idea clave que nos expón Giorgio Nardone (2021) é que se utilice o mundo virtual para mellorar o real e non para substituílo.

---

## A SOIDADE PODE CAMBIAR O NOSO CEREBRO?

Desde as neurociencias compárase a soidade coa fame, a sede ou a dor, demostrando ser unha alarma do corpo que nos axuda a sobrevivir e a prosperar porque nos motiva para manexar potenciais perigos sociais que supoñen unha ameaza. O sentimento de soidade indúcenos a unha conduta social que nos axuda a sobrevivir e a reproducirnos, asegurando así o legado xenético. Polo tanto, a dor emocional da soidade é aos perigos do illamento o que a dor física é aos perigos físicos. O desenvolvemento da soidade permite que esteamos máis atentos ás conexións sociais, á procura de

contacto cos outros e á reparación ou o coidado dos vínculos afectivos.

Desde os estudos sobre a xenética apréciase unha herdabilidade do nivel de malestar que esperta a falta de conexión social. Cando nos sentimos vinculados tendemos a estar menos axitados e menos tensos que cando nos sentimos sós. En xeral, diminúe tamén a hostilidade e os sentimentos depresivos.

Estudos realizados con animais empezan a explicar os mecanismos subxacentes asociando a soidade “negativa” con aumentos na actividade do eixo hipotalámico-pituitario-adrenal. Estudos con humanos mostran un aumento na actividade do eixo HPA e unha deterioración significativa das funcións executivas. Na revisión de Leigh-Hunt et al. (2017) identifícanse asociacións con cambios a nivel cerebral tanto funcionais como estruturais, alteracións na calidade do sono, cambios nos padróns de liberación de cortisol e alteracións nas respostas inmunitarias.

A soidade “positiva”, en cambio, viuse que activa zonas cerebrais relacionadas cos circuitos do pracer. No caso da soidade negativa, actívanse no sistema nervioso central as zonas relacionadas coa dor e o medo. Persoas ás que se lles realizan probas de imaxe presentan unha activación das mesmas zonas cerebrais que as persoas que padecen unha dor física (Cacioppo e Patrick, 2009). Un incremento no sentimento de soidade leva tamén aumentos en sentimentos relacionados coa timidez, ansiedade e rabia, mentres que se reducen aqueles relacionados co optimismo, a autoestima, as habilidades sociais e o apoio social. Facer o que nos convén antes que o que nos apeetece require dunha disciplina e autorregulación que require das funcións executivas, o cal explica por que na soidade patolóxica vemos unha maior tendencia cara aos comportamentos que activan os circuitos de pracer.

Cacioppo explica como a soidade pode provocar que algunhas persoas vivan os pequenos estímulos positivos do día a día como menos

intensos e gratificantes, e o nivel de tensión cotiá, que para outras persoas pode ser fonte de aprendizaxe e motivación, para elas non o é, mostrando, en cambio, reaccións evitativas e pesimistas.

A intervención terapéutica derivada das neurociencias pode dirixirse cara ao químico-farmacolóxico. Pero, poderá unha farmacéutica desenvolver unha pílula que remedie o sentimento de soidade? Inicialmente é posible que moitas persoas se beneficien de medicación que poida axudalas a reducir os niveis de ansiedade e depresión para que sexan manexables, pero logo será necesario axudalas a focalizar a súa atención no cambio que teñen que realizar para saír do círculo vicioso no que se atopan. A soidade non é unha enfermidade en si mesma senón que, como dixemos, é unha alarma inherente ao ser humano para asegurar o benestar e a supervivencia.

---

## O ANTÍDOTO DA SOIDADE

Desde a Psicoloxía da Saúde e a Psicoloxía Clínica, é unha necesidade primordial poder contar con instrumentos de avaliación, prevención e intervención para o sentimento de soidade, dado o seu impacto no benestar e a esperanza de vida da nosa poboación. Un estudo canadense sinala que o illamento social é moi común entre os hiperfrecuentadores dos centros de saúde (Hand et al., 2014), levándonos a reflexionar sobre a actuación que desde a atención primaria se pode realizar. O desenvolvemento de intervencións para reducir a soidade vai dirixido a paliar os efectos altamente adversos dos que vimos falando, incluíndo o factor de risco significativo que supón para os problemas de saúde mental e física. O tratamento da soidade require do coñecemento da súa natureza e mecanismos subxacentes, o cal aínda é limitado, pero todo suxire que parte importante do éxito terapéu-

tico depende do grao no que o ambiente social e as interaccións sociais sexan melloradas. A familia, a comunidade e os servizos sociais e de saúde pública teñen un papel clave.

Se queremos afrontar a soidade, temos que xestionala aprendendo a amar sen aprisionar e conseguir ser amados sen medo ao abandono. Alcanzar este equilibrio non é fácil, pero se a persoa non sabe estar soa non saberá estar con alguén e, se non sabe estar e relacionarse con outros, non saberá estar consigo. Aquelas persoas coa capacidade natural de conectar socialmente tenden a ser descritas como cálidas, abertas e xenerosas. A soidade, cando se instala, tende a volvernos demandantes, críticos e cunha actitude pasiva.

Recoméndase tomar consciencia dos nosos propios erros relacionais, evitar o illamento e abrirse aos demais. Isto tense que facer cun esforzo mínimo e de forma progresiva irase xerando unha cadea de cambios que funcionan como unha bóla de neve.

Desde o punto de vista do tratamento psicolóxico cómpre subliñar a importancia da relación terapéutica e a promoción dunha relación empática. O sentirse só é parte de moitos trastornos incapacitantes e a relación terapeuta-paciente é unha oportunidade para xerar unha experiencia emocional correctiva e iniciar un novo tipo de relación cos outros e romper o illamento.

De forma máis concreta, dúas son as principais estratexias terapéuticas recomendadas para reducir a soidade:

- Traballar as habilidades sociais: habilidades para iniciar e manter unha conversa, falar por teléfono, dar e recibir cumpridos, manexo dos silencios, mellora da presenza física, mellora da comunicación non verbal etc.
- Abordar de forma específica as cognicións sociais desadaptativas.

Os programas nos que as intervencións contan cunha base teórica, ofrecen actividades

sociais ou son en formato grupal, mostráronse máis efectivos, tanto para a mellora das habilidades sociais como para mellorar o apoio social. Se non pensásemos soamente na soidade, senón tamén no illamento social, engadiríamos intervencións para fortalecer a rede de apoio social e aumentar as oportunidades de interacción social. Tamén é importante ter en conta que se viron máis efectivas as intervencións que teñen o obxectivo explícito de mellorar o illamento social. Como exemplos de intervencións efectivas podemos atopar a realización de videoconferencias semanais con familia e amigos, as terapias con animais, terapias de xardinaría, obradoiros de cociña, talleres creativos, grupos de interacción de tipo faladoiro, actividades de mindfulness, a implicación en actividades de voluntariado ou os grupos de axuda mutua.

---

## CONCLUSIÓN

As vías exactas de relación entre soidade, illamento social e saúde física e mental débense seguir estudando, xa que, aínda que non se pode falar de causalidade, é innegable o valor que ten tanto para o individuo como para a sociedade. A evidencia recollida ata hoxe vai en aumento e sostén que a presenza tanto de soidade como de illamento social aumentan a mortalidade do que a padece e o illamento social supón un factor de risco tanto para problemas cardiovasculares como para a depresión. O risco viuse comparable ao de factores ben coñecidos como a actividade física, a obesidade, o abuso de substancias, as condutas sexuais de risco, a violencia, os factores ambientais etc. Parece crucial saber recoñecer a poboación de risco, distinguir se é unha situación aguda ou crónica, e desenvolver actuacións clínicas e comunitarias específicas para os nosos pacientes.

Todo isto é particularmente importante en tempos da pandemia da COVID-19. A pandemia supuxo unha nova mostra de datos que apoia o ata agora coñecido e a evidencia emerxente mostra o alto impacto na saúde mental, o cal se relaciona coas medidas de confinamento e distanciamento social que incrementaron os niveis de soidade, ansiedade e illamento social da poboación, podéndose, polo tanto, apreciar a súa relevancia para a saúde. Tendemos a pensar na saúde como a ausencia de enfermidade, pero, tal e como nola define a OMS, a saúde é un “estado de completo de benestar físico, mental e social, e non soamente a ausencia de afeccións ou enfermidades”. Pretender afrontar unha alerta sanitaria cunha mirada parcial en tempos de pandemia pode ser comprensible dado o estado inicial de emerxencia, pero xa non é unha novidade e que a nosa sanidade persista nunha mirada cegada ante problemáticas psicosociais como a aquí presentada non pode ser unha opción, porque están en xogo vidas!

## Bibliografía

Avellaneda-Martínez, S., Jiménez-Mayoral, A., Humada-Calderón, P., Redondo-Pérez, N., Del Río-García, I., Martín-Santos A. B., Maté-Espeso, A., Fernández-Castro, M. (2021). Gestión de la comunicación de los pacientes hospitalizados, aislados con sus familias por la COVID-19 [Management of communication between inpatients isolated due to COVID-19 and their families]. *Journal of healthcare quality research*, 36(1), 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.10.006>.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

Cacioppo, J., Patrick, W. (2009). *Loneliness. Human nature and the need for social connection*. Editorial Norton.

Espasandín-Duarte, I., Cinza-Sanjurjo, S., Portela-Romero, M. (2021). Experiencia en la asistencia de pacientes ancianos con COVID-19 e institucionalizados: una estrategia de aislamiento y un decálogo de recomendaciones para la comunicación de malas noticias por vía telefónica. [Experience in the care of elderly institutionalised patients COVID-19 + : an isolation strategy and a decalogue of recommendations for the communication of bad news by telephone]. *Semergen*, 47(1), 62–64. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.09.005>.

Forte, E. H., Gómez-Martín, C., Harwicz, P., Lavalle-Cobo, A., Millán, D., Salmeri, E., Buso, C., Sanabria, H. (2020). *Archivos de cardiología de México*, 10.24875/ACM.20000443. Advance online publication. <https://doi.org/10.24875/ACM.20000443>.

Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras Puig, L., Lagarda Jiménez, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? [Social isolation and loneliness: What can we do as Primary Care teams?]. *Atención primaria*, 48(9), 604–609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>.

Gutiérrez-Cía, I., Aibar-Remón, C., Obón-Azuara, B., Urbano-Gonzalo, O., Moliner-Lahoz, J., Gea-Velázquez de Castro, M. T., Aranaz-Andrés, J. M. (2018). Aislamiento del paciente crítico: ¿riesgo o protección? [Critically ill patient isolation: risk or protection?]. *Journal of healthcare quality research*, 33(5), 250–255. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.06.003>.

Hajek, A., Kretzler, B., & König, H. H. (2020). Multimorbidity, Loneliness, and Social Isolation. A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8688. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228688>.

Hand, C., McColl, M. A., Birtwhistle, R., Kotecha, J. A., Batchelor, D., Barber, K. H. (2014). Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 60(6), e322–e329.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>.

House J. S. (2001). Social isolation kills, but how and why?. *Psychosomatic medicine*, 63(2), 273–274. <https://doi.org/10.1097/00006842-200103000-00011>.

House, J. S., Landis, K. R., Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science (New York, N.Y.)*, 241(4865), 540–545. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>.

IMSERSO. Informe 2012: Las personas mayores en España. Disponible en: [https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/info\\_ppmm2012.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/info_ppmm2012.pdf)

Larios-Navarro, A., Bohórquez-Rivero, J., Naranjo-Bohórquez, J., Sáenz-López, J. Psychological impact of social isolation on the comorbid patient: on the subject of the COVID-19 pandemic. Impacto psicológico del aislamiento social en el paciente comórbido: a propósito de la pandemia COVID-19. *Revista Colombiana de psiquiatría (English ed.)*, 49(4), 227–228. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.07.002>.

Moreno-Tamayo, K., Sánchez-García, S., & Doubova, S. V. (2017). Factores asociados con el aislamiento social en una muestra de adultos mayores con seguridad social. *Salud pública de México*, 59(2), 119–120. <https://doi.org/10.21149/8078>

Nardone, G. (2021). *La soledad; Comprenderla y gestionarla para no sentirse solo*. Editorial Herder.

Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>.

Sánchez-Villena, A. R., De la Fuente-Figueroa, V. (2020). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? [COVID-19: Quarantine, isolation, social distancing and lockdown: Are they the same?]. *Anales de pediatría*, 93(1), 73–74. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.001>.



# ALIANZA

## CRISE NA ALIANZA TERAPÉUTICA: DA TEORÍA Á PRÁCTICA

**Claudia López Lamas**

*Psicóloga en Nutriciona*

[psicologia@nutriciona.es](mailto:psicologia@nutriciona.es)

**María del Coral Vázquez Montoto**

*Psicóloga en ASPACE Coruña e Gaia: Logopedia e  
Psicoloxía*

[coral.vm@aspacecoruna.org](mailto:coral.vm@aspacecoruna.org)

**Érika Vázquez Sanjurjo**

*Educadora familiar en Concello de Cariño*

[erika.vazquez@concellodecarino.gal](mailto:erika.vazquez@concellodecarino.gal)

SUMARIO

CASTELÁN

## RESUMO

A alianza terapéutica foi amplamente estudada. Diferentes autores de diferentes escolas souberon dar importancia a esa relación que xorde na consulta entre cliente e terapeuta. O termo foi definido e redefinido ao longo de diferentes décadas, as primeiras definicións daban importancia á contribución do terapeuta e as teorías máis modernas ven imprescindible a colaboración activa entre todas as persoas implicadas na alianza. Pero, que pasa se esta alianza rompe? Podemos reparala? Que debemos facer? No seguinte artigo queremos facer un percorrido polas orixes da alianza terapéutica, por que é importante manter esta alianza, os tipos de rupturas que existen ou que poden darse en terapia e solucións para reparala.

**PALABRAS CHAVE** — Alianza terapéutica, crise, ruptura na alianza.

## ABSTRACT

The therapeutic alliance has been extensively studied. Different authors from different schools have known how to give importance to this relationship that arises in consultation between client and therapist. The term has been defined and redefined over different decades, the first definitions gave importance to the contribution of the therapist, and the most modern theories see as essential the active collaboration between all the people involved in the alliance. But what happens if this alliance is broken? Can we repair it? What should we do? In the following article we want to take a tour of the origins of the therapeutic alliance, why it is important to maintain this alliance, the types of ruptures that exist or that can occur in therapy, and solutions to repair it.

**KEY WORDS** — Therapeutic alliance, crisis, alliance ruptures.

# 1 — PRÓLOGO

Dodo é o paxaro máis famoso da Psicoloxía. É un dos personaxes de *Alicia no País das Marabillas*, de Lewis Carrol, que se baña no Mar de Bágoas que provoca Alicia no capítulo tres. Coa finalidade de secar, propón a todos os animais mollados que compitan nunha carreira moi aloucada na que cada un pode empezar por onde e cando queira, así como parar ao seu antollo. A súa famosa sentenza “todos gañaron e todos deben ter premio” serviu para representar na Psicoloxía a idea de que todas as psicoterapias obteñen resultados similares. Isto é o que se coñece como o veredicto do paxaro Dodo.

Rosenzweig (1936) foi o primeiro en expor que en todos os enfoques psicoterapéuticos se poden obter resultados exitosos e que, por tanto, a efectividade dunha terapia en si mesma non é suficiente para determinar que a teoría na que se apoia é correcta. Este autor propón que todas as terapias psicolóxicas son equivalentes, sendo uns factores comúns compartidos en todas elas os responsables da súa eficacia.

O certo é que, nun primeiro momento, o traballo de Rosenzweig pasou inadvertido. Foi máis adiante, en 1961, cando Jerome Frank se propón examinar os factores comúns entre as diferentes terapias psicolóxicas, concluíndo que “certos aspectos da escena psicoterapéutica suxiren con forza que as características compartidas polas distintas psicoterapias exceden en demasía as súas diferenzas”.

Baseándose nas investigacións de Frank e tras unha revisión de diferentes estudos de resultados, Lambert (1992) propón a existencia de tres factores comúns que explican o 85% do cambio terapéutico: 40% por factores do cliente ou extraterapéuticos (fortaleza do eu, apoio social, etc.); 30% por factores da relación co terapeuta (empatía, calidez, etc.); e 15% polas expectativas e o efecto placebo. O

15% restante explicariábase polas técnicas específicas empregadas.

Segundo a proposta de Lambert, a relación terapéutica é un dos factores comúns máis importantes, pois é un elemento activo en todas as formas de psicoterapia. Por este motivo, ao longo deste artigo analizaremos como se constrúe a alianza terapéutica, que pode desestabilizala e que se pode facer a respecto diso.

As rupturas danse en todas as terapias e son ineludibles, poden variar en severidade, intensidade, frecuencia ou duración ao longo do tratamento, con todo tipo de terapeutas, mesmo cos máis habilidosos. As rupturas clasifícanse en dous tipos: as rupturas por confrontación e as rupturas por distanciamento.

As rupturas ou crises poden ter consecuencias positivas se se resolven de forma correcta, podendo mellorar a alianza, aumentar o entendemento dos problemas do paciente e mesmo conseguir mellores resultados en terapia. A habilidade do terapeuta para resolver estas crises ou rupturas será un factor determinante no éxito do tratamento (Salgado, 2016).

## 2 — INTRODUCCIÓN

O concepto de alianza terapéutica ten a súa orixe no modelo psicoanalítico. Aínda que é certo que Freud (1912) non utilizou este termo como tal, si propuxo a transferencia como unha das ferramentas fundamentais do psicanalista para poder conducir o tratamento. No seu traballo *The Dynamics of Transference* expuxo a importancia de que o analista mostrase interese e unha actitude comprensiva cara ao paciente co obxectivo de que se establecese unha relación positiva entre ambos. Deste xeito,



Ilustración da novela *Alicia no País das Marabilhas*, de Lewis Carroll, por Antonie Zimmermann

favorecíase a aceptación e a credibilidade das explicacións e interpretacións do terapeuta.

Foi máis adiante, en 1956, cando Zetzel distinguíu entre “transferencia” e “alianza”, sendo esta última “unha relación positiva e estable entre o analista e o paciente que lles permite levar a cabo de maneira produtiva o traballo da análise” (Zetzel e Meissner, 1973). En 1985, Hartley propuxo que a alianza terapéutica era unha relación formada pola “relación real” e a “alianza de traballo”. A relación real sería o vínculo entre paciente e terapeuta, e a alian-

za de traballo faría referencia á capacidade de ambos para traballar de forma conxunta na consecución dos obxectivos expostos.

É a mediados do século XX cando, aos poucos, as diferentes escolas psicoterapéuticas empezan a incorporar o concepto de alianza terapéutica nos seus respectivos marcos teóricos. Polo tanto, este construto empeza a ser definido e redefinido ao longo das décadas por diferentes autores de distintos enfoques terapéuticos. Así, mentres as primeiras definicións facían fincapé na contribución do terapeuta,

as teorías máis modernas consideran fundamental a colaboración activa entre todas as persoas implicadas.

Unha das escolas que máis eco fixo deste concepto foi a humanista. Este enfoque prestou, desde o inicio, unha especial atención ao papel da relación terapéutica no proceso terapéutico. Carl Rogers (1951, 1957), un dos principais representantes deste movemento, expuxo que, para establecer unha relación terapéutica efectiva, o terapeuta debía mostrar empatía, congruencia e aceptación incondicional cara ao paciente, algo que se denominou “actitudes facilitadoras” da terapia. En 1997, Peschken e Johnson demostraron que a confianza do terapeuta nos seus pacientes reforzaba que tivesen lugar estas actitudes facilitadoras e que isto, á súa vez, favorecía a confianza do paciente no terapeuta.

Con todo, desde o modelo condutual expúñase que a calidade técnica das intervencións do terapeuta era o aspecto central do éxito da terapia. A aparición do modelo cognitivo, concretamente a perspectiva construtivista, puxo de novo o foco na relación terapéutica, chegando a considerala como un elemento esencial do proceso terapéutico. De feito, como comentamos no prólogo, algunhas investigacións estableceron que as técnicas empregadas polo terapeuta tiñan un peso do 15% na melloría do paciente, mentres que a alianza terapéutica supuña un 30%.

Actualmente existe un gran consenso en canto á importancia da relación terapéutica para a consecución dos obxectivos do tratamento, independentemente do marco teórico do terapeuta. Bordin (1976), un dos autores máis influentes na conceptualización actual da alianza terapéutica, definiu este concepto como “o encaixe e colaboración entre o cliente e o terapeuta”. Ademais, identificou tres compoñentes que a forman: o acordo nas tarefas, o vínculo positivo e o acordo nos obxectivos.

Ao combinalos definen a calidade e forza de toda alianza terapéutica:

**1/ Vínculo:** Defíneo como a complexa rede de vínculos entre o paciente e o terapeuta que inclúen a mutua confianza e aceptación (Horvath, Luborsky, 1993).

**2/ Tarefas:** Son aquelas accións específicas (explícitas ou implícitas) que se require que o paciente faga para beneficiarse do tratamento. Serían os camiños ou medios a seguir para alcanzar os obxectivos propostos. Na relación terapéutica óptima, os dous membros da relación terapéutica deberán percibir estas tarefas como importantes e recoñecer a responsabilidade de cumprilas (Horvath, Luborsky, 1993).

**3/ Metas:** Serían os obxectivos pactados cara aos que se dirixe o proceso (Safran, Seagal, 1994).

Por outra banda, Luborsky (1976) expuxo que a alianza terapéutica é unha entidade dinámica que evoluciona cos cambios da demanda do paciente ao longo das diferentes fases da terapia. Diferenciou entre alianza tipo 1, aquela que ten que ver co apoio e a axuda que proporciona o terapeuta ao comezo da terapia, e a alianza tipo 2, aquela que se produce nas fases posteriores do proceso terapéutico e que consiste na sensación do traballo conxunto para superar o malestar do paciente.

O certo é que hai certa complementariedade na formulación de ambos os autores. A alianza tipo 1 de Luborsky pode relacionarse co compoñente de aceptación ou vínculo positivo de Bordin, e o acordo nas tarefas e nos obxectivos que expón este autor pode asociarse coa alianza tipo 2 de Luborsky. Sexa como for, as conceptualizacións tradicionais sobre a relación terapéutica asumían que era responsabilidade do terapeuta conseguir que o paciente se identificase con el, así como lograr que adoptase as súas tarefas e obxectivos para asegurar o éxito da terapia. Con todo, actualmente considérase que a alianza terapéutica é

un construto que desenvolven paciente e terapeuta de forma conxunta.

### **Por que é importante establecer unha adecuada alianza terapéutica?**

É fundamental establecer unha forte alianza terapéutica ao comezo do tratamento, pois isto aumenta a probabilidade de éxito e diminúe o risco de que o paciente decida abandonar a intervención. Demostrouse que os procesos nos que a alianza é forte obteñen mellores resultados terapéuticos tanto ao finalizar a terapia como en avaliacións de seguimento posteriores.

No caso de que a alianza non sexa adecuada, é posible que o paciente omita información valiosa que permita enfocar o tratamento da mellor maneira. Esta dificultade, ademais, podería xerar certa frustración no paciente, que non experimenta melloría co transcurso das sesións, e no terapeuta, por non saber exactamente como enfocar o caso. Por iso, construír un vínculo terapéutico adecuado facilitará que o paciente deixe de lado o medo a ser xulgado e que, así, se exprese con total liberdade.

Ademais, parece que unha relación terapéutica consolidada é unha das claves do cambio en psicoterapia. Isto débese a que unha boa alianza terapéutica facilita o contexto para que o traballo en psicoloxía sexa eficaz.

### **Que factores facilitan a formación dunha adecuada alianza terapéutica?**

Sen dúbida, un dos elementos principais da formación da alianza terapéutica é a confianza que terapeuta e paciente depositanse mutuamente. Por unha banda, o terapeuta confía na capacidade do paciente para afrontar e superar os seus problemas e, por outra, o paciente séntese comprendido e apoiado, o que

o leva a confiar na habilidade do terapeuta para axudalo.

Ademais, describíronse algunhas calidades do terapeuta que facilitan a relación terapéutica: a súa calidez, a súa disposición de escoita, a súa empatía, a súa comprensión, a súa curiosidade xenuína, o seu desexo de axudar, a súa tolerancia á ambigüidade e actitude non crítica. Tamén ser flexible, honesto, respectuoso, confiable, seguro, interesado e aberto contribúen positivamente á alianza (Ackerman, Hilsenroth, 2003).

As características do terapeuta veñen reforzadas polo contexto no que se practica a psicoterapia: outórgaselle un status de experto, suponse que dispón de coñecementos especiais que o converten nun profesional cualificado para axudar ao paciente na súa problemática. Nesta liña, o papel das marcas de contexto é, tamén, crucial. As marcas de contexto son todos os detalles que definen a relación terapéutica: duración das sesións, frecuencia das mesmas, honorarios, lugar da consulta e forma de contactar co terapeuta, entre outros. É que non é o mesmo falar na terraza dun bar mentres se comparte unha comida que nun espazo deseñado para favorecer e facilitar o cambio terapéutico.

## **3—**

### **QUE ENTENDEMOS POR CRISE NA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

Safran e Segal (1990) definen a ruptura ou crise da relación terapéutica como un desaxuste ou tensión na relación entre o terapeuta e o paciente. Segundo a conceptualización de Bordin (1979), a ruptura da alianza produciase cando a negociación das tarefas terapéu-

ticas, os obxectivos ou o vínculo emocional se ven comprometidos.

As rupturas xeralmente varían en intensidade, poden ser rupturas pouco importantes, nas que un ou os dous participantes non son moi conscientes da mesma, ata deterioracións máis importantes na colaboración, na comunicación ou mesmo no entendemento (Safran et al., 2011). Estes autores diferencian tres tipos de rupturas, que non teñen por que ser mutuamente excluíntes: 1. Desacordos nas tarefas en terapia, 2. Desacordos acerca dos obxectivos, 3. Tensións na unión entre paciente e terapeuta.

Para Mitchell et al. (2011) as crises son inevitables e danse en todas as terapias, con terapeutas de diferentes correntes e mesmo nos máis habilidosos. Estas crises poden xurdir cando tanto paciente e terapeuta se atopan inmersos en círculos viciosos. Algunhas rupturas non inflúen significativamente no progreso terapéutico, pero noutros casos poden supor un abandono ou o fracaso do tratamento.

Binder e Strupp (1997) indican que as rupturas son episodios, de comportamento sutil ou aberto e evidente, que involucran o paciente e o terapeuta nas interaccións negativas. Isto é importante, porque consideran que as crises ou rupturas son unha contribución de ambos os suxeitos: paciente e terapeuta. Estes autores tamén indican que mesmo os terapeutas máis adestrados adoitan ter dificultades para involucrarse en conflitos interpersoais. Fracasan en recoñecer marcadores de rupturas como o *distress*, a frustración do paciente, ou o non abordar temas significativos. Isto inicia e mantén un ciclo negativo, no que a ruptura non é resolta.

Parece que hai certas características do terapeuta que dan como resultado a deterioración da alianza terapéutica. Algunhas delas son: mostrarse críticos ou moralistas, estar á defensiva, mostrar falta de calidez, faltar ao respecto, mostrarse inseguros, tensos, distraídos, cansos, aburridos ou distantes. Ademais,

a forma en que leven a cabo algunhas técnicas pode ter un efecto negativo sobre a alianza como, por exemplo, facer un mal uso do silencio, realizar comentarios persoais inapropiados ou estruturar rixidamente a terapia. Tamén se describiron algúns comportamentos específicos do terapeuta que danan a relación, como xerar dependencia no paciente, facer comentarios irrelevantes ou tratar de impor os propios valores ao paciente.

Ackerman e Hilsenroth (2001) nunha revisión atoparon que atributos persoais do terapeuta, como ser ríxido, inseguro, crítico, distante, tenso e distraído contribúen negativamente á alianza.

Safran e Muran (2000) consideran que a apertura, a flexibilidade, o respecto, a capacidade de facilitar a expresión de afecto e atender á experiencia do paciente son atributos do terapeuta necesarios para resolver crise da alianza terapéutica.

As rupturas a maioría das veces son inevitables, pero as terapias que as inclúen reforzan a alianza e adoitan ser máis efectivas (Baillargeon et al., 2012). Binder e Strupp (1997) indican que a resolución das crises fortalece a alianza de traballo e isto deriva nun maior entendemento dos problemas do paciente.

## 4—

### ALGÚNS PROBLEMAS, RUPTURAS E CRISES NA ALIANZA

As rupturas asócianse a activacións disfuncionais dos patróns interpersoais que ten o paciente, que cando non se resolven de maneira satisfactoria, termínase deteriorando a alianza e leva a resultados pouco exitosos ou ao abandono da terapia (Safran e Kraus, 2014). Existirían dous tipos de rupturas: de retirada, ou negación do estado anímico, cambios re-

pentinos de tema, respostas concisas, e intelectualización. E as rupturas de confrontación que serían aquelas que se dan cando existen queixas directas cara ao terapeuta, as súas competencias, cara ás actividades da terapia ou cara aos logros durante a mesma (Safran, Muran, 2000; Safran, Muran, 2005). Ante estes escenarios, o terapeuta debe identificar e resolver as rupturas xunto ao seu paciente, a través de habilidades de resolución de problemas como convidar o paciente a aclarar malentendidos, a expresar sentimentos negativos ou a ligar a ruptura con patróns interpersoais dentro e fóra da sesión (Safran, Kraus, 2014).

Tamén existen variables do paciente que afectan á relación terapéutica como poden ser: eventos estresantes, a motivación, o estilo de apego, as relacións sociais e familiares do paciente, as expectativas sobre a relación adecuada co terapeuta, o perfeccionismo, a evitación social, a hostilidade, a desgana etc. (Horvath, Luborsky, 1993).

Estudouse a asociación entre o tipo de apego en pacientes adultos e o vínculo terapéutico establecido ao comezo do tratamento. Atopouse que os pacientes con apego ansioso tiñan máis dificultades para establecer un vínculo, e se o facían non era de boa calidade, en cambio os pacientes con apego seguro realizaban vínculos estables e de alta calidade (Botella, Corbella, 2003).

Horvath e Luborsky (1993) revelaron que as similitudes entre paciente e terapeuta nalgunhas características como sexo, a idade e os valores podían mellorar o vínculo entre eles.

Safran e Muran (2000) e Baillargeon et al. (2012) describen dous tipos de rupturas: por distanciamento e por confrontación. As rupturas por distanciamentos son rupturas onde o paciente desconecta e se retrae das súas emocións, de aspectos do proceso terapéutico e mesmo do terapeuta. Estas rupturas pódense expresar de diferentes maneiras, en ocasións o paciente non é capaz de expresar as súas preocupacións ou mesmo as súas necesidades. Ás

vezes non saberá expresar as súas preocupacións ou as atenuará e noutras ocasións someterase ou adaptarase aos desexos do terapeuta.

As rupturas por confrontación serían aquelas nas que o paciente formule directamente o seu enfado ou o seu resentimento, pode ser a insatisfacción na relación co terapeuta ou por algúns aspectos da terapia. Cando este tipo de ruptura ocorre en terapia resulta difícil para o terapeuta non dar unha resposta defensiva á demanda ou crítica do paciente, polo que o paciente recibirá unha resposta esperada. Ás veces, pode ocorrer, que as interpretacións do terapeuta levan a mensaxes de culpa e de desprezo cara aos seus pacientes. Mesmo, estas interpretacións poden volverse comunicacións difíciles que transmiten á vez mensaxes de axuda e de crítica.

Para Baillargeon et al. (2012), as rupturas por confrontación e distanciamento manifestan as formas desiguais nas que un paciente pode afrontar a tensión entre necesidades opostas, de estar só ou relacionarse. Nas rupturas por confrontación, o paciente negocia o conflito beneficiando a súa necesidade de estar só ou definición-do-self en deterioración da súa necesidade de relación. E nas rupturas por distanciamento, o paciente loita pola relación a pesar da súa necesidade de estar só ou definición-do-self. Os pacientes seguramente tomarán partido por un estilo de ruptura ou por outro, o que á súa vez reflectirá diferentes tipos de adaptación. Estes tipos de ruptura poden aparecer no tratamento dun mesmo paciente.

### **Momentos de ruptura da alianza:**

Relacionados coas rupturas de distanciamento:

- Negación, resposta mínima e disociación: Son accións ou actitudes do paciente que reducen a calidade de colaboración do vínculo terapéutico. Por exemplo, o paciente dá respostas moi curtas ou garda silencio durante a sesión. Ademais, nega os seus es-

tados emocionais e disocia o contido do que di e o que expresa de forma non verbal.

- Evitación e desconexión: Serían aquelas situacións nas que a comunicación se volve abstracta, é dicir, non pode vincular a propia experiencia co que está a dicir, ou cambia de tema abruptamente, distráese frecuentemente ou non quere falar dun tema determinado.
- Autocrítica e desesperanza: Serían momentos nos que o paciente entra nun proceso de desesperanza e autocrítica, que deixa fóra calquera tipo de axuda por parte do terapeuta.
- Paciente en actitude deferente: É cando o paciente obedece demasiado, o que o con-

verte en excesivamente acatador e ten unha actitude de sometemento.

Relacionados con momentos de ruptura por confrontación:

- Queixas dirixidas á persoa do terapeuta: Nalgúns momentos o paciente mostra sentimentos de rabia, impaciencia, desconfianza ou rexeitamento cara ao seu terapeuta. Ou ás veces pode criticar o estilo interpersoal do terapeuta, tentando controlar as intervencións, ou chega a expresar abertamente dúbidas da súa competencia profesional.
- Queixas dirixidas cara ás intervencións e tarefas da terapia. Serían todas aquelas accións que o paciente fai co fin de rexeitar a

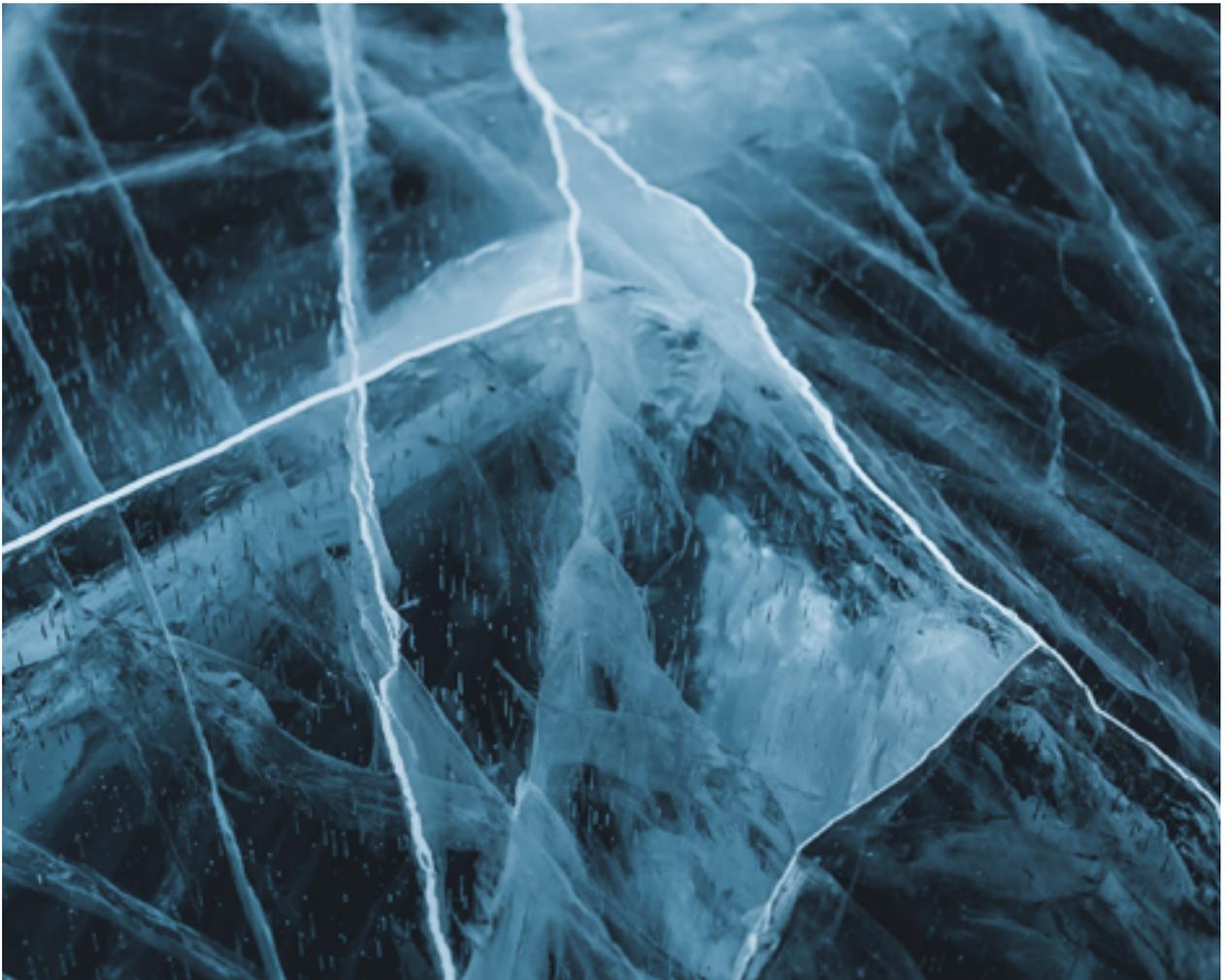


Foto: Maksim Romashkin

intervención do terapeuta, o seu punto de vista ou calquera actividade proposta na sesión. Sería unha actitude de desacordo non colaborativa.

- Queixas dirixidas cara aos parámetros xerais da terapia. Serían as queixas do paciente en relación aos obxectivos, o progreso da terapia ou o setting.

## 5 — PROPOSTAS DE SOLUCIÓN

Unha ruptura é unha situación única que nos permite explorar as crenzas, emocións, expectativas do paciente. Explorar estas crises permítelle ao terapeuta descubrir, recoñecer e validar o paciente. Os terapeutas vólvense máis empáticos, máis receptivos, fomentan que os pacientes expresen as súas inquietudes. Safran e Muran (2000) propoñen unhas intervencións para facilitar a resolución das crises: 1. Abordar o marcador de ruptura, 2. Explorar a experiencia de ruptura, 3. Validar a afirmación do *self* e 4. Recoñecer o ciclo cognitivo-interpersoal no que paciente e terapeuta se atopan, incluíndo os seus propios sentimentos.

Safran e Muran (2000) realizan unha clasificación das intervencións eficaces ante as rupturas da alianza. Utilizando como guía a proposta por Bordin sobre os elementos da alianza, expoñen dúas clases de intervencións: directas e indirectas.

Directas:

- Xustificación terapéutica. Cando o terapeuta detecta tensións na alianza, comprobará se o paciente comprende ben o por que da terapia e, se non fose así, pode volver explicalo.
- Exame dos temas relacionais nucleares. Consiste en reflectir ao paciente a dificul-

tade que ten de realizar as tarefas. Podería relacionarse cunha falta de compromiso coa terapia.

Indirectas:

- Reencadrar o sentido dos obxectivos e das tarefas. Ás veces, teremos que modificar a tarefa proposta ou utilizar un nome diferente para a técnica, que sexa menos directo ou ameazante para o paciente.
- Modificación de tarefas ou obxectivos. Consistiría en negociar co paciente un cambio de tarefa ou variar a orde de intervención ao diagnosticar posibles atascos, dificultades ou medos do paciente para facela. Manifestar empatía coa dificultade e mostrar a nosa flexibilidade para realizar cambios pode ser unha boa intervención.
- As intervencións sobre o vínculo relacional tentan reparar as tensións xurdidas no nivel relacional da alianza. Buscaríase o motivo subxacente á ruptura; por exemplo, tratando de identificar se a molestia do paciente se debe á súa forma de relacionarse con outras persoas.

Directas:

- Clarificar malentendidos. Ás veces o terapeuta pode fomentar actitudes no paciente como a desconfianza ou unha actitude defensiva. A metacomunicación do erro sería recomendable a través da exposición directa por parte do terapeuta.
- Exame dos temas relacionais nucleares. Sería útil esta intervención cando falamos de rupturas na alianza.

Indirectas:

- Aliarse coa resistencia. Encadraríamos como adaptativa a evitación defensiva que o paciente realiza de sentimentos dolorosos. Se substituímos o desafío da resistencia

- por unha validación da mesma axudará ao paciente a acceder a determinados aspectos evitados da experiencia.
- Nova experiencia relacional. En moitas ocasións podemos traballar desde accións indirectas e sutís, máis que desde técnicas propiamente ditas. Por exemplo, en ocasións deberemos estar quietos e serenos ante un pranto, non sorprendernos ante algo vergoñoso que nos conte o paciente etc. Son alternativas ao tipo de relación que o paciente está afeito.

### **Cando non xorde unha boa conexión terapeuta-paciente desde o inicio**

A relación terapéutica empézase a construír desde o primeiro contacto entre terapeuta e paciente. En moitas ocasións xorde un primeiro sentimento de “feeling” que non se pode explicar racionalmente, pero outras veces non ocorre isto. Simplemente hai relacións que se desenvolven aos poucos, con certo esforzo e coñecendo aos poucos novas características da outra persoa.

A boa noticia é que a relación terapéutica non nace, faise. Por iso, para lograr establecer unha boa alianza é importante que o terapeuta se mostre respectuoso. Para iso, pode propor ao paciente que non conte nada que non queira e que, ante as preguntas do terapeuta, se sinta coa liberdade de non contestar ou, mesmo, de mentir. Tamén pode indagar sobre que axuda ao paciente das sesións, que lle fai sentir ben, que lle incomoda e que dúbidas ten.

### **Cando o paciente cre que o terapeuta non o pode axudar**

Ás veces o paciente dubida sobre a competencia do terapeuta ou dos procedementos que este utiliza para axudalo a resolver os seus problemas. Nestes casos, o terapeuta debe, en primeiro lugar, validar e aceptar esta situación. Mesmo pode confirmar as sospeitas do paciente e declararse incompetente (“Que mala

sorte tiveches por caer nas miñas mans!”). Ante esta actuación do terapeuta poden darse dous escenarios: 1) que o paciente non estea de acordo con esta opinión do terapeuta sobre si mesmo, dándolle por tanto autoridade e competencia para axudalo cos seus problemas; e 2) que o paciente estea de acordo co terapeuta e que, desta forma, saia do bloqueo no que se atopaba e empece a colaborar.

### **Cando o paciente dubida do segredo profesional**

Hai pacientes que desconfían do uso que o terapeuta fará da información recollida durante as sesións. Se isto ocorre e o paciente cuestiona a confidencialidade do terapeuta, non serve de moito repetir as razóns que defenden o segredo profesional. O ideal nestes casos é pedir ao paciente que non conte nada que pense que pode comprometer a súa intimidade pois, posiblemente, non sexa necesario entrar en detalles para lograr o éxito terapéutico. Tamén é necesario pedir permiso para facer preguntas sobre os temas que o terapeuta considere oportuno, deixando sempre a opción de non contestar no caso de que o paciente sinta que se está invadindo en exceso a súa intimidade. O que adoita ocorrer nestes casos é que, ante o respecto mostrado polo terapeuta, a confianza do paciente vai aumentando aos poucos, chegando a ofrecer a información que nun inicio non quería dar.

### **Acumulación de tensión antes de acudir á terapia**

Referímonos á tensión presente nas relacións familiares xerada polas dificultades de resolver o problema que lles trae a consulta, incrementada polas solucións tentadas que non tiveron o efecto que esperaban. Esta tensión pode verse incrementada polo sentimento dalgún dos membros de acudir obrigado ás sesións, ou por sentirse incómodo ao pensar en ter que falar dos seus problemas cun descoñeci-

do. A estratexia neste caso estaría relacionada con incrementar a seguridade da familia. Empezaríamos por establecer unha contorna no que todos os participantes se sentisen seguros, para iso o terapeuta preocuparíase por limitar os intercambios familiares negativos e clarificando os límites da confidencialidade, os obxectivos do tratamento e o papel de cada participante (Snyder, 1999).

### **Diferenzas no punto de partida dos membros da familia**

Pode que este sexa un dos puntos máis frustrantes de cultivar e de guiar as alianzas na terapia familiar e de parella. Hai xente que é máis confiada, aberta e flexible que outra. Para algunhas persoas hai máis en xogo e, polo tanto, teñen máis que perder. Hai quen ten máis boa vontade cara aos demais. Moitos destes comportamentos reflicten a fortaleza da alianza, contribúen a ela ou a socavan, independentemente do enfoque ou do contexto do tratamento.

Cando non existen barreiras e as persoas chegan dispostas a falar sinceramente e a traballar entre si cara a un obxectivo común, as alianzas fortalécense de forma natural. Cando a xente empeza a darse conta de que os membros da familia cambian de maneira positiva, aumenta a súa propia participación e crece o seu sentido do propósito con relación ao tratamento. É cando os membros da familia se relaxan durante a terapia, empezan a ter ganas de asistir ás sesións e se senten mesmo máis vinculados ao terapeuta.

### **A división nas alianzas e a súa repercusión no enganche terapéutico**

Esta é outra das dificultades que se presentan frecuentemente en terapia familiar e non en sesións individuais. Ambas formas de terapia, para asegurar o éxito da intervención, buscarán conseguir un enganche no proceso terapéutico; a diferenza é que en terapia familiar

búscase a cooperación de todos os membros e que sexan parte activa no tratamento. Este enganche no proceso terapéutico enténdese como que o cliente se sente involucrado na terapia e traballa co terapeuta; considera que as metas e tarefas terapéuticas se poden discutir e negociar co terapeuta; cre que é importante tomarse en serio o proceso, e confía en que o cambio é posible (Friedlander, Escudero e Heatherington, 2018).

Para estimular o enganche no cliente o terapeuta pode estimular este tres aspectos: explicarlle como funciona a terapia, pedirle activamente que se manifeste acerca de definir as metas e as tarefas, explorar a súa disposición para ensaiar novas formas de comportarse durante ou despois das sesións, pescudar as súas reaccións ante os diversos sucesos terapéuticos, captar a atención e a participación de todos os que asisten ás sesións, e valorar e amplificar cada pequeno cambio que se consiga (Friedlander et al., 2018).

Ao traballar nun tratamento conxunto, o terapeuta debe analizar e manexar rapidamente os triángulos emocionais (Bowen, 1976), de forma que a tensión no seo da díada non o arrastre e desequilibre a alianza en curso. Esta crise na alianza pode producir a ruptura da alianza cun, varios, ou todos os membros da familia (Pinsof, 1995). Estas alianzas “divididas” ou “desequilibradas” poden ir ou non en detrimento do tratamento, en función da intensidade e da persoa con quen se ten maior ou menor alianza. De forma xeral, podemos suxerir que o terapeuta ten que asegurarse unha alianza positiva coa persoa que ten maior influencia para conseguir que a familia siga co tratamento (Pinsof, 1995).

Para involucrar os membros da familia que son reticentes, o terapeuta ten que incidir no sentido de compartir o propósito por medio de sinalar os puntos en común da perspectiva, os valores e as experiencias das diferentes persoas; animar os membros da familia a pedir información uns aos outros, a preguntarse

mutuamente polo punto de vista sobre cada problema que se discute; eloxiar os clientes por respectar a perspectiva dos demais cando así sucede etc. Posto que cando os que se mostran reticentes ven que se valoran as súas opinións e os seus sentimentos, tenden a sentirse máis cómodos e a involucrarse máis.

### **Cando o establecemento das alianzas se ve afectado polo factor xénero**

Hai un factor relacionado co xénero que inflúe no establecemento da alianza terapéutica, habitualmente é a muller quen inicia o proceso de procura de axuda profesional, podendo facer que o contexto terapéutico lle resulte alleo aos homes da familia ou parella. A investigación de xénero en terapia familiar e de parella demostrou de maneira clara que os resultados do tratamento son mellores cando se establece unha alianza sólida do terapeuta co marido ou o pai. Noutras ocasións, a fonte dos problemas da parella pódese atribuír a malentendidos que teñen que ver co xénero, ao definir o problema desta forma, poderase involucrar á parella nun diálogo acerca do grao en que os estereotipos destrutivos e as mensaxes acerca do comportamento adecuado de homes e mulleres afectan negativamente á súa relación.

### **Cando o terapeuta se centra máis na técnica que na experiencia do cliente**

Un punto importante para avaliar a alianza terapéutica é a valoración que fai o propio cliente sobre esta, e a experiencia dinos que esta percepción non sempre coincide coa que ten o terapeuta.

Un exemplo de crise na alianza pode darse se o terapeuta se centra exclusivamente nas técnicas e non valora a experiencia do cliente, o que conducirá a fracasos inesperados. Para evitar isto é aconsellable que a medida que a terapia vai progresando, se consulte periodicamente aos clientes: “Hai algo que vostedes esperaban e que non fixemos e que se estean

cuestionando?” ou “Consideran que o que lles ofrezco/suxiro é adecuado para vostedes e se axusta ao que esperaban conseguir aquí?”.

Eles son os expertos na súa vida, realizar estas preguntas servirá para comprobar as expectativas coas que acoden ás sesións e adaptar a intervención para que se sintan parte do proceso, que participen nas tarefas porque pensan que se adaptan á súa realidade e que se incrementa a confianza no terapeuta ao sentirse escoitados.

A respecto disto último, a alianza conceptualízase como un estreito lazo emocional entre cliente e terapeuta, e como un acordo mutuo acerca das tarefas e as metas do tratamento (Bordin, 1979). Unha particularidade que se dá en terapia familiar e de parella é que este lazo ten que ser estreito con todos os membros da familia, e non unicamente cos que acoden a todas as sesións (Pinsof, 1995). Para traballar eficazmente neste ámbito o terapeuta debe prestar atención simultánea ás necesidades do sistema, véndoas dunha forma que teña sentido para todos. Pode requirir volver enfocar o problema, destacar as boas intencións de todos, e salientar os valores comúns e as fortalezas do conxunto (Friedlander et al., 2018).

### **Cando as persoas non desexan acudir a terapia ou veñen por mandato xudicial**

Ante estas situacións poderemos diferenciar claramente os tipos de relación que caracterizan o inicio do tratamento entre cliente e terapeuta.

Nunha relación de “demandante”, o cliente quíxase, a pesar de que coincide co terapeuta na natureza do problema, non se sente a si mesmo parte da solución. Pode mesmo estar moi motivado para resolver o problema, pero está convencido de que é necesario que outras persoas cambien para que a situación poida mellorar.

Pode ocorrer que o cliente se sinta un “visitante” na terapia, polo que non reconecerá que exista un problema sobre o que haxa que traballar. Neste tipo de relación é imposible negociar os obxectivos do tratamento xa que son outras persoas as que teñen os problemas.

Finalmente, podemos considerar outro tipo de relación cando acoden derivados por mandato xudicial que sería a de “refén”; ante esta situación ao cliente non só non lle parece que haxa un problema a tratar, senón que ademais pensa que derivalo a terapia é unha inxustiza. En consecuencia, mostrarase hostil co terapeuta.

O común nestes tipos de relacións é que perciben unha ameaza centrada principalmente na seguridade e o sentido de compartir o propósito da familia. Para potenciar estes aspectos, o terapeuta debe centrarse en fomentar o enganche e a conexión emocional. Ante esta situación debemos fixarnos nun matiz que influirá en como afrontar este tipo de crise, e consiste en se a obriga é ou non explícita.

Se a obriga de acudir a terapia é explícita e reconecida por todos, o terapeuta pode planificar as estratexias apropiadas para cultivar a alianza. Durante a primeira sesión deberá falar cos membros da familia acerca da presión ou o mandato legal que os levou alí, co fin de negociar os obxectivos e os termos da terapia, así como o tipo de relación que se vai establecer. Tamén deberá ser claro e transparente con respecto ao seu compromiso coa instancia que os derivou ao tratamento, e especificar calquera condición limitativa imposta por terceiras partes. Se estimula unha discusión aberta sobre o que senten e pensan acerca do tema, demostrará que tenta crear unha atmosfera de confianza e liberdade dentro dos límites impostos pola institución de referencia.

No caso de que a obrigatoriedade de asistir sexa encuberta, parecerá que a terapia é voluntaria pero non o é; para detectar isto podemos ter en conta as diferentes dimensións da alianza: ver se se logra a conexión emocional co terapeuta, se cooperan de boa gana nas

tarefas demostrando así un bo enganche no proceso terapéutico e, sobre todo, se demostran seguridade e/ou comparten o propósito na familia.

Ante estas situacións, o terapeuta ten que reconecer o contexto coercitivo e, aínda que sexa difícil, evitar tomarse o resentimento ou a hostilidade da familia como algo persoal. Centrarse inmediata e exclusivamente nos problemas que causaron a derivación da familia á terapia logrará que se entorpeza a colaboración. En cambio, se o terapeuta fai un esforzo xenuíno para comprender a profunda desconfianza que a familia ten nos profesionais, esta demostración de empatía polos sentimentos de sentirse invadidos ou traizoados que presenta a familia axudará a cultivar a alianza.

Cando a pesar de tomar todas estas consideracións, a terapia se inicia con mal pé, o terapeuta aínda pode utilizar diferentes estratexias para mellorar a alianza; entre elas: 1) prestar atención á experiencia do cliente, 2) presentarse como un aliado, e 3) axudarlle a identificar metas terapéuticas que sexan significativas para el.

### **A alianza terapéutica en tempos de COVID-19**

A crise sanitaria que empezou en 2019 debido á pandemia pola COVID-19 supuxo que as máscaras chegasen para quedar. Neste sentido, as normas foron claras: a máscara debe ser usada sempre que se saia da vivenda, con especial atención a aquelas situacións nas que as persoas se atopan en espazos pechados acompañados de non convivintes. Isto, por suposto, tivo un impacto nas consultas de Psicoloxía e, por tanto, na alianza terapéutica.

A máscara converteuse nun elemento novo que limita en certo xeito a capacidade de expresión facial e, tendo en conta que gran parte da comunicación é non verbal, isto pode supor un problema dentro das consultas. Os cambios na proxección do ton e a ausencia de apoio

xestual poden dar lugar a interpretacións erróneas na comunicación. Un exemplo diso é o uso da ironía, pois resulta máis complicado abstraerse da parte literal sen expresións que faciliten o entendemento da intención.

Ademais, perder a información do sorriso pode reducir a capacidade de mostrar empatía e confianza, dous trazos fundamentais para construír unha adecuada alianza terapéutica. O uso da máscara tamén altera o ton e o volume ao falar, podendo ocasionar dificultades na comprensión. Por iso, é importante compensar este déficit potenciando outros aspectos da comunicación non verbal, como os movementos corporais ou a xesticulación coas mans. Tamén é interesante utilizar a mirada como unha rica fonte de información, vocalizar mellor á hora de falar, ser máis expresivos ao sorrir e expresar verbalmente o que non se pode expresar xestualmente.

## 6 — DISCUSIÓN

Na bibliografía consultada enténdense as crises na alianza terapéutica como perturbacións ou tensións na relación entre terapeuta e paciente ou pacientes. Este desaxuste maniféstase por unha falta de colaboración en obxectivos ou tarefas. Estas crises poden variar en función da severidade, intensidade, frecuencia, duración, etc., e para varios autores poderían clasificarse en rupturas por distanciamento ou rupturas por confrontación.

Moitos autores tamén conclúen que estas rupturas son inevitables, e mesmo aquelas terapias nas que se dan rupturas na alianza adoitan ser máis efectivas que aquelas en as que non. Este tipo de crises poden ter resultados positivos se se resolven de maneira exitosa, chegando mesmo a mellorar ou fortalecer a alianza e facendo que o paciente se sinta máis entendido. Polo tanto, os terapeutas deben ser habilidosos

e ocuparse das rupturas, xa que é un factor importante para ter éxito na terapia.

A medida que afondamos no coñecemento e na comprensión dos modelos ou intervencións posibles para resolver as diferentes crises na alianza, maior impacto positivo xeraremos nos pacientes, xa que saberemos afrontar estes momentos difíciles e á vez tan frecuentes durante a relación terapéutica.

Como vimos, as crises poden vir motivadas por moi diversas razóns; comprender o proceso polo que pode estar a pasar a persoa que acode a terapia, verbalizalo e compartilo con eles é un primeiro paso para construír unha alianza sólida. Nas ocasións nas que non suceda así, falar con honestidade sobre o que como profesionais percibimos a respecto da alianza pode axudar a liquidar esas dificultades e favorecer a relación. No peor dos casos proceder desta forma aforra tempo e esforzos a ambas as partes cando non se ve posibilidade algunha de colaboración, recoñecendo as limitacións que isto suporía para o método de traballo e podendo recomendar a outro profesional se se valora que lles poida axudar con respecto da demanda exposta.

Finalmente, canto mellor manexemos as ferramentas para afrontar as crises na alianza terapéutica, e canto mellor as adaptemos á situación e á persoa ou persoas coas que esteamos a traballar, máis probabilidades teremos de ter éxito na terapia.

## Bibliografía

- Ackerman, S. J., Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy Practice and Research*, 38,(2), 171-185.
- Ackerman, S.J., Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.
- Baillargeon, P., Coté, R., Douville, L. (2012). Resolution Process of Therapeutic Alliance Ruptures: *A Review of the Literature*. *Psychology*, 3(12), 1049-1058.
- Binder, J. L., Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 121- 139.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3), 252-260.
- Corbella, S., Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Safran, J. (2010). Transacciones interpersonales en episodios de ruptura de la alianza: un estudio de caso de un abandono de terapia. *Revista Argentina de clínica psicológica XIX*. 101-115.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L. (2018). *La alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja*. Barcelona. Paidós.
- Horvarth, A., Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 561-573. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.61.4.561>
- Mitchell, A., Eubanks-Carte, C., Muran, J.C., Safran, J. D. (2011). *Rupture Resolution Ranting System*.
- Pinsof, W. B. (1995). *Integrative problem-centered therapy*. Nova York. Basic Books.
- Rodríguez-Arias Palomo, J. L., Venero Celis, M. (2006). *Terapia familiar breve: Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico*. Madrid. Editorial CCS.
- Safran, J. D., Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51, 381-387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>
- Safran, J. D., Muran, J. C. (2000/2005). *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional (Título original: Negotiation the therapeutic alliance: A relational treatment guide)*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Safran, J. D., Segal, Z. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. Londres. Aronson.
- Safran, J., Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona. Paidós.
- Safran, J., Muran, C., Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Salgado, M. E. (2016) Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica. *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias afines*, 13 (1), pp. 46-55. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Snyder, D. (1999). "Affective reconstruction in the context of a pluralistic approach to couple therapy". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 348-365.
- Waizmann, V., Espíndola, I., Roussos, A. (2009). *Acerca de las rupturas de alianza terapéutica*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

# CREATIVIDADE

NEWTON EN  
CORENTENA.  
COMO AS CRISES  
INFLÚEN NO  
DESENVOLVIMENTO  
DA CREATIVIDADE

**Alma Montes Arenas**

*Psicóloga. Xestora de contido.*

[almamontesarenas@gmail.com](mailto:almamontesarenas@gmail.com)

SUMARIO

CASTELÁN

## RESUMO

Os diferentes confinamentos vividos ao longo de 2020 propiciaron unha explosión creativa en diversos ámbitos. As empresas tiveron que idear formatos extraordinarios para seguir producindo dende a casa, as PEMES buscaron solucións de venda dixitais, o mundo artístico abriuse a través das redes sociais... A crise vivida supuxo unha transformación. É, polo tanto, o contexto disruptivo unha condición necesaria para que se desenvolva a creatividade?

**PALABRAS CHAVE** — creatividade, crise, contexto creativo.

## ABSTRACT

The different confinements lived along 2020 have propiciated a creative explosion in diverse fields. Companies had to come up with extraordinary formats to continue producing from home, the small and medium enterprises looked for digital available solutions, the artistic world opened through the social networks... The crisis lived has supposed a transformation. It is, therefore, the disruptive context a necessary condition so that it develop the creativity?

**KEY WORDS** — creativity, crisis, creative context.

Agora desmentido, o mito da mazá de Newton, a través da cal se nos explica como o xenio desenvolveu a teoría da gravidade, deuse en circunstancias que nos poden resultar tristemente próximas.

Aos 18 anos Newton ingresa na Universidade de Cambridge. En 1665 debido á peste bubónica que arrasaba Inglaterra, a Universidade decide pechar as súas portas e envía a todos os seus estudantes ás súas casas para conter a epidemia.

Esta situación alóngase durante dous anos, nos que Newton se refuxia en Woolsthorpe, onde se atopa a casa familiar, afastado de calquera centro de coñecemento.

O illamento propiciou o desenvolvemento do que serían as primeiras teorías do físico máis importante da historia.

A historia de como Newton ideou a Teoría da Gravidade porque lle caeu unha mazá na cabeza xa pertence ao imaxinario colectivo. Dá igual se é certa ou non. Quedou como exemplo de iluminación, sen contarnos, claro, que este científico xa dedicara moitas horas a ler e investigar, a pensar e observar a súa contorna.

E é certo que a ciencia ten tamén un principio creativo, non entendendo isto como inspiracións vindas da nada, senón como un proceso consciente, abonado con coñecemento previo, traballado e influenciado pola realidade social

## QUE A INSPIRACIÓN TE PILLE TRABALLANDO

*“Eu non creo nas musas, pero non vaia ser o demo que baixen, prefiro que me atopen traballando”*

Picasso

A creatividade foi entendida culturalmente como un trazo de personalidade, máis que o conxunto de factores que realmente a conforman. As primeiras definicións que atopamos, como as de Galton ou Terman, baséanse na teoría do xenio, é dicir, aquela que propón que é unha condición innata dalgúns seres humanos. Unha calidade herdada, como o é a estatura ou a cor dos ollos.

É certo que existen algunhas características individuais que propician o desenvolvemento creativo, como a introversión e tendencia cara ao pensamento lateral, pero non é o máis importante, ou polo menos, non é a condición única necesaria.

Algúns autores apoian, aínda así, a inspiración, por exemplo William James: “todo filósofo ou todo home de ciencia que contribuíse algo á evolución do pensamento apoíouse nunha especie de <convicción muda...> trátase

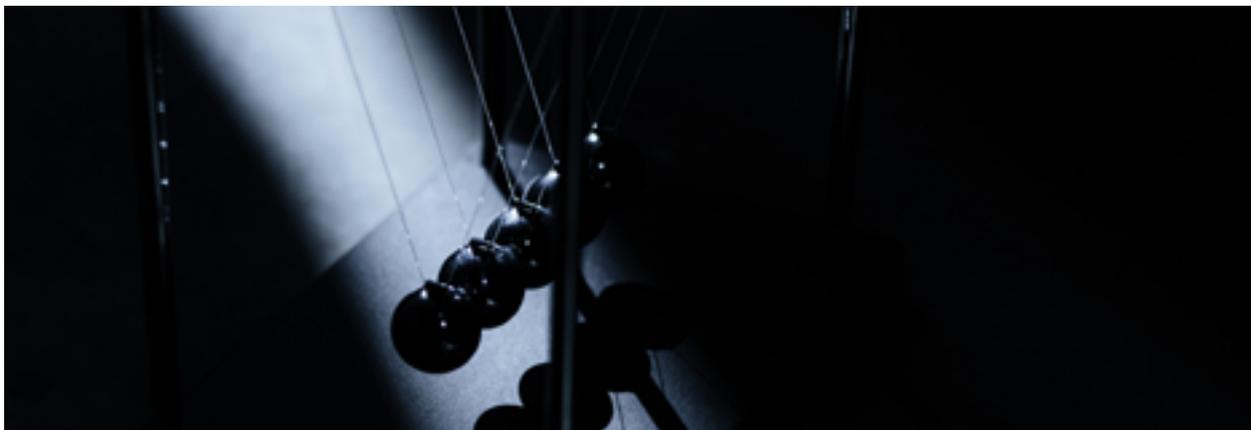


Foto: Ron Lach

dunha impresión vaga, que nos permite dirixir a acción por razóns moi pouco precisas”.

Pero para que a creatividade flúa teñen que darse unha serie de realidades contextuais que propicien a consecución do pensamento.

Para potenciar a creatividade teñen que darse á vez:

- Constancia, traballo, control e tempo dispoñible.
- Necesidade de saír da zona de confort (xa sexa esta intrínseca ou extrínseca).
- Conxunto social que motive e ademais valore o traballo creativo.

Incluso os momentos de pano e boli non deben entenderse como actos illados de inspiración. Todo o traballo anterior realizado, o coñecemento e o estudo sobre a materia, o estímulo adecuado no momento oportuno... O terreo para que a idea “apareza” debe ser preparado.

---

## AS CRISES SOCIAIS E A SÚA RELACIÓN COA CREATIVIDADE

***“A creatividade non consiste nunha nova maneira, senón nunha nova visión”***

Edith Wharton

Sendo a creatividade unha habilidade para resolver problemas de forma pouco convencional, é lóxico que se desenvolva máis cando as circunstancias sexan dalgún modo adversas.

Durante as épocas de crises, as sociedades mobilízanse fóra do coñecido, o que provoca unha ruptura coa zona de confort. Danse novas necesidades ás que temos que atopar solucións extraordinarias.

Na recente pandemia, ademais, deuse unha circunstancia que potenciou o desenvolvemento da creatividade: a obrigatoriedade de quedar na casa, o que se traduciu en moito tempo libre.

E é que o tempo libre, mal entendido como aburrimiento, é imprescindible para pornos traballar en actividades creativas. A vida diaria está chea de obrigacións, traballo, tarefas, recados, xestións... Ademais das diferentes formas de lecer. Na casa, en cambio, tivemos tempo de mirar dentro, o que conseguiu que moita xente por primeira vez, quizais, nas súas vidas puidesen dedicarse a hobbies para os que nunca atoparon o momento.

As crises, por tanto, agudizan o enxeño, desprázannos do cotián e, en ocasións como a vida pola COVID-19, permítenos ter tempo para desenvolver a creatividade. As situacións fóra do ordinario esíxennos explorar solucións diferentes. Que llo digan a todas esas empresas que necesitaron adaptar da noite para a mañá metodoloxías para produciren de forma illada.

Do mesmo xeito que Newton, durante a pandemia a gran maioría da poboación pechámonos na casa, que non deixa de ser un inconveniente, pero sen necesidades perentorias que atender. Se a esta realidade lle unimos o tempo, as redes sociais e unha sociedade que premiaba esta conduta, velaí o temos: foi, sen dúbida, un campo de cultivo idóneo para o desenvolvemento de infinidade de expresións artísticas.

Iso si, a relación entre crise e creatividade ten unha relación de U invertida, amplamente coñecida pola Psicoloxía. Ao final, se o estado de total benestar non se produce a suficiente necesidade para buscar solucións “fóra da caixa”. Así mesmo, se a crise é excesiva, as necesidades primarias imporáanse, non chegarán a poder materializarse as solucións imaxinadas (aspecto importante na definición de creatividade) polo que tampouco se darán explosións creativas.

O caso máis icónico e que mellor pode ilustrar como de necesaria é certa dose de crise, pero sen que exista un perigo real para a nosa existencia, atopámolo na española Xeración do 98. Como sabemos, a Xeración do 98 confórmasse por un conxunto de escritores e poetas que, desencantados coa situación socio-política da España de finais do século XIX, buscan unha forma de dignificala de novo. A crise das últimas colonias, a rexeneración tras a Revolución da Gloriosa e o sistema parlamentario por quen-das son os desencadeamentos que provocan a necesidade intelectual de dar forma a unha identidade nacional diferente á establecida.

É este punto de inflexión contextual o que nos regala algunhas das mellores mentes da literatura española. E é que grazas á creación en 1876 da Institución Libre de Enseñanza tiveron a oportunidade de desenvolverse e atoparse, de aprender e traballar nas súas ideas. É dicir, a crise puido ser un desencadeamento que non tería dado froitos de non existiren lugares e persoas que os fertilizasen e recollesen (por seguir coa metáfora agrícola) antes e despois.

---

## E AS CRISES PERSOAIS?

Como vimos, as crises sociais impactan de forma clara no desenvolvemento (ou non) da creatividade. Concluír se as crises persoais afectan en igual medida é un pouco máis complexo porque as valoracións sobre o que constitúe unha crise son máis subxectivas.

Aínda así, só de forma intuitiva, se pensamos en gremios como o da arte, a ciencia, a tecnoloxía, é dicir, en sectores tradicionalmente creativos, o primeiro que nos vén á imaxinación é o estereotipo de persoa inestable, case atormentada. Xa na Grecia Clásica, Platón en *Ion o de la Poesía* escribe: “o poeta é incapaz de producir mentres o entusiasmo non o arrastra fóra de si mesmo”

Alejandra Pizarnik, Munch, Kurt Cobain, Virginia Wolf, John Nash... son só algúns nomes cos que podemos exemplificar esta relación entre crise persoal e creatividade. O propio Newton sufriu un importante episodio de depresión e paranoia.

De forma pouco exhaustiva, ao longo da historia, sempre se relacionaron ambos os conceptos: pensadores como Aristóteles, Erasmo de Róterdam ou Freud xa reflexionaron sobre este tema, por pór só algúns exemplos. E falamos de falta de exhaustividade porque aínda que numerosos autores xa se referían á inclinación patolóxica da persoa creativa, non foi ata a segunda metade do século XX cando se comezaron a realizar experimentos e revisións sistemáticas respecto diso.

Debido á complexidade de ambas as características e ás múltiples definicións que atopamos tanto sobre creatividade como de patoloxía psicolóxica ou psiquiátrica, as investigacións son revisións correlativas, máis que causais, por razóns obvias.

É dicir, os estudos centráronse en coñecer se a poboación socialmente aceptada como creativa sofre nunha porcentaxe maior algún tipo de trastorno mental que a poboación xeral. E ao contrario: Se os pacientes psiquiátricos obteñen maiores puntuacións no constructo “creatividade” que os que non o son.

Por exemplo, Jamison (1989) fixo un seguimento a 47 artistas británicos e atopou que o 38% deles recibiran algún tipo de tratamento psiquiátrico durante a súa vida, ou Juda (1953), tras unha revisión biográfica de 294 creativos alemáns, concluíu que o 27% dos artistas e 19% dos científicos padeceran nalgún momento da súa vida ou ben episodios neuróticos ou trastornos da personalidade, cando a taxa para a poboación xeral roldaba entre un 10 e un 12%.

Na mesma liña, as investigacións de Post (1994), Andreasen (1987) ou Ludwig (1994), achegan datos de diferentes grupos creativos que apoian esta hipótese: a porcentaxe de persoas con algún tipo de problema mental dentro

das comunidades artísticas é significativamente superior á media do resto das persoas.

Pero, como sabemos, non se pode atribuír unha causa de que unha característica implique necesariamente a outra, nin viceversa. Kandel, premio Nobel de Medicina no ano 2000, argumenta “aínda que certas formas de creatividade xorden xunto aos trastornos mentais, a capacidade creadora non depende de ningunha enfermidade [...] senón que, como máximo, libera facultades da imaxinación que, en circunstancias normais, permanecerían bloqueadas polas inhibicións propias dos convencionalismos sociais e educativos”.

Aínda que é verdade que a porcentaxe de persoas con algún tipo de problema mental dentro das comunidades artísticas era significativamente superior á media de poboación xeral, non se pode atribuír unha causa de que unha característica implique necesariamente a outra, nin viceversa. Por exemplo, Jamison (1989) fixo un seguimento a 47 artistas británicos e atopou que o 38% deles recibira algún tipo de tratamento psiquiátrico durante a súa vida.

Destes estudos é posible extraer certa correlación, pero o feito de atravesar unha situación extrema non implica *per se* un pensamento creativo. Nin ao contrario. Como ocorre con calquera construto psicolóxico complexo, son moitas as variables que inflúen: a motivación, o estilo de afrontamento, o anticonvencionalismo ou a historia persoal, por dicir só algunhas.

## CONCLUSIÓN

A creatividade é unha habilidade cognitiva que nos permite atopar solucións valiosas en momentos de crise. Está claro que o contexto que propicia o movemento, o desprazamento do cotiá, obrigarános a pensar de forma pouco ordinaria, pero non é suficiente para desenvolvela.

É a sinerxía producida entre a personalidade, o proceso de pensamento, o produto en si e o contexto o que consegue, segundo os estudos, que alguén sexa creativo.

Todos elementos complexos de conceptualizar para alcanzar un que o é aínda máis.

E porque é tan complicado explicalo, tamén o é chegar a selo, ou tentar aprendelo. Pero quizais iso é o emocionante... Non entender ese clic que nos fai xeniais.

## Bibliografía

Alonso Monreal, C. (2000). *Qué es la creatividad*. Biblioteca Nueva.

Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Espasa Calpe.

Casini, P. (1971). *El universo máquina. Orígenes de la filosofía newtoniana*. M. Roca.

Chávez, R.A., Lara, M.C. *La creatividad y la psicopatología*. Salud Mental. 2000;23(5):1-9.

Gardner, H. (2010). *Mentes Creativas: Una anatomía de la Creatividad*. Ediciones Paidós Ibérica.

Gleick, J. (2005). *Isaac Newton*. RBA.

Huidobro, T. (2004). *Una definición de la creatividad a través del estudio de 24 autores seleccionados* [Tese doutoral: Universidad Complutense de Madrid]. Madrid.

Jiménez-Landi, A. (2010). *Breve historia de la Institución Libre de Enseñanza (1896-1939)*. Tébar.

Robinson, K. (1989). Mood disorders and patterns of creativity in british writers and artist. *Psychiatry*, 52 125-134.

Romo, M. (1997). *Psicología de la creatividad*. Paidós.

Sandblom, P. (1995). *Enfermedad y creación. Cómo influye la enfermedad en la literatura, la pintura y la música*. México: Fondo de Cultura Económica.

# TITULARES

TITULARES EN  
CRISE, OU COMO  
OS MEDIOS DE  
COMUNICACIÓN  
SE CONVERTEN EN  
MEDIOS DE SAÚDE

**Noela Rey Méndez**

*Redactora xefa de El Ideal Gallego*

[noelareymendez@gmail.com](mailto:noelareymendez@gmail.com)

SUMARIO

CASTELÁN

## RESUMO

A irrupción nas nosas vidas da COVID-19 levou a información sanitaria e sobre saúde á primeira páxina das axendas mediáticas, pero hai moitas máis crises relacionadas coa sanidade que a do coronavirus. Asuntos como o tratamento informativo da violencia machista teñen visto moitos máis repasos académicos e profesionais por parte do sector xornalístico, pero existe moita máis confusión no caso doutros elementos da saúde física e mental das persoas. Dende o acoso escolar ata o suicidio ou dende o aborto á información sobre catástrofes, este artigo pretende facer un repaso polos erros e acertos dos medios de comunicación na súa forma de levar estes asuntos aos titulares, así como poñer de relevancia as propias eivas e dificultades que atopan os xornalistas á hora de enfrontarse a estas temáticas e aportar consellos para tentar facer máis doada unha boa cobertura sanitaria.

**PALABRAS CHAVE** — xornalismo, COVID-19, saúde mental, sanidade.

## ABSTRACT

The emergence of COVID-19 into our lives has brought health and health information to the forefront of media agendas, but there are many more health-related crises than coronavirus. Issues such as the informative treatment of gender-based violence have seen many more academic and professional reviews by the journalistic sector, but there is much more confusion in the case of other elements of people's physical and mental health. From bullying to suicide or from abortion to information on catastrophes, this article aims to review the mistakes and successes of the media in their way of bringing these issues to the headlines, as well as highlighting their own obstacles and difficulties. which journalists find when dealing with these issues and tips to try to make good health coverage easier.

**KEY WORDS** — journalism, COVID-19, mental health, health.

## “LA NUEVA GRIPE YA ESTÁ EN ESPAÑA”

Podería ser o titular de calquera xornal, web, televisión ou radio do ano 2020. Pero non o é. É a edición do 28 de abril de 2009 do diario *La Vanguardia*. É a evidencia de que a historia é cíclica, tamén no xornalismo, e de que a aprendizaxe do anterior é entre pequena e nula. Sendo optimistas, pequena, sendo realistas, nula. Porque un dos graves problemas que ten o xornalismo dos últimos tempos é o de que a inmediatez e a competencia devoran a reflexión e a prensa acaba por non cumprir un dos obxectivos para o que está concibida, que é o de explicar a realidade. Os medios de comunicación inundan as nosas vidas, pero ás veces non logran plasmar a realidade social porque esta, como algo pouco obxectivable e pouco medible, ten intrínsecas ideas, valores e opinións que acaban por conformar un remuíño no que o propio xornalista perde tamén a perspectiva. Moito máis se falamos de información de crise. De crise sanitaria, económica, política, social. Calquera crise ou ruptura da normalidade á que se expoñan os medios de comunicación deixará tamén exposta a sociedade que delas se nutre e, á vez, a propia prensa está agora nunha espiral de innovación-anovación-innovación continuada que xera outra ruptura intrínseca no seu seo que acaba tamén por impregnar a información que se dá.

Para tentar explicar como actúan os medios de comunicación nestas circunstancias, e tentar achegarnos a como sería mellor para a sociedade e para si mesmos actuar, hai que dar un paso atrás e falar primeiro dos xéneros xornalísticos, eses aos que se aproximan os estudantes de xeito teórico por primeira vez cando entran na facultade, pero que en realidade levan dende sempre nas súas vidas. A noticia, a reportaxe, a entrevista, a crónica. Son xéneros que se ven habitualmente, pero sobre os que non se chega a reflexionar por completo. Todo

parte de principios do século XX cando o editor do *Manchester Guardian*, Charles Prestwich Scout, asegurou: “Comment is free, but facts are sacred” (os comentarios son libres, pero os feitos son sagrados). Chegaba así a dicotomía xornalística entre a opinión e a información, algo que autores como Bezunartea, Martínez e Del Hoyo (1998) apoian distinguindo os ámbitos de cobertura xornalística como, por unha banda, o relato dos feitos e, por outra, a toma de posición sobre feitos e ideas. Con todo, a sociedade, co seu avance, foi obrigando a desfacerse desta dicotomía tan estrita. Segundo Mejía (2012), e seguindo a taxonomía evolutiva de Martínez Albertos, podemos falar de tres fases no xornalismo: unha primeira de xornalismo ideolóxico (doutrinal, partidista e moralizador, que brinda pouca cabida aos feitos, pero afondando nos comentarios e as avaliacións); un segundo momento de xornalismo informativo, centrado no relato obxectivo dos feitos; e un terceiro de xornalismo explicativo, o que xorde debido á competencia dos medios audiovisuais e que leva á prensa tradicional a decantarse pola explicación dos feitos, máis que pola súa presentación, analizando as causas e previndo os seus efectos. Pero, que ocorreu? Que precisamente esa competencia uniuse a un momento de problemas económicos na prensa, polo que esta viuse envolta nunha dobre crise: financeira e de modelo. O resultado? Inmediatez sen explicación.

O problema cando nos achegamos á información sobre saúde, como era aquela de 2009 coa gripe A ou máis nomeadamente a de agora sobre a COVID-19, é que o público non só esixe a interpretación e a explicación, senón que a necesita. A audiencia necesita saber que ocorre, por que ocorre e como evitar que a situación empeore. Sinala Catalán-Matamoros (2015) que na actualidade, a saúde, ou máis ben a falta dela, é tema habitual na comunicación pública, posto que segue protagonizando sucesos de gran relevancia social, non só pandemias como o caso do coronavirus que obrigou ao confinamento e a estrea dunha

“nova normalidade”, senón outras enfermidades presentes no día a día, dende o cancro, a diabetes ou os infartos, até as demencias, as depresións ou o mal de Alzheimer. Por iso os medios de comunicación teñen un papel moi importante na saúde e son utilizados como fontes principais de información, moitas veces por diante dos propios profesionais da saúde. Quen non recibiu durante as primeiras etapas do confinamento mensaxes de WhatsApp de amigos e familiares reenviando informacións xornalísticas? Seguramente poucos ou ningún recibiron estas cadeas con informacións dos seus médicos de cabeceira. Por algo nun primeiro momento os gobernos e as diversas instancias administrativas bombardearon a cidadanía a base de información, con continuas roldas de prensa retransmitidas en directo en televisións, radios e páxinas web que ao día seguinte tiñan o seu reflexo nos xornais en papel. Recordemos aquelas comparecencias diarias de Fernando Simón, director do Centro de Coordinación de Alertas e Emerxencias Sanitarias, canda diversos representantes dos altos mandos da Garda Civil, a Policía Nacional, Defensa ou o Ministerio de Transportes -con cambios e rotacións debidas tanto á modificación das circunstancias sanitarias como a momentos nos que os propios protagonistas destas sufriron a enfermidade provocada pola COVID-19-, que se converteron en pouco menos que un elemento máis da grella da programación televisiva, ou as do presidente do Goberno, Pedro Sánchez, para explicar a situación de cara a unha conseguinte renovación do estado de alarma e do confinamento domiciliario. O que viña facendo a Administración era levar a información directamente aos cidadáns, utilizando os medios de comunicación tan só como unha canle. Porén, isto é bo ou malo? Pois, como todo na vida, depende. A transparencia é a evidente cousa positiva, pero a falta de explicación e interpretación por parte dun xornalista especializado foi tamén a que fixo que se multiplicasen os erros e os “bulos”. Porque, certo é o que se di:

o exceso de información é tan desinformación como o seu defecto.

En *La infodemia en la crisis del coronavirus: análisis de desinformaciones en España y Latinoamérica* (2020), Cristina López-Pujalte y María Victoria Nuño-Moral reflexionan sobre este fenómeno. Contan que foi a propia OMS (Organización Mundial da Saúde) a que comezou a alertar hai tempo sobre a “infodemia”, entendendo esta como una sobrecarga excesiva de información, certa ou non, que dificulta que a xente atope fontes de confianza e información fidedigna cando a precisa, xerando inquietude e confusión na poboación e impedíndolle tomar decisión correctas. O grao de desinformación foi aumentando conforme o coronavirus tamén se ía estendendo polo mundo, malia os esforzos para limitar a súa difusión. Para isto botouse man de plataformas contra bulos e *fake news* xa preexistentes como a Rede Internacional de Verificación de Datos (IFCN polas súas siglas en inglés) ou Latam Chequea, e naceron tamén alertas como a de Google COVID-19 SOS Alerts, a WHO Information Network da OMS, ou a iniciativa mundial Verified. Todo elo para tentar minimizar os altofalantes da desinformación, unha realidade amplificada polo fenómeno da era dixital. Exemplifican as autoras a importancia desta estratexia nunha frase da directora de Xestión de Riscos Infecciosos do Programa de Emerxencias Sanitarias da OMS, Sylvie Briand: “O que está en xogo durante un brote é asegurarte de que as persoas fagan o correcto para controlar a enfermidade ou para mitigar o seu impacto”. De aí as noticias diarias do inicio da pandemia sobre a importancia de permanecer confinados na casa agás por circunstancias excepcionais ou de traballo, o uso das máscaras e a tipoloxía destas e indicacións para cada unha delas, as normas da desescalada, ou, xa agora, as normativas sobre as diversas restricións, que van cambiando conforme o fai tamén a afectación dun territorio.

E non hai que deixar tampouco de lado un efecto máis desa desinformación, que son os

problemas sociais asociados. Por exemplo, a ola de xenofobia que espertou o coronavirus no seu inicio, cando todas as miradas apuntaban a que se expandía dende Wuhan (China). Naquel momento, nas alturas de xaneiro e febreiro, non eran estrañas as conversas nas que se falaba con ton máis ou menos serio de apartarse de persoas de orixe chinesa, ou as teorías da conspiración que apuntaban a un interese xeopolítico e económico na expansión da enfermidade. Propagábase entón o virus, pero tamén o medo.

López Pujalte e Núñez Moral fan na súa análise unha recollida de supostos bulos e noticias falsas difundidas en España e varios países de Latinoamérica entre o 23 de xaneiro e o 2 de maio de 2020 para analizar o volume de desinformación, a liña de evolución temporal destes, o tipo de desinformación segundo a súa temática, a orixe ou canle de información, as fontes e as redes de circulación dos bulos entre os distintos países e, no caso concreto de España, a correlación entre a produción dos bulos e a evolución de pandemia e as tendencias de busca en internet sobre a COVID-19.

En canto á produción de bulos, dos 17 países recollidos, o que máis tivo foi España (máis de 300), que duplica amplamente a Colombia, Arxentina e México (entre 100 e 150), os tres latinoamericanos con maior número de desinformacións. Con todo, se se normalizan os datos tendo en conta o número de habitantes, é Costa Rica o país con máis desinformacións por cada millón de residentes (algo máis de dez por cada millón de persoas), seguido de España, con sete por cada millón. En canto á evolución dos bulos ao longo do período analizado, a media diaria detectada está en torno a doce, considerando o total analizado, que en España baixa a 4,36 fronte ao promedio de 9,16 só en Latinoamérica. Practicamente en cada semana atopan as autoras cando menos un pico de bulos, que se incrementan dende finais de febreiro a inicios de marzo, cun pico importante o día 12. Para poñernos en situación, ese foi o día en que o Goberno da Xunta

de Galicia aplicaba as primeiras restricións, que apareceron publicadas no Diario Oficial de Galicia desa xornada: suspensión da actividade deportiva de competencia autonómica e do programa Xogade; protección de poboación sensible coa suspensión da actividade en centros sociocomunitarios, de día, maiores, menores, discapacidade, escolas infantís, centros ocupacionais ou albergues xuvenís; suspensión de actividades que supoñan o acceso de persoas externas a centros residenciais e limitación de visitas a unha diaria por residente; suspensión da actividade lectiva en centros de ensinanza universitaria e non universitaria; desaconsello da viaxe en transporte público, sobre todo a persoas vulnerables por razón de patoloxías, idade e caso de mulleres embarazadas; instauración de medidas extremas de hixiene, coa colocación de xeles hidroalcohólicos e desinfección continuada; ou a suspensión de actividades de ocio, culturais e similares.

Aínda así, os valores máis altos de bulos danse entre o 17 de marzo e o 8 de abril, con valores que oscilan entre os 35-38 bulos diarios nos picos máis altos e os 9-10 nos máis baixos. Isto é, tres días despois da declaración do primeiro estado de alarma e o confinamento domiciliario e durante as xornadas que seguiron, nas que se endureceu a corentena, obrigando a permanecer na casa os traballadores non esenciais entre o 30 de marzo e o 9 de abril. Sinalan as investigadoras que este incremento da desinformación en España a raíz do estado de alarma concorda con análises que observan o aumento considerable da produción de noticias sobre a COVID en medios dixitais, así como a publicación e vídeos relacionados en YouTube e o propio consumo informativo dos cidadáns, encerrados nas súas casas e só coa tecnoloxía e a prensa como fiestra aberta á realidade. Ademais, comparando esas datas co crecemento da pandemia, segundo os datos do Ministerio de Sanidade, observan que as datas de aumento de desinformación coinci-

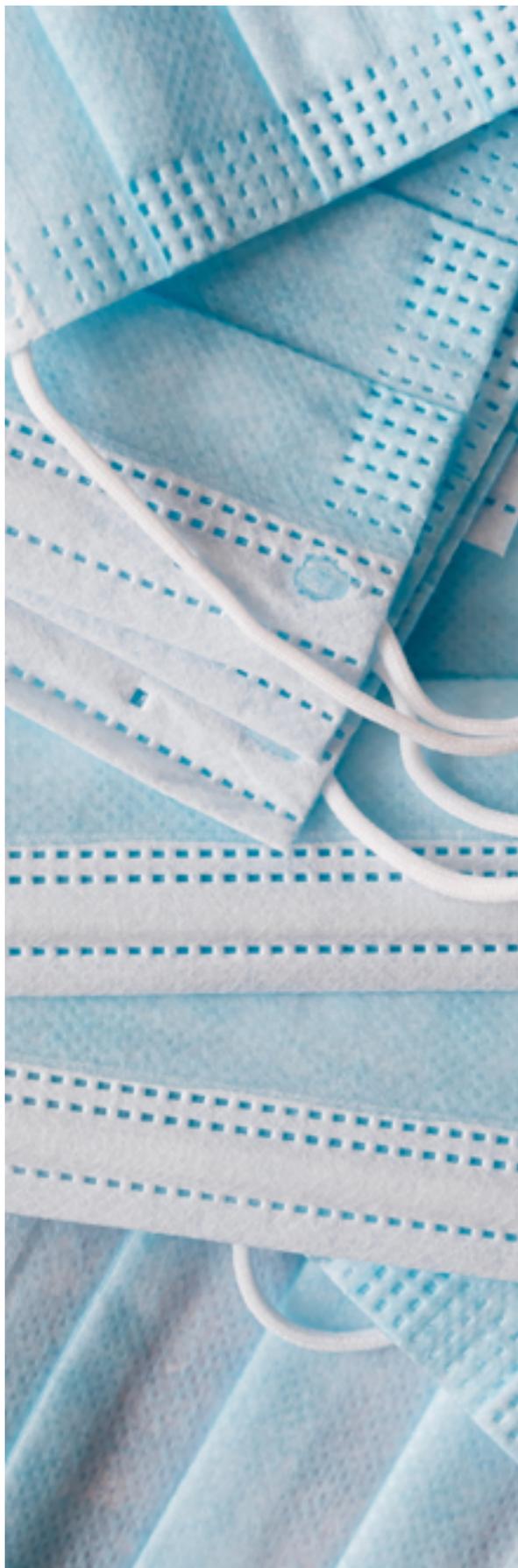


Foto: Carolina Grabowska

den co momento no que se duplican os casos activos de COVID-19.

A divulgación diaria nos medios de contaxios e falecidos, unido á xeración de alarma nas primeiras etapas pola necesidade de aplanar a curva de casos activos, contribuíron a aumentar a percepción da gravidade da enfermidade, o que levou tamén a que se multiplicaran as desinformacións. Estas tiveron como temas preferidos as medidas adoptadas polos gobernos, a situación do territorio e as declaracións das propias autoridades. Ademais, tamén entraron neste ciclo de *fake news* cousas máis científicas e sanitarias como a cura da enfermidade, a prevención, os contaxios, os síntomas, a predición de evolución ou as características do virus. En canto aos formatos utilizados, destaca amplamente o texto (o 46% dos casos), seguramente pola facilidade e inmediatez coa que se poden re-difundir, seguido a moita distancia do vídeo, a combinación de texto e imaxe e a imaxe. E as canles? Están os medios de comunicación entre os que incumpriron a súa función? Si e non. A meirande parte, 55%, foi a través das redes sociais (Twitter, Facebook nomeadamente), e o 33% polas redes de mensaxería instantánea. Os medios quedaron co 8% dos casos, o cal supón o número máis baixo entre as canles, pero unha clara disfunción do que debería ser o traballo da prensa, xa que non é de recibo que profesionais adestrados poidan facerse eco e difundir desinformación, sobre todo cando hai un conxunto de poboación implicada que precisa crer e poder confiar no que se lles di.

Segundo Carmen Costa Sánchez e Xosé López García (2020), a crise do coronavirus presentou a maioría de características identificativas do que a poboación ve como unha ameaza “elevada”, seguindo a fórmula de Sandman: é involuntaria máis que voluntaria; repártese de xeito desigual entre a poboación; non se pode evitar aínda que se tomen as precaucións necesarias; procede de fontes non familiares ou novidasas; causa un dano irreversible e oculto; supón un perigo para os

nenos e mulleres embarazadas ou para futuras xeracións; dana persoas coñecidas máis que a vítimas anónimas; é descoñecido dende un punto de vista científico e mesmo é protagonista de afirmacións contraditorias procedentes de fontes responsables (ou incluso peor, dende a mesma fonte); causa a morte. Por iso, din, a percepción da situación quedou moi marcada en termos de medo e tristura para a sociedade.

E despois de repasar toda a teoría, queda a práctica. Obviamente, a profesión xornalística non cumpriu ao 100%, estou bastante segura de que os propios xornalistas o saben (sabémolo) e tamén de que se volvera ocorrer o mesmo, seguramente actuarían doutra maneira. Pero hai que ter tamén en conta que por moito que sexa unha profesión que xoga cos estándares establecidos do seu traballo diario e que sabe como facer unha cobertura informativa dun feito noticioso, o certo é que a pandemia do coronavirus, ao igual que a outras moitas labores, pillou aos medios de comunicación e aos periodistas co pé cambiado. No inicio foi a incredulidade, a incapacidade para ver vir o problema que se aproximaba cando os primeiros casos da enfermidade se daban na China (ben é certo que as autoridades oficiais axudaron a isto, posto que ata o momento en que xa foi evidente que había unha pandemia mundial e que esta estaba en España sempre trasladaron a mensaxe de “non é máis que unha gripe un pouco forte” ou “non van ser máis que uns poucos casos”). Despois chegou o momento de reinventarse, porque as redaccións como tales desapareceron. A obriga de confinamento domiciliario levou os xornalistas tamén a traballar dende as súas casas e só en contadas ocasións saíron para cubrir de forma presencial acontecementos. Desapareceron as roldas de prensa presenciais, desapareceu a xente da rúa e o teléfono e as vídeo chamadas por Zoom substituíron ao traballo habitual.

Os xornalistas e os medios de comunicación traballan cada día baseándose nunha axenda informativa (marcada por actos públicos, efemérides, datas sinaladas, eventos que se

repeten cada ano) e por acontecementos que irrompen nun momento determinado e modifican ou modulan esa axenda (un accidente de tráfico grave, o peche dunha gran empresa ou fábrica, a dimisión dun político, unha operación policial, un cambio urbanístico, por exemplo). Pero o coronavirus eliminou esta forma de traballar que leva sustentando a profesión xornalística dende hai máis de cen anos. Desapareceu a axenda e desapareceron os acontecementos perturbadores, só quedou o coronavirus e un produto informativo que encher cada día (o xornal, o programa radiofónico, a páxina web, a grella televisiva). Se a iso lle engadimos o incremento do consumo informativo, xa que os cidadáns, pechados na casa, literalmente, case non tiñan outra cousa que facer, temos unha tormenta perfecta para poder exercer a profesión da maneira máis eficiente.

Pero é que aínda temos outro factor que empeorou as condicións de traballo do xornalista: ser persoas. Malia que moitos miren os periodistas como ese tertuliano que está na televisión cobrando deus sabe cantas cifras de salario, a realidade é bastante distinta. O xornalista é un traballador, basicamente milerista, que ten que cada día dar o mellor do seu traballo para que cando se peche a edición, remate o programa ou a quenda da web, comezar a pensar xa no día seguinte. É típica da profesión a frase que indica que “a mellor noticia de hoxe serve para envolver o peixe de mañán”. E iso acentuouse durante a pandemia, sobre todo no seu inicio, cando o xornalista se vía atado de pés e mans á hora de poder facer as súas informacións, con fontes informativas (sobre todo oficiais) que lle escapaban das mans, fontes científicas máis centradas en loitar directamente contra a pandemia, e unha audiencia que consumía avidamente a información e que esixía cada día novas historias, novos recontos e novas explicacións. Os redactores deitábanse á noite esgotados polo traballo de toda a xornada, pero xa pensando e cavilando en que facer ao día seguinte,

que se presentaba como unha nova folla en branco. E iso tamén resultou esgotador física e mentalmente para os xornalistas, que tiveron que tirar de todo o seu bo facer en circunstancias moi complexas e para as que, para nada, estaban preparados.

“Gran parte das nosas informacións partiron das mesmas fontes oficiais, o que empobreceu notablemente o discurso. Os titulares, as fotos, as fontes... todas foron as mesmas. Esta situación, que entendo que non lle gusta a ningún xornalista, mantívose dende o inicio da pandemia, e aínda permanece en moitos casos. O virus é a escusa perfecta para non deixar que entremos aos lugares e busquemos nós activamente as fontes ou as imaxes, e quizais non nos temos queixado o suficiente”, sinala a xornalista de *La Región* Xiana Cid nunha serie de entrevistas realizadas polo Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia (CPXG) (2021). Sobre a valoración do traballo desempeñado, o director de investigación de *InfoLibre* e premio José Couso de Liberdade de Prensa 2021, Manuel Rico (2021), considera que “os medios que non facían un xornalismo honesto antes da crise, seguiron desprestixiando a profesión durante a pandemia, e o contexto xeral de crise que vive a profesión influíu loxicamente na cobertura”. O mellor xeito de definir este esforzo, no que a meirande parte dos profesionais se tiveron que reinventar, é o relato daqueles primeiros días feito por Lara Graña (2021), redactora xefa do *Faro de Vigo*: “A actividade era frenética e por primeira vez na historia do *Faro de Vigo* non tiñamos páxinas de Economía rotuladas como tal. Os meus compañeiros, Adrián Amoedo e Julio Pérez, e mais eu pasamos a traballar exclusivamente para a sección da crise sanitaria. Todo foi coronavirus durante meses, de feito ata que comezou o verán non recuperamos a sección de Economía no xornal en papel”. E pasoulles aos xornalistas económicos, aos de deportes, aos de política, aos locais, aos de edición xeral, todos fixeron (fixemos) un curso acelerado sobre

a marcha para convertérense en especialistas en información científica e sanitaria.

Segundo un estudo realizado pola Asociación de la Prensa de A Coruña (APC) (2021) entre os seus socios, o teletraballo afectou a moita xente, ao teren que facer grandes esforzos para conciliar ao reunir nun mesmo espazo a familia confinada e o novo lugar de traballo. Aínda así, o 58% dos entrevistados non o considerou un “grave problema”. Unha destas, *freelance*, considera: “Sobre todo polo coidado dos fillos. Ao non haber colexios, nin academias nin bibliotecas... Tiña que axudarles a facer as tarefas da escola, ao ser pequenos non podían facelo sós, por tanto tiña que investir moito tempo”. A enquisa sinala tamén que a pandemia afectou directamente a saúde mental dos xornalistas, sobre todo no que se refire a estado de ánimo xeral, problemas de sono e ansiedade. O baixo estado de ánimo, sinalan, afectou moito máis aos homes que ás mulleres, cun 71%, mentres que os problemas de sono e a ansiedade foron máis comúns nas mulleres, con respectivos 60% e 80% de casos entre os entrevistados. Tamén aparecen outros cadros sinalados, en menor prevalencia, como a depresión (6%), soidade (1%), estrés (1%) ou migrañas (1%). Unha das causas máis sinaladas como orixe destes problemas é a incerteza e a inestabilidade laboral, xa que o colectivo de xornalistas foi tamén dos afectados polos ERTE (expedientes de regulación temporal de emprego), de feito máis do 20% dos enquisados estivo nesta situación durante algún tempo (o 41% só nos tres primeiros meses, o 33% entre tres e seis meses, o 6% máis de medio ano e un 20% aínda seguían en suspensión temporal na altura da realización da enquisa). Este feito fai que o 85% sinale que as condicións laborais e os contratos empeoraron tras a crise provocada pola pandemia. “Foi dun día para outro, nin me deu tempo a asimilalo e os primeiros días resultou moi difícil. Mira que eu creo que xestiono bastante ben o estrés, intento non poñerme nervioso en momentos de tensión, pero acababa o programa coa cabe-

za como un bombo. Non polo programa en si, nin sequera pola temática, que tampouco axudaba, senón pola mecánica. Tiñamos que comunicarnos a golpe de WhatsApp, case por telepatía”. “Tiñamos conferencias de prensa todos os días informándonos de datos que eran sobrecolletores, das persoas que estaban morrendo. Intentaba non determe moito no que estaba vivindo, non sei se inconscientemente. Tiras para adiante e contas as cousas do xeito máis natural posible porque, se non, pode chegar un momento no que os acontecementos te paralicen”, explica sobre as súas sensacións Kiko Novoa (2021), condutor do Galicia por Diante da Radio Galega, para o CPXG.

“Neste momento é un balance moi canso, creo que estamos todos esgotados. No persoal este foi un ano súper interesante polo feito de poder aprender un montón de cousas e de estar no camiño de aprender outras moitas. E no profesional foi un ano no que reforzar moito a utilidade que ten a nosa profesión. Pero tamén foi un ano bastante complexo de xestionar no eido persoal, aínda que vivín o tema profesional con moita paixón”, sinala Ángel Paniagua (2021), subdelegado de *La Voz de Galicia* en Vigo ao CPXG, á hora de resumir como foi o ano de pandemia, e engade: “A chegada da COVID obrigoume a pasar moito tempo medido no Excel ou na folla de cálculo de Google. Un labor en ocasións moi de conseguir datos, sobre todo nesa época na que había menos dispoñibilidade por parte da Administración. Tiven que aprender a traballar na casa e picar moita pedra porque no inicio da pandemia – atribúoo á tensión na que estábamos todos – era difícil falar coas fontes, incluso resultaba violento nalgún momento. Había que darlle moitas voltas aos temas para conseguir cousas e facer trinta mil chamadas...”.

Pode que existiran manuais teóricos acerca de como traballar en casos de crises sanitarias, pero non había ningún que dixera como facelo nunha pandemia mundial que confinou a poboación nas súas casas durante meses. Por outra parte, está tamén a vertente persoal que

para os xornalistas supuxo a COVID posto que tamén tiveron que sufrir a separación de seres queridos, a complexa conciliación familiar (con xornadas maratonianas con nenos na casa e alternando roldas de prensa telemáticas do Goberno autonómico con clases *online* de Primaria e charlas con profesores) e o mesmo medo ao virus, sobre todo cando había que saír á cobertura de eventos específicos, algo que foi máis evidente no caso de fotógrafos e cámaras de televisión. Non foi o traballo máis brillante, pero certo é que si foi un dos traballos realizados en condicións máis complexas.

Pero, como de todo, o xornalismo e os medios de comunicación tamén poden sacar ensinanzas desta lección coronavírica. As crises supoñen unha ruptura no habitual, pero tamén un pouso de experiencia que serve para mellorar de cara ao futuro. Desta maneira, a Asociación Española de Comunicación Científica quixo elaborar unhas breves recomendacións para facilitar o traballo de informar sobre o coronavirus (pero que tamén se poderán aplicar en futuras pandemias se, desafortunadamente, volven ocorrer) (2020). Recordan, así, a importancia de publicar información veraz e rigorosa, sen caer no sensacionalismo e no *amarelismo*. “É fundamental que a opinión pública coñeza os feitos relevantes sobre esta crise sanitaria e que os medios de comunicación aborden un tema tan sensible evitando contactiar na audiencia o alarmismo e o medo”, din, para subliñar que “os medios teñen unha responsabilidade chave para dar a coñecer a ameaza sanitaria producida polo coronavirus sen que iso supoña a difusión de mensaxes alarmistas, xenófobos ou racistas”. Para elo, recordan a necesidade de que redactores e medios verifiquen calquera feito ou detalle que vaian comunicar a través das súas informacións e das súas redes sociais, evitando a difusión de bulos, conspiracións, rumores e datos falsos, xa que “as crises sanitarias ofrecen escenarios de incertezas, onde a información se propaga moi rápido e os escenarios son cambiantes. Nese contexto é chave que os medios e os re-

dactores informen sobre os feitos coñecidos e os escenarios que poden ocorrer, sen que iso supoña difundir especulacións ou datos sensacionalistas”. A Asociación de Comunicación Científica tamén recomenda que se consulte con expertos en disciplinas como Medicina Preventiva e Saúde Pública, Epidemioloxía, Viroloxía, Inmunoloxía e Neumoloxía, entre outras, “que poden ofrecer opinións e datos rigorosos nas cuestións relativas ás súas especialidades”. Certo é que este é un dos apartados nos que a prensa estivo máis acertada, posto que, sobre todo ao principio da pandemia, pero tamén nos seguintes meses e na actualidade, os profesionais sanitarios estiveron moi presentes na axenda mediática, xa fora dende o punto de vista xeral ou ben, no nivel local, explicándolles a situación aos cidadáns da súa área sanitaria de influencia.

A este respecto, a asociación científica tamén apela a explicar tanto feitos como datos en linguaxe claro e accesible, adaptando expresións e termos técnicos a palabras comprensibles para o conxunto da cidadanía sen que iso supoña perder a rigorosidade. Outra das funcións importantes que cumpriron os medios de comunicación con maior acerto é a de servizo público, explicando pasos e medidas para reducir a transmisión do virus, como piden os comunicadores científicos. Algo que si queda no “debe” é o que se refire ás novas investigacións publicadas sobre o coronavirus: “Os redactores han de ser responsables sobre a cobertura informativa que levan a cabo. O feito de que se dea a coñecer un estudo científico non significa que teña sido realizado co rigor necesario ou que as súas conclusións poidan ser extrapolables á situación actual ou ao escenario que se produce no noso país. Por iso é fundamental dar a coñecer a evidencia científica dispoñible contrastando os datos e os resultados das diferentes investigacións con persoas expertas na materia e fontes documentais relevantes”. E é que un dos feitos que máis contribuíron tamén á expansión de bulos foi a difusión de estudos con pouca base ou pouco

extrapolables, que os medios de comunicación aceptaron como verdade verdadeira absoluta.

Así e todo, non só os medios de comunicación e os xornalistas destes teñen leccións que apuntar, tamén é preciso falar do que debe aprender de todo isto a comunicación institucional, é dicir, os gabinetes de comunicación públicos, que tomaron un papel máis importante incluso nesta crise sanitaria. Sinalan Costa e López (2020) que na etapa precrise, cando aínda non se detectaran casos de COVID a nivel interno, a mensaxe era de que non había que ter percepción de risco e de que a incidencia da enfermidade, no caso de habela, sería baixa e controlada, e exemplifícanos coa declaración de Fernando Simón recollida polo diario *El Español*: “Nós cremos que España non vai ter como moito máis alá dalgún caso diagnosticado. Esperemos que non haxa transmisión local. Se a hai, será unha transmisión moi limitada e moi controlada”. As mensaxes, apuntan os expertos, van no camiño dun exceso de tranquilización da poboación, en vez de adiantar un posible escenario negativo e mesmo cando se comezan a dar os primeiros casos en España, a mensaxe principal segue a ser de control e seguridade, de aí que cando o incremento de contaxios xa é maiúsculo, o cambio resulte radical. Deste xeito, ao ter que alertar a poboación, fronte á tranquilización da fase anterior, o que se xera no cidadán é a sensación de medo, que se trasladou a cousas como as carreiras aos supermercados ante un posible desabastecemento, nalgo moi semellante a unha compra compulsiva.

O estudo realizado por estes autores detecta, desta maneira, tres fases no que á comunicación do Goberno central se refire: unha primeira de “precrise” con mensaxes de tranquilidade, control e baixo risco; outra de inicio da pandemia na que se mantén a tranquilidade e o control e se engaden a confianza no sistema de saúde e o risco moderado; e unha terceira de “mantemento” na que as mensaxes pasan a ser de guerra, alerta, unión, agradecemento, empatía, autoeficacia, adianto de escenarios

negativos, incerteza e risco alto. Tamén neste ámbito, no que se sucedían as roldas de prensa, se produciu unha polémica coa liberdade de prensa sobre a mesa. E é que nas primeiras semanas houbo fortes críticas pola forma de canalizar as preguntas despois das roldas de prensa. O manifesto *La libertad de preguntar* recolleu a protesta de trescentos xornalistas de diversos medios que consideraban que o filtrado de preguntas por parte do secretario de Estado de Comunicación revelaba censura e interese polo control da información. Tras iso púxose en marcha un sistema novo no que se permitían preguntas en directo, dividiuse aos medios en dous grandes grupos (habituais e non habituais) e estes dispoñían de dez quen-das organizadas de xeito aleatorio nun caso e rotatorio no outro.

---

## “INVESTIGAN LAS CAUSAS DEL SUICIDIO DE JUAN: UN NIÑO DE 12 AÑOS QUE SE AHORCÓ EN SU CASA DE MURCIA”

Poucos acontecementos posiblemente noticiosos xeran tanta disparidade de opinións no seo dun medio como as dun suicidio. Cando chega o aviso de que se produciu un feito deste tipo sempre se fai a mesma pregunta: publicamos isto? A meirande parte das veces a resposta é que non, por consideralo un aspecto moi privado da vida das persoas. Outras, as



Foto: Farzad Sedaghat

menos, si se publica porque o acontecemento se produciu en público, por exemplo no caso das persoas que se quitan a vida nas vías de ferrocarril ou que se precipitan dende alturas á vía pública. Tamén cando os implicados son persoas famosas, porque nese caso considérase a súa importancia como base para darlle relevancia á información. Pero a cuestión é, por que se dubida á hora de publicar noticias sobre suicidios?

Os valores noticiosos ou criterios de noticiabilidade son unha das primeiras taxonomías que se aprenden ao entrar na facultade. Trátase dos criterios que empregan xornalistas e medios de comunicación para seleccionar dentro da realidade cales son susceptibles de convertérense en noticia e cales non. Pioneiros á hora de facer esta categorización foron nos anos 60 John Galtung e Mari Ruge, que sinalaban oito elementos que permiten definir cando un evento se converte en noticia. En primeiro lugar refírense á súa frecuencia, isto é, que un acontecemento ten máis opcións de ser noticia na medida en que a súa frecuencia sexa similar á da publicación do medio, ou ben o seu clímax coincide coas necesidades de publicación do medio de comunicación. En segundo lugar sinalan a amplitude do feito, é dicir, que canto maior magnitude teña, máis posibilidades ten de facerse noticia (por exemplo, canto máis grande sexa unha obra urbanística ou edificio, canto máis violento sexa un homicidio ou asasinato). O terceiro criterio é o da claridade, que sinala que na medida en que o evento sexa menos ambiguo, máis posibilidade ten de ser reportado como noticia; mentres que o cuarto é o da significación do evento, no sentido de que pode ser interpretado a través do marco cultural da audiencia, é dicir, que canto máis familiar poida ser para o lector, o oínte ou o televidente, máis opcións ten de entrar na axenda noticiosa do día. En quinto lugar está o criterio que relaciona o acontecemento coa imaxe mental que as persoas teñan do que desexarían que sucedera. É o que os autores

chaman “consonancia”, que ten que ver con que un membro da audiencia predice que algo pasará e iso crea unha matriz mental que fai que a recepción do evento sexa máis sinxela, por iso as expectativas fan máis posible que un evento se converta en noticia. O sexto factor fala de que tamén son noticiosos os eventos inesperados ou raros, xa que o que ocorre habitualmente chama menos a atención. É o que nas facultades explican coa seguinte frase: “é máis noticia que unha persoa morda a un can, ca que un can morda a unha persoa”. O sétimo factor da taxonomía de Galtung e Ruge é a continuidade, é dicir que se poida ter a expectativa de que un feito que chega nun momento determinado poida estar entre os titulares diarios durante máis xornadas, ata que finalmente diminúa a súa amplitude. Por último, estes autores falan de algo que ten máis que ver coa propia composición do medio de comunicación, xa que sitúan nos criterios o balance entre as noticias locais e internacionais, as máis próximas e as máis afastadas. Canda estes oito elementos principais, sitúan outros catro que se relacionan directamente coa cultura propia da audiencia: que os eventos se produzan en “nacións-élite” –estados máis importantes dende o punto de vista da audiencia–, que os feitos falen de persoas da elite –os famosos, os recoñecidos–, que se atribúan á acción de persoas específicas –os famosos, as persoas da elite–, e a negatividade do feito –canto máis negativas sexan as súas consecuencias, máis considerado será o evento como noticia–.

Xa un pouco máis modernos son os criterios que sinala Stella Martini, que considera que o que converte un feito en noticioso é a novidade ou ruptura do cotiá, a orixinalidade e imprevisibilidade, o desenvolvemento futuro dos acontecementos e a súa evolución, o grao de importancia e gravidade que ten para a sociedade, a proximidade xeográfica –iso que explican na facultade como o “morto por quilómetro”, importa máis un falecido no entorno máis próximo que 200 nun país afastado–,

a magnitude de persoas e lugares implicados, a xerarquía desas persoas implicadas na noticia e a inclusión de desprazamentos.

Vista a teoría, é un suicidio un evento que debe ser noticia nos medios de comunicación? Se nos agarramos a estes criterios de noticiabilidade diríamos que si: son imprevisibles, son de proximidade, moitas veces son protagonizados por famosos, rompen a vida cotiá e teñen importancia para a sociedade. Entón, por que a súa inclusión nas axendas mediáticas non está tan clara? Pois é por algo chamado “efecto Werther”. O efecto Werther toma o seu nome da novela de Goethe *As penas do mozo Werther*, publicada no século XVIII. Converteuse en tan popular que durante a primeira época na que foi publicada moitos mozos chegaron a suicidarse a imitación do protagonista, que sufría por amor ata tal punto que se quitaba a vida. Levado ao mundo actual, a aplicación deste efecto aos medios de comunicación chegou da man do sociólogo David Philips, que fixo un estudo entre 1947 e 1968 segundo o cal o número de suicidios se incrementaba nos Estados Unidos ao mes seguinte de que o diario *The New York Times* publicara na súa portada algunha noticia relacionada co suicidio.

No entanto, nos últimos anos estase a estender a opinión de que o problema non está no que implica a publicación directa deste tipo de informacións nos medios de comunicación, senón coa forma na que o fan. É o chamado “efecto Papageno”, que sinala que o coñecemento doutros casos de suicidios, ben tratados nos medios de comunicación, poder ter un impacto positivo e preventivo en persoas que están en situación de risco. Toma o seu nome de Papageno, personaxe de *A flauta máxica* de Mozart, que abandona a idea de suicidarse despois de que uns espíritos infantís lle fixeran cambiar de opinión. Esa foi a razón pola cal a OMS lanzou en 1999 unha iniciativa mundial para a prevención do suicidio na que se incluía un documento cunha serie de recomendacións acerca de comuni-

car estes feitos. Nun artigo da axencia Efe (2018), o presidente da Sociedade Española de Suicidoloxía defineo do seguinte modo: “Unha empatía cunha persoa que está en risco suicida, que ten ideación ou que realizou previamente. O que se consegue é, en vez de rexeitamento ou reprobación, que haxa unha actitude e un sentimento de empatía e de compaixón con esa persoa que sofre, para estar en disposición de axudala a que supere esa ideación ou que non realice máis intentos”. Isto é que este efecto positivo non só ten como base as propias persoas de risco, senón tamén ás que lle poden axudar, nunha dobre vertente á que o tratamento informativo pode (e debe) tamén contribuír.

Ao respecto, o Ministerio de Sanidade tamén quixo establecer unha pequena guía para os medios de comunicación e os xornalistas. Así, propón que se informe dos suicidios, pero con responsabilidade; que se afaste o tratamento do sensacionalismo; que se coide a linguaxe; que se dea o menor número de detalles posibles; que se acheguen datos e testemuñas fiables; que non se simplifique unha realidade tan complexa como é a do suicidio; que se desmintan mitos e falsas crenzas; que se teña coidado coas redes sociais; que se informe cun enfoque positivo; e que se ofrezca información de axuda.

Neste mesmo sentido, o Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia (2017) tamén ofrece unha serie de recomendacións para cubrir estes feitos noticiosos e fai fincapé en que moitas veces, e de maneira moi errónea, se trata máis coma un suceso no que cobra especial interese informativo o método máis que as propias circunstancias ou antecedentes persoais da vítima que a levaron a esa decisión, e tampouco se pon sobre a mesa a labor de prevención do suicidio, ou que medios e saídas hai para evitar a morte e como atender aos afectados. Para iso, o Colexio propón que nas informacións se fale da morte, pero tamén sobre os factores de risco e os medios de prevención; que se informe de maneira responsable, exac-

ta e útil; que se trate o suicidio como un tema de saúde; que se enfoque dende un punto de vista multifactorial; que se promova a ruptura de tabús, estigmas e silencios en torno ao suicidio; que se traballe coas autoridades da saúde e se empreguen fontes fiables e expertas; e que se informe sobre liñas de axuda e recursos. No outro bando, piden aos xornalistas que non se informe do suicidio como algo simplista; que se retiren da sección de sucesos e dos titulares; que non se banalice nin se cubra de xeito sensacionalista ou morboso; que non se describa o método empregado, nin se publiquen fotografías nin se faga publicidade dos escenarios habituais do suicidio; e que non se glorifique ás vítimas, sobre todo no caso dos famosos.

---

## “DENUNCIA DE ACOSO ESCOLAR EN GRIÑÓN: ‘A MI HIJO LE LLAMABAN GORDO, MARICÓN Y ESQUIZOFRÉNICO’”

Moitas veces unidos ao suicidio aparecen nos medios de comunicación os acontecementos informativos do acoso escolar. E é que foi precisamente o suicidio dun menor de idade o que abriu este tipo de temas á axenda mediática. Jokin Zeberio, de 14 anos, quitouse a vida en Hondarribia tras padecer as agresións e insultos por parte dun grupo de compañeiros do instituto.

A este respecto, e a diferenza do que ocorre co suicidio, é maioritaria a corrente que aposta por utilizar os medios de comunicación a xeito de concienciación social, levando as informacións máis alá do mero suceso e establecéndoo como un problema social, case equiparable ao das violencias contra as mulleres. As boas prácticas obsérvanse sobre

todo en que aínda aparecendo eventos illados, estes adoitan ir seguidos por reportaxes, entrevistas e crónicas máis en profundidade que incorporan visións complementarias. Desta maneira, autores como Ramón Navarrete Galiano Rodríguez (2009) sinalan que a aparición do acoso escolar na axenda diaria tras a morte de Jokin creou unha alarma social e unha conciencia pública na que os medios de comunicación supuxeron un acicate á hora de denunciar e mostrar as agresións ás que son sometidos algúns escolares, o que finalmente serve para romper a cadea do maltrato.

Con todo, e para evitar posibles influencias e problemas que poidan rematar con esta boa tendencia no tratamento, dende o Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia (2008) tamén se dan unha serie de pautas para axudar aos medios de comunicación a informar sobre este tipo de temáticas. E precisamente fano a través da análise concreta dun feito producido en Galicia, cando en outubro de 2007 un menor lle daba unha malleira a outro neno na parroquia de Escarabote, en Boiro, mentres un terceiro o gravaba. A existencia deste vídeo deu pé a unha cobertura que non se presenta como a máis axeitada, sobre todo cando están implicados menores de idade. “A publicación das imaxes (ademais doutro tipo de faltas á rigorosidade e responsabilidade descubertas ao longo do informe) deseñaba, pois, un panorama no que toda a sociedade, especialmente os menores implicados, só podía ter cousas a perder. E esta situación continuou, ademais, ao longo de máis de dez días nos que saíron á luz outras imaxes semellantes e mesmo se producía a contradición de que colaboradores xornalísticos criticaban a difusión das imaxes que unha e outra vez continuaban a reproducirse nos seus propios medios”, sinalan dende o Colexio. Tras a revisión realizada polo Observatorio Galego dos Medios, propuxéronse unha serie de medidas para tratar da maneira máis eficiente e axeitada posible os feitos relacionados co acoso e a violencia contra meno-

res. Primeiro de todo, piden que se protexa ao menor, tanto no que se refire á preservación da súa imaxe como no dereito á intimidade, á dignidade e ao anonimato; tamén se pide evitar o sensacionalismo, a intromisión nos sentimentos e as especulacións sobre os eventos; apélase á rigorosidade na información e o contraste de datos e a non alongar as informacións de forma innecesaria; recordan que os protagonistas das noticias tamén teñen dereito a non proporcionar información e non se debe asediar á vítima; recomendan non usar voces non autorizadas, como as de veciños e coñecidos, para darlle maior carga de veracidade ás testemuñas, senón fontes oficiais e expertas; propoñen, no entanto, informacións de análise, profundas e contextualizadas, para fuxir tamén dos xuízos paralelos; e, por último, piden que non se publiquen imaxes sen consentimento.

---

## “HALLAN MUERTO EN UN RÍO DE LALÍN AL NONAGENARIO DESAPARECIDO DESDE EL MIÉRCOLES”

Cando unha persoa desaparece (un acontecemento social e informativo que na meirande parte dos casos ten como protagonistas a persoas maiores, e moitas delas con trastornos como demencias ou Alzheimer), dáse un choque: dunha banda, é preciso dar a maior cantidade de datos e imaxes posible para tentar expandir a noticia e que chegue a un número importante de persoas que se convertan nos ollos de familia e amigos; pero pola outra hai que tentar manter no posible o dereito á privacidade non só do propio desaparecido, senón dos seus achegados.

A compatibilización do dereito á intimidade de familias que están a pasar por un gran

sufrimento co dereito á información é unha construción moi complexa neste caso, no que o papel dos medios (que agora está tamén complementado polas redes sociais) xa non só é o de dar a noticia, senón o de converterse en medio de servizo á sociedade, neste caso, realizando o servizo de axudar a atopar a esa persoa desaparecida.

É por iso que resulta moi importante, dende as redaccións, recibir información moi actualizada e concreta por parte das autoridades (buscas organizadas, espazos nos que se viu á persoa por última vez, posibles hipóteses...), mentres que os xornalistas deberán responder utilizando esta información da maneira máis eficiente posible e afastándose do sensacionalismo.

Sobre todo é moi importante que se respecten os espazos escollidos pola familia para informar e difundir as imaxes oficiais que presenten tanto esta como as autoridades, fuxindo de informacións sen contrastar, precipitadas e sen atribución de responsabilidade (como rumores ou testemuñas non profesionais, expertos ou próximos). Hai que fuxir dos datos superfluos e morbosos e, por suposto, respectar a dor da familia e non tomar imaxes sen consentimento nin presionalos para obter fotografías ou declaracións. As persoas desaparecidas están en situación de vulnerabilidade, sobre todo se se trata de persoas como maiores con demencias ou Alzheimer, ou calquera tipo de deterioro cognitivo e/ou físico, polo que hai que ter un coidado extremo á hora de tratar estes temas.

E moito máis importante: antes de dar unha noticia ou de especular, hai que saber tamén se a familia está informada. Por que? Porque podería darse o caso de que o xornalista se entere antes de que o fagan os familiares de que apareceron restos, un corpo ou pertenzas desa persoas desaparecidas e non pode ser que eses achegados saiban a través dos medios de comunicación o ocorrido, deben ser as autoridades e, se é necesario, o equipo de atención psicolóxica, quen se ocupe de ese detalle.

Foto: André Ulysses de Salis



---

## “MEGHAN MARKLE REVELA QUE SUFRIÓ UN ABORTO ESPONTÁNEO EN JULIO”

Outro dos grandes tabús da sociedade, tamén dos medios de comunicación, é o do aborto. Pero é certo que hai que diferenciar. Dunha parte atopamos a vertente ideolóxica do aborto, que si ten moita máis cabida na axenda informativa, sobre todo cando se producen debates lexislativos entre os autodenominados “provida” e os que defenden a opción de poñer termo ao embarazo. Neste caso, o maior problema está en que a información só se centra na contraposición de ideas políticas, deixando a un lado outros problemas como son que a interrupción se faga en condicións médicas e psicolóxicas axeitadas dentro do sistema sanitario. Pero, cando menos (algo é algo), disto fálase, débátese e hai espazo mediático.

Máis problemático é o que atinxe aos abortos non voluntarios, os que se producen de xeito espontáneo (sobre todo nas primeiras semanas de embarazo) ou ben que hai que realizar de maneira farmacolóxica ou cirúrxica cando hai grave risco para a nai ou o estado do feto non é compatible coa vida. E mesmo cando se produce a morte do bebé nas datas máis próximas ao posible parto. É un tema tabú. Dese que cando a unha muller lle ocorre, dinlle que sucede en máis de dous terzos dos casos, e que a implicada descobre que xa pasou na súa familia, entre amigas ou compañeiras de traballo. Pero non falaran delo. Está aí, sucede diariamente, é un grave problema médico e psicolóxico e tamén deriva nese tan manido “reto demográfico” co que os políticos enchen os seus discursos.

Obviamente, a legalización do aborto é un tema moi importante para a sociedade, un tema que hai que tratar, pero tamén o é o aborto non voluntario, no que os medios de comunicación apenas compren co seu traballo

de ser servizo para a cidadanía. Máis alá de situacións como a descrita polo titular anterior sobre unha persoa famosa que fai pública a súa situación, ou de eventos como a publicación dun libro no que unha protagonista fala de como viviu esta situación, non hai cabida para esta temática na axenda informativa. Non aparecen voces expertas nin testemuñas que fagan que as mulleres que sofren este drama eviten os pensamentos de seren únicas (no mal sentido do termo). O mesmo que outras enfermidades moi habituais na axenda de comunicación como son os infartos, o cancro, a diabetes, deberían estar situados os abortos como problema médico recorrente para a poboación, así como –igual que ocorre con estas doenzas– as testemuñas e profesionais que demostren que se trata dun problema que, na meirande parte dos casos, por sorte, ten solución. Ou o que é o mesmo, os medios de comunicación deberían dar menos voz aos políticos e máis a fontes expertas. Pero sobre todo, deben dar voz.

---

## “DETENIDO UN HOMBRE POR MATAR A SU MUJER ENFERMA QUE LLEVABA MESES PIDIENDO LA EUTANASIA”

A eutanasia é outra das situacións nas que os medios de comunicación abusan da parte máis política do tema e deixan atrás o que debería ser información de servizo. E si non é así, é porque directamente a noticia vai parar á sección de sucesos porque ocorre un crime que se vincula á eutanasia ou á morte asistida, xa que a persoa falecida ten unha enfermidade terminal ou moi complexa e un achegado (habitualmente a parella) realiza un homicidio por “piedade”. Baseado nisto tamén aparecen

crimes que non van tanto na liña da eutanasia, senón na incapacidade do coidador de facerse cargo da situación e, por tanto, utilizar o asasinato como última vía.

Neste contexto é preciso tamén que os medios de comunicación empecen a escapar do discurso político para centrarse máis nas testemuñas expertas, nos profesionais e nos implicados, ademais de apostar pola sensibilización e por deixar de estereotipar os coidados tanto do envellecemento como da enfermidade. Porque, sobre todo no caso do envellecemento, é un proceso común a todos e que porá á cidadanía fronte ao espello máis pronto ou máis tarde.

Sacar este tipo de informacións da sección de sucesos e levala a sociedade ou saúde –do mesmo xeito que se traballou no caso das violencias contra as mulleres– será o gran cambio que signifique o paso dun xornalismo centrado no sensacionalismo a outro que ten o servizo público, a caracterización social e a axuda como principal base.

Tamén é moi importante reflectir neste aspecto, sobre todo no que atinxe ás enfermidades crónicas, a importancia que toman as asociacións e fundacións específicas de cada doenza, cuxo traballo debería ter unha maior relevancia nos medios de comunicación. É certo que ata hai pouco tempo estas tiñan menos espazo debido a que elas mesmas non contaban de “cara a fóra” o seu traballo, pero nos últimos tempos os gabinetes de comunicación están a multiplicarse nas institucións, polo que resulta máis doado que estas cheguen á axenda diaria e tamén resulta moito máis doado para os medios de comunicación poder acudir a elas cando sexa preciso como fontes expertas que son.

E falando de violencia machista, aínda que nos últimos anos o tratamento informativo deste tipo de temas mellorou de forma exponencial, aínda hai que ter moi presentes os decálogos e recomendacións que asociacións e expertos propoñen para non caer na banalización. Unha das ferramentas máis importantes que hai en Galicia sobre o tratamento

das violencias contra as mulleres é a *Declaración de Compostela*, asinada por 77 persoas en nome propio ou en representación de organismos, asociacións e colectivos sociais, dunha banda, e dos medios de comunicación doutra, que participaron na Xornada sobre Medios de Comunicación e violencia contra as mulleres impulsada polo Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia (2010).

Entre as cousas que recolle está que medios e xornalistas deben enfocar as agresións non como un mero feito que levar ás páxinas de sucesos, senón como “unha violación dos dereitos humanos e como un atentado contra a liberdade e a dignidade das persoas”. Tamén apela a non ser neutros, adoptando un compromiso activo na denuncia da violencia de xénero e incentivando a toma de conciencia social sobre a problemática que comporta. Olo, que isto é unha das cousas máis complicadas para os xornalistas, sobre todo para os que están máis comprometidos co tema, porque hai que poñer na balanza esta non neutralidade co dereito á presunción de inocencia e á intimidade do presunto autor. Esa palabra “presunto”, sempre presente nas noticias, é moitas veces censurada por asociacións ou mesmo personalidades políticas, que avogan por eliminala posto que consideran que quita responsabilidade ao autor/autores dos feitos. Pero é que, por moito que pareza o caso claro, o xornalista está obrigado –mesmo penalmente– a non “condenar” antes de que o faga unha sentenza xudicial. O que si abunda aínda, por desgraza, é a linguaxe que estereotipa este tipo de violencias: case desaparecido o do “crime paixonal”, aínda restan cousas como un tratamento xustificador, que adoita expoñer situacións como alcoholismo, mala situación social ou ciúmes a carón do crime. Tamén o uso nos titulares de “morre”, “falece” ou “perde a vida”. Hai que mudalos por “é asasinada”, “a parella mata”. Obviamente, unha das normas non escrita do xornalismo, sobre todo no que se refire aos medios de comunicación escritos, é a de non repetir expresións e palabras, de

xeito que se poida enriquecer a linguaxe xeral. É por iso que moitas veces hai que buscar expresións sinónimas para non repetir outras que xa se puxeron. Aí é onde caben o “morre” ou “falece”, non no titular, onde debe priorizarse a cualificación de “asasinato”.

---

## “AL MENOS 60 PERSONAS MUEREN AL DESCARRILAR UN TREN EN SANTIAGO”

A iso das nove da noite do 24 de xullo de 2013, na véspera do Día de Galicia e con case a redacción a piques de empezar a pechar a edición do día seguinte e saír pola porta soou o teléfono do director de *El Ideal Gallego*, Manuel Ferreiro. Era un familiar que lle dicía que había un accidente de tren na entrada de Santiago e que pensaba que había catro persoas falecidas. Púxose en marcha a maquinaria para confirmar a noticia: fontes oficiais, outros medios de comunicación, redes sociais. E empezaron as conexións especiais da televisión e das radios. Había un accidente de tren na entrada de Santiago, á altura de Angrois, pero non había catro falecidos, ogallá tiveran sido “só” catro.

Naquel momento tocoume facer a portada do periódico do día seguinte, obviamente coa noticia do accidente do Alvia como noticia principal e case única. E tocoume buscar a foto coa que ilustrar a información. E aí chegou un dos momentos que, persoalmente, me resultaron máis duros na miña vida profesional. Ao abrir as imaxes que ían mandando os fotógrafos acumulábanse diante dos meus ollos persoas falecidas, persoas moi feridas e persoas que a día de hoxe non sei si foron dos sobreviventes ou non. E pensei, e si fora algún familiar meu, un amigo, un compañeiro? Porque empatizar cun suceso así é moi doado: moitos galegos collemos algunha vez ese tren e pasamos pola curva da Grandeira, e moitos outros

teñen algún achegado que o fixo. Propúxenme buscar a imaxe que mellor demostrase a dureza e gravidade do accidente –porque profesionalmente iso é o que temos que contar– pero que mantivese a intimidade das vítimas e que provocase o menor sufrimento posible ás súas familias –se é que iso fose posible–. Tiven que mirar centos de fotos, abrilas, amplialas, e en moi poucas non aparecían vítimas ou cousas concretas que o único que achegaban, dende o meu punto de vista, era morbosidade e dor, unha segunda vitimización dos afectados e as súas familias que non me parecía de recibo. Elixín unha, a que finalmente foi na portada, e non sei se era a mellor opción, pero, cando menos, si foi a que me deixou coa conciencia tranquila de pensar que, cando menos, intentei non reeditar erros anteriores.

Porque, curiosamente, durante a miña etapa anterior no Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia participei na elaboración dun informe sobre o tratamento informativo do accidente de aviación que ocorreu en Barajas en agosto de 2008. Daquela tivera que revisar o traballo dos medios de comunicación, moitos cunha cobertura bastante axeitada e outros nos que o morbo presidiu o labor. “O tratamento dunha traxedia como a de Barajas non é fácil para os xornalistas. As estratexias empresariais dos medios, o culto á inmediatez imposto polo xornalismo pos-televisivo e pos-internet, e outras tendencias da comunicación actual, obrigan aos xornalistas a encher espazos enormes a un ritmo que non sempre permite a reflexión sobre o axeitado do tratamento. A especial sensibilidade que arrodea a este tipo de acontecementos, ademais, non é o mellor caldo de cultivo para unha cobertura neutra”, comezaban as conclusións deste traballo. Porque o que se detectou, no caso dos medios escritos galegos, é que o tratamento afondou en dous erros principais: dun lado, a introdución dende un inicio de hipóteses sobre o accidente, elaborando lecturas moi apresuradas e especulacións, sobre todo nos primeiros días, e sen acudir a fontes expertas

ou con coñecemento concreto da situación; e por outra, a morbosidade, sobre todo na laudable intención de dimensionar territorialmente o acontecemento e tralo a Galicia, atravesáronse os límites da reserva sobre as vítimas, no caso das dúas que eran naturais da comunidade. Peor foi a nota que sacaron as canles de televisión, na que os dous erros atribuídos aos medios de comunicación multiplicáronse e o tratamento sensacionalista e o uso de efectos emotivistas –por exemplo a imaxe en contrapicado das escaleiras dunha igrexa na que viñan de casar dúas das vítimas– xunto cos testemuños e a persecución a familias dos afectados foi a norma. De feito, a obsesión polas imaxes do accidente, que o xuíz encargado do caso prohibiu emitir, levou ás televisións a traspasar límites e volcarse na captación de imaxes de familiares das vítimas, que trataron inutilmente de pasar desapercibidos ocultando a súa cara ante as cámaras e pedindo un respecto que non obtiveron. Por non falar da emisión de imaxes fixas dos cadáveres depositados no pavillón de Ifema. Pero o peor de todo non estivo nos medios informativos audiovisuais, senón en que os magazines das diferentes cadeas tamén usaron os seus espazos para tratar o tema. “Cando estes formatos, que teñen como obxectivo o de entreter e divertir, se achegan a acontecementos como os vividos co sinistro de Barajas, saen a relucir os seus tics máis próximos á prensa rosa que á información de calidade”. Foron precisamente os reporteiros destes programas os que máis persecucións de familiares protagonizaron, “á

caza” do testemuño máis doloroso, de bágoas máis que de feitos e de absoluta dor máis alá do propio acontecemento, o cal non fixo máis que incrementar a dureza dun proceso que estas persoas xa estaban a tentar asumir da man da axuda de especialistas e psicólogos recrutados polas autoridades.

Foi por iso polo que se elaborou tamén un decálogo de recomendacións para os xornalistas que se enfrontan a este tipo de sucesos, que poden ser accidentais como no caso de Angris ou Barajas ou ben terroristas, como ocorreu no 11-M e nos atentados de Barcelona. Así, estas suxerencias parten do respecto absoluto do dereito á intimidade e á propia imaxe no caso dos protagonistas e vítimas dos sucesos, o respecto absoluto á dor e o sufrimento dos afectados e os seus achegados, a evitación das conxecturas e hipóteses, a información responsable que fuxa da creación de situacións de psicose, a distinción entre reconstrucións e recreacións e os feitos e hipóteses, o contraste informativo das testemuñas afectadas, igual que no resto, o coidado da linguaxe e a fuxida de recursos espectacularizadores, a edición de imaxes, sons e declaracións, a non distinción entre vítimas por razóns de nacionalidade, status, idade ou sexo, e, no caso de traxedias provocadas pola acción humana –consciente ou non– expresar con exactitude quen son os implicados e non xeralizar con termos xenéricos –“islamistas”, “controladores aéreos”, “maquinistas”– que poden expandir as sospeitas e acusacións entre a sociedade.



Foto: Snapwire

—

“PARA EJERCER EL PERIODISMO, ANTE TODO, HAY QUE SER BUENOS SERES HUMANOS. LAS MALAS PERSONAS NO PUEDEN SER BUENOS PERIODISTAS. SI SE ES UNA BUENA PERSONA SE PUEDE INTENTAR COMPRENDER A LOS DEMÁS, SUS INTENCIONES, SU FE, SUS INTERESES, SUS DIFICULTADES, SUS TRAGEDIAS”

Isto non é un titular, é unha das frases máis recordadas do xornalista Ryszard Kapuściński, autor de grandes crónicas, informacións e ensaios que retrataron a sociedade e os principais sucesos da súa época. É unha frase coa que non podo estar máis de acordo, sobre todo cando se trata de enfrentarse a crises – sanitarias, pero tamén económicas, sociais, institucionais, catastróficas–, momentos nos que por moitos libros que se lean, moitos decálogos que se consulten e moitas recomendacións que se fagan, ao final o xornalista é unha persoa máis, unha vítima moitas veces nestas mesmas crises, e a súa empatía, o seu sentido común e a súa capacidade para situarse no centro da sociedade na que traballa é o que permite tamén que o seu traballo sexa o que debe ser: un servizo á cidadanía.

## Bibliografía

Arrizabalaga, Á. (3 de decembro de 2018). Efe. Obtido de *Efe Salud*: <https://www.efesalud.com/suicidio-cambiar-opinion-efecto-papageno/>

Asociación de la Prensa de A Coruña. (marzo de 2021). *Enquisa sobre a afectación da COVID-19 nos xornalistas coruñeses*. A Coruña.

Asociación Española de Comunicación Científica. (2020). *AECC*. Obtido de Asociación Española de Comunicación Científica: <https://www.aecomunicacioncientifica.org/consejos-para-informar-sobre-el-coronavirus/>

Bezunartea Valencia, O., Del Hoyo Hurtado, M., & Martínez Aguinagalde, F. (1998). *21 lecciones de reporterismo*. Bilbao: Universidade do País Vasco.

Catalán-Matamoros, D. (2015). Periodismo en salud: análisis de los públicos, formatos y efectos. *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 16(42), 217-224.

Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. (3 de marzo de 2008). *Xornalistas*. Obtido de [xornalistas.gal](http://xornalistas.gal/biblioteca/recomendacions-sobre-o-tratamento-nos-medios-dos-casos-de-violencia-que-afecten-a-menores/): <http://xornalistas.gal/biblioteca/recomendacions-sobre-o-tratamento-nos-medios-dos-casos-de-violencia-que-afecten-a-menores/>

Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. (2008). *Xornalistas*. Obtido de [xornalistas.gal](http://xornalistas.gal/web/uploads/materiais_biblioteca_adxuntos/adxunto/f87/54d0a97f98-informe_sobre_o_accidente_de_barajas_outubro_08.pdf): [http://xornalistas.gal/web/uploads/materiais\\_biblioteca\\_adxuntos/adxunto/f87/54d0a97f98-informe\\_sobre\\_o\\_accidente\\_de\\_barajas\\_outubro\\_08.pdf](http://xornalistas.gal/web/uploads/materiais_biblioteca_adxuntos/adxunto/f87/54d0a97f98-informe_sobre_o_accidente_de_barajas_outubro_08.pdf)

Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. (3 de outubro de 2017). *Xornalistas*. Obtido de [xornalistas.gal](http://xornalistas.gal/biblioteca/guia-practica-para-o-tratamento-informativo-dos-suicidios/): <http://xornalistas.gal/biblioteca/guia-practica-para-o-tratamento-informativo-dos-suicidios/>

Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. (21 de maio de 2021). *Xornalistas*. Obtido de xornalistas.gal: <http://xornalistas.gal/novas-eventos/novas/xiana-cid-o-virus-foi-a-escusa-perfecta-para-evitar-a-busqueda-activa-de-fontes-ou-imaxes-1/>

Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. (14 de maio de 2021). *Xornalistas*. Obtido de xornalistas.gal: <http://xornalistas.gal/novas-eventos/novas/manuel-rico-os-xornalistas-tenen-que-ser-activistas-radicaais-en-defensa-do-dereito-a-informacion-dos-cidadans-1/>

Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. (23 de abril de 2021). *Xornalistas*. Obtido de xornalistas.gal: <http://xornalistas.gal/novas-eventos/novas/lara-grana-a-verdadeira-carga-laboral-para-as-seccions-de-economia-comezara-cando-xa-non-estean-activas-medidas-como-os-erte-ou-o-fondo-de-solvencia-1/>

Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. (26 de marzo de 2021). *Xornalistas*. Obtido de xornalistas.gal: <http://xornalistas.gal/novas-eventos/novas/kiiko-novoa-pensei-que-a-radio-debia-servir-mais-para-escoitar-que-para-falar-1/>

Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. (16 de abril de 2021). *Xornalistas*. Obtido de xornalistas.gal: <http://xornalistas.gal/novas-eventos/novas/angel-paniagua-pa-administracion-traballa-como-se-a-informacion-fose-sua-e-estamos-no-seculo-xxi-pertence-a-cidada-niap-1/>

Costa Sánchez, C., López García, X. (2020). Comunicación y crisis del coronavirus en España. Primeras lecciones. *Primeras lecciones. Profesional de la Información*, 29(3).

López Pujalte, C., Nuño Moral, M. (2020). La “infodemia” en la crisis del coronavirus: Análisis de desinformaciones en España y Latinoamérica. *Revista Española de Documentación Científica*, 43(3).

Mejía Chiang, C. (2012). Géneros y estilos de redacción en la prensa. Desarrollo y variantes taxonómicas. *Correspondencias & Análisis*, 201-217.

Navarrete-Galiano Rodríguez, R. (2009). *Los medios de comunicación y la concienciación social en España frente al acoso escolar* (Ediciones Complutense, Ed.) Estudios sobre el Mensaje Periodístico, 15. Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/ESMP/article/view/ESMP0909110335A>

Xunta de Galicia. (19 de abril de 2010). Secretaría Xeral de Igualdade. Obtido de Igualdade a través de [xunta.gal: http://igualdade.xunta.gal/sites/default/files/files/documentos/declaraciondecompostela%5B1%5D.pdf](http://igualdade.xunta.gal/sites/default/files/files/documentos/declaraciondecompostela%5B1%5D.pdf)

Xunta de Galicia. (12 de marzo de 2020). Resolución da Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Sanidade pola que se lle dá publicidade ao Acordo do Consello da Xunta polo que se adoptan as medidas preventivas en materia de saúde pública como consecuencia da COVID-19. *Diario Oficial de Galicia*. Santiago de Compostela, Galicia. Obtenido de [https://www.xunta.gal/dog/Publicados/excepcional/2020/20200312/2255/AnuncioC3K1-120320-1\\_gl.html](https://www.xunta.gal/dog/Publicados/excepcional/2020/20200312/2255/AnuncioC3K1-120320-1_gl.html)

# ACOMPañAR

FERRAMENTAS

OUTRAS  
FORMAS DE  
ACOMPañAR  
NAS CRISES

**Aislinn García Hermo**

*Vicepresidenta da asociación La Porvenir,  
psicóloga clínica en ACLAD*

[aislinn.garcia.hermo@sergas.es](mailto:aislinn.garcia.hermo@sergas.es)

SUMARIO

CASTELÁN

*“Hai unha greta, unha greta en todo;  
así é como entra a luz”*

Leonard Cohen

*“There is a crack, a crack in everything;  
That's how the light gets in”*

Leonard Cohen

## RESUMO

O presente artigo fala dobremente das crises, en primeiro lugar da crise que está a experimentar a saúde mental e a necesidade dun cambio de paradigma, influenciado polo movemento tolo así como pola necesidade dun marco de dereitos humanos ben afianzado. En segundo lugar, fala acerca das crises que vivimos as persoas e as nosas contornas e propón maneiras alternativas de acompañalas.

**PALABRAS CHAVE** — movemento tolo, diálogo aberto, enfoques con conciencia de trauma, crise, familias.

## ABSTRACT

This article speaks doubly about crises, firstly about the crisis that mental health is experiencing and the need for a paradigm shift, influenced by the mad movement as well as by the need for a well-established human rights framework. Secondly, it talks about the crises experienced by individuals and our environments and proposes alternative ways of accompanying them.

**KEY WORDS** — mad pride, open dialogue, trauma informed approaches, crisis, families.

---

## PRÓLOGO

Cando tiña 19 anos unha das miñas mellores amigas comezou a padecer un enorme sufrimento psíquico, nun momento no que pasara por varios estresores vitais e estaba a xestionar como podía un dó. Non quería saír á rúa, sentía que a seguían e polas noites non durmía; mostrábase pendente dos ruídos que facían os veciños e pensaba que cando falaban referíanse a ela. Esa época vivina cun enorme temor e incerteza, ademais de que xa estaba a estudar Psicoloxía, e iso, por moi ridículo que fose, parecía ser unha razón para que no noso círculo moitas veces delegasen en min. Eu non sabía que facer e non sabía como acompañala. O que si sabía é que non quería poñerlle un nome ao que lle sucedía salvo “angustia” ou “sufrimento”, porque de facelo sentía que as cousas se complicarían máis e non pensaba que un diagnóstico fose axudala.

Na carreira, cando se falaba de crise ou de vivencias como as que ela estaba a experimentar, a solución proposta era farmacolóxica e en ningún caso se propoñía outra forma de acompañar estes malestares que non pasase polo ámbito hospitalario. Tamén sabía, polas súas palabras e as conversacións que tiveramos, que ela non desexaba iso.

Así que tratei de estar ao seu carón, cos meus escasos coñecementos xa non de Psicoloxía, senón sobre a vida en xeral, e cos meus propios padecementos e loitas internas que tiñan que ver coa transición á etapa adulta. Acompañeina como puiden, son consciente de que moitas veces non da mellor maneira. Ás veces desesperábame e acababa rifándolle por algúns dos seus comportamentos, ás veces enfadábame cando non tomaba a medicación (que finalmente un psiquiatra privado lle receitara), ás veces falar e achegarme a ela supoñíame facer provisión de todas as miñas forzas, ás veces

desexaba renunciar. Pero ao final, mellor ou peor, aí estiven.

Non creo que fose mellor persoa por facer isto, simplemente vinme nesa situación e sentín que o sufrimento era mutuo e que a min me gustaría que ela fixese o mesmo por min. Pensaba que había dous días estaba ben e que calquera poderíamos empezar a sentirnos tan perdidas ou tan vulnerables e asustadas. E que eu tamén estaba a pasar por iso con ela.

Ao final a miña amiga saíu desa crise, foron case dous anos de subidas e baixadas, de momentos peores e mellores nos que a nosa amizade, por esta vivencia mutua, viuse completamente truncada. A día de hoxe o noso contacto baséase en saudarnos cordialmente se nos vemos pola rúa.

Na nosa última conversación, moitos anos despois, ela expresoume que se sentía triste e abandonada polas que fomos as súas amigas e eu díxenlle que eu sentía o mesmo.

Só co paso dos anos puiden ver por que se truncou esa amizade e non creo que fose porque ela viviu unha crise ou porque eu a abandonase, senón porque a pasamos soas. Cando o penso, sinto que a xente ao noso redor trataba de afastarse o máis posible do que estaba a suceder, de deixalo “en mans de profesionais” ou simplemente de mirar para outro lado para evitar a dor que supoñía, non o sei. Pero sinto que se non estivésemos tan soas, a unha coa outra e ela co seu terrible sufrimento, aínda poderíamos compartir a día de hoxe a nosa amizade. Isto desgústame profundamente e cando o lembro me fai reafirmarme na necesidade de pensar noutras formas de transitar as crises. Pola persoa, polas súas relacións e por todas as cousas que rompen cando unha non ten axuda.

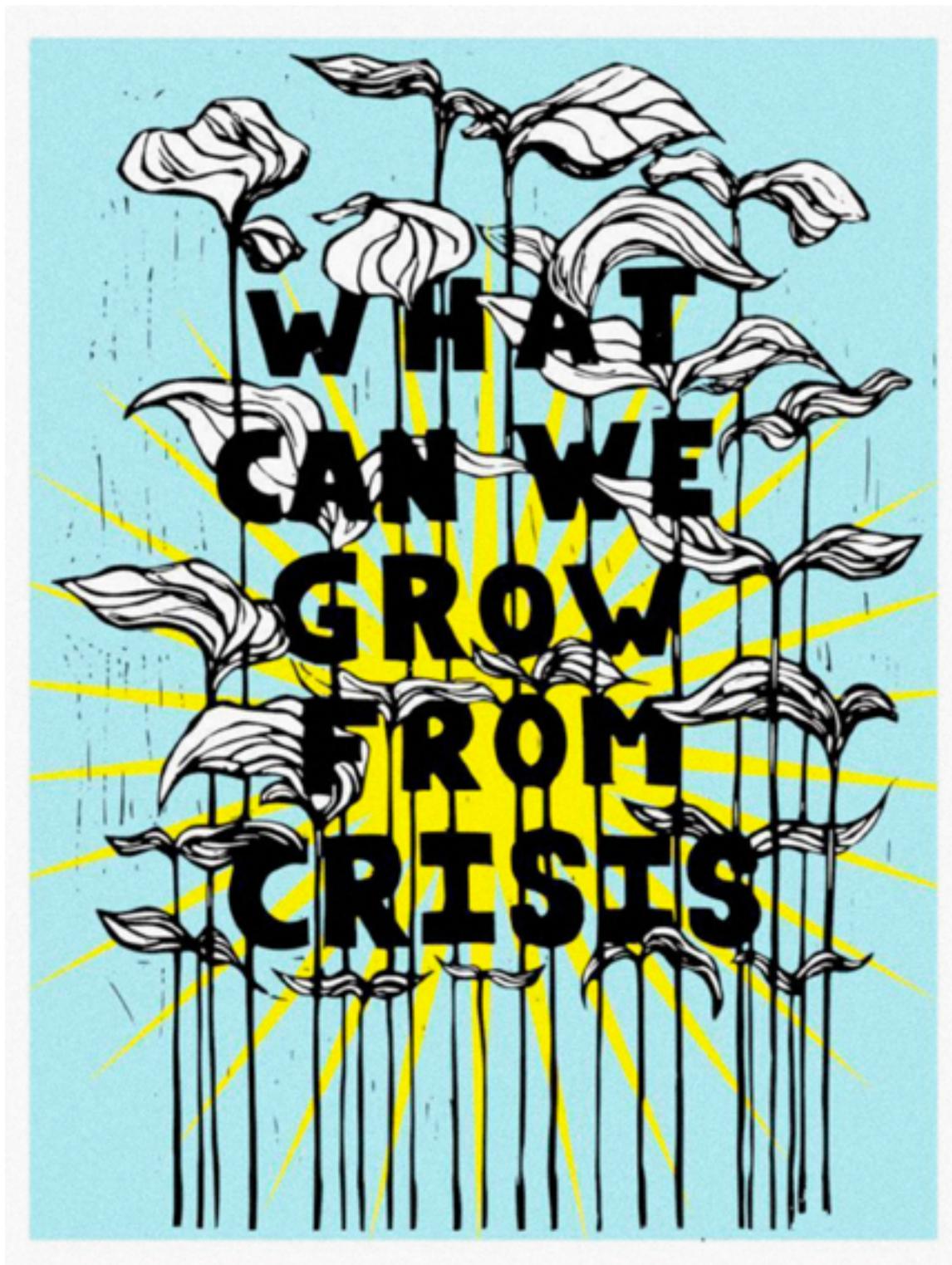


Ilustración realizada por Pete Railand, extraída de <https://mutualaididasterrelief.org/>

---

## INTRODUCCIÓN

Etimoloxicamente a palabra crise provén do vocábulo grego *krisis* e este de o verbo *krinein*, que significa “separar” ou “decidir” e que en moitas ocasións pode traducirse por “romper”. Cando entendemos a crise como unha rotura referímonos a que a crise é un momento crucial, un momento de inflexión onde as cousas que ocorran poden ser decisivas, pero tamén, pola mesma razón, trátase dun momento de infinitas posibilidades. É certo que cando as persoas estamos en crise, prodúcese unha escisión, unha rotura na vida que tiñamos ata ese momento. Tamén que as propias persoas “escachamos”, dalgunha maneira, ao non conseguir soste-lo ou xestionar as cousas que nos están sucedendo e o sufrimento que nos xeran, e algo similar ocorre na xente que temos ao redor.

Din desde os estudos tolos (dos que falarei máis adiante) que ás veces a tolemia suxeita as violencias, e que cando a persoa entra en crise prodúcese un revulsivo que destapa e pon voz ás inxustizas; por iso é tan difícil que sexa escoitada.

Sexa como sexa, as crises pónennos a proba e requiren de gran cantidade de recursos para ser afrontadas. As crises poden marcar un antes e un despois, para ben ou para mal.

Doutra banda, as crises non se limitan ás persoas ou relacións senón que poden producirse en calquera ámbito da realidade, por exemplo o económico ou o político. O que nos di a Historia con respecto a isto é que tiveron que producirse diferentes crises para que os cambios fosen posibles.

Por iso, gustaríame reflexionar acerca de por que a Psicoloxía e a Psiquiatría son ciencias que están en crise e a necesidade imperante dun cambio de paradigma.

Finalmente, tratarei de expoñer algunha das alternativas que existen para acompañar nas

crises. Aínda que son consciente que este é un campo moi amplo, o meu obxectivo é realizar un achegamento xeral e sinxelo, orientado a todas aquelas persoas que teñan curiosidade polo tema.

---

## A PSICOLOXÍA E A PSIQUIATRÍA TAMÉN ESTÁN EN CRISE

Con notable frecuencia, sempre que leo sobre a evolución das ciencias, un nome sae á palestra, o de Thomas S. Kuhn.

Kuhn foi un físico, historiador e filósofo que expuxo unha teoría acerca da evolución das ciencias. Seguindo este desenvolvemento teórico (García-Valdecasas, 2016) a ciencia pasaría por momentos de *ciencia inmaturo*, en que existen diversas tendencias ou escolas. Cando unha destas escolas se impón ao resto (isto pode suceder non só por motivos científicos ou tecnolóxicos senón tamén por motivos socio-culturais), establécese un paradigma ou matriz teórica que proporciona un marco conceptual dos fenómenos estudados nesa disciplina, así mesmo, este paradigma establece as normas necesarias para lexitimar o traballo dentro da ciencia que goberna. Así, entraríase nun período de *ciencia normal*, realizándose investigación acorde á matriz teórica predominante. Ao facelo experimentaríanse dificultades e aparecerían problemas que o paradigma non poderá resolver. Neste punto o progreso na ciencia detense e xérase unha situación de crise (*ciencia revolucionaria*) na que outro paradigma vai gañando paulatinamente máis adeptos no seo dunha comunidade científica, substituíndo finalmente ao paradigma orixinal e entrando nunha nova etapa de ciencia normal.

Cando dous paradigmas están enfrontados, a elección entre paradigmas baséase en criterios non de todo lóxicos, como poden ser a persuasión, a popularidade, a capacidade para resolver cuestións inmediatas ou o prestixio que outorgan aos seus profesionais.

É unha cuestión discutible que tanto a Psicoloxía como a Psiquiatría estivesen algunha vez nunha etapa de ciencia normal, xa que sempre conviviron diferentes paradigmas nun “tira e afrouxa” constante, aínda que se podería dicir tamén, que conforme creceu o mercado dos psicofármacos tamén o fixo o paradigma bioloxicista (ou biocomercial), achegándose así cada vez máis a ser o paradigma predominante, e chegando a selo en determinados contextos ou situacións. De feito, á hora de abordar as crises, as situacións “graves ou agudas” e o “trastorno mental grave”, o paradigma bioloxicista foi claramente o gañador. Debido a que apenas se contempla o atravesar unha crise de forma que non sexa seguindo as solucións adoptadas por este paradigma, orientado cara á enfermidade: emprego dun diagnóstico, contención farmacolóxica, contención física... e unha serie de limitacións (dependendo da normativa de cada dispositivo) ideadas non sempre como axudas senón como normas necesarias para o correcto funcionamento do espazo ou como facilitadoras do traballo dxs profesionais. E aínda sendo pensadas como axudas, estas continúan facéndose desde un marco teórico que impón a idea do profesional sobre aquilo que é beneficioso antes que a sabedoría que ten a propia persoa sobre aquilo que lle fai estar mellor.

Foi e é tan predominante o paradigma bioloxicista á hora de entender e “atender” as crises que a sociedade articulouse segundo este marco teórico, tanto en composición e estrutura dos dispositivos dispoñibles para facelo, como dentro da narrativa social, asumindo o groso da poboación que a única forma de atravesar estes momentos, é da forma na que xa se fai e se fixo: recorrendo ao internamento e á medicación (se é necesario de forma involuntaria),

o cal xera medos e prexuízos sobre o que é unha crise e como debe atravesarse. Isto deposita tamén á persoa da responsabilidade e do dereito para decidir sobre a súa situación (considerando por norma que non está capacitada para facelo) e depositase esta na contorna máis próxima á persoa, habitualmente a familia, pero tamén nxs profesionais, xa que con frecuencia as familias ven excedidas pola situación e entenden que non son as indicadas para axudar, porque segundo o marco predominante o serían xs profesionais, os espazos institucionais e os fármacos.

Consecuencia disto é que sigamos facendo sempre máis do mesmo, asumindo que non hai outro modo mellor de facelo, deixando as voces das persoas usuarias fóra e vulnerando en distintas ocasións os seus dereitos. Outra deriva lóxica de pensar que algo xa se fai como se ten que facer é que non se xeran novas solucións, ou que estas se descartan como pouco viables antes nin sequera de probalas, porque se considera que existe xa unha solución eficaz. O cal dificulta a elección de alternativas tanto ás persoas usuarias e á súa contorna como a aquelxs profesionais que desexan acompañar doutro xeito.

---

## ORGULLO TOLO, CAMBIO POLÍTICO E DEREITOS HUMANOS

### **Movemento tolo**

Cada vez toma máis forza un novo discurso sobre a saúde mental, cun novo uso de ferramentas pero tamén da linguaxe, trátase do discurso dxs expertxs en primeira persoa, do coñecido como “movemento tolo”. Aínda que é certo que noutros países este movemento existe desde hai xa décadas (p.ex. en Alema-

ña a finais dos 80 xurdiu a Asociación para a Protección contra a Violencia Psiquiátrica, que deu lugar a “A casa fuxitiva” e en 1993 en Toronto sucedeu a primeira manifestación do “Orgullo Tolo”), en España tomou forza nos últimos anos e a expectativa é que continúe crescendo. As persoas que participan deste movemento reaprópianse do termo “tolo” e o resignifican, permitindo a xeración dunha identidade máis positiva, reivindicando os seus dereitos, a súa (neuro)diversidade e a súa autonomía.

Aínda que os principais actores do movemento tolo son aquelas persoas que sufriron malestar psíquico ou foron psiquiatrizadas (en ocasións se autodenominan “sobreviventes da Psiquiatría”), tamén participan do movemento, de forma máis colateral, aquelas persoas aliadas (familias, contornas, profesionais “dissidentes”...) que cren necesario un cambio de paradigma.

Así, dáse cabida ás narrativas das persoas diagnosticadas acerca do que lles pasa, aparecen novas formas de conceptualizar o sufrimento e, polo tanto, novas formas de acompañalo. Un exemplo diso son os cambios no movemento asociativo.

Tradicionalmente as asociacións foron creadas por familiares, quen levaba o peso da representación en saúde mental; actualmente hai cada vez máis colectivos creados por e para as persoas psiquiatrizadas. Desde este movemento e partindo de ideas como a xustiza social e o apoio mutuo trátase de fomentar o empoderamento das persoas con sufrimento psíquico, de loitar contra o estigma e o autoestigma, de defender os seus dereitos e deberes, de dar voz ao seu colectivo e, en definitiva, de promover os cambios sociais necesarios para que todo isto suceda.

En España existen diferentes asociacións e grupos de apoio mutuo (GAM), algún exemplo son INSPIRADAS, Flipas GAM, Activa-

Ment, Discuerdos, Federación Andaluza en Primeira Persona, Hierbabuena...

Grazas a este movemento activista acadaron valor os coñecementos “leigos” xerados polas persoas que pasaron por algunha crise. Xorde así o ámbito dos Estudos Tolos (Mad Studies), que poñen en valor os coñecementos xerados pola experiencia, promovendo un desenvolvemento teórico e un campo de estudo académico. Con métodos de investigación como os da antropoloxía, a etnografía e con similitudes cos estudos críticos sobre discapacidade, teoría social, etc.

No noso país podemos atopar diversos artigos, *fanzines* e outras publicacións desta índole, algúns exemplos serían *La Locura Rev(b) elada*, de recente edición e que mostra diferentes relatos vitais que axudan a pensar en como auto/xestionar o malestar; ou *FanAct*, un *fanzine* promovido pola asociación Activament. Así como o monográfico *Las voces que hay que oír* (da revista *Mujeres y Salud*), que recompila artigos tanto de profesionais como de ex- usuarixs.

Tamén son abundantes as guías para a moderación de grupos de apoio mutuo, guías de consellos para a recuperación, para a discontinuación farmacolóxica, etc. Así como as páxinas web que recompilan estes coñecementos, destacando o proxecto Lokapedia.

### Saúde mental con perspectiva de dereitos humanos

Outro desafío co que se atopa a saúde mental actualmente é a necesidade dun marco ben asentado nos dereitos humanos.

Dainius Pūras, durante o seu mandato como Relator Especial da ONU, tratou de impulsar un cambio de paradigma na atención en saúde mental. Escribiu varios informes, criticando o predominio do modelo biomédico, a vulneración sistemática dos dereitos dos pacientes e a medicalización da saúde, resaltando a impor-



tancia dos determinantes sociais na saúde das persoas.

No último informe sobre dereitos en saúde mental da ONU, publicado o 15 de abril de 2020, podemos ler:

*“(...)Esta forma perniciosa de medicalización expón problemas para a promoción e protección do dereito á saúde. A medicalización prodúcese cando diferentes comportamentos, sentimentos, estados ou problemas de saúde se definen en termos médicos, se describen empregando unha linguaxe médica, se entenden mediante a adopción dun marco médico ou se tratan mediante unha intervención médica. O proceso de medicalización adoita asociarse co control social, xa que serve para facer cumprir os límites ao redor dos comportamentos e experiencias normais ou aceptables. A medicalización pode ocultar a capacidade de situarse a si mesmo e as súas experiencias nun contexto social, alimentando o descoñecemento das fontes lexítimas de angustia (determinantes da saúde, trauma colectivo) e producindo alienación. Na práctica, cando se considera que as experiencias e os problemas teñen un carácter médico, máis que social, político ou existencial, as respostas se centran en intervencións a nivel individual que teñen por obxecto devolver ao individuo a un nivel de funcionamento dentro dun sistema social, en lugar de abordar os legados de sufrimento e o cambio necesario para contrarrestar ese sufrimento a nivel social. Ademais, a medicalización fai que se corra o risco de lexitimar prácticas coercitivas que vulneran os dereitos humanos e poden afianzar aínda máis a discriminación contra grupos que xa están en situación de marxinação ao longo da súa vida e dunha xeración a outra”.*

*“(...)A participación das persoas con problemas de saúde mental, incluídas as persoas con discapacidade, na planificación, supervisión e avaliación dos servizos, no fortalecemento dos sistemas e na investigación, recoñécese agora máis amplamente como unha forma de mellorar a calidade, a accesibilidade e a dispoñibilidade dos servizos e o fortalecemento dos sistemas de saúde mental. Nos países de ingresos altos existen probas e directrices prometedoras nesta esfera: o Relator Especial observou prácticas prometedoras en salas de tratamento “sen medicamentos” en Noruega e nun proxecto experimental baseado nos dereitos en Suecia, no que se*

*recorreu á utilización de homólogos para facer fronte ás asimetrías de poder e apoiar os enfoques dialogados e non coercitivos.”*

En España existen diversas iniciativas que tratan de xerar un marco sólido de dereitos en saúde mental, como por ex. o Observatorio de Dereitos en Saúde Mental (Federació Veus), adicado a facer un seguimento das diferentes políticas, normativas e prácticas que afectan os dereitos das persoas cun diagnóstico psiquiátrico e a súa contorna.

Un recurso interesante e dispoñible no sistema público de saúde son as vontades anticipadas. Estas baséanse no dereito das persoas ao exercicio da súa capacidade xurídica e liberdade persoal. Trátase dun documento legal que permite ás persoas usuarias deixar por escrito as súas preferencias e decisións con respecto aos diferentes tratamentos médicos e tamén con respecto a que persoas están autorizadas a tomar decisións no seu nome en determinadas situacións. Isto é útil para tratar de seguir e respectar a vontade das persoas mesmo nos momentos puntuais en que estas atopan dificultades para comprender ou tomar decisións.

### **Alternativas á hora de acompañar as crises**

Froito tanto da crise da profesión e do desexo dxs propios profesionais por xerar cambios, como do movemento activista en primeira persoa e a importancia dun marco asentado nos dereitos humanos, foron xurdindo múltiples alternativas á hora de acompañar as crises, desenvolvéndose estas a nivel internacional. Por exemplo, en Reino Unido destacan os enfoques con conciencia sobre o trauma (*Trauma Informed Approach*) que tratan de dar unha nova perspectiva sobre como organizar os servizos públicos de saúde mental e sobre como se entenden as crises. Exemplo diso é a creación de dispositivos como a casa de crise de *Drayton Park* (dirixida unicamente a mulleres). Son espazos onde as persoas poden acudir en momentos de elevado malestar psíquico;

trátase de lugares abertos, acolledores, fóra do contexto hospitalario, onde as persoas teñen dereito á súa privacidade e a tomar decisións sobre a súa saúde, contando igualmente coa axuda dun equipo de profesionais.

En España existe un proxecto promovido por un colectivo de mulleres diversas chamado *La Casa Abierta*, con sede en Madrid. Este proxecto aínda se atopa nas súas primeiras etapas, sendo o seu obxectivo principal a creación dunha casa de crise para acompañar a mulleres en momentos de extremo sufrimento psíquico, alternativa ao ingreso hospitalario e de carácter gratuíto. A idea é que se trate dun espazo de portas abertas, voluntario, con acompañamento as 24 horas. Todo iso, baseándose nunha alternativa de coidados respectuosa, evitando métodos coercitivos e a través dunha toma de decisións compartida que teña en conta a biografía particular de cada muller e as súas experiencias de trauma, así como os determinantes sociais da súa saúde. O equipo formaríano integramente mulleres e estaría orientado á comunidade.

Outra iniciativa interesante no noso país é *La Casa Polar*. Trátase dun espazo ideado por ex-usuarixs de saúde mental para acompañar a persoas que están a experimentar situacións extremas de crise e que desexen evitar unha hospitalización, baseándose no apoio entre pares.

Con todo, e a pesar de que este é un tema amplo, e que afortunadamente continúa crecendo, neste artigo vou centrarme no enfoque de Diálogo Aberto. No noso país destaca polo seu labor á hora de promover un cambio de paradigma a asociación La Porvenir, que tamén realiza acompañamento en crise e formación e supervisión a profesionais. Así mesmo, dentro do ámbito sanitario e institucional destaca a Unidad de Atención Temprana Integrada Comunitaria (UAT-IC) de Alcalá de Henares, que dá atención aos chamados primeiros episodios psicóticos, desde unha perspectiva de diálogo aberto.

## O DIÁLOGO ABERTO COMO FERRAMENTA PARA ACOMPañAR NAS CRISES

O diálogo aberto (DA) é un enfoque construcionista, centrado na familia e na rede social, desenvolto por Jaakko Seikkula e o seu equipo entre os anos 80-90 en Laponia Occidental. A creación deste modelo xorde como necesidade para dar resposta á alta prevalencia de persoas con diagnóstico de trastorno mental grave, fundamentalmente con diagnóstico de esquizofrenia ou trastorno psicótico, e aos malos resultados que estaban a ter os enfoques tradicionais á hora de falar de recuperación e reincorporación á vida cotiá.

### EVIDENCIAS

Con respecto aos resultados do DA, leváronse a cabo múltiples investigacións (como Seikkula et al., 2003;2006;2011a e 2011b) e afirmase que o DA acadou os mellores resultados no tratamento da psicose. Por exemplo, nun estudo de seguimento a cinco anos, no que se comparan os resultados do tratamento con DA cos dunha práctica non dialóxica ( Seikkula et al., 2006 vs Svedberg et al.2001) obsérvase que no enfoque de DA tan só o 33% dxs pacientes empregaron neurolépticos nun primeiro momento e destes só o 17% os continuaban empregando. Pola contra, de aqueles pacientes atendidos nun dispositivo tradicional, o 93% empregara inicialmente os neurolépticos e o 75% destes seguía utilizándoos. Así mesmo, unicamente o 19% das persoas atendidas mediante DA recibían un subsidio por discapacidade ou estaban de baixa por enfermidade fronte ao 62% das atendidas da maneira habitual.

Neste mesmo seguimento observouse que tras 5 anos, o 79% das persoas atendidas con DA estaban asintomáticas; o 80% traballaban, es-

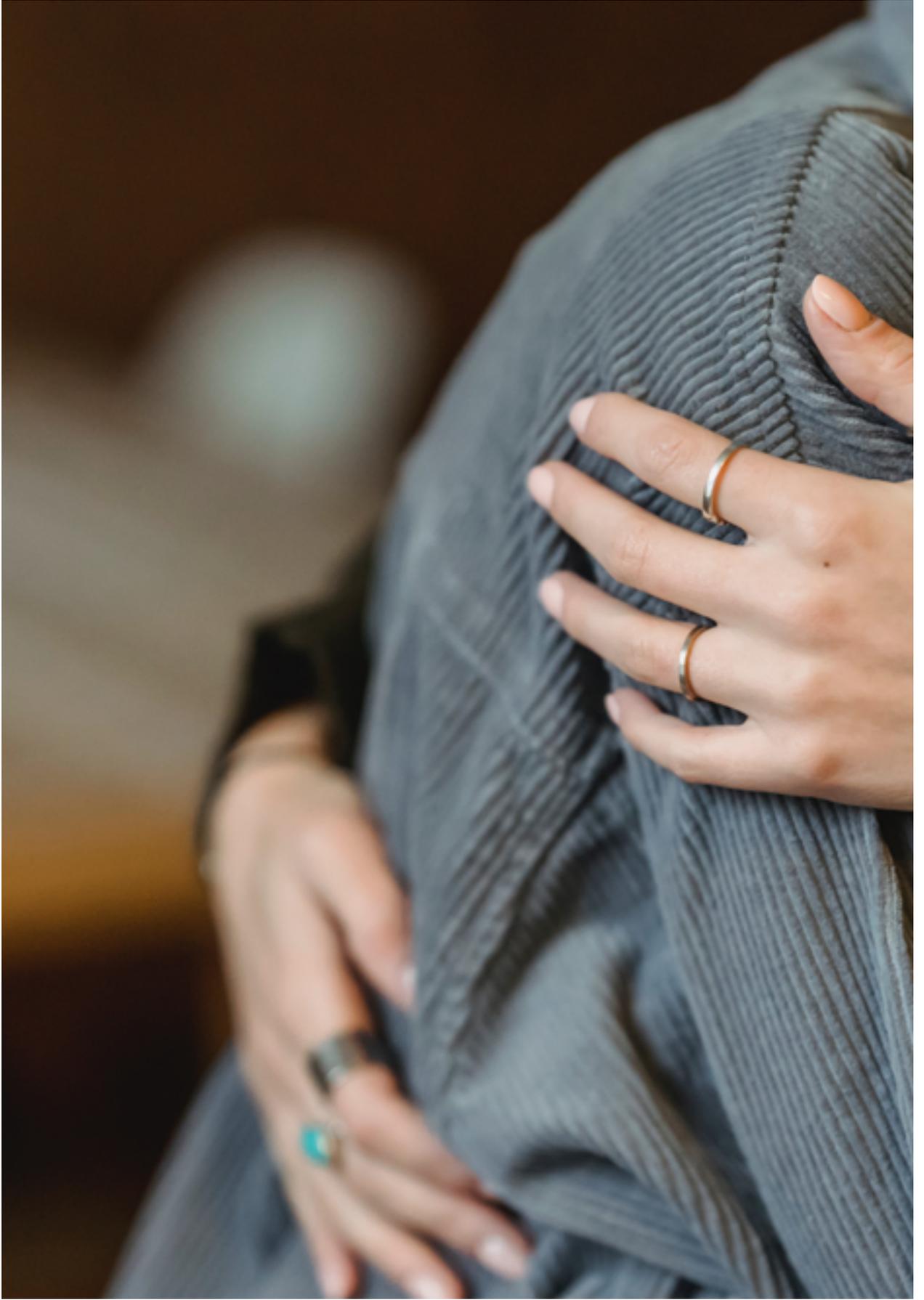


Foto: Liza Summer

tudaban ou estaban en procura activa de emprego.

En España, nun seguimento de dous anos de duración realizado na Unidad de Atención Temprana de Alcalá de Henares (cuxo enfoque é o diálogo aberto), das 50 persoas atendidas, 20 non estaban a tomar ningunha medicación, 11 non tomaban medicación neuroléptica e 19 tomaban neurolépticos a doses mínimas (Parrabera et al., 2020).

Outro estudo destacable é o ODDESSI (*Open dialogue: Development and Evaluation of a Social Network Intervention for Severe Mental Illness*), un programa de investigación a gran escala sobre a atención á saúde mental en crise, dentro do sistema nacional de saúde de Reino Unido. Este estudo comezou a desenvolverse en 2017 e finalizará en 2022. Pretende transformar o modelo actual de atención sanitaria aos pacientes con problemas graves de saúde mental. A investigación examina varias cuestións:

Pódese desenvolver unha forma de ofrecer Diálogo Aberto no SNS que sexa aceptable para o persoal e xs usuarixs dos servizos? Encaixa co funcionamento dos servizos do SNS? Ofrece o Diálogo Aberto bos resultados clínicos e merece a pena? Cal é a experiencia dxs usuarixs dos servizos, xs cuidadorxs e o persoal? Polo momento, os resultados obtidos parecen positivos, pero aínda teremos que esperar á súa publicación.

Ademais, se espera levar a cabo unha investigación a nivel internacional sobre DA, chamada “HOPEnDialogue” —coordinada desde o National Research Council de Roma, xunto a J. Seikkula, Doug Ziedonis e Steve Pilling, como co-investigadores—, que contará con diferentes centros sanitarios públicos de catro continentes e que ten previsto desenvolverse entre 2022 e 2027.

## ALGUNHAS NOCIÓNS SOBRE DIÁLOGO ABERTO

Desde o Diálogo Aberto (DA) trabállase co concepto de rede social, creado por Barnes (1954) para explicar as conexións sociais que atravesan fronteiras entre familias, grupos e clases sociais: as redes sociais non son inmutables e poden cambiar e influírse. O DA considera que as persoas non existimos illadas e que os problemas e as solucións constrúense a nivel social, mediante a linguaxe e a comprensión compartida, polo que a rede persoal da persoa convértese nun recurso no tratamento e é coautora do proceso. É así que toman especial relevancia conceptos como o *dialoxismo*, a *polifonía* e a *horizontalidade*, xa que en lugar de desenvolver unha única narrativa sobre o que sucedeu, o equipo busca comprender as diferentes posibles interpretacións e significados mediante a conversación, e isto só se pode acadar se se recoñecen todas as contribucións e se aceptan incondicionalmente as voces de todxs xs participantes.

A “intervención” consiste nunha serie de reunións dialóxicas entre xs usuarixs, a súa familia e outras persoas da súa rede social ou sistema de apoio (poden incluírse outrxs profesionais de diversos dispositivos) cos membros do equipo (que acoden formando díades ou tríades). Os membros do equipo poden ser de diversas profesións (psicólxos, psiquiatras, enfermeirxs, traballadorxs sociais...) e cada vez é máis frecuente que se inclúa a persoas expertas por experiencia.

Estas reunións realízanse desde o primeiro contacto coa persoa ou a súa contorna, mesmo aínda que isto suceda nun momento de forte angustia no que a persoa está a experimentar experiencias inusuais como delirios e/ou alucinacións. Semellaría que, cando se produce unha crise, o momento non é o máis adecuado para falar: as preocupacións e o medo desátanse, as emocións desbórdannos, as familias están inquedas e desesperadas e xs profesionais senten que teñen a responsabilidade

de solucionar rapidamente a situación, por iso téndese a dar prioridade ao actuar antes que ao falar. Con todo, segundo o DA, é precisamente nestas situacións onde os diálogos son máis necesarios e útiles, e tamén onde aparece máis potencial para o cambio.

Aínda que o DA se trata máis dunha forma de pensar ou enfocar os problemas e a comunicación que dun método definido, existen unha serie de principios que se identificaron como factores terapéuticos e que axudan a articular o traballo dende esta perspectiva e a realizar intervencións en momentos de crise. Serían os seguintes:

### 1 | Intervención inmediata

Considérase, por norma xeral, que a primeira reunión tras o primeiro contacto debería organizarse en 24 horas. Isto pensouse así por varios motivos. Por unha banda, o intervir de forma inmediata prevén que moitas crises terminen en hospitalización. Doutra banda, o intervir cando a crise está a producirse permite ao equipo aproveitar a situación na que se están mobilizando recursos que non se mobilizarían nunha situación normal. A crise é unha etapa de posibilidades e de cambios. Así, tráense narrativas e cuestións non discutidas e tamén se liberan recursos que non foron explorados con anterioridade na contorna. Por iso, aínda que os comentarios das persoas que están a experimentar de forma máis intensa a crise poidan parecer herméticos ou estraños nos primeiros encontros, máis tarde adoita comprobarse que a persoa estivera falando de feitos da súa vida. As persoas nas crises adoitan abordar temas para os que antes non tiñan palabras, as condutas problemáticas tamén poden servir para este fin; adoito, cando se producen emocións extremas, estas están a informar sobre temas dos que non se debateu previamente.

O obxectivo é promover fórmulas que permitan atopar as palabras coas que se poidan describir estas experiencias para as que pre-

viamente non se dispón dunha linguaxe compartida.

As experiencias extremas que aparecen durante as crises achegan información importante sobre o que sucede na vida das persoas, se se perde a oportunidade de reflexionar sobre elas é posible que máis adiante non apareza ou se requira un traballo máis complicado para poder chegar á mesma información.

Con todo, para que todo isto sexa posible, o equipo debe xerar unha atmosfera segura, realizando unha escoita coidadosa de todos os temas.

En España, por mor das limitacións coas que contan os dispositivos ou entidades que tratan de adaptar o DA (Parrabera, S., 2018), a marxe das 24 h pasa a ser en moitas ocasións de 48 h, debido á falta de recursos e persoal.

### 2 | A participación da rede persoal

Un obxectivo importante á hora de incorporar á familia e rede dos *clientes*, é o de que se mobilicen os apoios cos que a propia contorna conta.

Ademais, a rede afectiva da persoa é parte importante á hora de definir o que é un problema: un problema chega a selo cando é definido como tal e por iso son fundamentais as narrativas que a contorna teña acerca do que está a suceder. De feito, nos casos de crises máis graves, adoitan ser as contornas quen identifican que existe un problema. Este problema só se disolverá cando todos os que o definan como tal deixen de facelo.

Doutra banda, a rede da persoa serve como apoio para entender acontecementos vitais compartidos, axudando a poñer palabras e a dar sentido á experiencia. Tamén pode ser útil á hora de restaurar as relacións e os vínculos que se viron comprometidos pola situación ou polo vivido.

Como as intervencións que se van a realizar decídense conxuntamente nas reunións dia-

lógicas tamén é necesario integrar nestas ao resto de profesionais implicadxs coa persoa usuaria (ex. profesionais doutros dispositivos sanitarios como atención primaria ou unidade de saúde mental, persoal de asociacións, profesorxs, policía...).

Unha posible forma de decidir quen vai acudir aos encontros é formulando á persoa que estableceu o primeiro contacto as seguintes preguntas:

- 1 · Quen coñece a situación e se preocupou por ela?
- 2 · Quen pode axudar e estaría dispostx a participar no primeiro encontro?
- 3 · Quen sería a persoa máis axeitada para convidarlles?

### 3| A flexibilidade e adaptación ás necesidades diversas

O acompañamento realizado debe adaptarse ás necesidades específicas e cambiantes de cada caso, así como axustarse á linguaxe das persoas, ao seu estilo de vida e posibilidades.

O lugar onde se realizan as reunións se decide conxuntamente e o equipo adoita desprazarse segundo o convidado. A miúdo as reunións realízanse nos domicilios, pero non sempre é así. O realizar os encontros nun lugar que non sexa o da institución ou centro sanitario permite experimentar directamente o contexto das persoas atendidas, isto é clave, xa que se obtén información á que non sería posible acceder dende outros espazos e axuda a comprender mellor o que sucede durante as crises.

A frecuencia das reunións tamén é variable e flexible e depende das necesidades dxs participantes. Durante os primeiros momentos dunha crise é recomendable asegurar a posibilidade de reunirse cada día, máis adiante a frecuencia das reunións posiblemente sexa menor. Son as persoas que participan nas reunións as que deciden con que frecuencia facelo, por iso calquera persoa implicada na

situación pode solicitar unha reunión aínda que esta non estea prevista.

A duración das reunións é normalmente de hora e media, pero isto tamén é flexible. En ocasións as persoas se angustian e necesitan reunións máis curtas, noutros momentos pode ocorrer o mesmo e pode resultar que unha hora e media non sexa suficiente e que sexa necesario máis tempo para lograr que a situación se acougue. O importante é crear un espazo seguro no que todxs participen e sentan cómodxs, tamén que todxs dispoñan de tempo abondo para falar.

En resumo, o principio de flexibilidade poderíase aplicar a practicamente calquera cuestión, sempre que se traballe a través de acordos nas reunións e sempre que as posibilidades dos equipos e contornas o permitan.

### 4| A responsabilidade compartida

Acompañar durante unha crise é complicado se xs profesionais (pero tamén a contorna) non se comprometen. Por iso é fundamental que toda a rede de apoio participe activamente no que sucede.

Isto non significa que o equipo teña que resolver de maneira inmediata todas as cuestións que xurdan, senón que mostre a disposición e o interese por axudar a desenguedallalas. Tratándoo a través das reunións e buscando conxuntamente coa persoa e a súa contorna solucións posibles, así como convidando os encontros a aquelas persoas que pensen que poidan axudarlles a resolver.

Deste xeito, todas as cuestións relativas ao problema, a súa definición, o seu tratamento, e a toma de decisións en xeral trátanse en presenza de todxs.

O traballo en equipo e a responsabilidade compartida son especialmente importantes nas crises, dada a intensidade emocional que se xera nestas situacións, sentirse arroupadx (tanto polo resto do equipo e idealmente

tamén pola contorna) permite non actuar de maneira precipitada á hora de pensar cales serían as axudas.

Así mesmo, cando se trata de asumir riscos, como o traballar sen medicación ou a doses mínimas, se a responsabilidade non é compartida entre toda a rede de apoio, é practicamente imposible soste esta maneira de intervención (Parrabera et al., 2020).

### 5| A continuidade psicolóxica

Cando falamos de continuidade referímonos a que sexa o mesmo equipo o que acompañe todo o proceso (dende o primeiro contacto ata a saída da crise), tanto se a persoa está na casa como nun ingreso hospitalario e independentemente do que dure o tratamento. Por exemplo, se a persoa está nun ingreso a idea é que continúen producíndose as reunións dialóxicas (incorporando a xs profesionais implicados no ingreso), pero que non desapareza o equipo ou non se substitúa polo equipo hospitalario xa que isto xeraría unha ruptura no proceso de acompañamento.

A continuidade ten tamén que ver coa importancia dos vínculos que se xeran e que son necesarios para transitar polas crises. As persoas vincúlanse cos equipos que as acompañan; hai un traballo de todas as partes implicadas á hora de xerar un espazo cómodo para a comunicación e existen tamén vivencias compartidas entre os equipos, a persoa e a súa rede, así como información que o equipo xa coñece e que a persoa non desexa volver compartir, polo que realizar frecuentes cambios de profesionais ten custos importantes, tanto a nivel afectivo como práctico.

O ideal sería que se nun futuro a persoa volvese necesitar un acompañamento, este fose realizado polxs mismxs profesionais que a acompañaron por primeira vez.

### 6| A tolerancia á incerteza

A tolerancia á incerteza ten que ver con que, en situacións de elevada intensidade emocional, se poidan xerar espazos seguros e de calma, nos que sexa posible pararse a pensar.

Non se trata de deixar á xente soa cos seus problemas ou de non intervir nunha situación de crise, senón de facelo dende outra perspectiva. Mentres que dende os enfoques máis tradicionais (orientados cara á enfermidade) a tarefa máis importante nas fases temperás de tratamento adoita dirixirse a eliminar ou diminuír os síntomas, desde un enfoque de DA búscase desenvolver un tipo de conversación terapéutica onde todas as persoas sexan escoitadas e onde se poidan decidir axudas conxuntamente e en beneficio de todxs xs presentes. Isto permite que os recursos que se contemplan sexan máis amplos (sen deixar fóra ningunha alternativa que as persoas sintan que lles poida beneficiar) e as solucións xeradas máis creativas.

Isto é importante á hora de permitir que as contornas e as persoas se sienten arroupadas ao mesmo tempo que se evita tomar decisións precipitadas (xeradas normalmente do desborde emocional da situación e a urxencia de intervir) sen acordalas previamente e baseándonos unicamente no criterio profesional.

Para que todo isto sexa posible, traballar en equipo é un requisito imprescindible xa que un/ha só/a profesional tería máis dificultades á hora de poder manterse tranquilx e poder pensar coa maior calma e claridade posible en situacións de risco. Así, xs terapeutas transmiten a mensaxe de que as persoas son parte activa na súa melloría, e que ademais as crises se poden superar mediante o apoio, o respecto e a escoita mutua.

### 7| Dialoxismo e respecto pola alteridade

Á hora de falar acerca do dialoxismo é fundamental nomear ao investigador literario ruso Mijail Bajtín, quen realizou diversos escritos

sobre a polifonía e o dialoxismo como forma de vida.

Para Bajtín, a única forma de continuar xerando diálogo entre todas as voces dos participantes era que ningunha voz fose máis importante que as outras.

É por iso que a base das prácticas dialóxicas é o recoñecer ao outro sen condicións, o que implica unha escoita activa do que lle sucede, sen tratar de impoñerlle o noso discurso.

Nos encontros dialóxicos escóitanse todas as voces, incluídos os delirios, profundando nas preocupacións, medos, conflitos e necesidades e mantendo que a crise é compartida.

Un requisito para realizar este tipo de encontros é que todxs xs participantes deben falar en primeira persoa, desde o que senten e a súa experiencia, tratando de evitar interpretacións sobre o que lles sucede aos/ás demais e, en caso de facelo, debe expresarse claramente que se trata dun punto de vista subxectivo e non dunha verdade absoluta. É importante “non falar das persoas sen contar coas persoas”, isto aplícase tanto dentro das reunións como fóra delas e tamén ao equipo.

Xs profesionais son quen se encargan de garantir que se produza esta escoita e de que se xere o ambiente de seguridade e confianza necesario para poñer en palabras estes contidos emocionais. É a través do diálogo conxunto que se vai xerando unha linguaxe e unha reflexión común e continua. A idea é que xurda unha interpretación complexa, nova, idiosincrática que contribúa a dar sentido ao vivido, explorando así novas narrativas sobre si mesmos e as súas vidas.

Xs profesionais poden facer isto realizando preguntas abertas, repetindo palabras ou frases que lles pareceran especialmente significativas... de maneira que axuden a profundar. A idea é que se xs profesionais logran entender aos/ás demais, tamén é posible que o resto de participantes o faga.

Outra técnica empregada para facilitar a comunicación son os “diálogos reflexivos”, trátase de reflexións puntuais entre xs profesionais, diante dxs asistentes, para que estxs poidan escoitalles “pensar e conversar en alto” e permitindo que posteriormente dialoguen acerca do exposto.

## CONCLUSIÓN

O DA é un enfoque complexo, que require dunha importante formación teórica, pero sobre todo práctica, xa que fundamentalmente “apréndese ao facelo”. O exposto neste artigo son os principios fundamentais máis estudados no seu exercicio, o cal non significa que o diálogo aberto se reduza a estas sete normas. Así mesmo, e dada a apertura do enfoque, poderíamos dicir que se atopa nun cambio e crecemento constante conforme vaise aplicando a cada crise particular.

En España, a unidade pioneira na aplicación de diálogo aberto adaptada ao noso contexto foi a UAT-IC, pertencente ao Hospital Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares) que a día de hoxe continúa a súa andada. Ademais, no sistema público de saúde existen diversos intentos de adaptación deste modelo así como a implementación de unidades de atención a “primeiros brotes psicóticos”, sobre todo na Comunidade Autónoma de Cataluña e debido ás protestas reiteradas das persoas usuarias que demandaban unha mellor atención. As unidades que tratan de aplicar este modelo aínda son de recente creación e están moi circunscritas a un marco de traballo máis tradicional, polo que fai falta máis tempo para coñecer como están a adaptar este tipo de encadres. Fóra do sistema nacional de saúde, destaca a asociación La Porvenir, formada no ano 2019, e que aplica de maneira máis radical estes enfoques, xa que non conta coas limitacións que en ocasións impón o marco institucional (pero si con outras barreiras, propias da súa natureza autosostida). Trátase dunha organización con base no asembleario, coa que se pode

colaborar de diversas maneiras e que non só busca un novo paradigma nos coidados senón tamén promover un cambio social.

Durante a situación vivida coa pandemia pola COVID-19, do mesmo xeito que a maioría de formas de acompañamento e atención en saúde mental, esta forma de traballo viuse limitada a unha atención fundamentalmente telemática (vía videochamada e/ou chamadas telefónicas). Para moitas persoas este tipo de contacto facíase estraño e limitaba de maneira importante a calidade da comunicación e do coidados pero si servía como axuda de maneira temporal. Doutra banda e curiosamente, traballando desde La Porvenir, reparamos en que moitas persoas desexaban este tipo de acompañamento por diversos motivos que en ocasións non tiñan que ver co medo ao contaxio ou ás restricións impostas (p.ex. por dificultades de saír de casa ou recibir xente, pola dificultade de encontro presencial ao vivir noutros puntos xeográficos, etc). Por iso, moitas contornas seguen sendo atendidas mediante este sistema a día de hoxe, con resultados bastante satisfactorios.

É importante ter en conta que se desexamos acompañar de forma xenuína o sufrimento, resulta unha tarefa necesaria o feito de repensar como entendemos e como acompañamos as crises, e o de pensar tamén que somos parte importante, parte esencial niso.

Non só porque fai falla un cambio, unha mellora, un acompañar e non só conter, senón porque necesitamos unha saúde mental con perspectiva de dereitos humanos. Xa que nunca poderá ser conciliable o terapéutico coa vulneración dos dereitos das persoas.

## Bibliografía

Di Nella, Y. (2010). Necesidades de incorporar y/o profundizar la perspectiva de Derechos Humanos en la formación profesional de los agentes de Salud Mental. *Psicología forense y derechos humanos*, 2,41-62. Argentina.

García-Valdecasas, J., Vispe, A., García, V.G., Hernández, M. (2016). ¿Hacia un nuevo paradigma en Psiquiatría?. *Revista Norte de Salud Mental*, 14 (55), 20-30.

Haarakangas, K., Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. (2016). *Diálogo abierto: una aproximación al tratamiento psicoterapéutico de la psicosis en Finlandia del Norte*. Traducción: Arratia, M. En: *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge.

Menzies, R., LeFrançois, B.A., Reaume, G. (2013). *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Canadian Scholars' Press.

ONU: Asamblea Xeral. *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: Resolución aprobada por la Asamblea General*, 15 Abril 2020, A/HRC/44/48, disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-relator-especial-derecho-salud-mental-abril-2020/>

Parrabera García, S. (2018) El marco de Diálogo Abierto en la Unidad de Atención Temprana a la psicosis (UAT IC) de Alcalá de Henares. *Boletín Asociación Madrileña de Salud Mental*, 43:20-29.

Parrabera, S., Chico, M., de la Hermosa, M., Martín, C. (2020). La UAT: una adaptación del marco de Diálogo Abierto Finlandés. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol.3 9, no.136. Madrid.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J., y Lehtinen, K. (2006). 5-year experience of first episode nonaffective psychosis in Open Dialogue approach: Treatment principles follow up outcomes, and two case studies. *Psychother Res*, 16 (2), 214-228.

Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder.

Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2019). *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas: Respetando la alteridad en el momento presente*. Barcelona: Herder.

Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. (2011a). The Comprehensive Open Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3, 192-204.

Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., Lehtinen, V. (2003). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5 (3), 163-182.

Seikkula, J., Laitila, A., Rober, P. (2011b). Making sense of multifactor dialogues. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38 (4), 667-687.

Svedbeg, B., Mesterton, A., Cullberg, J. (2001). First-episode non-affective psychosis in a total urban population: a 5-year follow-up. *Social Psychiatry*, 36, 332-337.

Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L., Gillard, S. (2018). A paradigm shift: Relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Advances*, 24(5), 319-333.

## Enlaces de interes

<https://casaabiertacuidados.wordpress.com/>

<https://lacasapolar.org/>

<https://lalokapedia.blogspot.com/>

<https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/oddesi/oddesi-trial>

<https://www.istc.cnr.it/it/node/76241>

<https://laporvenir.org/>

<https://www.candi.nhs.uk/services/drayton-park-womens-crisis-house-and-resource-centre>



# ANUARIO ABERTO

TRABALLOS PREMIADOS NAS XXV  
XORNADAS DE PSICOLOXÍA E SAÚDE  
DO COPG

---

---

---

SUMARIO

CASTELÁN



## COMUNICACIÓN

# ATENCIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA 112 DURANTE A ALERTA SANITARIA

**M<sup>a</sup> Carmen González Hermo**

*Psicóloga GIPCE. Psicóloga sanitaria na Asociación Ambar das  
Persoas con Diversidade Funcional*

[mcarmen.gonzalez.hermo@gmail.com](mailto:mcarmen.gonzalez.hermo@gmail.com)

SUMARIO

CASTELÁN

## RESUMO

Como consecuencia do estado de alarma sanitaria decretada en marzo do 2020, as autoridades autonómicas detectan a necesidade de adoptar medidas apoio á poboación xeral que atendan as alteracións emocionais causadas pola situación de confinamento e que axuden a previr futuras alteracións da saúde mental. Créase así un operativo de emerxencia en colaboración co Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia, que desde o 112 aporta atención psicolóxica telefónica especializada ás persoas que demandan apoio psicolóxico para afrontar a situación.

**PALABRAS CHAVE** — Atención psicolóxica telefónica. Pandemia. GIPCE. Colectivos vulnerables. Soporte emocional.

## INTRODUCCIÓN

En decembro de 2019 as autoridades chinesas identificaron un novo virus na cidade de Wuhan, ao que coñecemos coloquialmente como Coronavirus ou COVID-19. Segundo informan, o virus estase a estender de forma alarmante entre a poboación e provocando patoloxía leve no 80% dos casos (febre, tose, expectoración e malestar xeral) podendo presentar manifestacións máis graves (pneumonía e complicacións clínicas) no 20% dos casos, que requiren ingreso hospitalario e presentan una taxa elevada de letalidade.

O 30 de xaneiro a OMS declarou o brote en China de *Importancia Internacional* e o 8 de marzo foi catalogado como *pandemia*.

A evolución da epidemia en España, a perigosidade e a facilidade de contaxio do COVID-19 fixo que o goberno central se vira na

necesidade de pasar das medidas de *contención* a aplicar medidas de *contención reforzada* co *Real Decreto 463/2020 do 14 de marzo mediante o que se declaraba o Estado de Alarma* con situación de confinamento, para frear a transmisión e o colapso do sistema sanitario. Neste momento levábanse contabilizados máis de 64.000 contaxiados en España e arredor a 4.900 falecidos. Sendo na nosa comunidade autónoma 2.322 contaxiados e 43 falecidos.

Deste xeito durante a primeira quincena de marzo do 2020 a poboación comezou a ser avisada da existencia real da pandemia que se prevía que afectaría directa ou indirectamente a toda a poboación.

O confinamento da poboación fixo que as vidas de todos os cidadáns se visen alteradas, pero ademais comezaron a xurdir alteracións socioemocionais que se engadían aos riscos económicos e sanitarios.

Comezan a chegar ao Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia (COPG) demandas de asistencia dende distintos colectivos, demandas que son trasladadas ao goberno autonómico, coa recomendación de que é necesario dar atención psicolóxica á poboación que así o solicita.

O día 6 de abril os psicólogos e psicólogas sanitarios (con especialidade clínica, xerais sanitarios ou habilitación para o exercicio de actividades sanitarias) do Grupo de Intervención Psicolóxica en Catástrofes e Emerxencias (GIPCE) do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia, comezan a prestar atención telefónica psicolóxica a través do centro de atención de emerxencias 112 grazas a un convenio asinado con Vicepresidencia e a Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza da Xunta de Galicia.

## OBXECTIVOS

O obxectivo primordial do operativo é previr e/ou reducir o grao de intensidade e nivel de afectación da poboación xeral, á vez que:

- Establecer un dispositivo de atención psicolóxica telefónica dirixido á poboación xeral que atenda as necesidades psicolóxicas derivadas do Estado de Alarma e da emerxencia sanitaria producida pola COVID-19;
- Reforzar os servizos públicos de atención psicolóxica para dar resposta ás necesidades xurdidas pola nova situación.
- Garantir a asistencia psicolóxica especializada á poboación máis vulnerable.

## METODOLOXÍA

Para atender estes obxectivos era necesario ter presente que nos atopábamos ante unha situación extraordinaria que requiría unha intervención específica. Non cumpría as condicións ordinarias da intervención en emerxencia nin as características habituais da intervención clínica.

Deste xeito tívose en conta que as intervencións debían salvar as dificultades propias da intervención telefónica, así como dificultades alleas a este tipo de intervención.

### **Dificultades propias da intervención telefónica:**

- Carencia de elementos de comunicación non verbal.
- Falta de historia previa.
- Intervención limitada no tempo.



- Intervención única e limitada no tempo.
- Dificultades coa tecnoloxía, problemas de conexión.

### **Dificultades alleas á intervención telefónica:**

- Chamadas recorrentes sen unha demanda clara.
- Situacións sociais de risco (carencia de recursos básicos como auga corrente, alimentos, medicación...; carencia de rede social de apoio...)
- Estado mental de risco (trastornos mentais previos descompensados, ideación suicida, malos tratos...)

Así, elaborouse un protocolo de intervención telefónica para dar unha resposta unificada que puidera adaptarse ás necesidades de cada persoa usuaria.

As intervencións ademais de achegar soporte emocional, foron dirixidas a facilitar ás persoas ferramentas que lle permitisen acoller a experiencia. Mediante elas, os profesionais centrábanse en potenciar os recursos propios e a autocompetencia das persoas usuarias, promovendo estratexias de afrontamento adaptativas e orientándoas na prevención de dificultades psicolóxicas posteriores.

Ademais o protocolo de intervención telefónica recollía uns criterios comúns para a derivación e a canalización das persoas cara os servizos normalizados de apoio social, sanitario e comunitario.

O operativo, formado por 29 psicólogos GIP-CE sanitarios (con especialidade clínica, xerais sanitarios ou habilitación para o exercicio de actividades sanitarias), estivo activo durante 10 semanas, durante as cales ofreceron atención telefónica as 24 horas do día. Dentro do mesmo creouse un equipo de derivación, encargado de conectar as persoas usuarias co

servizo de atención social que lle puidese dar apoio continuado e seguimento na súa propia comarca ou concello.

No transcurso do servizo, tamén foi necesario realizar reunións de grupo que permitisen analizar o procedemento, detectar novas necesidades no mesmo e avaliar o propio servizo.

## RESULTADOS

O operativo de atención psicolóxica telefónica do 112 puido atender a un total de 723 chamadas das que un 27,76% foron derivadas para o seu seguimento aos servizos normalizados de atención á poboación, sendo o máis habitual os servizos de saúde de atención primaria, seguidos dos servizos de saúde mental e servizos sociais..

As tres primeiras semanas recibíronse unha media de 22 chamadas por día, reducíndose progresivamente ata chegar a unha media de 2 chamadas por día nas últimas tres semanas.

A análise de todas as chamadas permite obter un perfil das persoas usuarias en variables como sexo, idade, lugar de residencia e psicopatoloxía previa.

Atopámonos deste xeito que o perfil demandante máis habitual se corresponde con mulleres de entre 40 e 49 anos, que chamaban manifestando presentar sintomatoloxía ansiosa.

O 69% das chamadas procedían de persoas residentes en zonas urbanas, sendo máis habituais da provincia de A Coruña.

De entre as persoas que presentaban patoloxías previas, púidose comprobar que as máis habituais eran os trastornos depresivos, seguidos de trastornos de ansiedade e trastornos de personalidade.

Tamén se puido ver que o 57,03% das persoas demandantes do servizo estaban a recibir

tratamento psicolóxico e/ou farmacolóxico previo.

## CONCLUSIÓNS

Tendo en conta que o estrés, a ansiedade e o medo mantidos durante longos períodos de tempo provocan un deterioro na saúde física e mental das persoas, debemos prever que é necesario, por parte dos gobernos, elaborar un plan de recuperación da emerxencia sanitaria que atenda á saúde mental e ao benestar psicolóxico da poboación, que teña en conta o risco engadido que presentan os colectivos máis vulnerables.

A partir das distintas actuacións levadas a cabo desde o COPG, como consecuencia do estado de alarma, desde o mesmo trasládase á Consellería unha serie de suxestións que apoian a necesidade de adoptar medidas de prevención ante un posible deterioro da saúde mental da poboación xeral.

Reforzar os recursos profesionais en Saúde Mental, para dar cobertura ás persoas que viron aprazadas as súas citas, máis ás novas necesidades xurdidas.

Achegar a asistencia psicolóxica aos cidadáns, instaurando a figura do profesional da psicoloxía nos centros de Atención Primaria.

Garantir a presenza de psicólogos/as en todos os concellos, a través dos equipos de servizos sociais e os CIMs.

Asegurar un profesional da psicoloxía en todos os equipos de orientación dos centros educativos, que de resposta ás necesidades emocionais dos menores ao regreso ás aulas.

Manter aos profesionais da psicoloxía de emerxencias dentro da estrutura de Protección Civil, para intervir en todas aquelas emerxencias

e crises que se sigan a dar ademais das provocadas pola situación alarma sanitaria.

Implantar programas de intervención social, para fomentar a cohesión e inclusión comunitaria e a resiliencia das persoas.

## BIBLIOGRAFÍA

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por lo que se declara o estado de alarma para a xestión da situación de crise sanitaria ocasionada polo COVID-19. Boletín Oficial do Estado, núm. 67, de 14 de marzo de 2020

VV.AA. (2020). *Informe da atención telefónica a través do 112*. Grupo de Intervención Psicolóxica en Catástrofes e Emerxencias (GIPCE) do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia

VV.AA. (2020). *Recomendacións para a atención psicolóxica telefónica a través do 112*. Grupo de Intervención Psicolóxica en Catástrofes e Emerxencias (GIPCE) do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia

VV.AA. (2020). *Achegas da psicoloxía á post-emerxencia pola COVID-19*. Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia

## PÓSTER

# O FUNCIONAMENTO COGNITIVO EN ESQUIZOFRENIA E A SÚA ESTIMULACIÓN NUNHA UNIDADE DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

**Bruno Rodríguez Novoa**

*Psicólogo Interno Residente do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)*  
[bruno.rodriguez.novoa@sergas.es](mailto:bruno.rodriguez.novoa@sergas.es)

**Cristina González Freire**

*Psicóloga Interna Residente do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)*  
[cristina.gonzalez.freire@sergas.es](mailto:cristina.gonzalez.freire@sergas.es)

**María Jesús Villares González**

*Psicóloga Clínica da Unidade de Rehabilitación Psiquiátrica do Hospital Psiquiátrico de Conxo*  
[maria.jesus.villares.gonzalez@sergas.es](mailto:maria.jesus.villares.gonzalez@sergas.es)

**Fátima Pérez Sayago**

**Belén Álvarez Batista**

**Inmaculada Sangiao Novio**

## RESUMO

A esquizofrenia é un trastorno mental grave que afecta a diferentes procesos e funcións cognitivas (atención, memoria...), e especialmente, ás executivas (FFEE), interferindo no funcionamento diario da persoa.

Desde a Unidade de Rehabilitación Psicosocial preténdese traballar as mesmas, de forma individualizada, previa avaliación da situación cognitiva e unha vez a persoa se mostre estabilizada psicopatolóxicamente.

Neste estudo analízase, mediante avaliación psicométrica, o funcionamento dos devanditos procesos, así como a súa relación con certas variables sociodemográficas como o sexo e o nivel de estudos.

---

## MATERIAL E MÉTODO

Para levar a cabo este estudo administrouse a Escala de Intelixencia de Weschler para Adultos (WAIS-IV) a 50 pacientes, ingresados na Unidade de Rehabilitación Psiquiátrica do Hospital Psiquiátrico de Conxo de Santiago de Compostela, con diagnóstico de esquizofrenia. Escala administrada en condicións similares e con pacientes xa estabilizados.

Cos datos obtidos realizouse un estudo correlacional descriptivo transversal.

---

## RESULTADOS

Os resultados obtidos na mostra son os seguintes:

- A porcentaxe de homes (68%) é maior que a de mulleres (32%).
- A idade media é de 39,7 anos.
- Un 66% dos pacientes teñen un nivel de estudos básico, un 26% nivel medio, e un 8% superior.
- A media de duración da enfermidade ata a actualidade é de 16,9 anos.
- O número medio de ingresos hospitalarios é 4,7.
- O CIT de pacientes con esquizofrenia (73,24) é menor á media poboacional (100).
- A media en todos os índices é menor á poboacional: 84,44 en CV - 75,46 en RP - 80,06 en MT - 73,90 en VP.
- Analizada a correlación entre índices e sexo achamos que as mulleres obtiveron puntuacións superiores (non significativas) en todos os índices, exceptuando en RP.
- Analizada a correlación entre índices e nivel de estudos achamos que a maior nivel de estudos maior é a puntuación obtida nos diferentes índices, excepto en MT.

---

## DISCUSIÓN/CONCLUSIÓNS

En conclusión, o CI total de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia é menor que o da poboación xeral, concretamente os índices nos que obteñen menores puntuacións son o de Razoamento Perceptivo e Velocidade de Pro-

cesamento (índices moi mediados por sintomatoloxía activa e tratamento farmacolóxico).

Ante estes resultados, parécenos necesario desenvolver programas de estimulación cognitiva nas Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica e de longa estancia co fin de potenciar, na medida do posible, estes procesos cognitivos afectados.

## Bibliografía

Monsalve-Muñoz, E., Giraldo-Giraldo, Y. (2018). Funciones ejecutivas en un paciente esquizofrénico con predominio de síntomas negativos. *Universidad Católica Luis Amigó*. pp. 24-36.

Aponte, H., Torres, P., Quijano, M. (2008). Función ejecutiva y cociente intelectual en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Acta colombiana de Psicología* 11. 127-134.

## EL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO EN ESQUIZOFRENIA Y SU ESTIMULACIÓN EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

**Autoras:** Rodríguez Novoa, B; González Freire, C; Villares González, M. J.; Pérez Sayago, F; Álvarez Batista, B. y Sangiao Novio, I.

### Introducción

La Esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a diferentes funciones cognitivas (atención, memoria,...) y especialmente a las *funciones ejecutivas* (FEE), lo cual interfiere en el funcionamiento diario de la persona. Desde la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica se pretende trabajar las mismas, de forma individualizada, previa evaluación del estado cognitivo y una vez la persona se encuentre estabilizada psicopatológicamente.

En este estudio se analiza, mediante evaluación psicométrica, el funcionamiento de dichos procesos, así como su relación con ciertas variables sociodemográficas como el sexo y el nivel de estudios.

### Material y Método

*Tipo de estudio:* Correlacional descriptivo transversal

*Instrumento de evaluación aplicado:* Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS-IV)

*Muestra:* 50 pacientes, ingresados en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Hospital Psiquiátrico de Conxo de Santiago de Compostela, con diagnóstico de esquizofrenia.

### Resultados

Los resultados obtenidos en la muestra son los siguientes:

- El porcentaje de varones (68%) es mayor que el de mujeres (32%).
- La edad media es 39,7 años.
- Un 66% de los pacientes tienen un nivel de estudios básico, un 26% nivel medio, y un 8% superior.
- La media de duración de la enfermedad hasta la actualidad es de 16,9 años.
- El número medio de ingresos hospitalarios previos es 4,7.
- El CIT de pacientes con esquizofrenia (73,24) es menor a la media poblacional (100).
- La media en todos los índices es menor a la poblacional: 84,44 en CV - 75,46 en RP - 80,06 en MT - 73,90 en VP.
- Analizada la correlación entre índices y sexo, hallamos que las mujeres han obtenido puntuaciones superiores (no significativas) en todos los índices, exceptuando en RP.
- Analizada la correlación entre índices y nivel de estudios, hallamos que a mayor nivel de estudios mayor es la puntuación obtenida en los diferentes índices, excepto en MT.

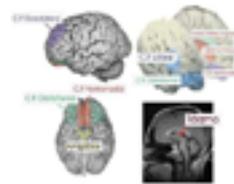
### Discusión/Conclusiones

En conclusión, el CI total de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia de esta muestra es menor que el de la población general, concretamente los índices en los que obtienen menores puntuaciones son el de Razonamiento Perceptivo y Velocidad de Procesamiento (índices muy mediados por sintomatología activa y tratamiento farmacológico).

Ante estos resultados, nos parece necesario desarrollar programas de estimulación cognitiva en las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica y de larga estancia con el fin de potenciar, en la medida de lo posible, estos procesos cognitivos afectados.

### Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia

- Aumento en el tamaño de los ventrículos y disminución en el tamaño de lóbulos frontales y temporales, el hipocampo y el sistema límbico (Saiz, et. al., 2010)
- Déficit a nivel molecular con la reducción del tamaño en las dendritas y el volumen del soma en las neuronas ubicadas en la corteza prefrontal.
- Disminución de las sustancias gris y blanca en el área de Wernicke (Ferrero, Pérez, Gómez, Loynaz y Rodríguez, 2004).



### BIBLIOGRAFÍA

- Monsalve-Muñoz, E., y Giraldo-Giraldo (2018). Funciones ejecutivas en un paciente esquizofrénico con predominio de síntomas negativos. Revista Universidad Católica Luis Amigó. pp. 24-36.
- Aponte, H, Torres, P y Quijano, M.(2008). Función ejecutiva y cociente intelectual en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Acta colombiana de psicología 11. 127-134.

# Nº14 Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG

## OBXECTIVO DA PUBLICACIÓN

O Anuario foi, e é, unha publicación aberta. Nace co propósito de dar voz e oído, de invitar á reflexión dos que escriben e dos que len, sobre temas de interese para a Psicoloxía Clínica.

Cada número vértébrase sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluíndo áreas de coñecemento alleas á propia, pero que poden achegar novos mapas.

## PERIODICIDADE DA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

### AUTORES DOS ARTIGOS DO MONOGRÁFICO

Os artigos serán solicitados aos autores por parte do Equipo de Redacción do Anuario; os textos deben ser orixinais e o estilo será libre, seguindo o obxectivo xeral marcado polo Equipo.

**A EXTENSIÓN** máxima será de 17 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

**A ESTRUCTURA** do artigo será a seguinte:

- Título.
- Autor, lugar de traballo e e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras) en español ou galego e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en español ou galego e en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias bibliográficas.

### ANUARIO ABERTO: CASOS CLÍNICOS

Incluíranse descrições dun ou máis casos clínicos que supoñan unha contribución ao coñecemento da psicopatoloxía ou da intervención psicoterapéutica.

**A EXTENSIÓN** máxima do texto será de 6 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

**A ESTRUCTURA** do Caso Clínico deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Obxectivos.
- Intervención.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 referencias bibliográficas.

### ANUARIO ABERTO: COMUNICACIÓN LIBRES

Incluíranse traballos orixinais nos que se describan traballos de investigación ou revisións teóricas de temáticas psicolóxicas, desde un punto de vista clínico ou asistencial.

**A EXTENSIÓN** máxima do texto será de 17 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

**A ESTRUCTURA** da Comunicación Libre deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 referencias bibliográficas.

# ANUARIO DE PSICOLOGÍA Y SALUD

Nº/ **14**

Revista Oficial de la  
Sección de Psicología y Salud del COPG

## **CRISIS**

SOLEDAD

ALIANZA

CREATIVIDAD

TITULARES

ACOMPañAR

Nº14

REVISTA OFICIAL DE LA SECCIÓN DE  
PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG

CONSEJO EDITORIAL

**José Eduardo Rodríguez Otero** / Presidente

**Alicia Carballal Fernández** / Vicepresidenta

**Carlos José Losada López** / Secretario

**Mercedes Fernández Cabana** / Tesorera

**María Blanco Suárez** / Vocal

**Alba Fernández Revaldería** / Vocal

**Eduardo Martínez Lamosa** / Vocal

**Almudena Campos González** / Vocal

CONSEJO DE REDACCIÓN

**M<sup>a</sup> Gabriela Domínguez Martínez** / Directora  
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN PONTEVEDRA

**Noelia Pita Fernández**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE FERROL

**Paula Rodríguez Vázquez**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE VIGO

**Laura Sotelo Estévez**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA – O  
SALNÉS

**Cristina Veira Ramos**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN A CORUÑA

**Aislinn García Hermo**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. ACLAD CORUÑA

**Samuel Villar Costas**  
PSICÓLOGO CLÍNICO. ÁREA SANITARIA DE LUGO, A MARIÑA E  
MONFORTE DE LEMOS

[anuario@copgalicia.gal](mailto:anuario@copgalicia.gal)

EDITA

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia  
Espíñeira, 10 baixo  
15706 Santiago de Compostela

T. 981 534 049 | Fax. 981 534 983

[www.copgalicia.gal](http://www.copgalicia.gal) | [copgalicia@copgalicia.gal](mailto:copgalicia@copgalicia.gal)

DISEÑO Y MAQUETACIÓN – Laura Decibreiro

IMÁGEN DE PORTADA – Mugil Chakkra / Pexels

ISSN: 2444-6653

Noviembre, 2021

Depósito Legal: C 1615-2019

<https://copgalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

---

El Consejo Editorial y el Consejo de Redacción no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados

Las opiniones expresadas en la Presentación son responsabilidad del Consejo de Redacción

APUNTE

La preferencia de idioma en el original de cada artículo fue determinada por su autor/a, con la posterior traducción del Consejo de Redacción y revisión del COPG

# SUMARIO

- 04 ————— **PRESENTACIÓN**  
M<sup>a</sup> Gabriela Domínguez Martínez
- 06 ————— **SOLEDAD / LAS DOS CARAS DE LA SOLEDAD**  
Marisa Cortizo Pérez
- 18 ————— **ALIANZA / CRISIS EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA** – Claudia López Lamas + María del Coral Vázquez Montoto + Érika Vázquez Sanjurjo
- 34 ————— **CREATIVIDAD / NEWTON EN CUARENTENA. CÓMO LAS CRISIS INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA CREATIVIDAD**  
Alma Montes Arenas
- 40 ————— **TITULARES / TITULARES EN CRISIS, O COMO LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SE CONVIERTEN EN MEDIOS DE SALUD**  
Noela Rey Méndez
- 62 ————— **HERRAMIENTAS – ACOMPAÑAR / OTRAS FORMAS DE ACOMPAÑAR EN LAS CRISIS** – Aislinn García Hermo
- 81 ————— **ANUARIO ABIERTO**
- 82 ————— **COMUNICACIÓN / ATENCIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA 112 DURANTE LA ALERTA SANITARIA** – M<sup>a</sup> Carmen González Hermo
- 88 ————— **PÓSTER / EL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO EN ESQUIZOFRENIA Y SU ESTIMULACIÓN EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA**  
Bruno Rodríguez Novoa + Cristina González Freire + María Jesús Villares González + Fátima Pérez Sayago + Belén Álvarez Batista + Inmaculada Sangiao Novio

# PRESENTACIÓN

**M<sup>a</sup> Gabriela Domínguez Martínez**

*Directora del Consejo de Redacción*

*Psicóloga Clínica.*

Práctica privada en Pontevedra

**[gabriela.dominguezmartinez@gmail.com](mailto:gabriela.dominguezmartinez@gmail.com)**

***“La vida no es sino una continua sucesión de oportunidades para sobrevivir”***

Gabriel García Márquez

Crisis, oportunidad, grieta, luces y sombras, punto y seguido, brecha, cambios, paréntesis, ruinas... Son varios de los títulos barajados por el equipo para el *Anuario* de este año. Y, a pesar de escoger el primero como estandarte, en este número se refleja la idea de todos ellos, pues partimos de la premisa de que toda crisis trae aparejada una oportunidad; cada grieta, una entrada de luz; cada paréntesis, una continuidad; cada ruina, un resurgir... Las luces y las sombras que acompañan a toda crisis y teniendo presente la noción de que ninguna crisis es neutra, siempre supone un avance o un retroceso.

En la elección del tema de este número cobró importancia, quizás más que en los otros, el contexto actual. Cada número del *Anuario* se concibe a finales del año anterior y en el año 2020 comenzó una crisis sanitaria que nos mantuvo confinados y privados de la vida que antes teníamos, sumergiéndonos en una profunda crisis sanitaria, social, política, económica, educativa, personal... Supuso una rotura o quebradura con la vida que conocíamos entonces. Y, envueltos (o ahogados) en esta situación, escogimos la crisis como tema. Nadie puede escapar a las crisis, ni siquiera el

*Anuario*, topando con varios obstáculos por el camino que pusieron a prueba nuestra flexibilidad pero que nos permitieron seguir avanzando hasta lograr dar vida a este número.

Abre el *Anuario* Marisa Cortizo con un artículo sobre la soledad, reflexionando sobre aspectos como la soledad buscada y la rechazada, la importancia de las relaciones interpersonales para el ser humano, el papel de las redes sociales (con sus bondades y sus peligros), lo que dicen las neurociencias sobre esto, lo que supuso el “aislamiento impuesto” en la crisis de la COVID-19 e ideas a tener en cuenta en la consulta cuando se aborda el tema de la soledad, enfatizando en la importancia de la relación terapéutica.

Y precisamente sobre la alianza terapéutica versa el siguiente artículo, en el que Claudia López, María del Coral Vázquez y Érika Vázquez analizan la importancia de este factor común en toda psicoterapia. Inician el artículo con una aproximación al término a lo largo de la historia y analizando los factores que facilitan una adecuada relación terapéutica. Desgranar qué es lo que ocurre cuando hay una crisis en la alianza en terapia y los tipos de roturas que se pueden producir aportando soluciones para su reparación (y considerando también las dificultades encontradas por la COVID-19), donde la creatividad del terapeuta tiene su papel.

Y con la creatividad y las crisis seguimos el recorrido del *Anuario*, de la mano de Alma Montes, preguntándose si realmente el contexto disruptivo es una condición necesaria para el desarrollo de la creatividad. Destaca la importancia del trabajo y de la necesidad de salir de la zona de confort para potenciar la creatividad y la relación de las crisis sociales y personales con la creatividad. El contexto de la pandemia favoreció alguno de estos aspectos y nos dotó de tiempo libre, condición imprescindible para trabajar en tareas creativas.

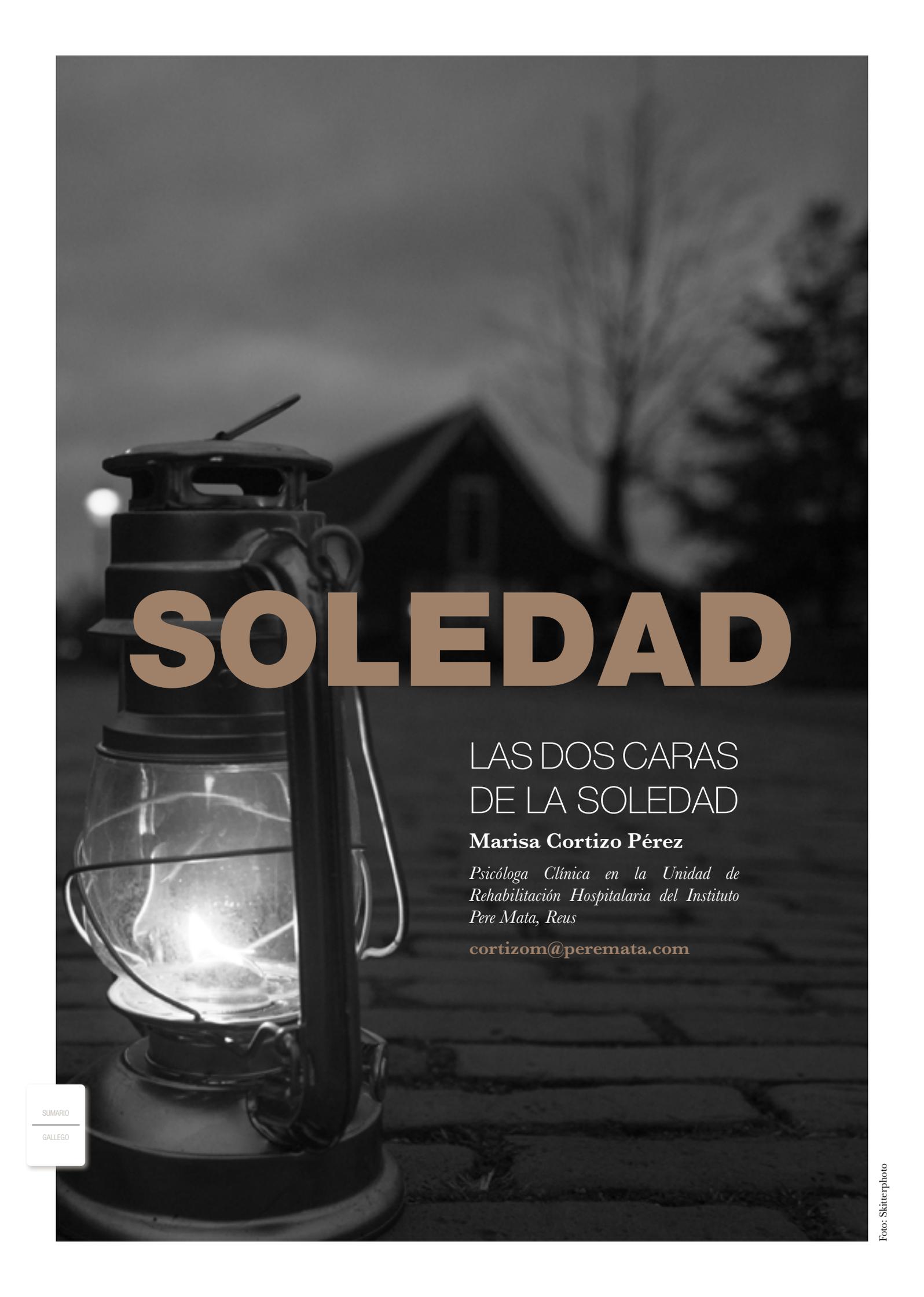
Pero este “tiempo libre” no fue tal para todos, como en el caso de los periodistas. Así, la pe-

riodista Noela Rey expone acertadamente a través de diferentes titulares reales de los periódicos, los errores y aciertos de los medios de comunicación en su tarea de plasmar la realidad que nos encontramos, en su labor de dar información de servicio a la ciudadanía. Temas como la crisis sanitaria, el suicidio, el acoso escolar, las desapariciones de personas, el aborto, la eutanasia o la muerte.

Finalmente, el apartado de herramientas corre a cargo de Aislinn García, que comienza su artículo relatando una experiencia personal que conecta con el tema principal del artículo: otras formas de acompañar las crisis. En su artículo habla de la crisis en la que está inmersa la salud mental y los profesionales y cómo esto, unido al movimiento activista en primera persona y un marco asentado en los derechos humanos, hace emerger otras formas de acompañar el sufrimiento psíquico, otra forma de transitar la crisis. Ofrece herramientas centradas en el enfoque del *Diálogo Abierto*, que sin duda invita a querer seguir indagando y profundizando en el tema.

Para finalizar, se incluyen los trabajos premiados en las XXV Jornadas da Sección de Psicologia e Saúde do COPG: “Atención psicológica telefónica 112 durante la alerta sanitaria” (comunicación oral), de M<sup>a</sup> Carmen González Hermo y “El funcionamiento cognitivo en esquizofrenia y su estimulación en una unidad de rehabilitación psiquiátrica”, (comunicación escrita-póster), a cargo de Bruno Rodríguez Novoa, Cristina González Freire, María Jesús Villares González, Fátima Pérez Sayago, Belén Álvarez Batista e Inmaculada Sangiao Novio

Como siempre, agradecer y darle la enhorabuena a mis compañeras y compañero de equipo por su implicación, trabajo y compromiso. Así como a las autoras y autores de los artículos, que tan bien lo hicieron; y a las compañeras del COPG. ¡Esperamos que os quede un buen sabor de boca con la lectura!



# SOLEDAD

LAS DOS CARAS  
DE LA SOLEDAD

**Marisa Cortizo Pérez**

*Psicóloga Clínica en la Unidad de  
Rehabilitación Hospitalaria del Instituto  
Pere Mata, Reus*

[cortizom@peremata.com](mailto:cortizom@peremata.com)

SUMARIO

GALLEGO

*La felicidad solo es real si es compartida.*

Christopher McCandless

## RESUMEN

Empezamos explorando las dos caras de la soledad (placer o desgracia), para posteriormente centrarnos en la segunda y subrayar el impacto de la misma en la salud mental y física de nuestra población de forma general y más específicamente en tiempos de pandemia. Tener presente la soledad y el aislamiento en la promoción de la salud de la población general es una tarea prioritaria dentro de los retos actuales de la psicología clínica en la atención primaria y merece una mirada completa e integral que nos permita activar aquellos recursos sanitarios y comunitarios que amortigüen los efectos acumulados de una sociedad cada vez más individualista ahora sometida a circunstancias de emergencia.

**PALABRAS CLAVE** — soledad, depresión, aislamiento social, exclusión social, cuarentena, confinamiento, redes sociales, atención primaria, vínculo afectivo, salud mental y física.

## ABSTRACT

We start exploring both faces of loneliness (pleasure and misfortune), to later focus on the last and underline the impact that it has on both the physical and mental health of our general population, especially in pandemic times. Attending loneliness and social isolation must be a priority when promoting clinical psychology health in the general population among primary care teams. A comprehensive integrated look is needed to activate health and community resources that can cushion the accumulative effects of a society ever more individualistic now under special circumstances.

**KEY WORDS** — social isolation, social exclusion, loneliness, depression, social media, quarantine, lockdown, primary care, social connection, physical and mental health.

## INTRODUCCIÓN

Todos hemos oído hablar mucho este año sobre confinamiento, distanciamiento social y cuarentena. Pero, ¿entendemos cómo se diferencia del aislamiento o la soledad?, ¿conocemos la relación entre estos elementos o pensamos que son independientes? Nos venimos haciendo muchas preguntas: ¿soledad es igual a aislamiento?, ¿aislamiento es igual a problema de salud mental?, ¿confinamiento implica soledad?, ¿las redes sociales nos han ayudado a estar más conectados o han originado una mayor soledad?... y así podríamos seguir. Este artículo no pretende dar respuestas absolutas, pero sí contribuir al diálogo actual y aprovechar que estas preguntas están en mente de la población general y en la de los/las profesionales para que podamos reflexionar sobre la importancia de las relaciones interpersonales para el ser humano.

La soledad constituye un problema para una parte importante de la población, con una prevalencia significativa tanto entre la población infanto-juvenil como entre la de adultos y todo sugiere que en las próximas décadas la tendencia va en aumento. Entre la población anciana, el 56% de los hombres y el 72% de las mujeres refieren sentir algún tipo de soledad, aumentando esta proporción a medida que avanza la edad (IMSERO, 2012). Estudios sobre soledad, salud mental y salud física indican que influye en casi cada ámbito de nuestras vidas como seres sociales. El ser humano requiere no solo de la presencia de otros para sobrevivir, sino de otros que le valoren, en quienes tenga confianza y con quienes pueda comunicarse y apoyarse para que sus proyectos de vida y comunidad puedan salir adelante. Aunque la soledad puede ser fuente de un gran sufrimiento personal, es esencial para la supervivencia de la especie humana y se puede activar ante el rechazo de un amigo, un cambio de domicilio o la pérdida de un ser querido.

## LA SOLEDAD: DESGRACIA O PLACER

La soledad puede considerarse una emoción o un sentimiento, un estado de ánimo o una percepción negativa. También se puede considerar una solución intentada disfuncional que pretendía resolver otro malestar. La soledad puede ser algo que se elige o algo que se sufre y de lo que se huye, de manera que según en qué cara de la moneda nos encontremos la veremos como algo positivo o algo negativo. No es tan simple como decir que es mejor estar solo o acompañado. Cuando encontramos un equilibrio podemos oscilar entre el aislamiento y la relación con los demás.

John T. Cacioppo, por ejemplo, profundizando en la soledad, diferencia entre estar realmente solo o sentirse solo. Una persona puede vivir la sensación de estar solo estando en medio de una aglomeración, en el trabajo, con la familia o en aislamiento. La soledad es un estado subjetivo, una percepción individual, que puede llegar a ser abrumadora y generar una sensación física. Diferenciar este estado de la depresión puede no ser fácil.

### La soledad buscada

Hablemos de esa soledad a veces necesaria, deseada e incluso buscada. Cuando uno elige estar solo para alcanzar un mayor conocimiento de sí mismo, dar rienda suelta a la creatividad o buscar la calma y el autocuidado, hablamos de una soledad considerada positiva. Grandes obras de arte, descubrimientos científicos e inventos han sido producto de la soledad. La persona, aun estando sola, puede, por ejemplo, a través de la meditación, conectar con la tierra, consigo mismo/a o con Dios. Desarrollando la capacidad de meditar se puede practicar la compasión por los demás y potenciar la empatía, partiendo de la conciencia de sí mismo/a y esto nos ayuda a superar la

soledad negativa. Cultivar la capacidad de estar solos nos ayuda a tener una mejor relación con los demás. La soledad es fundamental en la adquisición de una autonomía personal y el individuo va oscilando entre la necesidad de estar con el otro/a y estar consigo mismo/a.

### La soledad rechazada

Cuando hablamos de que alguien sufre de soledad, hablamos de que se siente excluido/a, rechazado/a y/o tiene dificultades para integrarse y sentirse incluido/a en un grupo. Hablamos de que esa persona se puede sentir incapaz de relacionarse con otros, al menos de una forma cercana e íntima. Pensamos en personas que carecen de lazos afectivos fuertes, tanto porque han perdido a seres queridos como porque su salud mental y emocional les incapacita a la hora de recuperar su rol social y muestran dificultades para conectar emocionalmente con otros. El número de amigos/as o de interacciones sociales no predice la soledad percibida o la calidad de las relaciones mantenidas. Puede aparecer un sentimiento de marginalidad, la sensación de no ser aceptado/a por los otros y de aislamiento. La persona desea tener un lugar dentro de un grupo de personas con las que pueda compartir intereses y preocupaciones. En otros casos prevalece una sensación de vacío y el deseo de conectar con un otro significativo.

La soledad parece ser un fenómeno de mucha importancia en la salud mental de las personas y veremos asociaciones negativas entre el sentimiento de soledad y ciertos indicadores de salud física y mental. El equipo de House (1988) halló un impacto del aislamiento social sobre la salud comparable al efecto de la hipertensión, el sedentarismo, la obesidad o el tabaquismo. Sentimientos crónicos de aislamiento pueden llevar a una cascada fisiológica de eventos que aceleran los procesos del envejecimiento. La soledad se llega a apreciar en medidas de hormonas relacionadas con el estrés y las funciones inmunitaria y cardiovas-

cular. La soledad pasa a ser un problema de peso cuando se instala volviéndose persistente, retroalimentándose de pensamientos, emociones y conductas negativas. En personas con reducidos lazos sociales se ha visto un aumento en el riesgo de morir de isquemia cardíaca, enfermedades cerebrovasculares o de la circulación, cáncer y otras causas de muerte de índole respiratorio o gastrointestinal. En el anciano/a se ha visto como factor de riesgo para el deterioro cognitivo y un factor predictor de demencia. Y ya si hablamos de mortalidad, estudios como el de House (2001) nos hablan de un aumento del 26% del riesgo de mortalidad prematura en personas que sienten soledad, un 29% en personas con aislamiento social y un 32% en las que viven solas. En la revisión de Leigh-Hunt et al. (2017), se aprecia una clara asociación entre soledad y aislamiento social con peor salud y bienestar, además de asociarse con un aumento de ingresos hospitalarios en personas ancianas. El aislamiento social se asocia de forma muy marcada con depresión y problemas cardiovasculares.

Una red social satisfactoria promueve comportamientos y hábitos saludables. La soledad, en cambio, aumenta el riesgo de sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol y de alimentación inadecuada. La cantidad y calidad del sueño también pueden verse afectadas, provocando una mayor fatiga durante el día. En ausencia del “control social” que ejerce un cónyuge o una amistad cercana que nos puede influir de forma positiva o aportar herramientas y recursos, las personas aumentan su tendencia a ganar peso, beber en exceso o saltarse el ejercicio físico.

La soledad raramente viaja sola siendo común que la soledad patológica la podamos encontrar de la mano de cuadros clínicos importantes como la depresión y las psicosis. Sentir que uno no importa a los demás es una de las expresiones más dolorosas de la soledad y posible causa de un trastorno depresivo. En la depresión está presente una soledad angustiada y una tendencia al autoaislamiento. La soledad reflejaría como

me siento respecto a mis relaciones interpersonales. La depresión refleja cómo me siento de forma más global. La soledad nos mueve hacia los demás y la depresión nos lleva a retirarnos, pero en ambas hay una indefensión aprendida que afecta al locus de control interno. Ambas en sus estados leves pueden ser adaptativas. En el caso de la soledad ya lo hemos comentado, pero en el de la depresión nos ayuda a conservar energía y recursos, a elaborar una pérdida, nos ayuda a digerir los problemas y activa la ayuda y cuidado de los otros a nuestro alrededor. En caso de que la soledad sea elevada deja de ser adaptativa y será menos probable que busque apoyo emocional de otros.

Aislarme porque solo así me siento seguro es el inicio de otro tipo de sufrimiento también muy incapacitante relacionado con la clínica paranoide. En otros casos prevalece un profundo sentimiento de vergüenza que lleva a la persona a aislarse para que los demás no se “den cuenta” de que es inadecuado. En los tres casos es necesario interrumpir la respuesta de aislamiento o el sufrimiento no solo persistirá, sino que se agravará.

---

## CONFINAMIENTO: EL AISLAMIENTO IMPUESTO

El aislamiento no buscado puede constituir parte de un castigo, una condena o el rechazo por parte de los demás. Si no buscamos el aislamiento y es impuesto, puede ser percibido como una forma de tortura y generar un gran dolor emocional. Por este motivo el miedo al rechazo social es una preocupación muy común y se asocia la felicidad con el gustar a los demás. El dolor producido por el rechazo puede llegar a ser incluso peor que el producido por la pérdida de un ser querido.

La pandemia COVID-19 ha provocado una situación de emergencia social y sanitaria que

ha obligado a implantar medidas de protección y cuidado, dentro de las cuales están las medidas de aislamiento. El confinamiento ha supuesto una medida de aislamiento forzoso que, aunque es una medida de protección, ha supuesto también un factor de riesgo para el incremento de diversas problemáticas de salud. Muchos hemos vivido distintos niveles de confinamiento con la pandemia y sabemos lo estresante y angustioso que puede ser. La soledad y el aislamiento social, aunque relacionados, son conceptos diferentes. En el caso del aislamiento social se observa de forma objetiva la ausencia de las interacciones sociales y relaciones y hay un mínimo contacto con otras personas. Cuando hablamos de sentirse solo, se hace referencia más a la calidad de estas relaciones que no al número de las mismas y, por tanto, hablamos de la sensación subjetiva de tener menos afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo y relacional. El aislamiento social nos priva de sentirnos conectados pero además nos quita un sentido de utilidad y propósito, elementos todos ellos con un efecto potencial devastador sobre el individuo y la comunidad.

En los hospitales psiquiátricos me gusta señalar que hemos vivido un triple confinamiento del que muchas personas no eran conscientes: el propio de los trastornos mentales graves, el habitual en una institución psiquiátrica aislada de la comunidad y el impuesto por las medidas de prevención de la COVID-19 que afectó también a plantas de hospitales generales y a los centros residenciales. El confinamiento supuso un contacto más reducido con otras personas, la interrupción de rutinas, ausencia de visitas, menos interacción con el personal sanitario y limitado acceso a la atención médica. Entrados ya en Julio del 2021 los pacientes de instituciones psiquiátricas en régimen hospitalario siguen teniendo limitadas o prohibidas las visitas, restringido el contacto físico con familia y amigos y las salidas terapéuticas a la comunidad de forma autónoma. La población se ha adaptado con las videollamadas y las redes sociales pero se nos olvida que en la mayoría de hospitales psiquiátricos esto está restringido a la



Foto: Pedro Figueras

supervisión de los profesionales o directamente prohibido.

Aspectos clínicos han prevalecido sobre otros afectivo-relacionales, resultando en que muchas personas se han encontrado desesperadamente solas en el afrontamiento de su proceso de recuperación, lo cual pudo provocar sentimientos de soledad, abandono, exclusión social y estigmatización. Estudios como el de Brooks (2020) describen una mayor prevalencia de síntomas mentales, como angustia, ansiedad, tristeza, baja autoestima, ira, rabia, aislamiento, bajo estado de ánimo e insomnio y la aparición de trastornos como la depresión, la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, el estrés post-traumático y el suicidio, entre otros.

Además de la repercusión emocional que ha tenido para pacientes y familiares la implementación de las medidas de aislamiento, el adecuado cumplimiento de las mismas ha supuesto una sobrecarga de trabajo para los profesionales que también pasaron por momentos, ya no solo de estrés, sino también de soledad. Las medidas de aislamiento provocaron un cambio de paradigma en la comunicación médico-paciente/familia, obligando a actuaciones profesionales que en otras situaciones se podrían considerar incorrectas, como puede ser la comunicación por vía telefónica de malas noticias. Facilitar la comunicación y hacer de los hospitales y residencias lugares más humanizados ha sido primordial para disminuir la ansiedad y la percepción de soledad en los pacientes, y la incertidumbre y el miedo en los familiares.

---

## ¿LAS REDES SOCIALES HAN VENIDO PARA CONECTARNOS O AISLARNOS AUN MÁS?

Las videollamadas y las redes sociales han sido claves a la hora de manejar las medidas de ais-

lamiento y nos han ayudado a amortiguar la soledad y favorecer la comunicación. Aun así, son muchos los estudios que demuestran que, a pesar de que ahora podemos contactar y mantener relaciones a distancia, esto no solo no es suficiente para que no nos sintamos solos, sino que en muchos casos, el uso masivo de internet para relacionarse con los demás incrementa la soledad porque el contacto es virtual. En la comunicación telemática no hay intimidad real, de manera que ni los sentidos de la persona ni los mecanismos perceptivo-emocionales se activan de la misma manera que en un contacto cara a cara, reduciendo, por tanto, el efecto emocional. Va a ser mejor una videollamada con un ser querido que una llamada telefónica y esta última mejor que el nulo contacto o el contacto solo a través de mensajes o redes, pero cuantos menos sentidos participen del encuentro menor la cercanía y la conexión aunque no sea una ciencia exacta y no siempre disponemos de todas las opciones.

Por muy intensa que sea la actividad virtual de una persona, ésta no puede sustituir las relaciones interpersonales cercanas e íntimas. El uso de las tecnologías no es en sí mismo un problema, sino cómo se utilizan y cuando éstas pretenden compensar un problema de soledad ya existente.

Giorgio Nardone nos describe en su último libro, “La soledad” (2021), los mecanismos por los cuales la persona al huir de la soledad a través de las redes sociales se topa cada vez más con ella. Explica que al principio, huir de la soledad recurriendo a la tecnología produce entusiasmo, pero luego entristece y genera frustración, alimentando un círculo vicioso que lleva a la persona a un aislamiento completo. La búsqueda obsesiva y ansiosa de la deseabilidad social, llegando a medir nuestro valor con *likes* y seguidores, nos conduce a una marcada insatisfacción.

Buscar la deseabilidad social es un comportamiento funcional, pero cuando es fuente de sufrimiento y malestar puede convertirse en

algo disfuncional y patológico. Podemos llegar a evitar cualquier tipo de conflicto y buscar complacer cualquier petición de los demás para evitar que nos rechacen, lo que Giorgio Nardone llama ser un “prostituto relacional”. La persona, lejos de evitar el rechazo, termina sola consigo misma incapaz de expresarse libremente y alimentando un sentimiento profundo de inadecuación y soledad.

En contraposición, las redes podrían ser beneficiosas en caso de utilizarlas como un instrumento para establecer contactos reales y no sustituirlos. Anulan las barreras geográficas, permiten una comunicación simple y rápida y permiten ampliar contactos y colaboraciones, con lo cual para fines profesionales y científicos han contribuido a una clara mejora de nuestra vida. El uso de *apps* y redes sociales para conocer a personas fuera de internet también han supuesto un mundo de posibilidades siempre y cuando sirvan para salir de la espiral de la soledad estableciendo contactos reales fuera de la red y, por tanto, no terminen siendo un sustituto de la vida real afectiva y erótica permaneciendo en el mundo virtual. La idea clave que nos plantea Giorgio Nardone (2021) es que se utilice el mundo virtual para mejorar el real y no para sustituirlo.

---

## ¿LA SOLEDAD PUEDE CAMBIAR NUESTRO CEREBRO?

Desde las neurociencias se compara la soledad con el hambre, la sed o el dolor, demostrando ser una alarma del cuerpo que nos ayuda a sobrevivir y prosperar porque nos motiva para manejar potenciales peligros sociales que suponen una amenaza. El sentimiento de soledad nos induce a una conducta social que nos ayuda a sobrevivir y a reproducirnos, asegurando así el legado genético. Por lo tanto,

el dolor emocional de la soledad es a los peligros del aislamiento lo que el dolor físico es a los peligros físicos. El desarrollo de la soledad permite que estemos más atentos a las conexiones sociales, a la búsqueda de contacto con los otros y a la reparación o cuidado de los vínculos afectivos.

Desde los estudios sobre la genética se aprecia una heredabilidad del nivel de malestar que despierta la falta de conexión social. Cuando nos sentimos vinculados tendemos a estar menos agitados y menos estresados que cuando nos sentimos solos. En general, disminuye también la hostilidad y sentimientos depresivos.

Estudios realizados con animales empiezan a explicar los mecanismos subyacentes asociando la soledad “negativa” con aumentos en la actividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal. Estudios con humanos muestran un aumento en la actividad del eje HPA y un deterioro significativo de las funciones ejecutivas. En la revisión de Leigh-Hunt et al. (2017) se identifican asociaciones con cambios a nivel cerebral tanto funcionales como estructurales, alteraciones en la calidad del sueño, cambios en los patrones de liberación de cortisol y alteraciones en las respuestas inmunitarias.

La soledad “positiva”, en cambio, se ha visto que activa zonas cerebrales relacionadas con los circuitos del placer. En el caso de la soledad negativa, se activan en el sistema nervioso central las zonas relacionadas con el dolor y el miedo. Personas a las que se les realizan pruebas de imagen presentan una activación de las mismas zonas cerebrales que las personas que padecen un dolor físico (Cacioppo y Patrick, 2009). Un incremento en el sentimiento de soledad conlleva también aumentos en sentimientos relacionados con la timidez, ansiedad y rabia, mientras que se reducen aquellos relacionados con el optimismo, la autoestima, las habilidades sociales y el apoyo social. Hacer lo que nos conviene antes que lo que nos apetece requiere de una disciplina y autorregulación

que requiere de las funciones ejecutivas, lo cual explica por qué en la soledad patológica vemos una mayor tendencia hacia comportamientos que activan los circuitos de placer.

Cacioppo explica cómo la soledad puede provocar que algunas personas vivan los pequeños estímulos positivos del día a día como menos intensos y gratificantes, y el nivel de estrés cotidiano, que para otras personas puede ser fuente de aprendizaje y motivación, para ellas no lo es, mostrando, en cambio, reacciones evitativas y pesimistas.

La intervención terapéutica derivada de las neurociencias puede dirigirse hacia lo químico-farmacológico. Pero, ¿podrá una farmacéutica desarrollar una píldora que remedie el sentimiento de soledad? Inicialmente es posible que muchas personas se beneficien de medicación que pueda ayudarles a reducir los niveles de ansiedad y depresión para que sean manejables, pero luego será necesario ayudarles a focalizar su atención en el cambio que han de realizar para salir del círculo vicioso en el que se hallan. La soledad no es una enfermedad en sí misma sino que, como hemos dicho, es una alarma inherente al ser humano para asegurar el bienestar y la supervivencia.

---

## EL ANTÍDOTO DE LA SOLEDAD

Desde la Psicología de la Salud y la Psicología Clínica es una necesidad primordial poder contar con instrumentos de evaluación, prevención e intervención para el sentimiento de soledad, dado su impacto en el bienestar y la esperanza de vida de nuestra población. Un estudio canadiense señala que el aislamiento social es muy común entre los hiperfrecuentadores de los centros de salud (Hand et al., 2014), llevándonos a reflexionar sobre la actuación que desde la atención primaria se

puede realizar. El desarrollo de intervenciones para reducir la soledad va dirigido a paliar los efectos altamente adversos de los que venimos hablando, incluyendo el factor de riesgo significativo que supone para los problemas de salud mental y física. El tratamiento de la soledad requiere del conocimiento de su naturaleza y mecanismos subyacentes, lo cual aún es limitado, pero todo sugiere que parte importante del éxito terapéutico depende del grado en el que el ambiente social y las interacciones sociales hayan sido mejoradas. La familia, la comunidad y los servicios sociales y de salud pública tienen un papel clave.

Si queremos afrontar la soledad, hemos de gestionarla aprendiendo a amar sin aprisionar y conseguir ser amados sin miedo al abandono. Alcanzar este equilibrio no es fácil, pero si la persona no sabe estar sola no sabrá estar con alguien y, si no sabe estar y relacionarse con otros, no sabrá estar consigo. Aquellas personas con la capacidad natural de conectar socialmente tienden a ser descritas como cálidas, abiertas y generosas. La soledad, cuando se instala, tiende a volvernó demandantes, críticos y con una actitud pasiva.

Se recomienda tomar consciencia de nuestros propios errores relacionales, evitar el aislamiento y abrirse a los demás. Esto se ha de hacer con un esfuerzo mínimo y de forma progresiva se irán generando una cadena de cambios que funcionan como una bola de nieve.

Desde el punto de vista del tratamiento psicológico se ha de subrayar la importancia de la relación terapéutica y la promoción de una relación empática. El sentirse solo es parte de muchos trastornos incapacitantes y la relación terapeuta-paciente es una oportunidad para generar una experiencia emocional correctiva e iniciar un nuevo tipo de relación con los otros y romper el aislamiento.

De forma más concreta, dos son las principales estrategias terapéuticas recomendadas para reducir la soledad:

- Trabajar las habilidades sociales: habilidades para iniciar y mantener una conversación, hablar por teléfono, dar y recibir cumplidos, manejo de los silencios, mejora de la presencia física, mejora de la comunicación no verbal, etc.
- Abordar de forma específica las cogniciones sociales desadaptativas.

Los programas cuyas intervenciones cuentan con una base teórica, ofrecen actividades sociales o son en formato grupal, se han mostrado más efectivos, tanto para la mejora de las habilidades sociales como para mejorar el apoyo social. Si no solamente pensáramos en la soledad, sino también en el aislamiento social, añadiríamos intervenciones para fortalecer la red de apoyo social y aumentar las oportunidades de interacción social. También importante es tener en cuenta que se han visto más efectivas las intervenciones que tienen el objetivo explícito de mejorar el aislamiento social. Como ejemplos de intervenciones efectivas podemos encontrar la realización de videoconferencias semanales con familia y amigos, las terapias con animales, terapias de jardinería, talleres de cocina, talleres creativos, grupos de interacción de tipo tertulia, actividades de *mindfulness*, la implicación en actividades de voluntariado o los grupos de ayuda mutua.

—

## CONCLUSIONES

Las vías exactas de relación entre soledad, aislamiento social y salud física y mental se deben seguir estudiando, ya que, aunque no se puede hablar de causalidad, es innegable el valor que tiene tanto para el individuo como para la sociedad. La evidencia recogida hasta hoy va en aumento y sostiene que la presencia tanto de soledad como de aislamiento social aumentan la mortalidad del que la padece y el aislamiento social supone un factor de riesgo tanto

para problemas cardiovasculares como para la depresión. El riesgo se ha visto comparable al de factores bien conocidos como la actividad física, la obesidad, el abuso de sustancias, las conductas sexuales de riesgo, la violencia, los factores medioambientales, etc. Parece crucial saber reconocer la población de riesgo, distinguir si es una situación aguda o crónica, y desarrollar actuaciones clínicas y comunitarias específicas para nuestros pacientes.

Todo esto es particularmente importante en tiempos de la pandemia COVID-19. La pandemia ha supuesto una nueva muestra de datos que apoya lo hasta ahora conocido y la evidencia emergente muestra el alto impacto en la salud mental, lo cual se relaciona con las medidas de confinamiento y distanciamiento social que han incrementado los niveles de soledad, ansiedad y aislamiento social de la población pudiéndose por tanto apreciar su relevancia para la salud. Tendemos a pensar en la salud como la ausencia de enfermedad, pero, tal y como nos la define la OMS, la salud es un “estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Pretender afrontar una alerta sanitaria con una mirada parcial en tiempos de pandemia puede ser comprensible dado el estado inicial de emergencia, pero ya no es una novedad y que nuestra sanidad persista en una mirada cegada ante problemáticas psicosociales como la aquí presentada no puede ser una opción, porque ¡están en juego vidas!

## Bibliografía

Avellaneda-Martínez, S., Jiménez-Mayoral, A., Humada-Calderón, P., Redondo-Pérez, N., Del Río-García, I., Martín-Santos A. B., Maté-Espeso, A., Fernández-Castro, M. (2021). Gestión de la comunicación de los pacientes hospitalizados, aislados con sus familias por la COVID-19 [Management of communication between inpatients isolated due to COVID-19 and their families]. *Journal of healthcare quality research*, 36(1), 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.10.006>.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

Cacioppo, J. Patrick, W. (2009). *Loneliness. Human nature and the need for social connection*. Editorial Norton.

Espasandín-Duarte, I., Cinza-Sanjurjo, S., Portela-Romero, M. (2021). Experiencia en la asistencia de pacientes ancianos con COVID-19 e institucionalizados: una estrategia de aislamiento y un decálogo de recomendaciones para la comunicación de malas noticias por vía telefónica. [Experience in the care of elderly institutionalised patients COVID-19 + : an isolation strategy and a decalogue of recommendations for the communication of bad news by telephone]. *Semergen*, 47(1), 62–64. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.09.005>.

Forte, E. H., Gómez-Martín, C., Harwicz, P., Lavalle-Cobo, A., Millán, D., Salmeri, E., Buso, C., Sanabria, H. (2020). *Archivos de cardiología de México*, 10.24875/ACM.20000443. Advance online publication. <https://doi.org/10.24875/ACM.20000443>.

Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras Puig, L., Lagarda Jiménez, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? [Social isolation and loneliness: What can we do as Primary Care teams?]. *Atención primaria*, 48(9),604–609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>.

Gutiérrez-Cía, I., Aibar-Remón, C., Obón-Azuara, B., Urbano-Gonzalo, O., Moliner-Lahoz, J., Gea-Velázquez de Castro, M. T., Aranaz-Andrés, J. M. (2018). Aislamiento del paciente crítico: ¿riesgo o protección? [Critically ill patient isolation: risk or protection?]. *Journal of healthcare quality research*, 33(5), 250–255. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.06.003>.

Hajek, A., Kretzler, B., & König, H. H. (2020). Multimorbidity, Loneliness, and Social Isolation. A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8688. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228688>.

Hand, C., McColl, M.A., Birtwhistle, R., Kotecha, J. A., Batchelor, D., Barber, K. H. (2014). Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 60(6), e322–e329.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>.

House J. S. (2001). Social isolation kills, but how and why?. *Psychosomatic medicine*, 63(2), 273–274. <https://doi.org/10.1097/00006842-200103000-00011>.

House, J. S., Landis, K. R., Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science (New York, N.Y.)*, 241(4865), 540–545. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>.

IMSERSO. Informe 2012: Las personas mayores en España. Disponible en: [https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/info\\_pmm2012.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/info_pmm2012.pdf)

Larios-Navarro, A., Bohórquez-Rivero, J., Naranjo-Bohórquez, J., Sáenz-López, J. Psychological impact of social isolation on the comorbid patient: on the subject of the COVID-19 pandemic. Impacto psicológico del aislamiento social en el paciente comórbido: a propósito de la pandemia COVID-19. *Revista Colombiana de psiquiatría (English ed.)*, 49(4), 227–228. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.07.002>.

Leigh-Hunt, N., Baguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>.

Moreno-Tamayo, K., Sánchez-García, S., Doubova, S. V. (2017). Factores asociados con el aislamiento social en una muestra de adultos mayores con seguridad social. *Salud pública de México*, 59(2), 119–120. <https://doi.org/10.21149/8078>.

Nardone, G. (2021). *La soledad; Comprenderla y gestionarla para no sentirse solo*. Editorial Herder.

Sánchez-Villena, A. R., De la Fuente-Figueroa, V. (2020). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? [COVID-19: Quarantine, isolation, social distancing and lockdown: Are they the same?]. *Anales de pediatría*, 93(1), 73–74. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.001>.

# ALIANZA

## CRISIS EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

**Claudia López Lamas**

*Psicóloga en Nutriciona*

[psicologia@nutriciona.es](mailto:psicologia@nutriciona.es)

**María del Coral Vázquez Montoto**

*Psicóloga en ASpace Coruña y Gaia: Logopedia y  
Psicología*

[corvazmon@gmail.com](mailto:corvazmon@gmail.com)

[coral.vm@aspacecoruna.org](mailto:coral.vm@aspacecoruna.org)

**Érika Vázquez Sanjurjo**

*Educadora familiar en Concello de Cariño*

[erika.vazquez@concellodecarino.gal](mailto:erika.vazquez@concellodecarino.gal)

SUMARIO

GALLEGO

## RESUMEN

La alianza terapéutica ha sido ampliamente estudiada. Diferentes autores de diferentes escuelas han sabido dar importancia a esa relación que surge en consulta entre cliente y terapeuta. El término ha sido definido y redefinido a lo largo de diferentes décadas, las primeras definiciones daban importancia a la contribución del terapeuta y las teorías más modernas ven imprescindible la colaboración activa entre todas las personas implicadas en la alianza. Pero, ¿qué pasa si esta alianza se rompe? ¿Podemos repararla? ¿Qué debemos hacer? En el siguiente artículo queremos hacer un recorrido por los orígenes de la alianza terapéutica, por qué es importante mantener esta alianza, los tipos de rupturas que existen o que pueden darse en terapia y soluciones para repararla.

**PALABRAS CLAVE** — Alianza terapéutica, crisis, ruptura en la alianza

## ABSTRACT

The therapeutic alliance has been extensively studied. Different authors from different schools have known how to give importance to this relationship that arises in consultation between client and therapist. The term has been defined and redefined over different decades, the first definitions gave importance to the contribution of the therapist, and the most modern theories see as essential the active collaboration between all the people involved in the alliance. But what happens if this alliance is broken? Can we repair it? What should we do? In the following article we want to take a tour of the origins of the therapeutic alliance, why it is important to maintain this alliance, the types of ruptures that exist or that can occur in therapy, and solutions to repair it.

**KEY WORDS** — Therapeutic alliance, crisis, alliance ruptures

# 1 — PRÓLOGO

Dodo es el pájaro más famoso de la Psicología. Es uno de los personajes de Alicia en el País de las Maravillas, de Lewis Carrol, que se baña en el Mar de Lágrimas que provoca Alicia en el capítulo tres. Con la finalidad de secarse, propone a todos los animales mojados que compitan en una carrera muy alocada en la que cada uno puede empezar por donde y cuando quiera, así como parar a su antojo. Su famosa sentencia “todos han ganado y todos deben tener premio” ha servido para representar en Psicología la idea de que todas las psicoterapias obtienen resultados similares. Esto es lo que se conoce como el veredicto del pájaro Dodo.

Rosenzweig (1936) fue el primero en plantear que en todos los enfoques psicoterapéuticos se pueden obtener resultados exitosos y que, por tanto, la efectividad de una terapia en sí misma no es suficiente para determinar que la teoría en la que se apoya es correcta. Este autor propone que todas las terapias psicológicas son equivalentes, siendo unos factores comunes compartidos en todas ellas los responsables de su eficacia.

Lo cierto es que, en un primer momento, el trabajo de Rosenzweig pasó inadvertido. Fue más adelante, en 1961, cuando Jerome Frank se propone examinar los factores comunes entre las diferentes terapias psicológicas, concluyendo que “ciertos aspectos de la escena psicoterapéutica sugieren con fuerza que las características compartidas por las distintas psicoterapias exceden sobremanera sus diferencias”.

Basándose en las investigaciones de Frank y tras una revisión de diferentes estudios de resultados, Lambert (1992) propone la existencia de tres factores comunes que explican el 85% del cambio terapéutico: 40% por factores del cliente o extraterapéuticos (fortaleza del yo,

apoyo social, etc.); 30% por factores de la relación con el terapeuta (empatía, calidez, etc.); y 15% por las expectativas y el efecto placebo. El 15% restante se explicaría por las técnicas específicas empleadas.

Según la propuesta de Lambert, la relación terapéutica es uno de los factores comunes más importantes, pues es un elemento activo en todas las formas de psicoterapia. Por este motivo, a lo largo de este artículo analizaremos cómo se construye la alianza terapéutica, qué puede desestabilizarla y qué se puede hacer al respecto.

Las rupturas se dan en todas las terapias y son ineludibles, pueden variar en severidad, intensidad, frecuencia o duración a lo largo del tratamiento, con todo tipo de terapeutas, incluso con los más habilidosos. Las rupturas se clasifican en dos tipos: las rupturas por confrontación y las rupturas por distanciamiento.

Las rupturas o crisis pueden tener consecuencias positivas si se resuelven de forma correcta, pudiendo mejorar la alianza, aumentar el entendimiento de los problemas del paciente e incluso conseguir mejores resultados en terapia. La habilidad del terapeuta para resolver estas crisis o rupturas será un factor determinante en el éxito del tratamiento (Salgado, 2016).

## 2 — INTRODUCCIÓN

El concepto de alianza terapéutica tiene su origen en el modelo psicoanalítico. Si bien es cierto que Freud (1912) no utilizó este término como tal, sí propuso la transferencia como una de las herramientas fundamentales del psicoanalista para poder conducir el tratamiento. En su trabajo *The Dynamics of Transference* expuso la importancia de que el analista mostrase interés y una actitud comprensiva hacia el paciente con el objetivo de que se establecieran



Ilustración de la novela *Alicia en el País de las Marabillas*, de Lewis Carroll, por Antonie Zimmermann

ra una relación positiva entre ambos. De este modo, se favorecía la aceptación y la credibilidad de las explicaciones e interpretaciones del terapeuta.

Fue más adelante, en 1956, cuando Zetzel distinguió entre “transferencia” y “alianza”, siendo esta última “una relación positiva y estable entre el analista y el paciente que les permite llevar a cabo de manera productiva el trabajo del análisis” (Zetzel y Meissner, 1973). En 1985, Hartley propuso que la alianza terapéutica era una relación formada por la “relación real” y la “alianza de trabajo”. La relación real sería el vínculo entre paciente y terapeu-

ta, y la alianza de trabajo haría referencia a la capacidad de ambos para trabajar de forma conjunta en la consecución de los objetivos planteados.

Es a mediados del siglo XX cuando, poco a poco, las diferentes escuelas psicoterapéuticas empiezan a incorporar el concepto de alianza terapéutica en sus respectivos marcos teóricos. Por tanto, este constructo empieza a ser definido y redefinido a lo largo de las décadas por diferentes autores de distintos enfoques terapéuticos. Así, mientras las primeras definiciones hacían hincapié en la contribución del terapeuta, las teorías más modernas conside-

ran fundamental la colaboración activa entre todas las personas implicadas.

Una de las escuelas que más eco hizo de este concepto fue la humanista. Este enfoque pres-  
tó, desde el inicio, una especial atención al  
papel de la relación terapéutica en el proceso  
terapéutico. Carl Rogers (1951, 1957), uno de  
los principales representantes de este movi-  
miento, planteó que, para establecer una re-  
lación terapéutica efectiva, el terapeuta debía  
mostrar empatía, congruencia y aceptación  
incondicional hacia el paciente, algo que se de-  
nomina “actitudes facilitadoras” de la terapia.  
En 1997, Peschken y Johnson demostraron  
que la confianza del terapeuta en sus pacien-  
tes reforzaba que tuviesen lugar estas actitudes  
facilitadoras y que esto, a su vez, favorecía la  
confianza del paciente en el terapeuta.

Sin embargo, desde el modelo conductual se  
planteaba que la calidad técnica de las inter-  
venciones del terapeuta era el aspecto central  
del éxito de la terapia. La aparición del mo-  
delo cognitivo, concretamente la perspectiva  
constructivista, puso de nuevo el foco en la  
relación terapéutica, llegando a considerarla  
como un elemento esencial del proceso tera-  
péutico. De hecho, como comentamos en el  
prólogo, algunas investigaciones establecieron  
que las técnicas empleadas por el terapeu-  
ta tenían un peso del 15% en la mejoría del  
paciente, mientras que la alianza terapéutica  
suponía un 30%.

Actualmente existe un gran consenso en cuan-  
to a la importancia de la relación terapéutica  
para la consecución de los objetivos del tra-  
tamiento, independientemente del marco teó-  
rico del terapeuta. Bordin (1976), uno de los  
autores más influyentes en la conceptualiza-  
ción actual de la alianza terapéutica, definió  
este concepto como “el encaje y colabora-  
ción entre el cliente y el terapeuta”. Además,  
identificó tres componentes que la forman: el  
acuerdo en las tareas, el vínculo positivo y el  
acuerdo en los objetivos. Al combinarlos defi-

nen la calidad y fuerza de toda alianza tera-  
péutica:

1. **Vínculo:** Lo define como la compleja red de vínculos entre el paciente y el terapeuta que incluyen la mutua confianza y aceptación (Horvath, Luborsky, 1993).
2. **Tareas:** Son aquellas acciones específicas (explícitas o implícitas) que se requiere que el paciente haga para beneficiarse del tratamiento. Serían los caminos o medios a seguir para alcanzar los objetivos propuestos. En la relación terapéutica óptima, los dos miembros de la relación terapéutica deberán percibir estas tareas como importantes y reconocer la responsabilidad de cumplirlas (Horvath, Luborsky, 1993).
3. **Metas:** Serían los objetivos pactados hacia los que se dirige el proceso (Safran, Seagal, 1994).

Por otra parte, Luborsky (1976) expuso que la alianza terapéutica es una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de la demanda del paciente a lo largo de las diferentes fases de la terapia. Diferenció entre alianza tipo 1, aquella que tiene que ver con el apoyo y la ayuda que proporciona el terapeuta al inicio de la terapia, y la alianza tipo 2, aquella que se produce en las fases posteriores del proceso terapéutico y que consiste en la sensación del trabajo conjunto para superar el malestar del paciente.

Lo cierto es que hay cierta complementariedad en el planteamiento de ambos autores. La alianza tipo 1 de Luborsky puede relacionarse con el componente de aceptación o vínculo positivo de Bordin, y el acuerdo en las tareas y en los objetivos que plantea este autor puede asociarse con la alianza tipo 2 de Luborsky. Sea como fuere, las conceptualizaciones tradicionales sobre la relación terapéutica asumían que era responsabilidad del terapeuta conseguir que el paciente se identificase con él, así como lograr que adoptase sus tareas y

objetivos para asegurar el éxito de la terapia. Sin embargo, actualmente se considera que la alianza terapéutica es un constructo que desarrollan paciente y terapeuta de forma conjunta.

### **¿Por qué es importante establecer una adecuada alianza terapéutica?**

Es fundamental establecer una fuerte alianza terapéutica al inicio del tratamiento, pues esto aumenta la probabilidad de éxito y disminuye el riesgo de que el paciente decida abandonar la intervención. Se ha demostrado que los procesos en los que la alianza es fuerte obtienen mejores resultados terapéuticos tanto al finalizar la terapia como en evaluaciones de seguimiento posteriores.

En caso de que la alianza no sea adecuada, es posible que el paciente omita información valiosa que permita enfocar el tratamiento de la mejor manera. Esta dificultad, además, podría generar cierta frustración en el paciente, que no experimenta mejoría con el transcurso de las sesiones, y en el terapeuta, por no saber exactamente cómo enfocar el caso. Por eso, construir un vínculo terapéutico adecuado facilitará que el paciente deje de lado el miedo a ser juzgado y que, así, se exprese con total libertad.

Además, parece que una relación terapéutica consolidada es una de las claves del cambio en psicoterapia. Esto se debe a que una buena alianza terapéutica facilita el contexto para que el trabajo en psicología sea eficaz.

### **¿Qué factores facilitan la formación de una adecuada alianza terapéutica?**

Sin duda, uno de los elementos principales de la formación de la alianza terapéutica es la confianza que terapeuta y paciente se depositan mutuamente. Por una parte, el terapeuta confía en la capacidad del paciente para afrontar y superar sus problemas y, por otra, el paciente se siente comprendido y apoyado, lo

que lo lleva a confiar en la habilidad del terapeuta para ayudarlo.

Además, se han descrito algunas cualidades del terapeuta que facilitan la relación terapéutica: su calidez, su disposición de escucha, su empatía, su comprensión, su curiosidad genuina, su deseo de ayudar, su tolerancia a la ambigüedad y actitud no crítica. También ser flexible, honesto, respetuoso, confiable, seguro, interesado y abierto contribuyen positivamente a la alianza (Ackerman, Hilsenroth, 2003).

Las características del terapeuta se ven reforzadas por el contexto en el que se practica la psicoterapia: se le ha otorgado un estatus de experto, se supone que dispone de conocimientos especiales que lo convierten en un profesional cualificado para ayudar al paciente en su problemática. En esta línea, el papel de las marcas de contexto es, también, crucial. Las marcas de contexto son todos los detalles que definen la relación terapéutica: duración de las sesiones, frecuencia de las mismas, honorarios, lugar de la consulta y forma de contactar con el terapeuta, entre otros. Y es que no es lo mismo hablar en la terraza de un bar mientras se comparte una comida que en un espacio diseñado para favorecer y facilitar el cambio terapéutico.

## **3 —**

### **QUÉ ENTENDEMOS POR CRISIS EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

Safran y Segal (1990) definen la ruptura o crisis de la relación terapéutica como un desajuste o tensión en la relación entre el terapeuta y el paciente. Según la conceptualización de Bordin (1979), la ruptura de la alianza se produciría cuando la negociación de las tareas

terapéuticas, los objetivos o el vínculo emocional se ven comprometidos.

Las rupturas generalmente varían en intensidad, pueden ser rupturas poco importantes, en las que uno o los dos participantes no son muy conscientes de la misma, hasta deterioros más importantes en la colaboración, en la comunicación o incluso en el entendimiento (Safran et al., 2011). Estos autores diferencian tres tipos de rupturas, que no tienen por qué ser mutuamente excluyentes: 1. Desacuerdos en las tareas en terapia, 2. Desacuerdos acerca de los objetivos, 3. Tensiones en la unión entre paciente y terapeuta.

Para Mitchell et al. (2011) las crisis son inevitables y se dan en todas las terapias, con terapeutas de diferentes corrientes e incluso en los más habilidosos. Estas crisis pueden surgir cuando tanto paciente y terapeuta se encuentran inmersos en círculos viciosos. Algunas rupturas no influyen significativamente en el progreso terapéutico, pero en otros casos pueden suponer un abandono o el fracaso del tratamiento.

Binder y Strupp (1997) indican que las rupturas son episodios, de comportamiento sutil o abierto y evidente, que involucran a paciente y terapeuta en las interacciones negativas. Esto es importante, porque consideran que las crisis o rupturas son una contribución de ambos sujetos: paciente y terapeuta. Estos autores también indican que incluso los terapeutas más entrenados suelen tener dificultades para involucrarse en conflictos interpersonales. Fracasan en reconocer marcadores de rupturas como el distress, la frustración del paciente, o el no abordar temas significativos. Esto inicia y mantiene un ciclo negativo, en el que la ruptura no es resuelta.

Parece que hay ciertas características del terapeuta que dan como resultado el deterioro de la alianza terapéutica. Algunas de ellas son: mostrarse críticos o moralistas, estar a la defensiva, mostrar falta de calidez, faltar al respeto, mostrarse inseguros, tensos, distraídos, cansados, aburridos o distantes. Además, la

forma en que se lleven a cabo algunas técnicas puede tener un efecto negativo sobre la alianza como, por ejemplo, hacer un mal uso del silencio, realizar comentarios personales inapropiados o estructurar rígidamente la terapia. También se han descrito algunos comportamientos específicos del terapeuta que dañan la relación, como generar dependencia en el paciente, hacer comentarios irrelevantes o tratar de imponer los propios valores al paciente.

Ackerman y Hilsenroth (2001) en una revisión encontraron que atributos personales del terapeuta, como ser rígido, inseguro, crítico, distante, tenso y distraído contribuyen negativamente a la alianza.

Safran y Muran (2000) consideran que la apertura, la flexibilidad, el respeto, la capacidad de facilitar la expresión de afecto y atender a la experiencia del paciente son atributos del terapeuta necesarios para resolver crisis de la alianza terapéutica.

Las rupturas la mayoría de las veces son inevitables, pero las terapias que las incluyen refuerzan la alianza y suelen ser más efectivas (Baillargeon et al., 2012). Binder y Strupp (1997) indican que la resolución de las crisis fortalece la alianza de trabajo y esto deriva en un mayor entendimiento de los problemas del paciente.

## 4— ALGUNOS PROBLEMAS, RUPTURAS Y CRISIS EN LA ALIANZA

Las rupturas se asocian a activaciones disfuncionales de los patrones interpersonales que tiene el paciente, que cuando no se resuelven de manera satisfactoria, se termina deteriorando la alianza y lleva a resultados poco exitosos o al abandono de la terapia (Safran

y Kraus, 2014). Existirían dos tipos de rupturas: de retirada, o negación del estado anímico, cambios repentinos de tema, respuestas escuetas, e intelectualización. Y las rupturas de confrontación que serían aquellas que se dan cuando existen quejas directas hacia el terapeuta, sus competencias, hacia las actividades de la terapia o hacia los logros durante la misma (Safran & Muran, 2000; Safran & Muran, 2005). Ante estos escenarios, el terapeuta debe identificar y resolver las rupturas junto a su paciente, a través de habilidades de resolución de problemas como invitar al paciente a aclarar malentendidos, a expresar sentimientos negativos o a ligar la ruptura con patrones interpersonales dentro y fuera de la sesión (Safran y Kraus, 2014).

También existen variables del paciente que afectan a la relación terapéutica como pueden ser: eventos estresantes, la motivación, el estilo de apego, las relaciones sociales y familiares del paciente, las expectativas sobre la relación adecuada con el terapeuta, el perfeccionismo, la evitación social, la hostilidad, la desgana, etc. (Horvath y Luborsky, 1993).

Se ha estudiado la asociación entre el tipo de apego en pacientes adultos y el vínculo terapéutico establecido al inicio del tratamiento. Se encontró que los pacientes con apego ansioso tenían más dificultades para establecer un vínculo, y si lo hacían no era de buena calidad, en cambio los pacientes con apego seguro realizaban vínculos estables y de alta calidad (Botella y Corbella, 2003).

Horvath y Luborsky (1993), revelaron que las similitudes entre paciente y terapeuta en algunas características como sexo, la edad y los valores podían mejorar el vínculo entre ellos.

Safran y Muran (2000) y Baillargeon et al. (2012) describen dos tipos de rupturas: por distanciamiento y por confrontación. Las rupturas por distanciamientos son rupturas en donde el paciente desconecta y se retrae de sus emociones, de aspectos del proceso terapéutico e incluso del terapeuta. Estas rupturas

se pueden expresar de diferentes maneras, en ocasiones el paciente no es capaz de expresar sus preocupaciones o incluso sus necesidades. A veces no sabrá expresar sus preocupaciones o las atenuará y en otras ocasiones se someterá o se adaptará a los deseos del terapeuta.

Las rupturas por confrontación serían aquellas en las que el paciente formule directamente su enfado o su resentimiento, puede ser la insatisfacción en la relación con el terapeuta o por algunos aspectos de la terapia. Cuando este tipo de ruptura ocurre en terapia resulta difícil para el terapeuta no dar una respuesta defensiva a la demanda o crítica del paciente, por lo que el paciente recibirá una respuesta esperada. A veces, puede ocurrir, que las interpretaciones del terapeuta llevan a mensajes de culpa y de desprecio hacia sus pacientes. Incluso, estas interpretaciones pueden volverse comunicaciones difíciles que transmiten a la vez mensajes de ayuda y de crítica.

Para Baillargeon et al. (2012), las rupturas por confrontación y distanciamiento manifiestan las formas desiguales en las que un paciente puede afrontar la tensión entre necesidades opuestas, de estar solo o relacionarse. En las rupturas por confrontación, el paciente negocia el conflicto beneficiando su necesidad de estar solo o definición-del-self en deterioro de su necesidad de relación. Y en las rupturas por distanciamiento, el paciente lucha por la relación a pesar de su necesidad de estar solo o definición-del-self. Los pacientes seguramente tomarán partido por un estilo de ruptura o por otro, lo que a su vez reflejará diferentes tipos de adaptación. Estos tipos de ruptura pueden aparecer en el tratamiento de un mismo paciente.

### **Momentos de ruptura de la alianza:**

Relacionados con las rupturas de distanciamiento:

- Negación, respuesta mínima y disociación:  
Son acciones o actitudes del paciente que

reducen la calidad de colaboración del vínculo terapéutico. Como por ejemplo, el paciente da respuestas muy cortas o guarda silencio durante la sesión. Además, niega sus estados emocionales y disocia el contenido de lo que dice y lo que expresa de forma no verbal.

- Evitación y desconexión: Serían aquellas situaciones en las que la comunicación se vuelve abstracta, es decir, no puede vincular la propia experiencia con lo que está diciendo, o cambia de tema abruptamente, se distrae frecuentemente o no quiere hablar de un tema determinado.
- Autocrítica y desesperanza: Serían momentos en los que el paciente entra en un proceso de desesperanza y autocrítica, que deja fuera cualquier tipo de ayuda por parte del terapeuta.
- Paciente en actitud deferente: Es cuando el paciente obedece demasiado, lo que lo convierte en excesivamente acatador y tiene una actitud de sometimiento.

Relacionados con momentos de ruptura por confrontación:

- Quejas dirigidas a la persona del terapeuta: En algunos momentos el paciente muestra

sentimientos de rabia, impaciencia, desconfianza o rechazo hacia su terapeuta. O a veces puede criticar el estilo interpersonal del terapeuta, intentando controlar las intervenciones, o llega a expresar abiertamente dudas de su competencia profesional.

- Quejas dirigidas hacia las intervenciones y tareas de la terapia. Serían todas aquellas acciones que el paciente hace con el fin de rechazar la intervención del terapeuta, su punto de vista o cualquier actividad propuesta en la sesión. Sería una actitud de desacuerdo no colaborativa.
- Quejas dirigidas hacia los parámetros generales de la terapia. Serían las quejas del paciente en relación a los objetivos, el progreso de la terapia o el setting.

## 5 — PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

Una ruptura es una situación única que nos permite explorar las creencias, emociones, expectativas del paciente. Explorar estas crisis

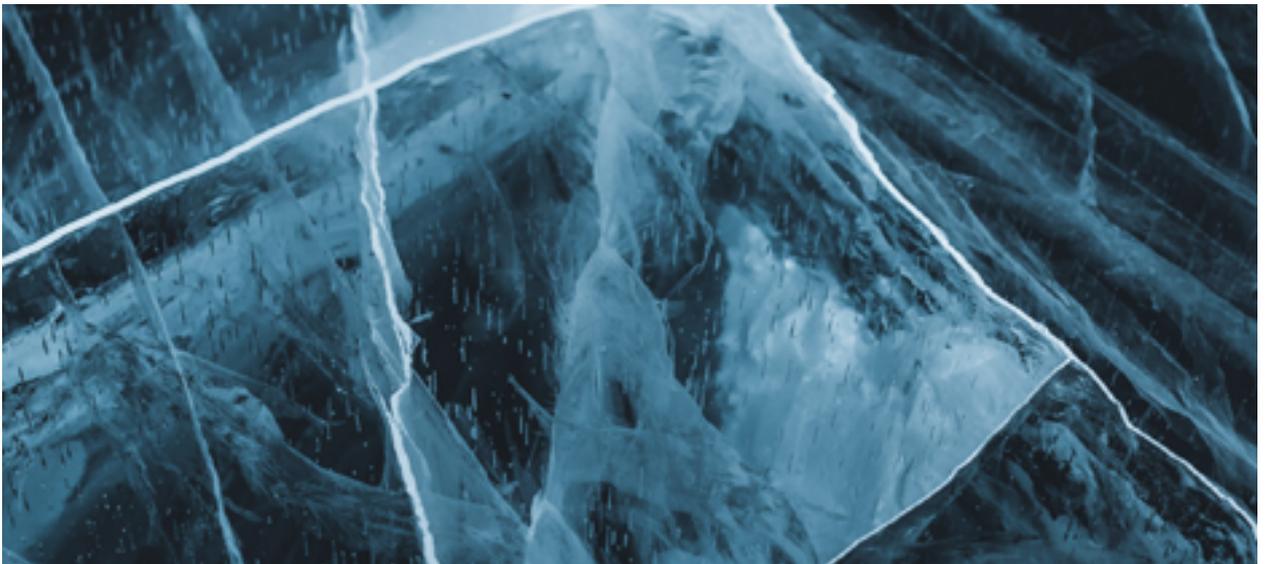


Foto: Maksim Romashkin

le permite al terapeuta descubrir, reconocer y validar al paciente. Los terapeutas se vuelven más empáticos, más receptivos, fomentan que los pacientes expresen sus inquietudes. Safran y Muran (2000) proponen unas intervenciones para facilitar la resolución de las crisis: 1. Abordar el marcador de ruptura, 2. Explorar la experiencia de ruptura, 3. Validar la afirmación del self y 4. Reconocer el ciclo cognitivo-interpersonal en el que paciente y terapeuta se encuentran, incluyendo sus propios sentimientos.

Safran y Muran (2000) realizan una clasificación de las intervenciones eficaces ante las rupturas de la alianza. Utilizando como guía la propuesta por Bordin sobre los elementos de la alianza, plantean dos clases de intervenciones: directas e indirectas.

#### Directas:

- Justificación terapéutica. Cuando el terapeuta detecta tensiones en la alianza, comprobará si el paciente comprende bien el por qué de la terapia y, si no fuese así, puede volver a explicarlo.
- Examen de los temas relacionales nucleares. Consiste en reflejar al paciente la dificultad que tiene de realizar las tareas. Podría relacionarse con una falta de compromiso con la terapia.

#### Indirectas:

- Reencuadrar el sentido de los objetivos y de las tareas. A veces, tendremos que modificar la tarea propuesta o utilizar un nombre diferente para la técnica, que sea menos directo o amenazante para el paciente.
- Modificación de tareas u objetivos. Consistiría en negociar con el paciente un cambio de tarea o variar el orden de intervención al diagnosticar posibles atascos, dificultades o miedos del paciente para hacerla. Manifestar empatía con la dificultad y mostrar

nuestra flexibilidad para realizar cambios puede ser una buena intervención.

Las intervenciones sobre el vínculo relacional intentan reparar las tensiones surgidas en el nivel relacional de la alianza. Se buscaría el motivo subyacente a la ruptura; por ejemplo, tratando de identificar si la molestia del paciente se debe a su forma de relacionarse con otras personas.

#### Directas:

- Clarificar malentendidos. A veces el terapeuta puede fomentar actitudes en el paciente como la desconfianza o una actitud defensiva. La metacomunicación del error sería recomendable a través de la exposición directa por parte del terapeuta.
- Examen de los temas relacionales nucleares. Sería útil esta intervención cuando hablamos de rupturas en la alianza.

#### Indirectas:

- Aliarse con la resistencia. Encuadraríamos como adaptativa la evitación defensiva que el paciente realiza de sentimientos dolorosos. Si sustituimos el desafío de la resistencia por una validación de la misma ayudará al paciente a acceder a determinados aspectos evitados de la experiencia.
- Nueva experiencia relacional. En muchas ocasiones podemos trabajar desde acciones indirectas y sutiles, más que desde técnicas propiamente dichas. Por ejemplo, en ocasiones deberemos estar quietos y serenos ante un llanto, no sorprendernos ante algo vergonzoso que nos cuente el paciente, etc. Son alternativas al tipo de relación que el paciente está acostumbrado.

### **Cuando no surge una buena conexión terapeuta-paciente desde el inicio**

La relación terapéutica se empieza a construir desde el primer contacto entre terapeuta y paciente. En muchas ocasiones surge un primer sentimiento de “feeling” que no se puede explicar racionalmente, pero otras veces no ocurre esto. Simplemente hay relaciones que se desarrollan poco a poco, con cierto esfuerzo y conociendo poco a poco nuevas características de la otra persona.

La buena noticia es que la relación terapéutica no nace, se hace. Por eso, para lograr establecer una buena alianza es importante que el terapeuta se muestre respetuoso. Para ello, puede proponer al paciente que no cuente nada que no quiera y que, ante las preguntas del terapeuta, se sienta con la libertad de no contestar o, incluso, de mentir. También puede indagar sobre qué ayuda al paciente de las sesiones, qué le hace sentir bien, qué le incomoda y qué dudas tiene.

### **Cuando el paciente cree que el terapeuta no lo puede ayudar**

A veces el paciente duda sobre la competencia del terapeuta o de los procedimientos que éste utiliza para ayudarlo a resolver sus problemas. En estos casos, el terapeuta debe, en primer lugar, validar y aceptar esta situación. Incluso puede confirmar las sospechas del paciente y declararse incompetente (“¡Qué mala suerte has tenido por haber caído en mis manos!”). Ante esta actuación del terapeuta pueden darse dos escenarios: 1) que el paciente no esté de acuerdo con esta opinión del terapeuta sobre sí mismo, dándole por tanto autoridad y competencia para ayudarlo con sus problemas; y 2) que el paciente esté de acuerdo con el terapeuta y que, de esta forma, salga del bloqueo en el que se encontraba y empiece a colaborar.

### **Cuando el paciente duda del secreto profesional**

Hay pacientes que desconfían del uso que el terapeuta hará de la información recogida durante las sesiones. Si esto ocurre y el paciente cuestiona la confidencialidad del terapeuta, no sirve de mucho repetir las razones que defienden el secreto profesional. Lo ideal en estos casos es pedir al paciente que no cuente nada que piense que puede comprometer su intimidad pues, posiblemente, no sea necesario entrar en detalles para lograr el éxito terapéutico. También es necesario pedir permiso para hacer preguntas sobre los temas que el terapeuta considere oportuno, dejando siempre la opción de no contestar en caso de que el paciente sienta que se está invadiendo en exceso su intimidad. Lo que suele ocurrir en estos casos es que, ante el respeto mostrado por el terapeuta, la confianza del paciente va aumentando poco a poco, llegando a ofrecer la información que en un inicio no quería dar.

### **Acumulación de tensión antes de acudir a terapia**

Nos referimos a la tensión presente en las relaciones familiares generada por las dificultades de resolver el problema que les trae a consulta, incrementada por las soluciones intentadas que no han tenido el efecto que esperaban. Esta tensión puede verse incrementada por el sentimiento de alguno de los miembros de acudir obligado a las sesiones, o por sentirse incómodo al pensar en tener que hablar de sus problemas con un desconocido. La estrategia en este caso estaría relacionada con incrementar la seguridad de la familia. Empezaríamos por establecer un entorno en el que todos los participantes se sintieran seguros, para eso el terapeuta se preocuparía por limitar los intercambios familiares negativos y clarificando los límites de la confidencialidad, los objetivos del tratamiento y el papel de cada participante (Snyder, 1999).

## **Diferencias en el punto de partida de los miembros de la familia**

Puede que este sea uno de los puntos más frustrantes de cultivar y de guiar las alianzas en la terapia familiar y de pareja. Hay gente que es más confiada, abierta y flexible que otra. Para algunas personas hay más en juego y por tanto tienen más que perder. Hay quien tiene más buena voluntad hacia los demás. Muchos de estos comportamientos reflejan la fortaleza de la alianza, contribuyen a ella o la socavan, independientemente del enfoque o del contexto del tratamiento.

Cuando no existen barreras y las personas llegan dispuestas a hablar sinceramente y a trabajar entre sí hacia un objetivo común, las alianzas se fortalecen de forma natural. Cuando la gente empieza a darse cuenta de que los miembros de la familia cambian de manera positiva, aumenta su propia participación y crece su sentido del propósito con relación al tratamiento. Es cuando los miembros de la familia se relajan durante la terapia, empiezan a tener ganas de asistir a las sesiones y se sienten incluso más vinculados al terapeuta.

## **La división en las alianzas y su repercusión en el enganche terapéutico**

Esta es otra de las dificultades que se presentan frecuentemente en terapia familiar y no en sesiones individuales. Ambas formas de terapia, para asegurarse el éxito de la intervención, buscarán conseguir un enganche en el proceso terapéutico; la diferencia es que en terapia familiar se busca la cooperación de todos los miembros y que sean parte activa en el tratamiento. Este enganche en el proceso terapéutico se entiende como que el cliente se siente involucrado en la terapia y trabaja con el terapeuta; considera que las metas y tareas terapéuticas se pueden discutir y negociar con el terapeuta; cree que es importante tomarse en serio el proceso, y confía en que el cambio

es posible (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2018).

Para estimular el enganche en el cliente el terapeuta puede estimular estos tres aspectos: explicarle cómo funciona la terapia, pedirle activamente que se manifieste acerca de definir las metas y las tareas, explorar su disposición para ensayar nuevas formas de comportarse durante o después de las sesiones, averiguar sus reacciones ante los diversos sucesos terapéuticos, captar la atención y la participación de todos los que asisten a las sesiones, y valorar y amplificar cada pequeño cambio que se consiga (Friedlander et al., 2018).

Al trabajar en un tratamiento conjunto, el terapeuta debe analizar y manejar rápidamente los triángulos emocionales (Bowen, 1976), de forma que la tensión en el seno de la díada no le arrastre y desequilibre la alianza en curso. Esta crisis en la alianza puede producir la ruptura de la alianza con uno, varios o todos los miembros de la familia (Pinsof, 1995). Éstas alianzas “divididas” o “desequilibradas” pueden ir o no en detrimento del tratamiento, en función de la intensidad y de la persona con quien se tiene mayor o menor alianza. De forma general, podemos sugerir que el terapeuta tiene que asegurarse una alianza positiva con la persona que tiene mayor influencia para conseguir que la familia siga con el tratamiento (Pinsof, 1995)

Para involucrar a los miembros de la familia que son reticentes, el terapeuta ha de incidir en el sentido de compartir el propósito por medio de señalar los puntos en común de la perspectiva, los valores y las experiencias de las diferentes personas; animar a los miembros de la familia a pedir información unos a otros, a preguntarse mutuamente por el punto de vista sobre cada problema que se discute; elogiar a los clientes por respetar la perspectiva de los demás cuando así sucede, etc. Puesto que cuando los que se muestran reticentes ven que se valoran sus opiniones y sus sentimientos

tos, tienden a sentirse más cómodos y a involucrarse más.

### **Cuando el establecimiento de las alianzas se ve afectado por el factor género**

Hay un factor relacionado con el género que influye en el establecimiento de la alianza terapéutica, habitualmente es la mujer quien inicia el proceso de búsqueda de ayuda profesional, pudiendo hacer que el contexto terapéutico le resulte ajeno a los hombres de la familia o pareja. La investigación de género en terapia familiar y de pareja ha demostrado de manera clara que los resultados del tratamiento son mejores cuando se establece una alianza sólida del terapeuta con el marido o el padre. En otras ocasiones, la fuente de los problemas de la pareja se puede atribuir a malentendidos que tienen que ver con el género, al definir el problema de esta forma, se podrá involucrar a la pareja en un diálogo acerca del grado en que los estereotipos destructivos y los mensajes acerca del comportamiento adecuado de hombres y mujeres afectan negativamente a su relación.

### **Cuando el terapeuta se centra más en la técnica que en la experiencia del cliente**

Un punto importante para evaluar la alianza terapéutica es la valoración que hace el propio cliente sobre ésta, y la experiencia nos dice que esta percepción no siempre coincide con la que tiene el terapeuta.

Un ejemplo de crisis en la alianza puede darse si el terapeuta se centra exclusivamente en las técnicas y no valora la experiencia del cliente, lo que conducirá a fracasos inesperados. Para evitar esto es aconsejable que a medida que la terapia va progresando, se consulte periódicamente a los clientes: “¿Hay algo que ustedes esperaban y que no hayamos hecho y que se estén cuestionando?” o “¿Consideran que lo que les ofrezco/sugiero es adecuado para ustedes y se ajusta a lo que esperaban conseguir aquí?”.

Ellos son los expertos en su vida, realizar estas preguntas servirá para comprobar las expectativas con las que acuden a las sesiones y adaptar la intervención para que se sientan parte del proceso, que participen en las tareas porque piensan que se adaptan a su realidad y que se incremente la confianza en el terapeuta al sentirse escuchados.

Respecto a esto último, la alianza se conceptualiza como un estrecho lazo emocional entre cliente y terapeuta, y como un acuerdo mutuo acerca de las tareas y las metas del tratamiento (Bordin, 1979). Una particularidad que se da en Terapia Familiar y de pareja es que este lazo tiene que ser estrecho con todos los miembros de la familia, y no únicamente con los que acuden a todas las sesiones (Pinsof, 1995). Para trabajar eficazmente en este ámbito el terapeuta debe prestar atención simultánea a las necesidades del sistema, viéndolas de una forma que tenga sentido para todos. Puede requerir volver a enfocar el problema, destacar las buenas intenciones de todos, y enfatizar los valores comunes y las fortalezas del conjunto (Friedlander et al., 2018).

### **Cuando las personas no desean acudir a terapia o vienen por mandato judicial**

Ante estas situaciones podremos diferenciar claramente los tipos de relación que caracterizan el inicio del tratamiento entre cliente y terapeuta.

- En una relación de “demandante”, el cliente se queja, a pesar de que coincide con el terapeuta en la naturaleza del problema, no se siente a sí mismo parte de la solución. Puede incluso estar muy motivado para resolver el problema, pero está convencido de que es necesario que otras personas cambien para que la situación pueda mejorar.
- Puede ocurrir que el cliente se sienta un “visitante” en la terapia, por lo que no reconocerá que exista un problema sobre el que haya que trabajar. En este tipo de rela-

ción es imposible negociar los objetivos del tratamiento ya que son otras personas las que tienen los problemas.

- Finalmente, podemos considerar otro tipo de relación cuando acuden derivados por mandato judicial que sería la de “rehén”; ante esta situación al cliente no solo no le parece que haya un problema a tratar, sino que además piensa que derivarlo a terapia es una injusticia. En consecuencia, se mostrará hostil con el terapeuta.

Lo común en estos tipos de relaciones es que perciben una amenaza centrada principalmente en la seguridad y el sentido de compartir el propósito de la familia. Para potenciar estos aspectos, el terapeuta debe centrarse en fomentar el enganche y la conexión emocional. Ante esta situación debemos fijarnos en un matiz que influirá en cómo afrontar este tipo de crisis, y consiste en si la obligación es o no explícita.

Si la obligación de acudir a terapia es explícita y reconocida por todos, el terapeuta puede planificar las estrategias apropiadas para cultivar la alianza. Durante la primera sesión deberá hablar con los miembros de la familia acerca de la presión o el mandato legal que les ha llevado allí, con el fin de negociar los objetivos y los términos de la terapia, así como el tipo de relación que se va a establecer. También deberá ser claro y transparente con respecto a su compromiso con la instancia que les ha derivado al tratamiento, y especificar cualquier condición limitativa impuesta por terceras partes. Si estimula una discusión abierta sobre lo que sienten y piensan acerca del tema, demostrará que intenta crear una atmósfera de confianza y libertad dentro de los límites impuestos por la institución de referencia.

En caso de que la obligatoriedad de asistir sea encubierta, parecerá que la terapia es voluntaria pero no lo es; para detectar esto podemos tener en cuenta las diferentes dimensiones de la alianza: ver si se logra la conexión emocio-

nal con el terapeuta, si cooperan de buena gana en las tareas demostrando así un buen enganche en el proceso terapéutico y, sobre todo, si demuestran seguridad y/o comparten el propósito en la familia.

Ante estas situaciones el terapeuta tiene que reconocer el contexto coercitivo y, aunque sea difícil, evitar tomarse el resentimiento o la hostilidad de la familia como algo personal. Centrarse inmediata y exclusivamente en los problemas que han causado la derivación de la familia a la terapia logrará que se entorpezca la colaboración. En cambio, si el terapeuta hace un esfuerzo genuino para comprender la profunda desconfianza que la familia tiene en los profesionales, esta demostración de empatía por los sentimientos de sentirse invadidos o traicionados que presenta la familia ayudará a cultivar la alianza.

Cuando a pesar de haber tomado todas estas consideraciones, la terapia se inicia con mal pie, el terapeuta todavía puede utilizar diferentes estrategias para mejorar la alianza; entre ellas: 1) prestar atención a la experiencia del cliente, 2) presentarse como un aliado, y 3) ayudarlo a identificar metas terapéuticas que sean significativas para él.

### **La alianza terapéutica en tiempos de COVID-19**

La crisis sanitaria que empezó en 2019 debido a la pandemia por la COVID-19 supuso que las mascarillas llegaran para quedarse. En este sentido, las normas fueron claras: la mascarilla debe ser usada siempre que se salga de la vivienda, con especial atención a aquellas situaciones en las que las personas se encuentren en espacios cerrados acompañados de no convivientes. Esto, por supuesto, tuvo un impacto en las consultas de Psicología y, por tanto, en la alianza terapéutica.

La mascarilla se ha convertido en un elemento novedoso que limita en cierto modo la capacidad de expresión facial y, teniendo en cuenta

que gran parte de la comunicación es no verbal, esto puede suponer un problema dentro de las consultas. Los cambios en la proyección del tono y la ausencia de apoyo gestual pueden dar lugar a interpretaciones erróneas en la comunicación. Un ejemplo de ello es el uso de la ironía, pues resulta más complicado abstraerse de la parte literal sin expresiones que faciliten el entendimiento de la intención.

Además, perder la información de la sonrisa puede reducir la capacidad de mostrar empatía y confianza, dos rasgos fundamentales para construir una adecuada alianza terapéutica. El uso de la mascarilla también altera el tono y el volumen al hablar, pudiendo ocasionar dificultades en la comprensión. Por ello, es importante compensar este déficit potenciando otros aspectos de la comunicación no verbal, como los movimientos corporales o la gestulación con las manos. También es interesante utilizar la mirada como una rica fuente de información, vocalizar mejor a la hora de hablar, ser más expresivos al sonreír y expresar verbalmente lo que no se puede expresar gestualmente.

## 6 — DISCUSIÓN

En la bibliografía consultada se entienden las crisis en la alianza terapéutica como perturbaciones o tensiones en la relación entre terapeuta y paciente o pacientes. Este desajuste se manifiesta por una falta de colaboración en objetivos o tareas. Estas crisis pueden variar en función de la severidad, intensidad, frecuencia, duración, etc., y para varios autores podrían clasificarse en rupturas por distanciamiento o rupturas por confrontación.

Muchos autores también concluyen que estas rupturas son inevitables, e incluso aquellas terapias en las que se dan rupturas en la alianza suelen ser más efectivas que aquellas en las que

no. Este tipo de crisis pueden tener resultados positivos si se resuelven de manera exitosa, llegando incluso a mejorar o fortalecer la alianza y haciendo que el paciente se sienta más entendido. Por lo tanto, los terapeutas deben ser habilidosos y ocuparse de las rupturas, ya que es un factor importante para tener éxito en la terapia.

A medida que profundicemos en el conocimiento y en la comprensión de los modelos o intervenciones posibles para resolver las diferentes crisis en la alianza, mayor impacto positivo generaremos en los pacientes, ya que sabremos enfrentar estos momentos difíciles y a la vez tan frecuentes durante la relación terapéutica.

Como hemos visto, las crisis pueden venir motivadas por muy diversas razones; comprender el proceso por el que puede estar pasando la persona que acude a terapia, verbalizarlo y compartirlo con ellos es un primer paso para construir una alianza sólida. En las ocasiones en las que no suceda así, hablar con honestidad sobre lo que como profesionales percibimos respecto a la alianza puede ayudar a solventar esas dificultades y favorecer la relación. En el peor de los casos proceder de esta forma ahorra tiempo y esfuerzos a ambas partes cuando no se ve posibilidad alguna de colaboración, reconociendo las limitaciones que esto supondría para el método de trabajo y pudiendo recomendar a otro profesional si se valora que pueda ayudarles respecto a la demanda planteada.

Finalmente, cuando mejor manejemos las herramientas para afrontar las crisis en la alianza terapéutica, y cuanto mejor las adaptemos a la situación y a la persona o personas con las que estemos trabajando, más probabilidades tendremos de tener éxito en la terapia.

## Bibliografía

- Ackerman, S. J., Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy Practice and Research*, 38,(2), 171-185.
- Ackerman, S. J., Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.
- Baillargeon, P., Côté, R., Douville, L. (2012). Resolution Process of Therapeutic Alliance Ruptures: A Review of the Literature. *Psychology*, 3(12), 1049-1058.
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 121- 139.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3), 252-260.
- Corbella, S., Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Coutinho J., Ribeiro E., Safran, J. (2010). Transacciones interpersonales en episodios de ruptura de la alianza: un estudio de caso de un abandono de terapia. *Revista Argentina de clínica psicológica XIX*. 101-115.
- Friedlander, M.L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2018). *La Alianza terapéutica. En la terapia Familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Horvarth, A. & Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.61.4.561>
- Mitchell, A., Eubanks-Carte, C., Muran, J.C., & Safran, J. D. (2011). *Rupture Resolution Ranting System*.
- Pinsof, W.B. (1995). *Integrative problem-centered therapy*. Nueva York. Basic Books.
- Rodríguez-Arias Palomo, J. L., Venero Celis, M. (2006). *Terapia familiar breve: Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico*. Madrid. Editorial CCS.
- Safran, J. D., Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51, 381-387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>
- Safran, J. D., Muran, J. C. (2000/2005). *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional (Título original: Negotiation the therapeutic alliance: A relational treatment guide)*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Safran, J. D., Segal, Z. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. Londres. Aronson.
- Safran, J., Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona. Paidós.
- Safran, J., Muran, C., Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Salgado, M. E. (2016) Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica. *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines, vol. 13, (1)*, pp. 46-55. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Snyder, D. (1999). "Affective reconstruction in the context of a pluralistic approach to couple therapy", *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 348-365.
- Waizmann, V., Espíndola, I., Roussos, A. (2009). *Acerca de las rupturas de alianza terapéutica*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Facultad de Psicología (Universidad de Buenos Aires), Buenos Aires.

# CREATIVIDAD

NEWTON EN  
CUARENTENA.  
CÓMO LAS CRISIS  
INFLUYEN EN EL  
DESARROLLO DE LA  
CREATIVIDAD

**Alma Montes Arenas**

*Psicóloga. Gestora de contenido.*

[almamontesarenas@gmail.com](mailto:almamontesarenas@gmail.com)

SUMARIO

GALLEGO

## RESUMEN

Los diferentes confinamientos vividos a lo largo de 2020 propiciaron una explosión creativa en diversos ámbitos. Las empresas tuvieron que idear formatos extraordinarios para seguir produciendo desde casa, las PYMES buscaron soluciones de venta digitales, el mundo artístico se abrió a través de las redes sociales... La crisis vivida supuso una transformación. ¿Es, por tanto, el contexto disruptivo una condición necesaria para que se desarrolle la creatividad?

**PALABRAS CLAVE** — creatividad, crisis, contexto creativo.

## ABSTRACT

The different confinements lived along 2020 have propiciated a creative explosion in diverse fields. The companies had to come up extraordinary formats to follow producing from house, the small and medium enterprises looked for digital available solutions, the artistic world opened through the social networks...The crisis lived has supposed a transformation. It is, therefore, the disruptive context a necessary condition so that it develop the creativity?

**KEY WORDS** — creativity, crisis, creative context.

Ahora desmentido, el mito de la manzana de Newton, a través de la cual se nos explica cómo el genio desarrolló la teoría de la gravedad, se dio en circunstancias que nos pueden resultar tristemente cercanas.

A los 18 años Newton ingresa en la Universidad de Cambridge. En 1665 debido a la peste bubónica que asolaba Inglaterra, la Universidad decide cerrar sus puertas y envía a todos sus estudiantes a sus casas para contener la epidemia.

Esta situación se alarga durante 2 años, en los que Newton se refugia en Woolsthorpe, donde se encuentra la casa familiar, alejado de cualquier centro de conocimiento.

El aislamiento propició el desarrollo de lo que serían las primeras teorías del físico más importante de la historia.

La historia de cómo Newton ideó la Teoría de la Gravedad porque se le cayó una manzana en la cabeza ya pertenece al imaginario colectivo. Da igual si es cierta o no. Se ha quedado como ejemplo de iluminación, sin contarnos, claro, que este científico ya había dedicado muchas horas a leer e investigar, a pensar y observar su entorno.

Y es cierto que la ciencia tiene también un principio creativo, no entendiendo esto como inspiraciones venidas de la nada, sino como un proceso consciente, abonado con conocimiento previo, trabajado e influenciado por la realidad social.

---

## QUE LA INSPIRACIÓN TE PILLE TRABAJANDO

*“Yo no creo en las musas, pero por si acaso bajan, prefiero que me encuentren trabajando”*

Picasso

La creatividad ha sido entendida culturalmente como un rasgo de personalidad, más que el conjunto de factores que realmente la conforman. Las primeras definiciones que encontramos, como las de Galton o Terman, se basan en la teoría del genio, es decir, aquella que propone que es una condición innata de algunos seres humanos. Una cualidad heredada, como lo es la estatura o el color de los ojos.

Es cierto que existen algunas características individuales que propician el desarrollo creativo, como la introversión y tendencia hacia el pensamiento lateral, pero no es lo más importante, o al menos, no es la condición única necesaria.

Algunos autores apoyan, aun así, la inspiración, como por ejemplo William James: “todo filósofo o todo hombre de ciencia que haya contribuido algo a la evolución del pensamiento se ha apoyado en una especie de “convicción muda...” se trata de una impresión vaga,



Foto: Ron Lach

que nos permite dirigir la acción por razones muy poco precisas”.

Pero para que la creatividad fluya tienen que darse una serie de realidades contextuales que propicien la consecución del pensamiento.

Para potenciar la creatividad tienen que darse a la vez:

- Constancia, trabajo, control y tiempo disponible
- Necesidad de salir de la zona de confort (ya sea ésta intrínseca o extrínseca)
- Conjunto social que motive y además valore el trabajo creativo.

Incluso los momentos de servilleta y boli no deben entenderse como actos aislados de inspiración. Todo el trabajo anterior realizado, el conocimiento y estudio sobre la materia, el estímulo adecuado en el momento oportuno... El terreno para que la idea “aparezca” debe haber sido preparado.

## LAS CRISIS SOCIALES Y SU RELACIÓN CON LA CREATIVIDAD

***“La creatividad no consiste en una nueva manera, sino en una nueva visión”***

Edith Wharton

Siendo la creatividad una habilidad para resolver problemas de forma poco convencional, es lógico que se desarrolle más cuando las circunstancias sean de algún modo adversas.

Durante las épocas de crisis, las sociedades se movilizan fuera de lo conocido, lo que provoca una ruptura con la zona de confort. Se dan nuevas necesidades a las que tenemos que encontrar soluciones extraordinarias.

En la reciente pandemia, además, se ha dado una circunstancia que ha potenciado el desarrollo de la creatividad: la obligatoriedad de quedarse en casa, lo que se tradujo en mucho tiempo libre.

Y es que el tiempo libre, lo mal entendido por aburrimiento, es imprescindible para ponernos a trabajar en actividades creativas. La vida diaria está llena de obligaciones, trabajo, tareas, recados, gestiones... Además de las diferentes formas de ocio. En casa, en cambio, tuvimos tiempo de mirar dentro, lo que consiguió que mucha gente por primera vez quizá en sus vidas, pudiesen dedicarse a hobbies para los que nunca encontraron el momento.

Las crisis, por lo tanto, agudizan el ingenio, nos desplazan de lo cotidiano y, en ocasiones como la vivida por la covid-19 nos permite tener tiempo para desarrollar la creatividad. Las situaciones fuera de lo ordinario nos exigen explorar soluciones diferentes. Que se lo digan a todas esas empresas que necesitaron adaptar de la noche a la mañana metodologías para producir de forma aislada.

Al igual que Newton, durante la pandemia la gran mayoría de la población nos encerramos en casa, que no deja de ser un inconveniente, pero sin necesidades acuciantes que atender. Si a esta realidad le unimos el tiempo, las redes sociales y una sociedad que premiaba esta conducta, ahí lo tenemos: ha sido, sin duda, un campo de cultivo idóneo para el desarrollo de infinitud de expresiones artísticas.

Eso sí, la relación entre crisis y creatividad tiene una relación de U invertida, ampliamente conocida por la psicología. Al final, si el estado es de total bienestar no se produce la suficiente necesidad para buscar soluciones “fuera de la caja”. Así mismo, si la crisis es excesiva, las necesidades primarias se impondrán, no llegarán a poder materializarse las soluciones imaginadas (aspecto importante en la definición de creatividad) por lo que tampoco se darán explosiones creativas.

El caso más icónico y que mejor puede ilustrar cómo de necesaria es cierta dosis de crisis pero sin que exista un peligro real para nuestra existencia lo encontramos en la española Generación del 98. Como sabemos, la Generación del 98 es un conjunto de escritores y poetas que, desencantados con la situación socio-política de la España de finales del s.XIX, buscan una forma de dignificarla de nuevo. La crisis de las últimas colonias, la regeneración tras la Revolución de la Gloriosa y el sistema parlamentario por turnos son los desencadenantes que provocan la necesidad intelectual de dar forma a una identidad nacional diferente a la establecida.

Es este punto de inflexión contextual el que nos regala algunas de las mejores mentes de la literatura española. Y es que gracias a la creación en 1876 de la Institución Libre de Enseñanza tuvieron la oportunidad de desarrollarse y encontrarse, de aprender y trabajar en sus ideas. Es decir, la crisis pudo ser un desencadenante que no hubiese dado frutos si no existiesen lugares y personas que los hubiesen abonado y recogido (por seguir con la metáfora agrícola) antes y después.

—

## ¿Y LAS CRISIS PERSONALES?

Como hemos visto, las crisis sociales impactan de forma clara en el desarrollo (o no) de la creatividad. Concluir si las crisis personales afectan en igual medida es un poco más complejo porque las valoraciones sobre qué constituye una crisis son más subjetivas.

Aún así, solo de forma intuitiva, si pensamos en gremios como el del arte, la ciencia, la tecnología, es decir, sectores tradicionalmente creativos, lo primero que se nos viene a la imaginación es el estereotipo de persona inestable, casi atormentada.

Ya en la Grecia Clásica, Platón en *Ion* o de la Poesía escribe: “el poeta es incapaz de producir mientras el entusiasmo no le arrastra fuera de sí mismo”

Alejandra Pizarnick, Munch, Kurt Cobain, Virginia Wolf, John Nash..., son solo algunos nombres con los que podemos ejemplificar esta relación entre crisis personal y creatividad. El propio Newton sufrió un importante episodio de depresión y paranoia.

De forma poco exhaustiva, a lo largo de la historia, siempre se han relacionado ambos conceptos: pensadores como Aristóteles, Erasmo de Róterdam o Freud ya reflexionaron sobre este tema, por poner solo algunos ejemplos. Y hablamos de falta de exhaustividad porque aunque numerosos autores ya se referían a la inclinación patológica de la persona creativa, no fue hasta la segunda mitad del s. XX cuando se comenzaron a realizar experimentos y revisiones sistemáticas al respecto.

Debido a la complejidad de ambas características y a las múltiples definiciones que encontramos tanto sobre creatividad como de patología psicológica o psiquiátrica, las investigaciones son revisiones correlativas, más que causales, por razones obvias.

Es decir, los estudios se han centrado en conocer si la población socialmente aceptada como creativa sufre en un porcentaje mayor algún tipo de trastorno mental que la población general. Y al contrario: si los pacientes psiquiátricos obtienen mayores puntuaciones en el constructo “creatividad” que los que no lo son.

Por ejemplo, Jamison (1989) hizo un seguimiento a 47 artistas británicos y encontró que el 38% de ellos habían recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico durante su vida, o Juda (1953), tras una revisión biográfica de 294 creativos alemanes, concluyó que el 27% de los artistas y 19% de los científicos habían padecido en algún momento de su vida o bien episodios neuróticos o trastornos de la personalidad, cuando la tasa para la población general rondaba entre un 10 y un 12%.

En la misma línea, las investigaciones de Post (1994), Andreasen (1987) o Ludwig (1994), aportan datos de diferentes grupos creativos que apoyan esta hipótesis: el porcentaje de personas con algún tipo de problema mental dentro de las comunidades artísticas es significativamente superior a la media del resto de las personas.

Pero, como sabemos, no se puede atribuir una causa de que una característica implique necesariamente la otra, ni viceversa. Kandel, premio Nobel de Medicina en el año 2000, argumenta “si bien ciertas formas de creatividad surgen junto a los trastornos mentales, la capacidad creadora no depende de ninguna enfermedad [...] sino que, a lo sumo, libera facultades de la imaginación que, en circunstancias normales, permanecerían bloqueadas por las inhibiciones propias de los convencionalismos sociales y educativos”

De estos estudios es posible extraer cierta correlación, pero el hecho de atravesar una situación extrema no implica per se un pensamiento creativo. Ni al contrario. Como ocurre con cualquier constructo psicológico complejo, son muchas las variables que influyen: la motivación, el estilo de afrontamiento, el anticonvencionalismo o la historia personal por decir solo algunas.

## CONCLUSIÓN

La creatividad es una habilidad cognitiva que nos permite encontrar soluciones valiosas en momentos de crisis. Está claro que el contexto que propicia el movimiento, el desplazamiento de lo cotidiano, nos obligará a pensar de forma poco ordinaria, pero no es suficiente para desarrollarla.

Es la sinergia producida entre la personalidad, el proceso de pensamiento, el producto en sí y el contexto lo que consigue, según los estudios, que alguien sea creativo.

Todos elementos complejos de conceptualizar para alcanzar uno que lo es aún más.

Y porque es tan complicado explicarlo, también lo es llegar a serlo, o intentar aprenderlo. Pero quizá eso es lo emocionante... No entender ese clic que nos hace geniales.

## Bibliografía

Alonso Monreal, C. (2000). *Qué es la creatividad*. Biblioteca Nueva.

Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Espasa Calpe.

Casini, P. (1971) *El universo máquina. Orígenes de la filosofía newtoniana*. M. Roca.

Chávez, R.A., Lara, M.C.. *La creatividad y la psicopatología*. Salud Mental. 2000;23(5):1-9.

Gardner, H. (2010). *Mentes Creativas: Una anatomía de la Creatividad*. Ediciones Paidós Ibérica.

Gleick, J. (2005) *Isaac Newton*. RBA.

Huidobro, T. (2004) *Una definición de la creatividad a través del estudio de 24 autores seleccionados* [Tesis Doctoral: Universidad Complutense de Madrid] Madrid

Jiménez-Landi, A. (2010). *Breve historia de la Institución Libre de Enseñanza (1896-1939)*. Tébar.

Robinson, K. *Mood disorders and patterns of creativity in british writers and artist*. Psychiatry, 1989 52 125-134.

Romo, M. (1997). *Psicología de la creatividad*. Paidós.

Sandblom, P. (1995). *Enfermedad y creación. Cómo influye la enfermedad en la literatura, la pintura y la música*. México: Fondo de Cultura Económica.

# TITULARES

TITULARES EN  
CRISIS, O COMO  
LOS MEDIOS DE  
COMUNICACIÓN  
SE CONVIERTEN EN  
MEDIOS DE SALUD

**Noela Rey Méndez**

*Redactora jefa de El Ideal Gallego*

[noelareymendez@gmail.com](mailto:noelareymendez@gmail.com)

SUMARIO

GALLEGO

## RESUMEN

La irrupción en nuestras vidas de la COVID-19 llevó la información sanitaria y sobre salud a la primera página de las agendas mediáticas, pero hay muchas más crisis relacionadas con la sanidad que la del coronavirus. Asuntos como el tratamiento informativo de la violencia machista han visto muchos más repastos académicos y profesionales por parte del sector periodístico, pero existe mucha más confusión en el caso de otros elementos de la salud física y mental de las personas. Desde el acoso escolar hasta el suicidio o desde el aborto a la información sobre catástrofes, este artículo pretende hacer un repaso por los errores y aciertos de los medios de comunicación en su forma de llevar estos asuntos a los titulares, así como poner de relevancia los propios defectos y dificultades que encuentran los periodistas a la hora de enfrentarse a estas temáticas y aportar consejos para intentar hacer más fácil una buena cobertura sanitaria.

**PALABRAS CLAVE** — periodismo, COVID-19, salud mental, sanidad.

## ABSTRACT

The emergence of COVID-19 into our lives has brought health and health information to the forefront of media agendas, but there are many more health-related crisis than coronavirus. Issues such as the informative treatment of gender-based violence have seen many more academic and professional reviews by the journalistic sector, but there is much more confusion in the case of other elements of people's physical and mental health. From bullying to suicide or from abortion to information on catastrophes, this article aims to review the mistakes and successes of the media in their way of bringing these issues to the headlines, as well as highlighting their own obstacles and difficulties. which journalists find when dealing with these issues and tips to try to make good health coverage easier.

**KEY WORDS** — journalism, COVID-19, mental health, health.

## “LA NUEVA GRIPE YA ESTÁ EN ESPAÑA”

Podría ser el titular de cualquier periódico, web, televisión o radio del año 2020. Pero no lo es. Es la edición del 28 de abril de 2009 del diario *La Vanguardia*. Es la evidencia de que la historia es cíclica, también en el periodismo, y de que el aprendizaje de lo anterior es entre pequeña y nula. Siendo optimistas, pequeña, siendo realistas, nula. Porque uno de los graves problemas que tiene el periodismo de los últimos tiempos es el de que la inmediatez y la competencia devoran la reflexión y la prensa acaba por no cumplir uno de los objetivos para el cual está concebida, que es el de explicar la realidad. Los medios de comunicación inundan nuestras vidas, pero a veces no logran plasmar la realidad social porque ésta, como algo poco objetivable y poco medible, tiene intrínsecas ideas, valores y opiniones que acaban por conformar un remolino en el que el propio periodista pierde también la perspectiva. Mucho más si hablamos de información de crisis. De crisis sanitaria, económica, política, social. Cualquier crisis o ruptura de la normalidad a la que se expongan los medios de comunicación dejará también expuesta la sociedad que de ellas se nutre y, a la vez, la propia prensa está ahora en una espiral de innovación-renovación-innovación continuada que genera otra ruptura intrínseca en su seno que acaba también por impregnar la información que se da.

Para intentar explicar como actúan los medios de comunicación en estas circunstancias, e intentar acercarnos a como sería mejor para la sociedad y para sí mismos actuar, hay que dar un paso atrás y hablar primero de los géneros periodísticos, esos a los que se aproximan los estudiantes de manera teórica por primera vez cuando entran en la facultad, pero que en realidad llevan desde siempre en sus vidas. La noticia, el reportaje, la entrevista, la crónica. Son géneros que se ven habitualmente, pero sobre los que no se llega a reflexionar por completo.

Todo parte de principios del siglo XX cuando el editor del *Manchester Guardian*, Charles Prestwich Scout, aseguró: “Comment is free, but facts are sacred” (los comentarios son libres, pero los hechos son sagrados). Llegaba así la dicotomía periodística entre la opinión y la información, algo que autores como Bezunarte, Martínez y Del Hoyo (1998) apoyan distinguiendo los ámbitos de cobertura periodística como, por una parte, el relato de los hechos y, por otra, la toma de posición sobre hechos e ideas. Con todo, la sociedad, con su avance, fue obligando a deshacerse de esta dicotomía tan estricta. Según Mejía (2012), y siguiendo la taxonomía evolutiva de Martínez Albertos, podemos hablar de tres fases en el periodismo: una primera de periodismo ideológico (doctrinal, partidista y moralizador, que brinda poca cabida a los hechos, pero ahondando en los comentarios y las evaluaciones); un segundo momento de periodismo informativo, centrado en el relato objetivo de los hechos; y un tercero de periodismo explicativo, lo que surge debido a la competencia de los medios audiovisuales y que lleva a la prensa tradicional a decantarse por la explicación de los hechos, más que por su presentación, analizando las causas y previniendo sus efectos. Pero, ¿que ocurrió? Que precisamente esa competencia se unió a un momento de problemas económicos en la prensa, por lo que ésta se vio envuelta en una doble crisis: financiera y de modelo. El resultado? Inmediatez sin explicación.

El problema cuando nos acercamos a la información sobre salud, como era aquella de 2009 con la gripe A o más nombradamente la de ahora sobre la COVID-19, es que el público no sólo exige la interpretación y la explicación, sino que la necesita. La audiencia necesita saber qué ocurre, por qué ocurre y cómo evitar que la situación empeore. Señala Catalán-Matamoros (2015) que en la actualidad, la salud, o más bien la falta de ella, es tema habitual en la comunicación pública, puesto que sigue protagonizando sucesos de gran relevancia social, no sólo pandemias como el caso del coronavi-

rus que obligó al confinamiento y el estreno de una “nueva normalidad”, sino otras enfermedades presentes en el día a día, desde el cáncer, la diabetes o los infartos, hasta las demencias, las depresiones o el mal de Alzheimer. Por eso los medios de comunicación tienen un papel muy importante en la salud y son utilizados como fuentes principales de información, muchas veces por delante de los propios profesionales de la salud. Quién no recibió durante las primeras etapas del confinamiento mensajes de WhatsApp de amigos y familiares reenviando informaciones periodísticas? Seguramente pocos o ninguno recibieron estas cadenas con informaciones de sus médicos de cabecera. Por algo en un primer momento los gobiernos y las diversas instancias administrativas bombardearon a la ciudadanía a base de información, con continuas ruedas de prensa retransmitidas en directo en televisiones, radios y páginas web que al día siguiente tenían su reflejo en los periódicos en papel. Recordemos aquellas comparencias diarias de Fernando Simón, director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, junto a diversos representantes de los altos mandos de la Guardia Civil, la Policía Nacional, Defensa o el Ministerio de Transportes -con cambios y rotaciones debidas tanto a la modificación de las circunstancias sanitarias como a momentos en los que los propios protagonistas de éstas sufrieron la enfermedad provocada por la COVID-19-, que se convirtieron en poco menos que un elemento más de la parrilla de la programación televisiva, o las del presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, para explicar la situación de cara a una consiguiente renovación del estado de alarma y del confinamiento domiciliario. Lo que venía haciendo la Administración era llevar la información directamente a los ciudadanos, utilizando los medios de comunicación tan sólo como un canal. Sin embargo, esto es bueno o malo? Pues, como todo en la vida, depende. La transparencia es la evidente cosa positiva, pero la falta de explicación e interpretación por parte de un periodista especializado

fue también la que hizo que se multiplicaran los errores y los “bulos”. Porque, cierto es lo que se dice: el exceso de información es tan desinformación como su defecto.

En *La infodemia en la crisis del coronavirus: análisis de desinformaciones en España y Latinoamérica* (2020), Cristina López-Pujalte y María Victoria Nuño-Moral reflexionan sobre este fenómeno. Cuentan que fue la propia OMS (Organización Mundial de la Salud) la que comenzó a alertar hace tiempo sobre la “infodemia”, entendiendo ésta como una sobrecarga excesiva de información, cierta o no, que dificulta que la gente encuentre fuentes de confianza e información fidedigna cuando la precisa, generando inquietud y confusión en la población e impidiéndole tomar decisiones correctas. El grado de desinformación fue aumentando conforme el coronavirus también se iba extendiendo por el mundo, a pesar de los esfuerzos para limitar su difusión. Para esto se echó mano de plataformas contra bulos y *fake news* ya preexistentes como la Red Internacional de Verificación de Datos (IFCN por sus siglas en inglés) o Latam Chequea, y nacieron también alertas como la de Google COVID-19 SOS Alerts, la WHO Information Network de la OMS, o la iniciativa mundial Verified. Todo ello para intentar minimizar los altavoces de la desinformación, una realidad amplificada por el fenómeno de la era digital. Ejemplifican las autoras la importancia de esta estrategia en una frase de la directora de Gestión de Riesgos Infecciosos del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, Sylvie Briand: “Lo que está en juego durante un brote es asegurarte de que las personas hagan lo correcto para controlar la enfermedad o para mitigar su impacto”. De ahí las noticias diarias del inicio de la pandemia sobre la importancia de permanecer confinados en casa excepto por circunstancias excepcionales o de trabajo, el uso de las mascarillas y la tipología de éstas e indicaciones para cada una de ellas, las normas de la desescalada, o, ya ahora, las normativas sobre las diversas restricciones, que van cambiando conforme lo hace también la afectación de un territorio.

Y no hay que dejar tampoco de lado un efecto más de esa desinformación, que son los problemas sociales asociados. Por ejemplo, la ola de xenofobia que despertó el coronavirus en su inicio, cuando todas las miradas apuntaban a que se expandía desde Wuhan (China). En aquel momento, en la altura de enero y febrero, no eran extrañas las conversaciones en las que se hablaba con tono más o menos serio de apartarse de personas de origen chino, o las teorías de la conspiración que apuntaban a un interés geopolítico y económico en la expansión de la enfermedad. Se propagaba entonces el virus, pero también el miedo.

López Pujalte y Núñez Moral hacen en su análisis una recogida de supuestos bulos y noticias falsas difundidas en España y varios países de Latinoamérica entre el 23 de enero y el 2 de mayo de 2020 para analizar el volumen de desinformación, la línea de evolución temporal de éstos, el tipo de desinformación según su temática, el origen o canal de información, las fuentes y las redes de circulación de los bulos entre los distintos países y, en el caso concreto de España, la correlación entre la producción de los bulos y la evolución de pandemia y las tendencias de búsqueda en internet sobre la COVID-19.

En cuanto a la producción de bulos, de los 17 países recogidos, el que más tuvo fue España (más de 300), que duplica ampliamente a Colombia, Argentina y México (entre 100 y 150), los tres latinoamericanos con mayor número de desinformaciones. Con todo, si se normalizan los datos habida cuenta el número de habitantes, es Costa Rica el país con más desinformaciones por cada millón de residentes (algo más de diez por cada millón de personas), seguido de España, con siete por cada millón. En cuanto a la evolución de los bulos a lo largo del periodo analizado, el promedio diario detectado está en torno a doce, considerando el total analizado, que en España baja a 4,36 frente al promedio de 9,16 sólo en Latinoamérica. Prácticamente en cada semana las autoras encuentran al menos un pico de bulos, que se incrementan desde finales de febrero a

inicios de marzo, con un pico importante el día 12. Para ponernos en situación, ese fue el día en que el Gobierno de la Xunta de Galicia aplicaba las primeras restricciones, que aparecieron publicadas en el Diario Oficial de Galicia de esa jornada: suspensión de la actividad deportiva de competencia autonómica y del programa Xogade; protección de población sensible con la suspensión de la actividad en centros sociocomunitarios, de día, mayores, menores, discapacidad, escuelas infantiles, centros ocupacionales o albergues juveniles; suspensión de actividades que supongan el acceso de personas externas a centros residenciales y limitación de visitas a una diaria por residente; suspensión de la actividad lectiva en centros de enseñanza universitaria y no universitaria; desaconsejo del viaje en transporte público, sobre todo a personas vulnerables por razón de patologías, edad y caso de mujeres embarazadas; instauración de medidas extremas de higiene, con la colocación de geles hidroalcohólicos y desinfección continuada; o la suspensión de actividades de ocio, culturales y similares.

Aun así, los valores más altos de bulos se dan entre el 17 de marzo y el 8 de abril, con valores que oscilan entre los 35-38 bulos diarios en los picos más altos y los 9-10 en los más bajos. Esto es, tres días después de la declaración del primer estado de alarma y el confinamiento domiciliario y durante las jornadas que siguieron, en las que se endureció la cuarentena, obligando a permanecer en casa a los trabajadores no esenciales entre el 30 de marzo y el 9 de abril. Señalan las investigadoras que este incremento de la desinformación en España a raíz del estado de alarma concuerda con análisis que observan el aumento considerable de la producción de noticias sobre la COVID en medios digitales, así como la publicación y vídeos relacionados en YouTube y el propio consumo informativo de los ciudadanos, encerrados en sus casas y sólo con la tecnología y la prensa como ventana abierta a la realidad. Además, comparando esas fechas con el crecimiento de la pandemia, según los datos del Ministerio de Sanidad, ob-

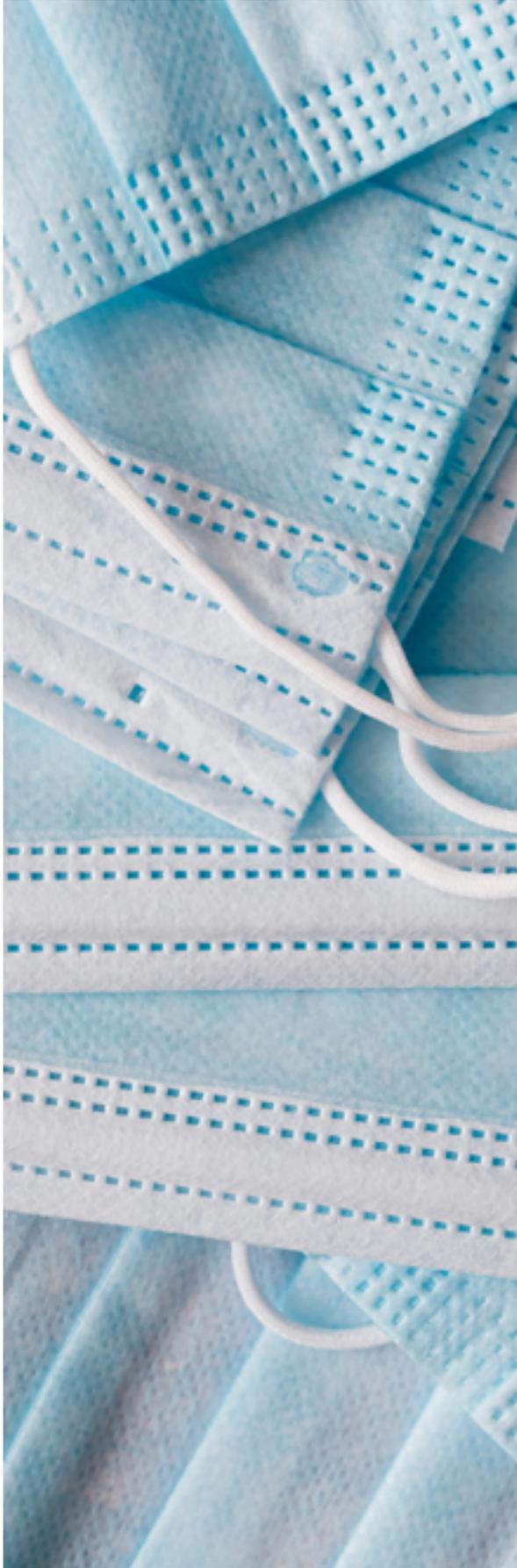


Foto: Carolina Grabowska

servan que las fechas de aumento de desinformación coinciden con el momento en el que se duplican los casos activos de COVID-19.

La divulgación diaria en el medios de contagios y fallecidos, unida a la generación de alarma en las primeras etapas por la necesidad de aplanar la curva de casos activos, contribuyeron a aumentar la percepción de la gravedad de la enfermedad, lo que llevó también a que se multiplicasen las desinformaciones. Éstas tuvieron como temas preferidos las medidas adoptadas por los gobiernos, la situación del territorio y las declaraciones de las propias autoridades. Además, también entraron en este ciclo de *fake news* cosas más científicas y sanitarias como la cura de la enfermedad, la prevención, los contagios, los síntomas, la predicción de evolución o las características del virus. En cuanto a los formatos utilizados, destaca ampliamente el texto (el 46% de los casos), seguramente por la facilidad e inmediatez con la que se pueden re-difundir, seguido a mucha distancia del vídeo, la combinación de texto e imagen y la imagen. Y los canales? Están los medios de comunicación entre los que incumplieron su función? Sí y no. La mayor parte, 55%, fue a través de las redes sociales (Twitter, Facebook en concreto), y el 33% por las redes de mensajería instantánea. Los medios se quedaron con el 8% de los casos, lo cual supone el número más bajo entre los canales, pero una clara disfunción del que debería ser el trabajo de la prensa, ya que no es de recibo que profesionales entrenados puedan hacerse eco y difundir desinformación, sobre todo cuando hay un conjunto de población implicada que necesita creer y poder confiar en lo que se le dice.

Según Carmen Costa Sánchez y Xosé López García (2020), la crisis del coronavirus presentó la mayoría de características identificativas de lo que la población ve como una amenaza “elevada”, siguiendo la fórmula de Sandman: es involuntaria más que voluntaria; se reparte de manera desigual entre la población; no se puede evitar aunque se tomen las precauciones necesarias; procede de fuentes no familiares o

novedosas; causa un daño irreversible y oculto; supone un peligro para los niños y mujeres embarazadas o para futuras generaciones; daña a personas conocidas más que a víctimas anónimas; es desconocido desde un punto de vista científico e incluso es protagonista de afirmaciones contradictorias procedentes de fuentes responsables (o incluso peor, desde la misma fuente); causa la muerte. Por eso, dicen, la percepción de la situación quedó muy marcada en términos de miedo y tristeza para la sociedad.

Y después de repasar toda la teoría, queda la práctica. Obviamente, la profesión periodística no cumplió al 100%, estoy bastante segura de que los propios periodistas lo saben (lo sabemos) y también de que si volviese a ocurrir lo mismo, seguramente actuarían de otra manera. Pero hay que tener también en cuenta que por mucho que sea una profesión que juega con los estándares establecidos de su trabajo diario y que sabe como hacer una cobertura informativa de un hecho noticioso, lo cierto es que la pandemia del coronavirus, al igual que a otras muchas profesiones, pilló a los medios de comunicación y a los periodistas con el pie cambiado. En el inicio fue la incredulidad, la incapacidad para ver venir el problema que se aproximaba cuando los primeros casos de la enfermedad se daban en China (bien es cierto que las autoridades oficiales ayudaron a esto, puesto que hasta el momento en que ya fue evidente que había una pandemia mundial y que ésta estaba en España siempre trasladaron el mensaje de “no es más que una gripe un poco fuerte” o “no van a ser más que unos pocos casos”). Después llegó el momento de reinventarse, porque las redacciones como tales desaparecieron. El deber de confinamiento domiciliario llevó los periodistas también a trabajar desde sus casas y sólo en contadas ocasiones salieron para cubrir de forma presencial acontecimientos. Desaparecieron las ruedas de prensa presenciales, desapareció la gente de la calle y el teléfono y las videollamadas por Zoom sustituyeron al trabajo habitual.

Los periodistas y los medios de comunicación trabajan cada día basándose en una agenda in-

formativa (marcada por actos públicos, efemérides, fechas señaladas, eventos que se repiten cada año) y por acontecimientos que irrumpen en un momento determinado y modifican o modulan esa agenda (un accidente de tráfico grave, el cierre de una gran empresa o fábrica, la dimisión de un político, una operación policial, un cambio urbanístico, por ejemplo). Pero el coronavirus eliminó esta forma de trabajar que lleva sustentando la profesión periodística desde hace más de cien años. Desapareció la agenda y desaparecieron los acontecimientos perturbadores, sólo quedó el coronavirus y un producto informativo que llenar cada día (el periódico, el programa radiofónico, la página web, la parrilla televisiva). Si a eso le añadimos el incremento del consumo informativo, ya que los ciudadanos, encerrados en casa, literalmente, casi no tenían otra cosa que hacer, tenemos una tormenta perfecta para poder ejercer la profesión de la manera más eficiente.

Pero es que aún tenemos otro factor que empeoró las condiciones de trabajo del periodista: ser personas. A pesar de que muchos miren a los periodistas como ese tertuliano que está en la televisión cobrando dios sabe cuantas cifras de salario, la realidad es bastante distinta. El periodista es un trabajador, básicamente milerista, que tiene cada día que dar lo mejor de su trabajo para que cuando se cierre la edición, acabe el programa o el turno de la web, empezar a pensar ya en el día siguiente. Es típica de la profesión la frase que indica que “la mejor noticia de hoy sirve para envolver el pescado de mañana”. Y eso se acentuó durante la pandemia, sobre todo en su inicio, cuando el periodista se veía atado de pies y manos a la hora de poder hacer sus informaciones, con fuentes informativas (sobre todo oficiales) que se le escapaban de las manos, fuentes científicas más centradas en luchar directamente contra la pandemia, y una audiencia que consumía ávidamente la información y que exigía cada día nuevas historias, nuevos recuentos y nuevas explicaciones. Los redactores se acostaban por la noche agotados por el trabajo de toda la

jornada, pero ya pensando y cavilando en qué hacer al día siguiente, que se presentaba como una nueva hoja en blanco. Y eso también resultó agotador física y mentalmente para los periodistas, que tuvieron que tirar de todo su buen hacer en circunstancias muy complejas y para las que, para nada, estaban preparados.

“Gran parte de nuestras informaciones partieron de las mismas fuentes oficiales, lo que empobreció notablemente el discurso. Los titulares, las fotos, las fuentes, todas fueron las mismas. Esta situación, que entiendo que no le gusta a ningún periodista, se mantuvo desde lo inicio de la pandemia, y aún permanece en muchos casos. El virus es la excusa perfecta para no dejar que entremos a los lugares y busquemos nosotros activamente las fuentes o las imágenes, y quizás no nos hemos quejado lo suficiente”, señala la periodista de *La Región* Xiana Cid en una serie de entrevistas realizadas por el Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia (CPXG) (2021). Sobre la valoración del trabajo desempeñado, el director de investigación de *InfoLibre* y premio José Couso de Libertad de Prensa 2021, Manuel Rico (2021), considera que “los medios que no hacían un periodismo honesto antes de la crisis, siguieron desprestigiando la profesión durante la pandemia, y el contexto general de crisis que vive la profesión influyó lógicamente en la cobertura”. La mejor manera de definir este esfuerzo, en el que la mayor parte de los profesionales se tuvieron que reinventar, es el relato de aquellos primeros días hecho por Lara Graña (2021), redactora jefa de *Faro de Vigo*: “La actividad era frenética y por primera vez en la historia de *Faro de Vigo* no teníamos páginas de Economía rotuladas cómo tal. Mis compañeros, Adrián Amoedo y Julio Pérez, y yo pasamos a trabajar exclusivamente para la sección de la crisis sanitaria. Todo fue coronavirus durante meses, de hecho hasta que comenzó el verano no recuperamos la sección de Economía en el periódico en papel”. Y les pasó a los periodistas económicos, a los de deportes, a los de política, a los locales, a los de edición general, todos hicieron

(hicimos) un curso acelerado sobre la marcha para convertirnos en especialistas en información científica y sanitaria.

Según un estudio realizado por la Asociación de la Prensa de A Coruña (APC) (2021) entre sus socios, el teletrabajo afectó a mucha gente, al tener que hacer grandes esfuerzos para conciliar al aunar en un mismo espacio a la familia confinada y el nuevo lugar de trabajo. Aun así, el 58% de los entrevistados no lo consideró un “grave problema”. Una de éstas, *freelance*, considera: “Sobre todo por el cuidado de los hijos. Al no haber colegios, ni academias ni bibliotecas... Tenía que ayudarles a hacer las tareas de la escuela, al ser pequeños no podían hacerlo solos, por lo tanto tenía que invertir mucho tiempo”. La encuesta señala también que la pandemia afectó directamente a la salud mental de los periodistas, sobre todo en lo que se refiere al estado de ánimo general, problemas de sueño y ansiedad. El bajo estado de ánimo, señalan, afectó mucho más a los hombres que a las mujeres, con un 71%, mientras que los problemas de sueño y la ansiedad fueron más comunes en las mujeres, con respectivos 60% y 80% de casos entre los entrevistados. También aparecen otros cuadros señalados, con menor prevalencia, como la depresión (6%), soledad (1%), estrés (1%) o migrañas (1%). Una de las causas más señaladas como origen de estos problemas es la incertidumbre y la inestabilidad laboral, ya que el colectivo de periodistas fue también de los afectados por los ERTE (expedientes de regulación temporal de empleo), de hecho más del 20% de los encuestados estuvo en esta situación durante algún tiempo (el 41% sólo en los tres primeros meses, el 33% entre tres y seis meses, el 6% más de medio año y un 20% aún seguían en suspensión temporal en el momento de la realización de la encuesta). Este hecho hace que el 85% señale que las condiciones laborales y los contratos empeoraron tras la crisis provocada por la pandemia. “Fue de un día para otro, ni me dio tiempo a asimilarlo y los primeros días resultó muy difícil. Mira que yo creo que gestiono bastante

bien el estrés, intento no ponerme nervioso en momentos de tensión, pero acababa el programa con la cabeza como un bombo. No por el programa en sí, ni siquiera por la temática, que tampoco ayudaba, sino por la mecánica. Teníamos que comunicarnos a golpe de WhatsApp, casi por telepatía”. “Teníamos conferencias de prensa todos los días informándonos de datos que eran sobrecogedores, de las personas que estaban muriendo. Intentaba no detenerme mucho en lo que estaba viviendo, no sé si inconscientemente. Tiras para adelante y cuentas las cosas de la manera más natural posible porque, si no, puede llegar un momento en el que los acontecimientos te paralicen”, explica sobre sus sensaciones Kiko Novoa (2021), conductor del Galicia por Diante de la Radio Gallega, para el CPXG.

“Hoy por hoy es un balance muy cansado, creo que estamos todos agotados. En lo personal este fue un año súper interesante por el hecho de poder aprender un montón de cosas y de estar en el camino de aprender otras muchas. Y en lo profesional fue un año en el que reforzar mucho la utilidad que tiene nuestra profesión. Pero también fue un año bastante complejo de gestionar en el campo personal, aunque viví el tema profesional con mucha pasión”, señala Ángel Paniagua (2021), subdelegado de *La Voz de Galicia* en Vigo al CPXG, a la hora de resumir como fue el año de pandemia, y añade: “La llegada de la COVID me obligó a pasar mucho tiempo metido en el Excel o en la hoja de cálculo de Google. Una labor en ocasiones muy de conseguir datos, sobre todo en esa época en la que había menos disponibilidad por parte de la Administración. Tuve que aprender a trabajar en casa y picar mucha piedra porque en el inicio de la pandemia —lo atribuyo a la tensión en la que estábamos todos—era difícil hablar con las fuentes, incluso resultaba violento en algún momento. Había que darle muchas vueltas a los temas para conseguir cosas y hacer treinta mil llamadas...”.

Puede que existieran manuales teóricos acerca de cómo trabajar en casos de crisis sanitarias, pero

no había ninguno que dijese cómo hacerlo en una pandemia mundial que confinó a la población en sus casas durante meses. Por otra parte, está también la vertiente personal que para los periodistas supuso la COVID, puesto que también tuvieron que sufrir la separación de sus seres queridos, la compleja conciliación familiar (con jornadas maratonianas con niños en casa y alternando ruedas de prensa telemáticas del Gobierno autonómico con clases *online* de Primaria y charlas con profesores) y el mismo miedo al virus, sobre todo cuando había que salir a la cobertura de eventos específicos, algo que fue más evidente en el caso de fotógrafos y cámaras de televisión. No fue el trabajo más brillante, pero cierto es que sí fue uno de los trabajos realizados en condiciones más complejas.

Pero, como de todo, el periodismo y los medios de comunicación también pueden sacar enseñanzas de esta lección coronavírica. Las crisis suponen una ruptura en lo habitual, pero también un poso de experiencia que sirve para mejorar de cara al futuro. De esta manera, la Asociación Española de Comunicación Científica quiso elaborar unas breves recomendaciones para facilitar el trabajo de informar sobre el coronavirus (pero que también se podrán aplicar en futuras pandemias si, desafortunadamente, vuelven a ocurrir) (2020). Recuerdan, así, la importancia de publicar información veraz y rigurosa, sin caer en el sensacionalismo y en el amarillismo. “Es fundamental que la opinión pública conozca los hechos relevantes sobre esta crisis sanitaria y que los medios de comunicación aborden un tema tan sensible evitando contagiar a la audiencia el alarmismo y el miedo”, dicen, para subrayar que “los medios tienen una responsabilidad clave para dar a conocer la amenaza sanitaria producida por el coronavirus sin que eso suponga la difusión de mensajes alarmistas, xenófobos o racistas”. Para ello, recuerdan la necesidad de que redactores y medios verifiquen cualquier hecho o detalle que vayan a comunicar a través de sus informaciones y de sus redes sociales, evitando la difusión de bulos, conspiraciones, rumores y

datos falsos, ya que “las crisis sanitarias ofrecen escenarios de incertidumbres, donde la información se propaga muy rápido y los escenarios son cambiantes. En ese contexto es clave que los medios y los redactores informen sobre los hechos conocidos y los escenarios que pueden ocurrir, sin que eso suponga difundir especulaciones o datos sensacionalistas”. La Asociación de Comunicación Científica también recomienda que se consulte con expertos en disciplinas como Medicina Preventiva y Salud Pública, Epidemiología, Virología, Inmunología y Neumología, entre otras, “que pueden ofrecer opiniones y datos rigurosos en las cuestiones relativas a sus especialidades”. Ciertamente es que este es uno de los apartados en los que la prensa estuvo más acertada, puesto que, sobre todo al principio de la pandemia, pero también en los siguientes meses y en la actualidad, los profesionales sanitarios estuvieron muy presentes en la agenda mediática, ya sea desde el punto de vista general o bien, en el nivel local, explicando la situación a los ciudadanos de su área sanitaria de influencia.

A este respecto, la asociación científica también apela a explicar tanto hechos como datos en lenguaje claro y accesible, adaptando expresiones y términos técnicos a palabras comprensibles para el conjunto de la ciudadanía sin que eso suponga perder la rigurosidad. Otra de las funciones importantes que cumplieron los medios de comunicación con mayor acierto fue la de servicio público, explicando pasos y medidas para reducir la transmisión del virus, como piden los comunicadores científicos. Algo que sí queda en el “debe” es lo que se refiere a las nuevas investigaciones publicadas sobre el coronavirus: “Los redactores han de ser responsables sobre la cobertura informativa que llevan a cabo. El hecho de que se dé a conocer un estudio científico no significa que haya sido realizado con el rigor necesario o que sus conclusiones puedan ser extrapolables a la situación actual o al escenario que se produce en nuestro país. Por eso es fundamental dar a conocer la evidencia científica disponible con-

trastando los datos y los resultados de las diferentes investigaciones con personas expertas en la materia y fuentes documentales relevantes”. Y es que uno de los hechos que más contribuyeron también a la expansión de bulos fue la difusión de estudios con poca base o poco extrapolables, que los medios de comunicación aceptaron como verdad verdadera absoluta.

Así y todo, no sólo los medios de comunicación y los periodistas de éstos tienen lecciones que apuntar, también es necesario hablar de lo que debe aprender de todo esto la comunicación institucional, es decir, los gabinetes de comunicación públicos, que tomaron un papel más importante incluso en esta crisis sanitaria. Señalan Costa y López (2020) que en la etapa precrisis, cuando aun no se habían detectado casos de COVID a nivel interno, el mensaje era que no había que tener percepción de riesgo y de que la incidencia de la enfermedad, en el caso de haberla, sería baja y controlada, y lo ejemplifican con la declaración de Fernando Simón recogida por el diario *El Español*: “Nosotros creemos que España no va a tener como mucho más allá de algún caso diagnosticado. Esperemos que no haya transmisión local. Si la hay, será una transmisión muy limitada y muy controlada”. Los mensajes, apuntan los expertos, van en la línea de un exceso de tranquilización de la población, en vez de adelantar un posible escenario negativo e incluso cuando se comienzan a dar los primeros casos en España, el mensaje principal sigue siendo de control y seguridad, de ahí que cuando el incremento de contagios ya es mayúsculo, el cambio resulte radical. De este modo, al tener que alertar a la población, frente a la tranquilización de la fase anterior, lo que se genera en el ciudadano es la sensación de miedo, que se trasladó a cosas como las carreras a los supermercados ante un posible desabastecimiento, algo muy semejante a una compra compulsiva.

El estudio realizado por estos autores detecta, de esta manera, tres fases en lo que a la comunicación del Gobierno central se refiere: una primera de “precrisis” con mensajes de tranquilidad,

control y bajo riesgo; otra de inicio de la pandemia en la que se mantiene la tranquilidad y el control y se añaden la confianza en el sistema de salud y el riesgo moderado; y una tercera de “mantenimiento” en la que los mensajes pasan a ser de guerra, alerta, unión, agradecimiento, empatía, autoeficacia, adelanto de escenarios negativos, incertidumbre y riesgo alto. También en este ámbito, en el que se sucedían las ruedas de prensa, se produjo una polémica con la libertad de prensa sobre la mesa. Y es que en las primeras semanas hubo fuertes críticas por la forma de canalizar las preguntas después de las ruedas de prensa. El manifiesto *La libertad de preguntar* recogió la protesta de trescientos periodistas de diversos medios que consideraban que el filtrado de preguntas por parte del secretario de Estado de Comunicación revelaba censura e interés por el control de la información. Tras eso se puso en marcha un sistema nuevo en el que se permitían preguntas en directo, se divi-

dió a los medios en dos grandes grupos (habituales y no habituales) y éstos disponían de diez turnos organizados de manera aleatoria en un caso y rotatorio en el otro.

---

## “INVESTIGAN LAS CAUSAS DEL SUICIDIO DE JUAN: UN NIÑO DE 12 AÑOS QUE SE AHORCÓ EN SU CASA DE MURCIA”

Pocos acontecimientos posiblemente noticiosos generan tanta disparidad de opiniones en el seno de un medio como las de un suicidio. Cuando llega el aviso de que se produjo un he-



Foto: Farzad Sedaghat

cho de este tipo siempre se hace la misma pregunta: publicamos esto? La mayor parte de las veces la respuesta es que no, por considerarlo un aspecto muy privado de la vida de las personas. Otras, las menos, sí se publica porque el acontecimiento se produjo en público, por ejemplo en el caso de las personas que se quitan la vida en las vías de ferrocarril o que se precipitan desde alturas a la vía pública. También cuando los implicados son personas famosas, porque en ese caso se considera su importancia como base para darle relevancia a la información. Pero la cuestión es, por qué se duda a la hora de publicar noticias sobre suicidios?

Los valores noticiosos o criterios de noticiabilidad son una de las primeras taxonomías que se aprenden al entrar en la facultad. Se trata de los criterios que emplean periodistas y medios de comunicación para seleccionar dentro de la realidad cuáles son susceptibles de convertirse en noticia y cuales no. Pioneros a la hora de hacer esta categorización fueron en los años 60 John Galtung y Mari Ruge, que señalaban ocho elementos que permiten definir cuando un evento se convierte en noticia. En primer lugar se refieren a su frecuencia, esto es, que un acontecimiento tiene más opciones de ser noticia en la medida en que su frecuencia sea similar a la de la publicación del medio, o bien su clímax coincide con las necesidades de publicación del medio de comunicación. En segundo lugar señalan la amplitud del hecho, es decir, que cuanto mayor magnitud tenga, más posibilidades tiene de hacerse noticia (por ejemplo, cuanto más grande sea una obra urbanística o edificio, cuanto más violento sea un homicidio o asesinato). El tercer criterio es el de la claridad, que señala que en la medida en que el evento sea menos ambiguo, más posibilidad tiene de ser reportado como noticia; mientras que el cuarto es el de la significación del evento, en el sentido de que puede ser interpretado a través del marco cultural de la audiencia, es decir, que cuanto más familiar pueda ser para el lector, el oyente o el televidente, más opciones tiene de entrar en la agenda noticiosa del día. En quinto lugar está el criterio que relaciona el acontecimiento con

la imagen mental que las personas tengan de lo que desearían que hubiese sucedido. Es lo que los autores llaman “consonancia”, que tiene que ver con que un miembro de la audiencia predice que algo pasará y eso crea una matriz mental que hace que la recepción del evento sea más sencilla, por eso las expectativas hacen más posible que un evento se convierta en noticia. El sexto factor habla de que también son noticiosos los eventos inesperados o raros, ya que lo que ocurre habitualmente llama menos la atención. Es lo que en las facultades explican con la siguiente frase: “es más noticia que una persona muerda a un perro, que un perro muerda a una persona”. El séptimo factor de la taxonomía de Galtung y Ruge es la continuidad, es decir, que se pueda tener la expectativa de que un hecho que llega en un momento determinado pueda estar entre los titulares diarios durante más jornadas, hasta que finalmente disminuya su amplitud. Por último, estos autores hablan de algo que tiene más que ver con la propia composición del medio de comunicación, ya que sitúan en los criterios el balance entre las noticias locales e internacionales, las más próximas y las más lejanas. Junto a estos ocho elementos principales, sitúan otros cuatro que se relacionan directamente con la cultura propia de la audiencia: que los eventos se produzcan en “naciones-élite” –estados más importantes desde el punto de vista de la audiencia–, que los hechos hablen de personas de la élite –los famosos, los reconocidos–, que se atribuyan a la acción de personas específicas –los famosos, las personas de la élite–, y la negatividad del hecho –cuanto más negativas sean sus consecuencias, más considerado será el evento como noticia–.

Ya un poco más modernos son los criterios que señala Stella Martini, que considera que lo que convierte un hecho en noticioso es la novedad o ruptura de lo cotidiano, la originalidad e imprevisibilidad, el desarrollo futuro de los acontecimientos y su evolución, el grado de importancia y gravedad que tiene para la sociedad, la cercanía geográfica -eso que explican en la facultad como lo del “muerto por kilómetro”, importa más un fallecido en el en-

torno más próximo que 200 en un país lejano-, la magnitud de personas y lugares implicados, la jerarquía de esas personas implicadas en la noticia y la inclusión de desplazamientos.

Vista la teoría, es un suicidio un evento que debe ser noticia en los medios de comunicación? Si nos agarramos a estos criterios de noticiabilidad diríamos que sí: son imprevistos, son de proximidad, muchas veces están protagonizados por famosos, rompen la vida cotidiana y tienen importancia para la sociedad. Entonces, ¿por qué su inclusión en las agendas mediáticas no está tan clara? Pues es por algo llamado “efecto Werther”. El efecto Werther toma su nombre de la novela de Goethe *Las penas del joven Werther*, publicada en el siglo XVIII. Se convirtió en tan popular que durante la primera época en la que fue publicada muchos jóvenes llegaron a suicidarse por imitación del protagonista, que sufría por amor hasta tal punto que se quitaba la vida. Llevado al mundo actual, la aplicación de este efecto a los medios de comunicación llegó de la mano del sociólogo David Philips, que hizo un estudio entre 1947 y 1968 según el cual el número de suicidios se incrementaba en los Estados Unidos al mes siguiente de que el diario *The New York Times* publicara en su portada alguna noticia relacionada con el suicidio.

No obstante, en los últimos años se está extendiendo la opinión de que el problema no está en lo que implica la publicación directa de este tipo de informaciones en los medios de comunicación, sino en la forma en que lo hacen. Es el llamado “efecto Papageno», que señala que el conocimiento de otros casos de suicidios, bien tratados en los medios de comunicación, puede tener un impacto positivo y preventivo en personas que están en situación de riesgo. Toma su nombre de Papageno, personaje de *La flauta mágica* de Mozart, que abandona la idea de suicidarse después de que unos espíritus infantiles le hiciesen cambiar de opinión. Esa fue la razón por la cual la OMS lanzó en 1999 una iniciativa mundial para la prevención del suicidio en la que se incluía un documento con una serie de recomendaciones

acerca de comunicar estos hechos. En un artículo de la agencia Efe (2018), el presidente de la Sociedad Española de Suicidología lo define del siguiente modo: “Una empatía con una persona que está en riesgo suicida, que tiene ideación o que lo realizó previamente. Lo que se consigue es que, en vez de rechazo o reprobación, haya una actitud y un sentimiento de empatía y de compasión con esa persona que sufre, para estar en disposición de ayudarla a que supere esa ideación o que no realice más intentos”. Esto es que este efecto positivo no sólo tiene como base las propias personas de riesgo, sino también las que le pueden ayudar, en una doble vertiente a la que el tratamiento informativo puede (y debe) también contribuir.

Al respecto, el Ministerio de Sanidad también quiso establecer una pequeña guía para los medios de comunicación y los periodistas. Así, propone que se informe de los suicidios, pero con responsabilidad; que se aleje el tratamiento del sensacionalismo; que se cuide el lenguaje; que se dé el menor número de detalles posible; que se proporcionen datos y testigos fiables; que no se simplifique una realidad tan compleja como es la del suicidio; que se desmientan mitos y falsas creencias; que se tenga cuidado con las redes sociales; que se informe con un enfoque positivo; y que se ofrezca información de ayuda.

En este mismo sentido, el Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia (2017) también ofrece una serie de recomendaciones para cubrir estos hechos noticiosos y hace hincapié en que muchas veces, y de manera muy errónea, se trata más como un suceso en el que cobra especial interés informativo el método más que las propias circunstancias o antecedentes personales de la víctima que la llevaron a esa decisión, y tampoco se pone sobre la mesa la labor de prevención del suicidio, o que medios y salidas hay para evitar la muerte y como atender a los afectados. Para eso, el Colexio propone que en las informaciones se hable de la muerte, pero también sobre los factores de riesgo y los medios de prevención; que se informe de manera responsable, exacta y útil; que se trate el suicidio como un tema de salud; que se

enfoque desde un punto de vista multifactorial; que se promueva la ruptura de tabúes, estigmas y silencios en torno al suicidio; que se trabaje con las autoridades de la salud y se empleen fuentes fiables y expertas; y que se informe sobre líneas de ayuda y recursos. Por otra parte, piden a los periodistas que no se informe del suicidio como algo simplista; que se retiren de la sección de sucesos y de los titulares; que no se banalice ni se cubra de manera sensacionalista o morbosa; que no se describa el método empleado, ni se publiquen fotografías ni se haga publicidad de los escenarios habituales del suicidio; y que no se glorifique a las víctimas, sobre todo en el caso de los famosos.

---

## “DENUNCIA DE ACOSO ESCOLAR EN GRIÑÓN: ‘A MI HIJO LO LLAMABAN GORDO, MARICÓN Y ESQUIZOFRÉNICO’”

Muchas veces unidos al suicidio aparecen en los medios de comunicación los acontecimientos informativos del acoso escolar. Y es que fue precisamente el suicidio de un menor de edad lo que abrió este tipo de temas a la agenda mediática. Jokin Zeberio, de 14 años, se quitó la vida en Hondarribia tras padecer las agresiones e insultos por parte de un grupo de compañeros del instituto.

De esta manera, y a diferencia de lo que ocurre con el suicidio, es mayoritaria la corriente que apuesta por utilizar los medios de comunicación como forma de concienciación social, llevando las informaciones más allá del mero suceso y estableciéndolo como un problema social, casi equiparable al de las violencias contra las mujeres. Las buenas prácticas se observan sobre todo en que aun apareciendo eventos aislados, estos suelen ir seguidos de reportajes, entrevistas y crónicas más en

profundidad que incorporan visiones complementarias. De esta manera, autores como Ramón Navarrete Galiano Rodríguez (2009) señalan que la aparición del acoso escolar en la agenda diaria tras la muerte de Jokin creó una alarma social y una conciencia pública en la que los medios de comunicación supusieron un acicate a la hora de denunciar y mostrar las agresiones a las que son sometidos algunos escolares, lo que finalmente sirve para romper la cadena del maltrato.

Con todo, y para evitar posibles influencias y problemas que puedan acabar con esta buena tendencia en el tratamiento, desde el Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia (2008) también se dan una serie de pautas para ayudar a los medios de comunicación a informar sobre este tipo de temáticas. Y precisamente lo hacen a través del análisis concreto de un hecho producido en Galicia, cuando en octubre de 2007 un menor le daba una paliza a otro niño en la parroquia de Escarabote, en Boiro, mientras un tercero lo grababa. La existencia de este vídeo dio pie a una cobertura que no se presenta como la más idónea, sobre todo cuando están implicados menores de edad. “La publicación de las imágenes (además de otro tipo de faltas a la rigurosidad y responsabilidad descubiertas a lo largo del informe) diseñaba, pues, un panorama en el que toda la sociedad, especialmente los menores implicados, sólo podía tener cosas a perder. Y esta situación continuó, además, a lo largo de más de diez días en los que salieron a la luz otras imágenes semejantes e incluso se producía la contradicción de que colaboradores periodísticos criticaban la difusión de las imágenes que una y otra vez se continuaban reproduciendo en sus propios medios”, señalan desde el Colexio. Tras la revisión realizada por el Observatorio Galego dos Medios, se propusieron una serie de medidas para tratar de la manera más eficiente e idónea posible los hechos relacionados con el acoso y la violencia contra menores. En primer lugar, piden que se proteja al menor, tanto en lo que se refiere a la pre-

servación de su imagen como en el derecho a la intimidad, a la dignidad y al anonimato; también se pide evitar el sensacionalismo, la intromisión en los sentimientos y las especulaciones sobre los eventos; se apela a la rigurosidad en la información y el contraste de datos y a no alargar las informaciones de forma innecesaria; recuerdan que los protagonistas de las noticias también tienen derecho a no proporcionar información y no se debe asediar a la víctima; recomiendan no usar voces no autorizadas, como las de vecinos y conocidos, para darle mayor carga de veracidad a los testigos, sino fuentes oficiales y expertas; proponen, no obstante, informaciones de análisis, profundas y contextualizadas, para huir también de los juicios paralelos; y, por último, piden que no se publiquen imágenes sin consentimiento.

---

## “HALLAN MUERTO EN UN RÍO DE LALÍN AL NONAGENARIO DESAPARECIDO DESDE EL MIÉRCOLES”

Cuando una persona desaparece (un acontecimiento social e informativo que en la mayor parte de los casos tiene como protagonistas a personas mayores, y muchas de ellas con trastornos como demencias o Alzheimer), se da un choque: por una parte, es preciso dar la mayor cantidad de datos e imágenes posible para intentar expandir la noticia y que llegue a un número importante de personas que se conviertan en los ojos de familia y amigos; pero por otra hay que intentar mantener dentro de lo posible el derecho a la privacidad no solo del propio desaparecido, sino de sus allegados.

La compatibilización del derecho a la intimidad de familias que están pasando por un gran sufrimiento con el derecho a la información es una construcción muy compleja en este caso,

en el que el papel de los medios (que ahora está también complementado por las redes sociales) ya no solo es el de dar la noticia, sino el de convertirse en medio de servicio a la sociedad, en este caso, realizando el servicio de ayudar a encontrar a esa persona desaparecida.

Es por eso que resulta muy importante, desde las redacciones, recibir información muy actualizada y concreta por parte de las autoridades (búsquedas organizadas, espacios en los que se vio a la persona por última vez, posibles hipótesis...), mientras que los periodistas deberán responder utilizando esta información de la manera más eficiente posible y alejándose del sensacionalismo.

Sobre todo es muy importante que se respeten los espacios escogidos por la familia para informar y difundir las imágenes oficiales que presenten tanto esta como las autoridades, huyendo de informaciones sin contrastar, precipitadas y sin atribución de responsabilidad (como rumores o testimonios no profesionales, expertos o próximos). Hay que huir de los datos superfluos y morbosos y, por supuesto, respetar el dolor de la familia y no tomar imágenes sin consentimiento ni presionarlos para obtener fotografías o declaraciones. Las personas desaparecidas están en situación de vulnerabilidad, sobre todo si se trata de personas como mayores con demencias o Alzheimer, o cualquier tipo de deterioro cognitivo y/o físico, por lo que hay que tener un cuidado extremo a la hora de tratar estos temas.

Y mucho más importante: antes de dar una noticia o de especular, hay que saber también si la familia está informada. ¿Por qué? Porque podría darse el caso de que el periodista se entere antes de que lo hagan los familiares de que aparecieron restos, un cuerpo o pertenencias de esa persona desaparecida y no puede ser que esos allegados sepan a través de los medios de comunicación lo ocurrido, deben ser las autoridades y, si es necesario, el equipo de atención psicológica, quien se ocupe de ese detalle.



---

## “MEGHAN MARKLE REVELA QUE SUFRIÓ UN ABORTO ESPONTÁNEO EN JULIO”

Otro de los grandes tabúes de la sociedad, también de los medios de comunicación, es el del aborto. Pero es cierto que hay que diferenciar. Por una parte encontramos la vertiente ideológica del aborto, que sí tiene mucha más cabida en la agenda informativa, sobre todo cuando se producen debates legislativos entre los autodenominados “provida” y los que defienden la opción de poner término al embarazo. En este caso, el mayor problema está en que la información solo se centra en la contraposición de ideas políticas, dejando a un lado otros problemas como son que la interrupción se haga en condiciones médicas y psicológicas adecuadas dentro del sistema sanitario. Pero, por lo menos (algo es algo), de esto se habla, se debate y hay espacio mediático.

Más problemático es lo que atañe a los abortos no voluntarios, los que se producen de manera espontánea (sobre todo en las primeras semanas de embarazo) o bien que hay que realizar de manera farmacológica o quirúrgica cuando hay un grave riesgo para la madre o el estado del feto no es compatible con la vida. E incluso cuando se produce la muerte del bebé en las fechas más próximas al posible parto. Es un tema tabú. De esos que cuando a una mujer le ocurre le dicen que sucede en más de dos tercios de los casos, y que la implicada descubre que ya pasó en su familia, entre amigas o compañeras de trabajo. Pero no habían hablado de ello. Está ahí, sucede diariamente, es un grave problema médico y psicológico y también deriva en ese tan manido “reto demográfico” con el que los políticos llenan sus discursos.

Obviamente, la legalización del aborto es un tema muy importante para la sociedad, un tema que hay que tratar, pero también lo es el aborto no voluntario, en el que los medios de comunicación apenas cumplen con su trabajo de ser ser-

vicio para la ciudadanía. Más allá de situaciones como la descrita por el titular anterior sobre una persona famosa que hace pública su situación, o de eventos como la publicación de un libro en el que una protagonista habla de cómo vivió esta situación, no hay cabida para esta temática en la agenda informativa. No aparecen voces expertas ni testimonios que hagan que las mujeres que sufren este drama eviten los pensamientos de ser únicas (en el mal sentido del término). Al igual que otras enfermedades muy habituales en la agenda de comunicación como son los infartos, el cáncer, la diabetes, deberían estar situados los abortos como problema médico recurrente para la población, así como –igual que ocurre con estas dolencias– los testimonios y profesionales que demuestren que se trata de un problema que, en la mayor parte de los casos, por suerte, tiene solución. O lo que es lo mismo, los medios de comunicación deberían dar menos voz a los políticos y más a fuentes expertas. Pero sobre todo, deben dar voz.

---

## “DETENIDO UN HOMBRE POR MATAR A SU MUJER ENFERMA QUE LLEVABA MESES PIDIENDO LA EUTANASIA”

La eutanasia es otra de las situaciones en las que los medios de comunicación abusan de la parte más política del tema y dejan atrás lo que debería ser información de servicio. Y sí no es así, es porque directamente la noticia va a parar a la sección de sucesos porque ocurre un crimen que se vincula a la eutanasia o a la muerte asistida, ya que la persona fallecida tiene una enfermedad terminal o muy compleja y un allegado (habitualmente la pareja) realiza un homicidio por “piedad”. Basado en esto también aparecen crímenes que no van tanto en la línea de la eutanasia, sino en la in-

capacidad del cuidador de hacerse cargo de la situación y, por tanto, utilizar el asesinato como última vía.

En este contexto es preciso también que los medios de comunicación empiecen a escapar del discurso político para centrarse más en los testimonios expertos, en los profesionales y en los implicados, además de apostar por la sensibilización y por dejar de estereotipar los cuidados tanto del envejecimiento como de la enfermedad. Porque, sobre todo en el caso del envejecimiento, es un proceso común a todos y que pondrá a la ciudadanía frente al espejo más pronto o más tarde.

Sacar este tipo de informaciones de la sección de sucesos y llevarla a la de sociedad o salud – de la misma forma que se trabajó en el caso de las violencias contra las mujeres– será el gran cambio que signifique el paso de un periodismo centrado en el sensacionalismo a otro que tenga el servicio público, la caracterización social y la ayuda como principal base.

También es muy importante reflejar en este aspecto, sobre todo en lo que atañe a las enfermedades crónicas, la importancia que toman las asociaciones y fundaciones específicas de cada dolencia, cuyo trabajo debería tener una mayor relevancia en los medios de comunicación. Es cierto que hasta hace poco tiempo éstas tenían menos espacio debido a que ellas mismas no contaban de “cara a fuera” su trabajo, pero en los últimos tiempos los gabinetes de comunicación están multiplicándose en las instituciones, por lo que resulta más fácil que éstas lleguen a la agenda diaria y también resulta mucho más fácil para los medios de comunicación poder acudir a ellas cuando sea necesario como fuentes expertas que son.

Y hablando de violencia machista, aunque en los últimos años el tratamiento informativo de este tipo de temas mejoró de forma exponencial, aún hay que tener muy presentes los decálogos y recomendaciones que asociaciones y expertos proponen para no caer en la banalización. Una de las herramientas más impor-

tantes que hay en Galicia sobre el tratamiento de las violencias contra las mujeres es la *Declaración de Compostela*, firmada por 77 personas en nombre propio o en representación de organismos, asociaciones y colectivos sociales, por una parte, y de los medios de comunicación por otra, que participaron en la Jornada sobre Medios de Comunicación y violencia contra las mujeres impulsada por el Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia (2010).

Entre las cosas que recoge está que medios y periodistas deben enfocar las agresiones no como un mero hecho que llevar a las páginas de sucesos, sino como “una violación de los derechos humanos y como un atentado contra la libertad y la dignidad de las personas”. También apela a no ser neutros, adoptando un compromiso activo en la denuncia de la violencia de género e incentivando la toma de conciencia social sobre la problemática que comporta. Ojo, que esto es una de las cosas más complicadas para los periodistas, sobre todo para los que están más comprometidos con el tema, porque hay que poner en la balanza esta no neutralidad con el derecho a la presunción de inocencia y a la intimidad del presunto autor. Esa palabra “presunto”, siempre presente en las noticias, es muchas veces censurada por asociaciones o incluso personalidades políticas, que abogan por eliminarla puesto que consideran que esta quita responsabilidad al autor/autores de los hechos. Pero es que, por mucho que parezca el caso claro, el periodista está obligado –incluso penalmente– a no “condenar” antes de que lo haga una sentencia judicial. Lo que sí abunda aún, por desgracia, es el lenguaje que estereotipa este tipo de violencias: casi desaparecido lo del “crimen pasional», aún quedan cosas como un tratamiento justificador, que suele exponer situaciones como alcoholismo, mala situación social o celos al lado del crimen. También el uso en los titulares de “muere”, “fallece” o “pierde la vida”. Hay que cambiarlos por “es asesinada”, “la pareja mata”. Obviamente, una de las normas no escrita del periodismo, sobre todo en lo que se refiere a los medios de

comunicación escritos, es la de no repetir expresiones y palabras, de forma que se pueda enriquecer el lenguaje general. Es por eso que muchas veces hay que buscar expresiones sinónimas para no repetir otras que ya se pusieron. Ahí es donde caben el “muere” o “fallece”, no en el titular, donde debe priorizarse la calificación de “asesinato”.

---

## “AL MENOS 60 PERSONAS MUEREN AL DESCARRILAR UN TREN EN SANTIAGO”

A eso de las nueve de la noche del 24 de julio de 2013, en la víspera del Día de Galicia y con casi la redacción a punto de empezar a cerrar la edición del día siguiente y salir por la puerta sonó el teléfono del director de *El Ideal Gallego*, Manuel Ferreiro. Era un familiar que le decía que había un accidente de tren en la entrada de Santiago y que pensaba que había cuatro personas fallecidas. Se puso en marcha la maquinaria para confirmar la noticia: fuentes oficiales, otros medios de comunicación, redes sociales. Y empezaron las conexiones especiales de la televisión y de las radios. Había un accidente de tren en la entrada de Santiago, a la altura de Angrois, pero no había cuatro fallecidos, ojalá hubieran sido “solo” cuatro.

En aquel momento me tocó hacer la portada del periódico del día siguiente, obviamente con la noticia del accidente del Alvia como noticia principal y casi única. Y me tocó buscar la foto con la que ilustrar la información. Y ahí llegó uno de los momentos que, personalmente, me resultaron más duros en mi vida profesional. Al abrir las imágenes que iban mandando los fotógrafos se acumulaban delante de mis ojos personas fallecidas, personas muy heridas y personas que a día de hoy no sé si fueron de los supervivientes o no. Y pensé, ¿y si hubiese sido algún familiar mío, un amigo, un com-

pañero? Porque empatizar con un suceso así es muy fácil: muchos gallegos hemos cogido alguna vez ese tren y pasamos por la curva de la Grandeira, y muchos otros tienen algún allegado que lo ha hecho. Me propuse buscar la imagen que mejor demostrara la dureza y gravedad del accidente –porque profesionalmente eso es lo que tenemos que contar– pero que mantuviera la intimidad de las víctimas y que provocara el menor sufrimiento posible a sus familias –si es que eso fuera posible–. Tuve que mirar cientos de fotos, abrirlas, ampliarlas, y en muy pocas no aparecían víctimas o cosas concretas que lo único que aportaban, desde mi punto de vista, era morbosidad y dolor, una segunda victimización de los afectados y sus familias que no me parecía de recibo. Elegí una, la que finalmente fue en la portada, y no sé si era la mejor opción, pero, al menos, sí fue la que me dejó con la conciencia tranquila de pensar que, al menos, intenté no reeditar errores anteriores.

Porque, curiosamente, durante mi etapa anterior en el Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia participé en la elaboración de un informe sobre el tratamiento informativo del accidente de aviación que ocurrió en Barajas en agosto de 2008. Entonces había tenido que revisar el trabajo de los medios de comunicación, muchos con una cobertura bastante idónea y otros en los que el morbo presidió su labor. “El tratamiento de una tragedia como la de Barajas no es fácil para los periodistas. Las estrategias empresariales de los medios, el culto a la inmediatez impuesto por el periodismo post-televisivo y post-internet, y otras tendencias de la comunicación actual, obligan a los periodistas a llenar espacios enormes a un ritmo que no siempre permite la reflexión sobre lo adecuado del tratamiento. La especial sensibilidad que rodea este tipo de acontecimientos, además, no es el mejor caldo de cultivo para una cobertura neutra”, empezaban las conclusiones de este trabajo. Porque lo que se detectó, en el caso de los medios escritos gallegos, es que el tratamiento ahondó en dos

errores principales: por un lado, la introducción desde un inicio de hipótesis sobre el accidente, elaborando lecturas muy apresuradas y especulaciones, sobre todo en los primeros días, y sin acudir a fuentes expertas o con conocimiento concreto de la situación; y por otro, la morbosidad, sobre todo en la laudable intención de dimensionar territorialmente el acontecimiento y traerlo a Galicia, se atravesaron los límites de la reserva sobre las víctimas, en el caso de las dos que eran naturales de la comunidad. Peor fue la nota que sacaron los canales de televisión, en la que los dos errores atribuidos a los medios de comunicación se multiplicaron y el tratamiento sensacionalista y el uso de efectos emotivistas —por ejemplo la imagen en contrapicado de las escaleras de una iglesia en la que acababan de casarse dos de las víctimas— junto con los testimonios y la persecución a familias de los afectados fue la norma. De hecho, la obsesión por las imágenes del accidente, que el juez encargado del caso prohibió emitir, llevó a las televisiones a traspasar límites y volcarse en la captación de imágenes de familiares de las víctimas, que trataron inútilmente de pasar desapercibidos ocultando su cara ante las cámaras y pidiendo un respeto que no obtuvieron. Por no hablar de la emisión de imágenes fijas de los cadáveres depositados en el pabellón de Ifema. Pero lo peor de todo no estuvo en los medios informativos audiovisuales, sino en que los magazines de las diferentes cadenas también usaron sus espacios para tratar el tema. “Cuando es-

tos formatos, que tienen como objetivo el de entretener y divertir, se acercan a acontecimientos como los vividos con el siniestro de Barajas, salen a relucir sus tics más próximos a la prensa rosa que a la información de calidad”. Fueron precisamente los reporteros de estos programas los que más persecuciones de familiares protagonizaron, “a la caza” del testimonio más doloroso, de lágrimas más de que de hechos y de absoluto dolor más allá del propio acontecimiento, lo cual no hizo más que incrementar la dureza de un proceso que estas personas ya estaban intentando asumir de la mano de la ayuda de especialistas y psicólogos reclutados por las autoridades.

Fue por eso por lo que se elaboró también un decálogo de recomendaciones para los periodistas que se enfrentan a este tipo de sucesos, que pueden ser accidentales como en el caso de Angrois o Barajas o bien terroristas, como ocurrió en el 11-M y en los atentados de Barcelona. Así, estas sugerencias parten del respeto absoluto del derecho a la intimidad y a la propia imagen en el caso de los protagonistas y víctimas de los sucesos, el respeto absoluto al dolor y el sufrimiento de los afectados y sus allegados, la evitación de las conjeturas e hipótesis, la información responsable que huya de la creación de situaciones de psicosis, la distinción entre reconstrucciones y recreaciones y los hechos e hipótesis, el contraste informativo de los testigos afectados, igual que en el resto, el cuidado del lenguaje y la huida de recursos espectacularizadores, la edición



Foto: Snapwire

de imágenes, sonidos y declaraciones, la no distinción entre víctimas por razones de nacionalidad, estatus, edad o sexo, y, en el caso de tragedias provocadas por la acción humana –consciente o no– expresar con exactitud quiénes son los implicados y no generalizar con términos genéricos –“islamistas”, “controladores aéreos”, “maquinistas”– que pueden expandir las sospechas y acusaciones entre la sociedad.

—

“PARA EJERCER EL PERIODISMO, ANTE TODO, HAY QUE SER BUENOS SERES HUMANOS. LAS MALAS PERSONAS NO PUEDEN SER BUENOS PERIODISTAS. SI SE ES UNA BUENA PERSONA SE PUEDE INTENTAR COMPRENDER A LOS DEMÁS, SUS INTENCIONES, SU FE, SUS INTERESES, SUS DIFICULTADES, SUS TRAGEDIAS”

Esto no es un titular, es una de las frases más recordadas del periodista Ryszard Kapuściński, autor de grandes crónicas, informaciones y ensayos que retrataron la sociedad y los principales sucesos de su época. Es una frase con la que no puedo estar más de acuerdo, sobre todo cuando se trata de enfrentarse a crisis –sanitarias, pero también económicas, sociales, institucionales, catastróficas–, momentos en los que por muchos libros que se lean, muchos decálogos que se consulten y muchas recomendaciones que se hagan, al final el periodista es una persona más, una víctima muchas

veces en estas mismas crisis, y su empatía, su sentido común y su capacidad para situarse en el centro de la sociedad en la que trabaja es lo que permite también que su trabajo sea el que debe ser: un servicio a la ciudadanía.

## Bibliografía

Arrizabalaga, Á. (3 de diciembre de 2018). Efe. Obtenido de *Efe Salud*: <https://www.efesalud.com/suicidio-cambiar-opinion-efecto-papageno/>

Asociación de la Prensa de A Coruña. (marzo de 2021). *Enquisa sobre a afectación da COVID-19 nos xornalistas coruñeses*. A Coruña.

Asociación Española de Comunicación Científica. (2020). *AECC*. Obtenido de Asociación Española de Comunicación Científica: <https://www.aecomunicacioncientifica.org/consejos-para-informar-sobre-el-coronavirus/>

Bezunartea Valencia, O., Del Hoyo Hurtado, M., Martínez Aguinagalde, F. (1998). *21 lecciones de reporterismo*. Bilbao: Universidad del País Vasco.

Catalán-Matamoros, D. (2015). Periodismo en salud: análisis de los públicos, formatos y efectos. *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 16(42), 217-224.

Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. (3 de marzo de 2008). *Xornalistas*. Obtenido de *xornalistas.gal*: <http://xornalistas.gal/biblioteca/recomendacions-sobre-o-tratamento-nos-medios-dos-casos-de-violencia-que-afecten-a-menores/>

Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. (2008). *Xornalistas*. Obtenido de xornalistas.gal: [http://xornalistas.gal/web/uploads/materiais\\_biblioteca\\_adxuntos/adxunto/f87/54d0a97f98-informe\\_sobre\\_o\\_accidente\\_de\\_barajas\\_outubro\\_08.pdf](http://xornalistas.gal/web/uploads/materiais_biblioteca_adxuntos/adxunto/f87/54d0a97f98-informe_sobre_o_accidente_de_barajas_outubro_08.pdf)

Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. (3 de octubre de 2017). *Xornalistas*. Obtenido de xornalistas.gal: <http://xornalistas.gal/biblioteca/guia-practica-para-o-tratamento-informativo-dos-suicidios/>

Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. (21 de mayo de 2021). *Xornalistas*. Obtenido de xornalistas.gal: <http://xornalistas.gal/novas-eventos/novas/xiana-cid-o-virus-foi-a-escusa-perfecta-para-evitar-a-busqueda-activa-de-fontes-ou-imaxes-1/>

Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. (14 de mayo de 2021). *Xornalistas*. Obtenido de xornalistas.gal: <http://xornalistas.gal/novas-eventos/novas/manuel-rico-os-xornalistas-tenen-que-ser-activistas-radicaais-en-defensa-do-dereito-a-informacion-dos-cidadans-1/>

Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. (23 de abril de 2021). *Xornalistas*. Obtenido de xornalistas.gal: <http://xornalistas.gal/novas-eventos/novas/lara-grana-a-verdadeira-carga-laboral-para-as-seccions-de-economia-comezara-cando-xa-non-estean-activas-medidas-como-os-erte-ou-o-fondo-de-solvencia-1/>

Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. (26 de marzo de 2021). *Xornalistas*. Obtenido de xornalistas.gal: <http://xornalistas.gal/novas-eventos/novas/kiko-novoa-pensei-que-a-radio-debia-servirmais-para-escoitar-que-para-falar-1/>

Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia. (16 de abril de 2021). *Xornalistas*. Obtenido de xornalistas.gal: <http://xornalistas.gal/novas-eventos/novas/angel-paniagua-pa-administracion-traballa-como-se-a-informacion-fose-sua-e-estamos-no-seculo-xxi-pertence-a-cidadaniap-1/>

Costa Sánchez, C., López García, X. (2020). Comunicación y crisis del coronavirus en España. Primeras lecciones. *Primeras lecciones. Profesional de la Información*, 29(3).

López Pujalte, C., Nuño Moral, M. (2020). La “infodemia” en la crisis del coronavirus: Análisis de desinformaciones en España y Latinoamérica. *Revista Española de Documentación Científica*, 43(3).

Mejía Chiang, C. (2012). Géneros y estilos de redacción en la prensa. Desarrollo y variantes taxonómicas. *Correspondencias & Análisis*, 201-217.

Navarrete-Galiano Rodríguez, R. (2009). *Los medios de comunicación y la concienciación social en España frente al acoso escolar* (Ediciones Complutense, Ed.) Estudios sobre el Mensaje Periodístico, 15. Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/ESMP/article/view/ESMP0909110335A>

Xunta de Galicia. (19 de abril de 2010). Secretaría Xeral de Igualdade. Obtenido de Igualdade a través de xunta.gal: <http://igualdade.xunta.gal/sites/default/files/files/documentos/declaraciondecompostela%5B1%5D.pdf>

Xunta de Galicia. (12 de marzo de 2020). Resolución de la Secretaría Xeral Técnica de la Consellería de Sanidade por la que se le da publicidad al Acordo do Consello da Xunta por el que se adoptan las medidas preventivas en materia de salud pública como consecuencia de la COVID-19. *Diario Oficial de Galicia*. Santiago de Compostela, Galicia. Obtenido de [https://www.xunta.gal/dog/Publicados/excepcional/2020/20200312/2255/AnuncioC3K1-120320-1\\_gl.html](https://www.xunta.gal/dog/Publicados/excepcional/2020/20200312/2255/AnuncioC3K1-120320-1_gl.html)

# ACOMPañAR

HERRAMIENTAS

OTRAS FORMAS  
DE ACOMPAÑAR  
EN LAS CRISIS

**Aislinn García Hermo**

*Vicepresidenta asociación La Porvenir,  
psicóloga clínica en ACLAD*

[aislinn.garcia.hermo@sergas.es](mailto:aislinn.garcia.hermo@sergas.es)

SUMARIO

GALLEGO

*“Hay una grieta, una grieta en todo;  
así es cómo entra la luz”*

Leonard Cohen

*“There is a crack, a crack in everything;  
That's how the light gets in”*

Leonard Cohen

## RESUMEN

El presente artículo habla doblemente de las crisis, en primer lugar de la crisis que está experimentando la salud mental y la necesidad de un cambio de paradigma, influenciado por el movimiento loco así como por la necesidad de un marco de derechos humanos bien afianzado. En segundo lugar, habla acerca de las crisis que vivenciamos las personas y nuestros entornos y propone maneras alternativas de acompañarlas.

**PALABRAS CLAVE** — . movimiento loco, diálogo abierto, enfoques con conciencia de trauma, crisis, familias.

## ABSTRACT

This article speaks doubly about crises, firstly about the crisis that mental health is experiencing and the need for a paradigm shift, influenced by the mad movement as well as by the need for a well-established human rights framework. Secondly, it talks about the crises experienced by individuals and our environments and proposes alternative ways of accompanying them.

**KEY WORDS** — mad pride, open dialogue, trauma informed approaches, crisis, families.

## PRÓLOGO

Cuando tenía 19 años una de mis mejores amigas comenzó a padecer un enorme sufrimiento psíquico, en un momento en el que había pasado por varios estresores vitales y estaba gestionando como podía un duelo. No quería salir a la calle, sentía que la seguían y por las noches no dormía; se mostraba pendiente de los ruidos que hacían los vecinos y pensaba que cuando hablaban se referían a ella. Esa época la viví con enorme temor e incertidumbre, además de que ya estaba estudiando Psicología, y eso, por muy ridículo que fuese, parecía ser una razón para que en nuestro círculo muchas veces delegasen en mí. Yo no sabía qué hacer y no sabía cómo acompañarla. Lo que sí sabía es que no quería ponerle un nombre a lo que le sucedía salvo “angustia” o “sufrimiento”, porque de hacerlo sentía que las cosas se complicarían más y no pensaba que un diagnóstico fuese a ayudarla.

En la carrera, cuando se hablaba de crisis o de vivencias como las que ella estaba experimentando, la solución propuesta era farmacológica y en ningún caso se proponía otra forma de acompañar estos malestares que no pasase por el ámbito hospitalario. También sabía, por sus palabras y las conversaciones que habíamos tenido, que ella no deseaba eso.

Así que traté de estar a su lado, con mis escasos conocimientos ya no de Psicología, sino sobre la vida en general, y con mis propios padecimientos y luchas internas que tenían que ver con la transición a la etapa adulta. La acompañé como pude, soy consciente que muchas veces no de la mejor manera. A veces me desesperaba y acababa riñéndole por algunos de sus comportamientos, a veces me enfadaba cuando no tomaba la medicación (que finalmente un psiquiatra privado le había recetado), a veces hablar y acercarme a ella me suponía hacer acopio de todas mis fuerzas, a veces deseaba renunciar. Pero al final, mejor o peor, ahí estuve.

No creo que fuese mejor persona por haber hecho esto, simplemente me vi en esa situación y sentí que el sufrimiento era mutuo y que yo querría que ella hiciese lo mismo por mí. Pensaba que hacía dos días estaba bien y que cualquiera podríamos empezar a sentirnos tan perdidas o tan vulnerables y asustadas. Y que yo también estaba pasando por eso con ella.

Al final mi amiga salió de esa crisis, fueron casi dos años de subidas y bajadas, de momentos peores y mejores en los que nuestra amistad, por esta vivencia mutua, se vio completamente truncada. A día de hoy nuestro contacto se basa en saludarnos cordialmente si nos vemos por la calle.

En nuestra última conversación, muchos años después, ella me expresó que se sentía triste y abandonada por las que habíamos sido sus amigas y yo le dije que yo sentía lo mismo.

Solo con el paso de los años pude ver por qué esa amistad se truncó y no creo que fuera porque ella vivió una crisis o porque yo la abandonase, sino porque la pasamos solas. Cuando lo pienso, siento que la gente de alrededor trataba de alejarse lo más posible de lo que estaba sucediendo, de dejarlo “en manos de profesionales” o simplemente de mirar para otro lado para evitar el dolor que suponía, no lo sé. Pero siento que si no hubiésemos estado tan solas, la una con la otra y ella con su terrible sufrimiento, todavía podríamos compartir a día de hoy nuestra amistad. Esto me entristece profundamente y cuando lo recuerdo me hace reafirmarme en la necesidad de pensar en otras formas de transitar las crisis. Por la persona, por sus relaciones y por todas las cosas que se rompen cuando una no tiene ayuda.

---

## INTRODUCCIÓN

Etimológicamente la palabra crisis proviene del vocablo griego *krisis* y éste del verbo *krinein*,

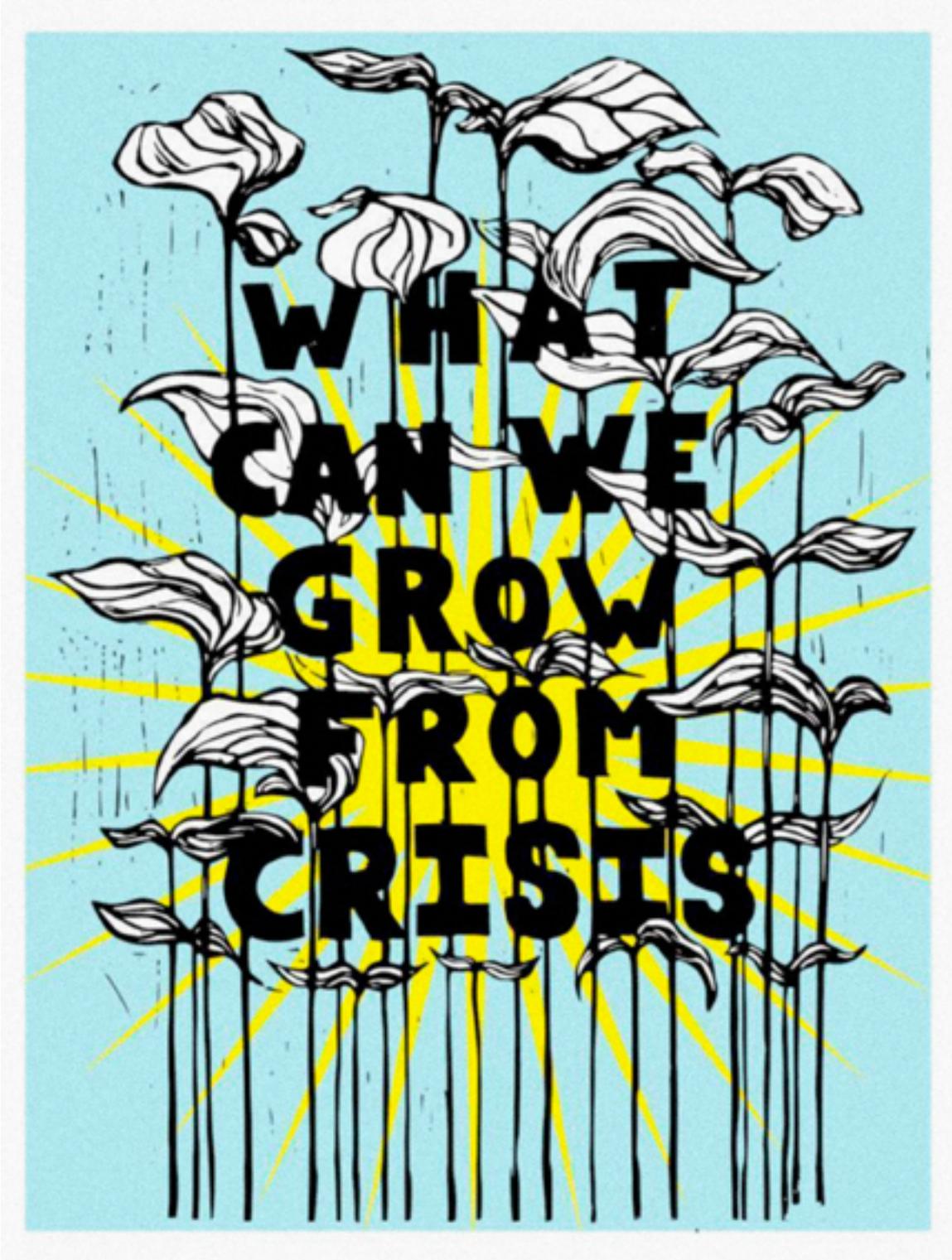


Ilustración realizada por Pete Railand, extraída de <https://mutualaididasterrelief.org/>

que significa “separar” o “decidir” y que en muchas ocasiones puede traducirse por “romper”. Cuando entendemos la crisis como una rotura nos referimos a que la crisis es un momento crucial, un momento de inflexión donde las cosas que ocurran pueden ser decisivas, pero también, por la misma razón, se trata de un momento de infinitas posibilidades. Es cierto que cuando las personas estamos en crisis, se produce una escisión, una rotura en la vida que teníamos hasta ese momento. También que las propias personas “nos rompemos”, de alguna manera, al no conseguir sostener o gestionar las cosas que nos están sucediendo y el sufrimiento que nos generan, y algo similar ocurre en la gente que tenemos alrededor.

Dicen desde los estudios locos (de los que hablaré más adelante) que a veces la locura sujeta las violencias, y que cuando la persona entra en crisis se produce un revulsivo que destapa y pone voz a las injusticias; por eso es tan difícil que sea escuchada.

Sea como sea, las crisis nos ponen a prueba y requieren de gran cantidad de recursos para ser afrontadas. Las crisis pueden marcar un antes y un después, para bien o para mal.

Por otro lado, las crisis no se limitan a las personas o relaciones sino que pueden producirse en cualquier ámbito de la realidad, como por ejemplo el económico o el político. Lo que nos dice la Historia con respecto a esto es que tuvieron que producirse diferentes crisis para que los cambios fuesen posibles.

Por ello, me gustaría reflexionar acerca de por qué la Psicología y la Psiquiatría son ciencias que están en crisis y la necesidad imperante de un cambio de paradigma.

Finalmente, trataré de exponer alguna de las alternativas que existen para acompañar en las crisis. Si bien soy consciente de que este es un campo muy amplio, mi objetivo es realizar un acercamiento general y sencillo, orientado a todas aquellas personas que tengan curiosidad por el tema.

---

## LA PSICOLOGÍA Y LA PSIQUIATRÍA TAMBIÉN ESTÁN EN CRISIS

Con notable frecuencia, siempre que leo sobre la evolución de las ciencias, un nombre sale a la palestra, el de Thomas S. Kuhn.

Kuhn fue un físico, historiador y filósofo que planteó una teoría acerca de la evolución de las ciencias. Siguiendo este desarrollo teórico (García-Valdecasas, 2016) la ciencia pasaría por momentos de *ciencia inmadura*, en que existen diversas tendencias o escuelas. Cuando una de estas escuelas se impone al resto (esto puede suceder no solo por motivos científicos o tecnológicos sino también por motivos socio-culturales), se establece un paradigma o matriz teórica que proporciona un marco conceptual de los fenómenos estudiados en esa disciplina, asimismo, este paradigma establece las normas necesarias para legitimar el trabajo dentro de la ciencia que gobierna. Así, se entraría en un periodo de *ciencia normal*, realizándose investigación acorde a la matriz teórica predominante. Al hacerlo se experimentarían dificultades y aparecerían problemas que el paradigma no podrá resolver. En este punto el progreso en la ciencia se detiene y se genera una situación de crisis (*ciencia revolucionaria*) en la que otro paradigma va ganando paulatinamente más adeptos en el seno de una comunidad científica, sustituyendo finalmente al paradigma original y entrando en una nueva etapa de ciencia normal.

Cuando dos paradigmas están enfrentados, la elección entre paradigmas se basa en criterios no del todo lógicos, como pueden ser la persuasión, la popularidad, la capacidad para resolver cuestiones inmediatas o el prestigio que otorgan a sus profesionales.

Es una cuestión discutible que tanto la Psicología como la Psiquiatría hayan estado alguna vez

en una etapa de ciencia normal, ya que siempre han convivido diferentes paradigmas en un “tira y afloja” constante, aunque se podría decir también, que conforme ha crecido el mercado de los psicofármacos también lo ha hecho el paradigma biologicista (o biocomercial), acercándose así cada vez más a ser el paradigma predominante, y llegando a serlo en determinados contextos o situaciones. De hecho, a la hora de abordar las crisis, las situaciones “graves o agudas” y el “trastorno mental grave”, el paradigma biologicista ha sido claramente el ganador. Puesto que apenas se contempla el atravesar una crisis de forma que no sea siguiendo las soluciones adoptadas por este paradigma, orientado hacia la enfermedad: empleo de un diagnóstico, contención farmacológica, contención física... y una serie de limitaciones (dependiendo de la normativa de cada dispositivo) ideadas no siempre como ayudas sino como normas necesarias para el correcto funcionamiento del espacio o como facilitadoras del trabajo de lxs profesionales. Y aun siendo pensadas como ayudas, éstas continúan haciéndose desde un marco teórico que impone la idea del profesional sobre aquello que es beneficioso antes que la sabiduría que tiene la propia persona sobre aquello que le hace estar mejor.

Ha sido y es tan predominante el paradigma biologicista a la hora de entender y “atender” las crisis que la sociedad se ha articulado según este marco teórico, tanto en composición y estructura de los dispositivos disponibles para hacerlo, como dentro de la narrativa social, asumiendo el *grossso* de la población que la única forma de atravesar estos momentos es de la forma en que ya se hace y se ha hecho: recurriendo al internamiento y a la medicación (si es necesario de forma involuntaria), lo cual genera miedos y prejuicios de cara a lo que es una crisis y cómo debe atravesarse. Esto despoja también a la persona de la responsabilidad y del derecho a decidir sobre su situación (considerando por norma que no está capacitada para hacerlo) y se deposita ésta en el entorno más cercano de la persona, habitualmente la familia, pero también en lxs profesionales, ya

que con frecuencia las familias se ven sobrepasadas por la situación y entienden que no son las indicadas para ayudar, porque según el marco predominante lo serían lxs profesionales, los espacios institucionales y los fármacos.

Consecuencia de esto es que sigamos haciendo siempre más de lo mismo, asumiendo que no hay otro modo mejor de hacerlo, dejando las voces de las personas usuarias fuera y vulnerando en distintas ocasiones sus derechos. Otra deriva lógica de pensar que algo ya se hace como se tiene que hacer es que no se generan nuevas soluciones, o que estas se descartan como poco viables antes ni siquiera de probarlas, porque se considera que existe ya una solución eficaz. Lo cual dificulta la elección de alternativas tanto a las personas usuarias y a su entorno como a aquellxs profesionales que desean acompañar de otro modo.

---

## ORGULLO LOCO, CAMBIO POLÍTICO Y DERECHOS HUMANOS

### Movimiento loco

Cada vez toma más fuerza un nuevo discurso sobre la salud mental, con un nuevo uso de herramientas pero también del lenguaje, se trata del discurso de lxs expertxs en primera persona, del conocido como “movimiento loco”. Si bien es cierto que en otros países este movimiento existe desde hace ya décadas (p.ej. en Alemania a finales de los 80 surgió la Asociación para la Protección contra la Violencia Psiquiátrica, que dio lugar a “La casa fugitiva” y en el 1993 en Toronto sucedió la primera manifestación del “Orgullo Loco”), en España ha tomado fuerza en los últimos años y la expectativa es que continúe creciendo. Las personas que participan de este movimiento

se reapropian del término “loco” y lo resignifican, permitiendo la generación de una identidad más positiva, reivindicando sus derechos, su (neuro)diversidad y su autonomía.

Aunque los principales actores del movimiento loco son aquellas personas que han sufrido malestar psíquico o han sido psiquiatrizadas (en ocasiones se autodenominan “supervivientes de la psiquiatría”), también participan del movimiento, de forma más colateral, aquellas personas aliadas (familias, entornos, profesionales “disidentes”...) que creen necesario un cambio de paradigma.

Así, se da cabida a las narrativas de las personas diagnosticadas acerca de lo que les pasa, aparecen nuevas formas de conceptualizar el sufrimiento y, por ende, nuevas formas de acompañarlo. Un ejemplo de ello son los cambios en el movimiento asociativo.

Tradicionalmente las asociaciones han sido creadas por familiares, quienes llevaban el peso de la representación en salud mental; actualmente hay cada vez más colectivos creados por y para las personas psiquiatrizadas. Desde este movimiento y partiendo de ideas como la justicia social y el apoyo mutuo se trata de fomentar el empoderamiento de las personas con sufrimiento psíquico, de luchar contra el estigma y el autoestigma, de defender sus derechos y deberes, de dar voz a su colectivo y, en definitiva, de promover los cambios sociales necesarios para que todo esto suceda.

En España existen diferentes asociaciones y grupos de apoyo mutuo (GAM), algún ejemplo son InsPIRADAS, Flipas GAM, ActivaMent, Discuerdos, Federación Andaluza en Primera Persona, Hierbabuena...

Gracias a este movimiento activista han adquirido valor los conocimientos “profanos” generados por las personas que han vivenciado las crisis. Surge así el ámbito de los Estudios Locos (Mad Studies), que ponen en valor los conocimientos generados por la experiencia, promoviendo un desarrollo teórico y un

campo de estudio académico. Con métodos de investigación como los de la antropología, la etnografía y con similitudes con los estudios críticos sobre discapacidad, teoría social, etc.

En nuestro país podemos encontrar diversos artículos, fanzines y otras publicaciones de esta índole, algunos ejemplos serían *La Locura Rev(b) elada*, de reciente edición y que muestra diferentes relatos vitales que ayudan a pensar en cómo auto/gestionar el malestar; o *FanAct*, un fanzine promovido por la asociación Activament. Así como el monográfico *Las voces que hay que oír* (de la revista *Mujeres y Salud*), que recopila artículos tanto de profesionales como de ex-usuarixs.

También son abundantes las guías para la moderación de grupos de apoyo mutuo, guías de consejos para la recuperación, para la discontinuación farmacológica, etc. Así como las páginas web que recopilan estos conocimientos, destacando el proyecto Lokapedia.

### Salud mental con perspectiva de derechos humanos

Otro desafío con el que se encuentra la salud mental actualmente es la necesidad de un marco bien asentado en los derechos humanos.

Dainius Pūras, durante su mandato como Relator Especial de la ONU, trató de impulsar un cambio de paradigma en la atención en salud mental. Escribió varios informes, criticando el predominio del modelo biomédico, la vulneración sistemática de los derechos de los pacientes y la medicalización de la salud y enfatizando la importancia de los determinantes sociales en la salud de las personas.

En el último informe sobre derechos en salud mental de la ONU, publicado el 15 de abril de 2020, podemos leer:

*“(...)Esta forma perniciosa de medicalización plantea problemas para la promoción y protección del derecho a la salud. La medicalización se produce cuando diferentes comportamientos, sentimientos, estados o problemas de salud se definen en términos médicos, se describen*



*utilizando un lenguaje médico, se entienden mediante la adopción de un marco médico o se tratan mediante una intervención médica. El proceso de medicalización suele asociarse con el control social, ya que sirve para hacer cumplir los límites en torno a los comportamientos y experiencias normales o aceptables. La medicalización puede ocultar la capacidad de ubicarse a sí mismo y sus experiencias en un contexto social, alimentando el desconocimiento de las fuentes legítimas de angustia (determinantes de la salud, trauma colectivo) y produciendo alienación. En la práctica, cuando las experiencias y los problemas se consideran que tienen un carácter médico, más que social, político o existencial, las respuestas se centran en intervenciones a nivel individual que tienen por objeto devolver al individuo a un nivel de funcionamiento dentro de un sistema social, en lugar de abordar los legados de sufrimiento y el cambio necesario para contrarrestar ese sufrimiento a nivel social. Además, la medicalización hace que se corra el riesgo de legitimar prácticas coercitivas que vulneran los derechos humanos y pueden afianzar aún más la discriminación contra grupos que ya están en situación de marginación a lo largo de su vida y de una generación a otra”.*

*“(…)La participación de las personas con problemas de salud mental, incluidas las personas con discapacidad, en la planificación, supervisión y evaluación de los servicios, en el fortalecimiento de los sistemas y en la investigación, se reconoce ahora más ampliamente como una forma de mejorar la calidad, la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios y el fortalecimiento de los sistemas de salud mental. En los países de ingresos altos existen pruebas y directrices prometedoras en esta esfera: el Relator Especial ha observado prácticas prometedoras en salas de tratamiento “sin medicamentos” en Noruega y en un proyecto experimental basado en los derechos en Suecia, en el que se ha recurrido a la utilización de homólogos para hacer frente a las asimetrías de poder y apoyar los enfoques dialogados y no coercitivos.”*

En España existen diversas iniciativas que tratan de generar un marco sólido de derechos en salud mental, como por ej. el Observatorio de Derechos en Salud Mental (Federació Veus), dedicado a hacer un seguimiento de las diferentes políticas, normativas y prácticas que afectan a los derechos de las personas con un diagnóstico psiquiátrico y su entorno.

Un recurso interesante y disponible en el sistema público de salud son las voluntades anticipadas. Estas se basan en el derecho de las personas al ejercicio de su capacidad jurídica y libertad personal. Se trata de un documento legal que permite a las personas usuarias dejar por escrito sus preferencias y decisiones con respecto a los diferentes tratamientos médicos y también con respecto a qué personas están autorizadas a tomar decisiones en su nombre en determinadas situaciones. Esto es útil para tratar de seguir y respetar la voluntad de las personas incluso en los momentos puntuales en que estas encuentran dificultades para comprender o tomar decisiones.

### **Alternativas a la hora de acompañar las crisis**

Fruto tanto de la crisis de la profesión y del deseo de lxs propios profesionales por generar cambios, como del movimiento activista en primera persona y la importancia de un marco asentado en los derechos humanos, han ido surgiendo múltiples alternativas a la hora de acompañar las crisis, desarrollándose estas a nivel internacional. Por ejemplo, en Reino Unido destacan los enfoques con conciencia sobre el trauma (*Trauma Informed Approach*) que tratan de dar una nueva perspectiva sobre cómo organizar los servicios públicos de salud mental y sobre cómo se entienden las crisis. Ejemplo de ello es la creación de dispositivos como la casa de crisis de *Drayton Park* (dirigida únicamente a mujeres). Son espacios donde las personas pueden acudir en momentos de elevado malestar psíquico; se trata de lugares abiertos, acogedores, fuera del contexto hospitalario, donde las personas tienen derecho a su privacidad y a tomar decisiones sobre su salud, contando igualmente con la ayuda de un equipo de profesionales.

En España existe un proyecto promovido por un colectivo de mujeres diversas llamado *La Casa Abierta*, con sede en Madrid. Este proyecto todavía se encuentra en sus primeras etapas, siendo su objetivo principal la creación de una casa de crisis

para acompañar a mujeres en momentos de extremo sufrimiento psíquico, alternativa al ingreso hospitalario y de carácter gratuito. La idea es que se trate de un espacio de puertas abiertas, voluntario, con acompañamiento las 24 horas. Todo ello, basándose en una alternativa de cuidados respetuosa, evitando métodos coercitivos y a través de una toma de decisiones compartida que tenga en cuenta la biografía particular de cada mujer y sus experiencias de trauma, así como los determinantes sociales de su salud. El equipo lo formarían íntegramente mujeres y estaría orientado a la comunidad.

Otra iniciativa interesante en nuestro país es *La Casa Polar*. Se trata de un espacio ideado por ex-usuarixs de salud mental para acompañar a personas que están experimentando situaciones extremas de crisis y que deseen evitar una hospitalización, basándose en el apoyo entre pares.

Sin embargo, y pese a que este es un tema amplio, y que afortunadamente continúa creciendo, voy a centrarme en este artículo en el enfoque de Diálogo Abierto. En nuestro país destaca por su labor a la hora de promover un cambio de paradigma la asociación La Porvenir, que también realiza acompañamiento en crisis y formación y supervisión a profesionales. Asimismo, dentro del ámbito sanitario e institucional destaca la Unidad de Atención Temprana Integrada Comunitaria (UAT-IC) de Alcalá de Henares, que da atención a los llamados primeros episodios psicóticos, desde una perspectiva de diálogo abierto.

---

## EL DIÁLOGO ABIERTO COMO HERRAMIENTA PARA ACOMPañAR EN LAS CRISIS

El diálogo abierto (DA) es un enfoque constructorista, centrado en la familia y en la red

social, desarrollado por Jaakko Seikkula y su equipo entre los años 80-90 en Laponia Occidental. La creación de este modelo surge como necesidad para dar respuesta a la alta prevalencia de personas con diagnóstico de trastorno mental grave, fundamentalmente con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno psicótico, y a los malos resultados que estaban teniendo los enfoques tradicionales a la hora de hablar de recuperación y reincorporación a la vida cotidiana.

### EVIDENCIAS

Con respecto a los resultados del DA, se han llevado a cabo múltiples investigaciones (como Seikkula et al., 2003;2006;2011a y 2011b) y se afirma que el DA ha logrado los mejores resultados en el tratamiento de la psicosis. Por ejemplo, en un estudio de seguimiento a cinco años, en el que se comparan los resultados del tratamiento con DA con los de una práctica no dialógica (Seikkula et al., 2006 vs Svedberg et al.2001) se observa que en el enfoque de DA tan solo el 33% de lxs pacientes emplearon neurolépticos en un primer momento y de estos solo el 17% los continuaban empleando. Por el contrario, de aquellxs pacientes atendidos en un dispositivo tradicional, el 93% había empleado inicialmente los neurolépticos y el 75% de estos seguía utilizándolos. Asimismo, únicamente el 19% de las personas atendidas mediante DA recibían un subsidio por discapacidad o estaban de baja por enfermedad frente al 62% de las atendidas de la manera habitual.

En este mismo seguimiento se observó que tras 5 años, el 79% de las personas atendidas con DA estaban asintomáticas; el 80% trabajaban, estudiaban o estaban en búsqueda activa de empleo.

En España, en un seguimiento de dos años de duración realizado en la Unidad de Atención Temprana de Alcalá de Henares (cuyo enfoque es el diálogo abierto), de las 50 personas atendidas, 20 no estaban tomando ninguna



Foto: Liza Summer

medicación, 11 no tomaban medicación neuroléptica y 19 tomaban neurolépticos a dosis mínimas (Parrabera et al., 2020).

Otro estudio detachable es el ODDESSI (*Open dialogue: Development and Evaluation of a Social Network Intervention for Severe Mental Illness*), un programa de investigación a gran escala sobre la atención a la salud mental en crisis, dentro del sistema nacional de salud de Reino Unido. Este estudio comenzó a desarrollarse en 2017 y finalizará en 2022. Pretende transformar el modelo actual de atención sanitaria a los pacientes con problemas graves de salud mental. La investigación examina varias cuestiones:

¿Se puede desarrollar una forma de ofrecer Diálogo Abierto en el SNS que sea aceptable para el personal y lxs usuarixs de los servicios? ¿Encaja con el funcionamiento de los servicios del SNS? ¿Ofrece el Diálogo Abierto buenos resultados clínicos y merece la pena? ¿Cuál es la experiencia de lxs usuarixs de los servicios, lxs cuidadorxs y el personal? Por el momento, los resultados obtenidos parecen positivos, pero todavía tendremos que esperar a su publicación.

Además, se espera llevar a cabo una investigación a nivel internacional sobre DA, llamada “HOPEnDialogue” —coordinada desde el National Research Council de Roma, junto a J. Seikkula, Doug Ziedonis y Steve Pilling, como co-investigadores—, que contará con diferentes centros sanitarios públicos de cuatro continentes y que tiene previsto ser desarrollada entre 2022 y 2027.

## ALGUNAS NOCIONES SOBRE DIÁLOGO ABIERTO

Desde el Diálogo Abierto (DA) se trabaja con el concepto de *red social*, creado por Barnes (1954) para explicar las conexiones sociales que atraviesan fronteras entre familias, grupos y clases sociales: las redes sociales no son inmutables y pueden cambiar e influirse. El DA considera que las personas no existimos aisladas y que los problemas y las soluciones se construyen

a nivel social, mediante el lenguaje y la comprensión compartida, por lo que la red personal de la persona se convierte en un recurso en el tratamiento y es coautora del proceso. Es así que toman especial relevancia conceptos como el *dialogismo*, la *polifonía* y la *horizontalidad*, ya que en lugar de desarrollar una única narrativa sobre lo que ha sucedido, el equipo busca comprender las diferentes posibles interpretaciones y significados mediante la conversación, y esto solo puede suceder si se reconocen todas las contribuciones y se aceptan incondicionalmente las voces de todxs lxs participantes.

La “intervención” consiste en una serie de reuniones dialógicas entre lxs usuarixs, su familia y otras personas de su red social o sistema de apoyo (pueden incluirse otrxs profesionales de diversos dispositivos) con los miembros del equipo (que acuden formando díadas o tríadas). Los miembros del equipo pueden ser de diversas profesiones (psicólgxs, psiquiatras, enfermerxs, trabajadorxs sociales...) y cada vez es más frecuente que se incluya a personas expertas por experiencia.

Estas reuniones se realizan desde el primer contacto con la persona o su entorno, incluso aunque esto suceda en un momento de fuerte angustia en el que la persona está experimentando experiencias inusuales como delirios y/o alucinaciones. Semejaría que, cuando se produce una crisis, el momento no es el más adecuado para hablar: las preocupaciones y el miedo se desatan, las emociones nos desbordan, las familias están inquietas y desesperadas y lxs profesionales sienten que tienen la responsabilidad de solucionar rápidamente la situación, por ello se tiende a dar prioridad al actuar antes que al hablar. Sin embargo, según el DA, es precisamente en estas situaciones donde los diálogos son más necesarios y útiles, y también donde aparece más potencial para el cambio.

Aunque el DA se trata más de una forma de pensar o enfocar los problemas y la comunicación que de un método definido, existen

una serie de principios que se han identificado como factores terapéuticos y que ayudan a articular el trabajo desde esta perspectiva y a realizar intervenciones en momentos de crisis. Serían los siguientes:

### 1 | Intervención inmediata

Se considera, por norma general, que la primera reunión tras el primer contacto debería organizarse en 24 horas. Esto se pensó así por varios motivos. Por un lado, el intervenir de forma inmediata previene que muchas crisis terminen en hospitalización. Por otro lado, el intervenir cuando la crisis se está produciendo permite al equipo aprovechar la situación en la que se están movilizando recursos que no se movilizarían en una situación normal. La crisis es una etapa de posibilidades y de cambios. Así, se traen narrativas y cuestiones no discutidas y también se liberan recursos que no han sido explotados con anterioridad en el entorno. Por ello, aunque los comentarios de las personas que están experimentando de forma más intensa la crisis puedan parecer herméticos o extraños en los primeros encuentros, más tarde suele comprobarse que la persona había estado hablando de hechos de su vida. Las personas en las crisis suelen abordar temas para los que antes no tenían palabras, las conductas problemáticas también pueden servir para este fin; habitualmente, cuando se producen emociones extremas, estas están informando sobre temas de los que no se ha debatido previamente.

El objetivo es promover fórmulas que permitan encontrar las palabras con las que se puedan describir estas experiencias para las que previamente no se dispone de un lenguaje compartido.

Las experiencias extremas que aparecen durante las crisis aportan información importante sobre lo que sucede en la vida de las personas, si se pierde la oportunidad de reflexionar sobre ellas es posible que más adelante no aparezca o se requiera un trabajo

más complicado para poder llegar a la misma información.

Sin embargo, para que todo esto sea posible, el equipo debe generar una atmósfera segura, realizando una escucha cuidadosa de todos los temas.

En España, debido a las limitaciones con las que cuentan los dispositivos o entidades que tratan de adaptar el DA (Parrabera, S., 2018), el margen de las 24h pasa a ser en muchas ocasiones de 48h, sobretodo debido a la falta de recursos y personal.

### 2 | La participación de la red personal

Un objetivo importante a la hora de incorporar a la familia y red de los *clientes*, es el de que se movilicen los apoyos con los que el propio entorno cuenta.

Además, la red afectiva de la persona es parte importante a la hora de definir lo que es un problema: un problema llega a serlo cuando es definido como tal y por ello son fundamentales las narrativas que el entorno tenga acerca de lo que está sucediendo. De hecho, en los casos de crisis más graves, suelen ser los entornos quienes identifican que existe un problema. Este problema solo se “disolverá” cuando todos los que lo definan como tal dejen de hacerlo.

Por otro lado, la red de la persona sirve como apoyo para entender acontecimientos vitales compartidos, ayudando a poner palabras y a dar sentido a la experiencia. También puede ser útil a la hora de restaurar las relaciones y los vínculos que se hayan visto comprometidos por la situación o por lo vivido.

Como las intervenciones que se van a realizar se deciden conjuntamente en las reuniones dialógicas también es necesario integrar en estas al resto de profesionales implicados con la persona usuaria (ej. profesionales de otros dispositivos sanitarios como atención primaria

o unidad de salud mental, personal de asociaciones, profesoras, policía...).

Una posible forma de decidir quién va a acudir a los encuentros es formulando a la persona que estableció el primer contacto las siguientes preguntas:

1. ¿Quién conoce la situación y se ha preocupado por ella?
2. ¿Quién puede ayudar y estaría dispuesta a participar en el primer encuentro?
3. ¿Quién sería la persona más adecuada para invitarles?

### 3| La flexibilidad y adaptación a las necesidades diversas

El acompañamiento realizado debe adaptarse a las necesidades específicas y cambiantes de cada caso, así como ajustarse al lenguaje de las personas, a su estilo de vida y posibilidades.

El lugar donde se realizan las reuniones se decide conjuntamente y el equipo suele desplazarse según lo convenido. Habitualmente las reuniones se realizan en los domicilios, pero no siempre es así. El realizar los encuentros en un lugar que no sea el de la institución o centro sanitario permite experimentar directamente el contexto de las personas atendidas, esto es clave, ya que se obtiene información a la que no sería posible acceder desde otros espacios y ayuda a comprender mejor lo que sucede durante las crisis.

La frecuencia de las reuniones también es variable y flexible y depende de las necesidades de las participantes. Durante los primeros momentos de una crisis es recomendable asegurar la posibilidad de reunirse cada día, más adelante la frecuencia de las reuniones posiblemente sea menor. Son las personas que participan en las reuniones las que deciden con qué frecuencia hacerlo, por ello cualquier

persona implicada en la situación puede solicitar una reunión aunque esta no esté prevista.

La duración de las reuniones es normalmente de hora y media, pero esto también es flexible. En ocasiones las personas se angustian y necesitan reuniones más cortas, en otros momentos puede ocurrir lo mismo y puede resultar que una hora y media no sea suficiente y que sea necesario más tiempo para lograr que la situación se calme. Lo importante es crear un espacio seguro en que todas participen y se sientan cómodas, también que todas hayan dispuesto del tiempo suficiente para hablar.

En resumen, el principio de flexibilidad se podría aplicar a prácticamente cualquier cuestión, siempre que se trabaje a través de acuerdos en las reuniones y siempre que las posibilidades de los equipos y entornos lo permitan.

### 4| La responsabilidad compartida

Acompañar durante una crisis es complicado si las profesionales (pero también el entorno) no se comprometen. Por ello es fundamental que toda la red de apoyo participe activamente en lo que sucede.

Esto no significa que el equipo tenga que resolver de manera inmediata todas las cuestiones que surjan, sino que muestre la disposición y el interés por ayudar a desenmarañarlas. Tráandolo a través de las reuniones y buscando conjuntamente con la persona y su entorno soluciones posibles, así como invitando a los encuentros a aquellas personas que piensen que puedan ayudarles a resolver. De este modo, todas las cuestiones relativas al problema, su definición, su tratamiento, y la toma de decisiones en general se tratan en presencia de todas.

El trabajo en equipo y la responsabilidad compartida son especialmente importantes en las crisis, dada la intensidad emocional que se genera en estas situaciones, sentirse arropada (tanto por el resto del equipo e idealmente también por el entorno) permite no actuar de

manera precipitada a la hora de pensar cuáles serían las ayudas.

Asimismo, cuando se trata de asumir riesgos, como el trabajar sin medicación o a dosis mínimas, si la responsabilidad no es compartida entre toda la red de apoyo, es prácticamente imposible sostener esta forma de intervención (Parrabera et al., 2020).

### 5| La continuidad psicológica:

Cuando hablamos de continuidad nos referimos a que sea el mismo equipo el que acompañe todo el proceso (desde el primer contacto hasta la salida de la crisis), tanto si la persona está en casa como en un ingreso hospitalario e independientemente de lo que dure el tratamiento. Por ejemplo, si la persona está en un ingreso la idea es que continúen produciéndose las reuniones dialógicas (incorporando a lxs profesionales implicados en el ingreso), pero que no desaparezca el equipo o no se sustituya por el equipo hospitalario ya que esto generaría una ruptura en el proceso de acompañamiento.

La continuidad tiene también que ver con la importancia de los vínculos que se generan y que son necesarios para transitar por las crisis. Las personas se vinculan con los equipos que las acompañan; hay un trabajo de todas las partes implicadas a la hora de generar un espacio cómodo para la comunicación y existen también vivencias compartidas entre los equipos, la persona y su red, así como información que el equipo ya conoce y que la persona no desea volver a compartir, por lo que realizar frecuentes cambios de profesionales tiene costes importantes, tanto a nivel afectivo como práctico.

Lo ideal sería que si en un futuro la persona volviese a necesitar un acompañamiento, este fuese realizado por lxs mismxs profesionales que la acompañaron por primera vez.

### 6| La tolerancia a la incertidumbre:

La tolerancia a la incertidumbre tiene que ver con que, en situaciones de elevada intensidad emocional, se puedan generar espacios seguros y de calma, en los que sea posible pararse a pensar.

No se trata de dejar a la gente sola con sus problemas o de no intervenir en una situación de crisis, sino de hacerlo desde otra perspectiva. Mientras que desde los enfoques más tradicionales (orientados hacia la enfermedad) la tarea más importante en las fases tempranas de tratamiento suele dirigirse a eliminar o disminuir los síntomas, desde un enfoque de DA se busca desarrollar un tipo de conversación terapéutica donde todas las personas sean escuchadas y donde se puedan decidir ayudas conjuntamente y en beneficio de todxs lxs presentes. Esto permite que los recursos que se contemplen sean más amplios (sin dejar fuera ninguna alternativa que las personas sientan que les pueda beneficiar) y las soluciones generadas más creativas.

Esto es importante a la hora de permitir que los entornos y las personas se sientan arropadas al mismo tiempo que se evita tomar decisiones precipitadas (generadas normalmente del desborde emocional de la situación y la urgencia de intervenir) sin haberlas acordado previamente y basándonos únicamente en el criterio profesional.

Para que todo esto sea posible, trabajar en equipo es un requisito imprescindible ya que un/a solx profesional tendría más dificultades a la hora de poder mantenerse tranquilo y poder pensar con la mayor calma y claridad posible en situaciones de riesgo. Así, lxs terapeutas transmiten el mensaje de que las personas son parte activa en su mejoría, y que además las crisis se pueden superar mediante el apoyo, el respeto y la escucha mutua.

## 7| Dialogismo y respeto por la alteridad:

A la hora de hablar acerca de dialogismo es fundamental nombrar al investigador literario ruso Mijaíl Bajtín, quien realizó diversos escritos sobre la polifonía y el dialogismo como forma de vida.

Para Bajtín, la única forma de continuar generando diálogo entre todas las voces de los participantes era que ninguna voz fuese más importante que las otras.

Es por ello que la base de las prácticas dialógicas es el reconocer al otro sin condiciones, lo que implica una escucha activa de lo que le sucede, sin tratar de imponerle nuestro discurso.

En los encuentros dialógicos se escuchan todas las voces, incluidos los delirios, profundizando en las preocupaciones, miedos, conflictos y necesidades y manteniendo que la crisis es compartida.

Un requisito para realizar este tipo de encuentros es que todxs lxs participantes deben hablar en primera persona, desde lo que sienten y su experiencia, tratando de evitar interpretaciones sobre lo que les sucede a lxs demás y, en caso de hacerlo, debe expresarse claramente que se trata de un punto de vista subjetivo y no de una verdad absoluta. Es importante “no hablar de las personas sin contar con las personas”, esto se aplica tanto dentro de las reuniones como fuera de ellas y también al equipo.

Lxs profesionales son quienes se encargan de garantizar que se produzca esta escucha y de que se genere el ambiente de seguridad y confianza necesario para poner en palabras estos contenidos emocionales. Es a través del diálogo conjunto que se va generando un lenguaje y una reflexión común y continua. La idea es que surja una interpretación compleja, nueva, idiosincrática que contribuya a dar sentido a lo vivido, explorando así nuevas narrativas sobre sí mismxs y sus vidas.

Lxs profesionales pueden hacer esto realizando preguntas abiertas, repitiendo palabras o

frases que les hayan parecido especialmente significativas... de manera que ayuden a profundizar. La idea es que si lxs profesionales logran entender a lxs demás, también es posible que el resto de participantes lo hagan.

Otra técnica empleada para facilitar la comunicación son los “diálogos reflexivos”, se trata de reflexiones puntuales entre lxs profesionales, ante lxs asistentes, para que estxs puedan escucharles “pensar y conversar en alto” y permitiendo que posteriormente dialoguen acerca de lo expuesto.

## CONCLUSIÓN

El DA es un enfoque complejo, que requiere una importante formación teórica, pero sobre todo práctica, ya que fundamentalmente “se aprende haciéndolo”. Lo expuesto en este artículo son los principios fundamentales más estudiados en su ejercicio, lo cual no significa que el diálogo abierto se reduzca a estas siete normas. Asimismo, y dada la apertura del enfoque, podríamos decir que se encuentra en un cambio y crecimiento constante conforme se va aplicando a cada crisis particular.

En España, la unidad pionera en la aplicación de diálogo abierto adaptada a nuestro contexto fue la UAT-IC, perteneciente al Hospital Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares) que a día de hoy continúa su andada. Además, en el sistema público de salud existen diversos intentos de adaptación de este modelo así como la implementación de unidades de atención a “primeros brotes psicóticos”, sobretodo en la Comunidad Autónoma de Cataluña y debido a las protestas reiteradas de las personas usuarias que demandaban una mejor atención. Las unidades que tratan de aplicar este modelo todavía son de reciente creación y están muy circunscritas a un marco de trabajo más tradicional, por lo que hace falta más tiempo para conocer cómo están adaptando este tipo de encuadres. Fuera del sistema nacional de salud, destaca la asociación La Porvenir, formada en el año 2019, y que aplica de manera más radical estos

enfoques, ya que no cuenta con las limitaciones que en ocasiones impone el marco institucional (pero sí con otras barreras, propias de su naturaleza autosostenida). Se trata de una organización con base en lo asambleario, con la que se puede colaborar de diversas formas y que no sólo busca un nuevo paradigma en los cuidados sino también promover un cambio social.

Durante la situación vivida con la pandemia por la COVID-19, al igual que la mayoría de formas de acompañamiento y atención en salud mental, esta forma de trabajo se vio limitada a una atención fundamentalmente telemática (vía videollamada y/o llamadas telefónicas). Para muchas personas este tipo de contacto se hacía extraño y limitaba de manera importante la calidad de la comunicación y de los cuidados pero sí servía como ayuda de manera temporal. Por otro lado y de forma sorpresiva, trabajando desde La Porvenir, observamos que muchas personas deseaban este tipo de acompañamiento por diversos motivos que en ocasiones no tenían que ver con el miedo al contagio o las restricciones impuestas (p.ej. por dificultades de salir de casa o recibir gente, por la dificultad de encuentro presencial al vivir en otros puntos geográficos, etc). Por ello, muchos entornos siguen siendo atendidos mediante este sistema a día de hoy, con resultados bastante satisfactorios.

Es importante tener en cuenta que si deseamos acompañar de forma genuina el sufrimiento, resulta una tarea necesaria el repensar cómo entendemos y cómo acompañamos las crisis, y el pensar también que somos parte importante, parte esencial en ello.

No solo porque hace falta un cambio, una mejora, un acompañar y no solo contener, sino porque necesitamos una salud mental con perspectiva de derechos humanos. Ya que nunca podrá ser conciliable lo terapéutico con la vulneración de los derechos de las personas.

## Bibliografía

Di Nella, Y. (2010). Necesidades de incorporar y/o profundizar la perspectiva de Derechos Humanos en la formación profesional de los agentes de Salud Mental. *Psicología forense y derechos humanos*, 2,41-62. Argentina.

García-Valdecasas, J., Vispe, A., García, V.G., Hernández, M. (2016). ¿Hacia un nuevo paradigma en Psiquiatría?. *Revista Norte de Salud Mental*, 14 (55), 20-30.

Haarakangas, K., Seikkula J., Alakare, B., Aaltonen, J. (2016). *Diálogo abierto: una aproximación al tratamiento psicoterapéutico de la psicosis en Finlandia del Norte*. Traducción: Arratia M. En: *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge.

Menzies, R., LeFrançois, B.A., Reaume, G. (2013). *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Canadian Scholars' Press.

ONU: Asamblea General, *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: Resolución aprobada por la Asamblea General*, 15 Abril 2020, A/HRC/44/48, disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-relator-especial-derecho-salud-mental-abril-2020/>

Parrabera García, S. (2018) El marco de Diálogo Abierto en la Unidad de Atención Temprana a la psicosis (UAT IC) de Alcalá de Henares. *Boletín Asociación Madrileña de Salud Mental*, 43:20-29.

Parrabera, S., Chico, M., de la Hermosa, M., Martín, C. (2020). La UAT: una adaptación del marco de Diálogo Abierto Finlandés. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol.3 9, no.136. Madrid.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J., Lehtinen, K. (2006). 5-year experience of first episode nonaffective psychosis in Open Dialogue approach: Treatment principles follow up outcomes, and two case studies. *Psychother Res*, 16 (2), 214-228.

Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder.

Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2019). *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas: Respetando la alteridad en el momento presente*. Barcelona: Herder.

Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. (2011a). The Comprehensive Open Dialogue Approach in Western Lapland: II. Longterm stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3, 192-204.

Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., Lehtinen, V. (2003). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5 (3), 163-182.

Seikkula, J., Laitila, A., Rober, P. (2011b). Making sense of multifactor dialogues. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38 (4), 667-687.

Svedbeg, B., Mesterton, A., Cullberg, J. (2001). First-episode non-affective psychosis in a total urban population: a 5-year follow-up. *Social Psychiatry*, 36, 332-337.

Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L., Gillard, S. (2018). A paradigm shift: Relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Advances*, 24(5), 319-333.

## Enlaces de interés

<https://casaabiertacuidados.wordpress.com/>

<https://lacasapolar.org/>

<https://lalokapedia.blogspot.com/>

<https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/oddesi/oddesi-trial>

<https://www.istc.cnr.it/it/node/76241>

<https://laporvenir.org/>

<https://www.candi.nhs.uk/services/drayton-park-womens-crisis-house-and-resource-centre>



# ANUARIO ABIERTO

TRABAJOS PREMIADOS EN LAS XXV  
JORNADAS DE PSICOLOGÍA Y SALUD  
DEL COPG

---

---

---

SUMARIO

GALLEGO



## COMUNICACIÓN

# ATENCIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA 112 DURANTE LA ALERTA SANITARIA

**M<sup>a</sup> Carmen González Hermo**

*Psicóloga GIPCE. Psicóloga sanitaria en la Asociación Ambar de las  
Personas con Diversidad Funcional.*

[mcarmen.gonzalez.hermo@gmail.com](mailto:mcarmen.gonzalez.hermo@gmail.com)

SUMARIO

GALLEGO

## RESUMEN

Como consecuencia del estado de alarma sanitaria decretado en marzo de 2020, las autoridades autonómicas detectan la necesidad de adoptar medidas de apoyo a la población general que atiendan a las alteraciones emocionales causadas por la situación de confinamiento y que ayuden a prevenir futuras alteraciones de la salud mental. Se crea así un operativo de emergencia en colaboración con el Colegio Oficial de Psicología de Galicia, que desde el 112 aporta atención psicológica telefónica especializada a las personas que demandan apoyo psicológico para afrontar la situación.

**PALABRAS CLAVE** — Atención psicológica telefónica. Pandemia. GIPCE. Colectivos vulnerables. Soporte emocional.

## INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 las autoridades chinas identificaron un nuevo virus en la ciudad de Wuhan, al que conocemos coloquialmente como Coronavirus o COVID-19. Según informan, el virus se está extendiendo de forma alarmante entre la población y provocando patología leve en el 80% de los casos (fiebre, tos, expectoración y malestar general) pudiendo presentar manifestaciones más graves (neumonía y complicaciones clínicas) en el 20% de los casos, que requieren ingreso hospitalario y presentan una tasa elevada de letalidad.

El 30 de enero la OMS declaró el brote en China de *Importancia Internacional* y el 8 de marzo fue catalogado como *pandemia*.

La evolución de la epidemia en España, la peligrosidad y la facilidad de contagio del CO-

VID-19 hizo que el gobierno central se viese en la necesidad de pasar de las medidas de contención a aplicar medidas de *contención reforzada con el Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo mediante lo que se declaraba el Estado de Alarma* con situación de confinamiento, para frenar la transmisión y el colapso del sistema sanitario. En este momento se habían contabilizado más de 64.000 contagiados en España y alrededor de 4.900 fallecidos. Siendo en nuestra comunidad autónoma 2.322 contagiados y 43 fallecidos.

De este modo durante la primera quincena de marzo del 2020 la población comenzó a ser avisada de la existencia real de la pandemia que se preveía que afectaría directa o indirectamente a toda la población.

El confinamiento de la población hizo que las vidas de todos los ciudadanos se viesen alteradas, pero además comenzaron a surgir alteraciones socioemocionales que se añadían a los riesgos económicos y sanitarios.

Comienzan a llegar al Colegio Oficial de Psicología de Galicia (COPG) demandas de asistencia desde distintos colectivos, demandas que son trasladadas al gobierno autonómico, con la recomendación de que es necesario dar atención psicológica a la población que así lo solicita.

El día 6 de abril los psicólogos y psicólogas sanitarios (con especialidad clínica, generales sanitarios o habilitación para el ejercicio de actividades sanitarias) del Grupo de Intervención Psicológica en Catástrofes y Emergencias (GIPCE) del Colegio Oficial de Psicología de Galicia, comienzan a prestar atención telefónica psicológica a través del centro de atención de emergencias 112 gracias a un convenio firmado con Vicepresidencia y la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de la Xunta de Galicia.

---

## OBJETIVOS

El objetivo primordial del operativo es prevenir y/o reducir el grado de intensidad y nivel de afectación de la población general, al tiempo que:

- Establecer un dispositivo de atención psicológica telefónica dirigido a la población general que atienda a las necesidades psicológicas derivadas del Estado de Alarma y de la emergencia sanitaria producida por la COVID-19;
- Reforzar los servicios públicos de atención psicológica para dar respuesta a las necesidades surgidas por la nueva situación.
- Garantizar la asistencia psicológica especializada a la población más vulnerable.

---

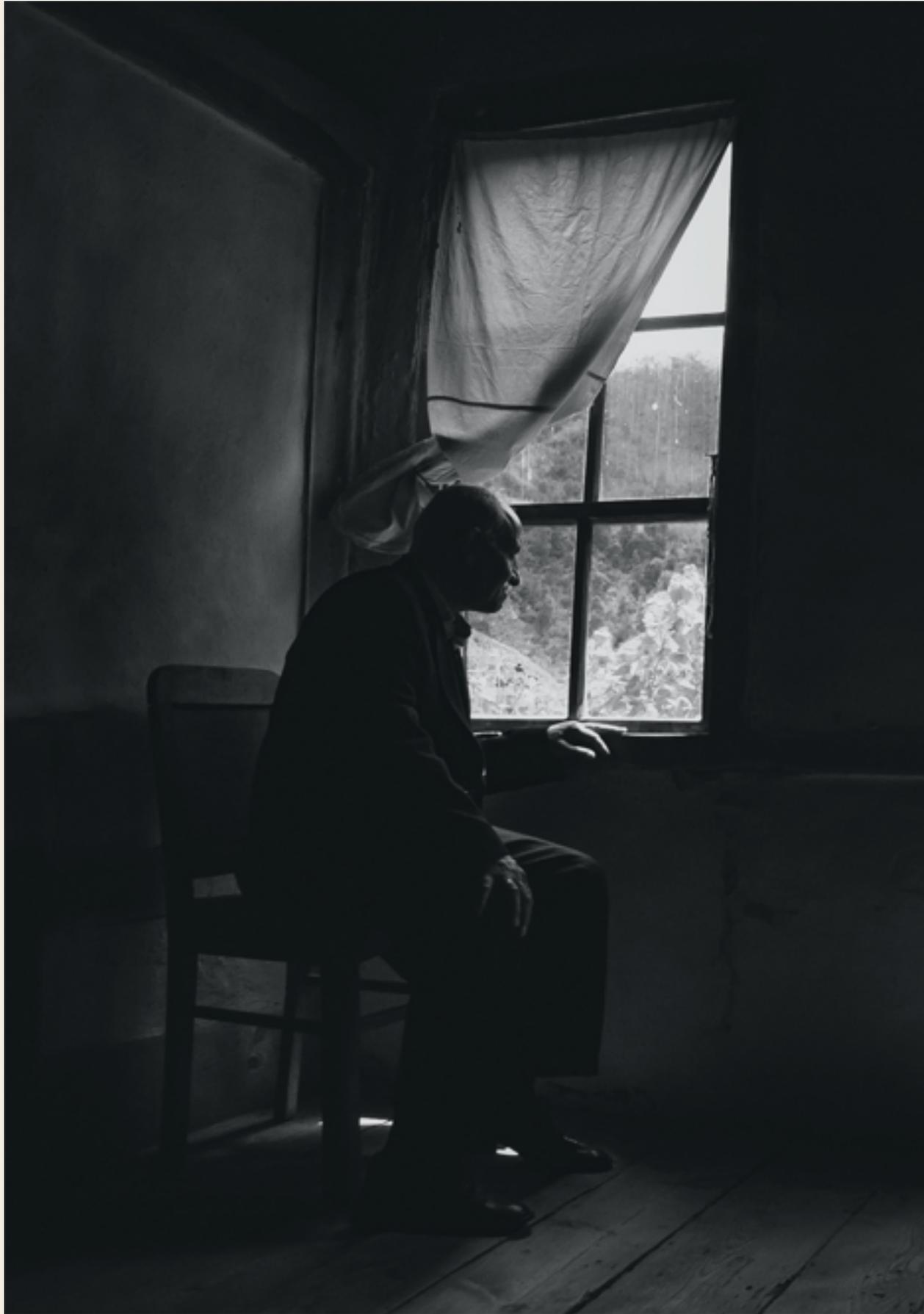
## METODOLOGÍA

Para atender a estos objetivos era necesario tener presente que nos encontrábamos ante una situación extraordinaria que requería una intervención específica. No cumplía las condiciones comunes de la intervención en emergencia ni las características habituales de la intervención clínica.

De este modo se tuvo en cuenta que las intervenciones debían salvar las dificultades propias de la intervención telefónica, así como dificultades ajenas a este tipo de intervención.

### **Dificultades propias de la intervención telefónica**

- Carencia de elementos de comunicación no verbal.
- Falta de historia previa.
- Intervención limitada en el tiempo.



- Intervención única y limitada en el tiempo.
- Dificultades con la tecnología, problemas de conexión.

### **Dificultades ajenas a la intervención telefónica:**

- Llamadas recurrentes sin una demanda clara.
- Situaciones sociales de riesgo (carencia de recursos básicos como agua corriente, alimentos, medicación...; carencia de red social de apoyo...)
- Estado mental de riesgo (trastornos mentales previos descompensados, ideación suicida, maltrato...)

De este modo, se elaboró un protocolo de intervención telefónica para dar una respuesta unificada que pudiese adaptarse a las necesidades de cada persona usuaria.

Las intervenciones además de aportar soporte emocional, se dirigieron a facilitar a las personas herramientas que le permitiesen acoger la experiencia. Mediante ellas, los profesionales se centraban en potenciar los recursos propios y la autocompetencia de las personas usuarias, promoviendo estrategias de afrontamiento adaptativas y orientándolas en la prevención de dificultades psicológicas posteriores.

Además el protocolo de intervención telefónica recogía unos criterios comunes para la derivación y la canalización de las personas hacia los servicios normalizados de apoyo social, sanitario y comunitario.

El operativo, formado por 29 psicólogos GIP-CE sanitarios (con especialidad clínica, generales sanitarios o habilitación para el ejercicio de actividades sanitarias), estuvo activo durante 10 semanas, durante las cuales aportaron atención telefónica las 24 horas del día. Dentro del mismo se creó un equipo de derivación, encargado de conectar a las personas usuarias con el servicio de atención social que le pudie-

ra dar apoyo continuado y seguimiento en su propia comarca o ayuntamiento.

En el transcurso del servicio, también fue necesario realizar reuniones de grupo que permitiesen analizar el procedimiento, detectar nuevas necesidades en el mismo y evaluar el propio servicio.

## RESULTADOS

El operativo de atención psicológica telefónica del 112 pudo atender un total de 723 llamadas de las que un 27'76% fueron derivadas para su seguimiento a los servicios normalizados de atención a la población, siendo lo más habitual los servicios de salud de atención primaria, seguidos de los servicios de salud mental y servicios sociales.

Las tres primeras semanas se recibieron una media de 22 llamadas por día, reduciéndose progresivamente hasta llegar a una media de 2 llamadas por día en las últimas tres semanas.

El análisis de todas las llamadas permite obtener un perfil de las personas usuarias en variables como sexo, edad, lugar de residencia y psicopatología previa.

Nos encontramos de este modo que el perfil demandante más habitual se corresponde con mujeres de entre 40 y 49 años, que llamaban manifestando presentar sintomatología ansiosa.

El 69% de las llamadas procedían de personas residentes en zonas urbanas, siendo más habituales de la provincia de A Coruña.

De entre las personas que presentaban patologías previas, se pudo comprobar que las más habituales eran los trastornos depresivos, seguidos de trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad.

También se pudo ver que el 57'03% de las personas demandantes del servicio estaban re-

cibiendo tratamiento psicológico y/o farmacológico previo.

## CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que el estrés, la ansiedad y el miedo mantenidos durante largos períodos de tiempo provocan un deterioro en la salud física y mental de las personas, debemos prever que es necesario, por parte de los gobiernos, elaborar un plan de recuperación de la emergencia sanitaria que atienda a la salud mental y al bienestar psicológico de la población, que tenga en cuenta el riesgo añadido que presentan los colectivos más vulnerables.

A partir de las distintas actuaciones llevadas a cabo desde el COPG, a consecuencia del estado de alarma, desde el mismo se traslada a la consellería una serie de sugerencias que apoyan la necesidad de adoptar medidas de prevención ante un posible deterioro de la salud mental de la población general.

- Reforzar los recursos profesionales en Salud Mental, para dar cobertura a las personas que vieron aplazadas sus citas, más las nuevas necesidades surgidas.
- Acercar la asistencia psicológica a los ciudadanos, instaurando la figura del profesional de la psicología en los centros de Atención Primaria.
- Garantizar la presencia de psicólogos/las en todos los ayuntamientos, a través de los equipos de servicios sociales y los CIMs.
- Asegurar un profesional de la psicología en todos los equipos de orientación de los centros educativos, que dé respuesta a las necesidades emocionales de los menores al regreso a las aulas.
- Mantener a los profesionales de la psicología de emergencias dentro de la estructura de Protección Civil, para intervenir en

todas aquellas emergencias y crisis que se sigan dando además de las provocadas por la situación alarma sanitaria.

- Implantar programas de intervención social, para fomentar la cohesión e inclusión comunitaria y la resiliencia de las personas.

## Bibliografía

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por lo que se declara o estado de alarma para a xestión da situación de crise sanitaria ocasionada polo COVID-19. Boletín Oficial do Estado, núm. 67, de 14 de marzo de 2020

VV.AA. (2020). *Informe da atención telefónica a través do 112*. Grupo de Intervención Psicológica en Catástrofes e Emerxencias (GIPCE) do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia

VV.AA. (2020). *Recomendacións para a atención psicolóxica telefónica a través do 112*. Grupo de Intervención Psicológica en Catástrofes e Emerxencias (GIPCE) do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia

VV.AA. (2020). *Achegas da psicoloxía á post-emerxencia pola COVID-19*. Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia

PÓSTER

## EL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO EN ESQUIZOFRENIA Y SU ESTIMULACIÓN EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

**Bruno Rodríguez Novoa**

*Psicólogo Interno Residente del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)*

[bruno.rodriguez.novoa@sergas.es](mailto:bruno.rodriguez.novoa@sergas.es)

**Cristina González Freire**

*Psicóloga Interna Residente del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)*

[cristina.gonzalez.freire@sergas.es](mailto:cristina.gonzalez.freire@sergas.es)

**María Jesús Villares González**

*Psicóloga Clínica de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Hospital Psiquiátrico de Conxo*

[maria.jesus.villares.gonzalez@sergas.es](mailto:maria.jesus.villares.gonzalez@sergas.es)

**Fátima Pérez Sayago**

**Belén Álvarez Batista**

**Inmaculada Sangiao Novio**

SUMARIO

GALLEGO

## RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a diferentes procesos y funciones cognitivas (atención, memoria...), y especialmente, a las ejecutivas (FFEE), interfiriendo en el funcionamiento diario de la persona.

Desde la Unidad de Rehabilitación Psicosocial se pretende trabajar las mismas, de forma individualizada, previa evaluación de la situación cognitiva y una vez la persona se muestre estabilizada psicopatológicamente.

En este estudio se analiza, mediante evaluación psicométrica, el funcionamiento de dichos procesos, así como su relación con ciertas variables sociodemográficas como el sexo y nivel de estudios.

—

## MATERIAL Y MÉTODO

Para llevar a cabo este estudio se ha administrado la Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos (WAIS-IV) a 50 pacientes, ingresados en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Hospital Psiquiátrico de Conxo de Santiago de Compostela, con diagnóstico de esquizofrenia. Escala administrada en condiciones similares y con pacientes ya estabilizados.

Con los datos obtenidos se ha realizado un estudio correlacional descriptivo transversal.

---

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la muestra son los siguientes:

- El porcentaje de varones (68%) es mayor que el de mujeres (32%).
- La edad media es de 39,7 años.
- Un 66% de los pacientes tiene un nivel de estudios básico, un 26% nivel medio, y un 8% superior.
- La media de duración de la enfermedad hasta la actualidad es de 16,9 años.
- El número medio de ingresos hospitalarios es 4,7.
- El CIT de pacientes con esquizofrenia (73,24) es menor a la media poblacional (100).
- La media en todos los índices es menor a la poblacional: 84,44 en CV - 75,46 en RP - 80,06 en MT - 73,90 en VP.
- Analizada la correlación entre índices y sexo hallamos que las mujeres han obtenido puntuaciones superiores (no significativas) en todos los índices, exceptuando en RP.
- Analizada la correlación entre índices y nivel de estudios hallamos que a mayor nivel de estudios mayor es la puntuación obtenida en los diferentes índices, excepto en MT.

---

## DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES

En conclusión, el CI total de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia es menor que el de la población general, concretamente los índices en los que obtienen menores puntuaciones son el de Razonamiento Perceptivo y

Velocidad de Procesamiento (índices muy mediados por sintomatología activa y tratamiento farmacológico).

Ante estos resultados, nos parece necesario desarrollar programas de estimulación cognitiva en las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica y de larga estancia con el fin de potenciar, en la medida de lo posible, estos procesos cognitivos afectados.

### Bibliografía

Monsalve-Muñoz, E., Giraldo-Giraldo, Y. (2018). Funciones ejecutivas en un paciente esquizofrénico con predominio de síntomas negativos. *Universidad Católica Luis Amigó*. pp. 24-36.

Aponte, H., Torres, P., Quijano, M. (2008). Función ejecutiva y cociente intelectual en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Acta colombiana de Psicología* 11. 127-134.

## EL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO EN ESQUIZOFRENIA Y SU ESTIMULACIÓN EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

**Autoras:** Rodríguez Novoa, B; González Freire, C; Villares González, M. J.; Pérez Sayago, F; Álvarez Batista, B. y Sangiao Novio, I.

### Introducción

La Esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a diferentes funciones cognitivas (atención, memoria,...) y especialmente a las *funciones ejecutivas* (FEE), lo cual interfiere en el funcionamiento diario de la persona. Desde la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica se pretende trabajar las mismas, de forma individualizada, previa evaluación del estado cognitivo y una vez la persona se encuentre estabilizada psicopatológicamente.

En este estudio se analiza, mediante evaluación psicométrica, el funcionamiento de dichos procesos, así como su relación con ciertas variables sociodemográficas como el sexo y el nivel de estudios.

### Material y Método

*Tipo de estudio:* Correlacional descriptivo transversal

*Instrumento de evaluación aplicado:* Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS-IV)

*Muestra:* 50 pacientes, ingresados en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Hospital Psiquiátrico de Conxo de Santiago de Compostela, con diagnóstico de esquizofrenia.

### Resultados

Los resultados obtenidos en la muestra son los siguientes:

- El porcentaje de varones (68%) es mayor que el de mujeres (32%).
- La edad media es 39,7 años.
- Un 66% de los pacientes tienen un nivel de estudios básico, un 26% nivel medio, y un 8% superior.
- La media de duración de la enfermedad hasta la actualidad es de 16,9 años.
- El número medio de ingresos hospitalarios previos es 4,7.
- El CIT de pacientes con esquizofrenia (73,24) es menor a la media poblacional (100).
- La media en todos los índices es menor a la poblacional: 84,44 en CV - 75,46 en RP - 80,06 en MT - 73,90 en VP.
- Analizada la correlación entre índices y sexo, hallamos que las mujeres han obtenido puntuaciones superiores (no significativas) en todos los índices, exceptuando en RP.
- Analizada la correlación entre índices y nivel de estudios, hallamos que a mayor nivel de estudios mayor es la puntuación obtenida en los diferentes índices, excepto en MT.

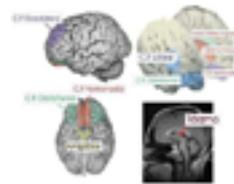
### Discusión/Conclusiones

En conclusión, el CI total de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia de esta muestra es menor que el de la población general, concretamente los índices en los que obtienen menores puntuaciones son el de Razonamiento Perceptivo y Velocidad de Procesamiento (índices muy mediados por sintomatología activa y tratamiento farmacológico).

Ante estos resultados, nos parece necesario desarrollar programas de estimulación cognitiva en las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica y de larga estancia con el fin de potenciar, en la medida de lo posible, estos procesos cognitivos afectados.

### Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia

- Aumento en el tamaño de los ventrículos y disminución en el tamaño de lóbulos frontales y temporales, el hipocampo y el sistema límbico (Saiz, et. al., 2010)
- Déficit a nivel molecular con la reducción del tamaño en las dendritas y el volumen del soma en las neuronas ubicadas en la corteza prefrontal.
- Disminución de las sustancias gris y blanca en el área de Wernicke (Ferrero, Pérez, Gómez, Loynaz y Rodríguez, 2004).



### BIBLIOGRAFÍA

- Monsalve-Muñoz, E., y Giraldo-Giraldo (2018). Funciones ejecutivas en un paciente esquizofrénico con predominio de síntomas negativos. Revista Universidad Católica Luis Amigó. pp. 24-36.
- Aponte, H, Torres, P y Quijano, M.(2008). Función ejecutiva y cociente intelectual en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Acta colombiana de psicología 11. 127-134.

# Nº14 Revista Oficial de la Sección de Psicología y Salud del COPG

## OBJETIVO DE LA PUBLICACIÓN

El Anuario fue, y es, una publicación abierta. Nace con el propósito de dar voz y oído, de invitar a la reflexión de los que escriben y de los que leen, sobre temas de interés para la Psicología Clínica.

Cada número se vertebra sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluyendo áreas de conocimiento ajenas a la propia, pero que pueden aportar nuevos mapas.

## PERIODICIDAD DE LA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

### AUTORES DE LOS ARTÍCULOS DEL MONOGRÁFICO

Los artículos serán solicitados a los autores por parte del Equipo de Redacción del Anuario, los textos deben ser originales y el estilo será libre, siguiendo el objetivo general marcado por el Equipo.

**LA EXTENSIÓN** máxima será de 17 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

**LA ESTRUCTURA** del artículo será la siguiente:

- Título.
- Autor, lugar de trabajo e e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras) en español o gallego y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en español o gallego y en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias bibliográficas.

### ANUARIO ABIERTO: CASOS CLÍNICOS

Se incluirán descripciones de uno o más casos clínicos que supongan una aportación al conocimiento de la psicopatología o de la intervención psicoterapéutica.

**LA EXTENSIÓN** máxima del texto será de 6 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

**LA ESTRUCTURA** del Caso Clínico deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en gallego o español, y en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Objetivos.
- Intervención.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 referencias bibliográficas.

### ANUARIO ABIERTO: COMUNICACIONES LIBRES

Se incluirán trabajos originales en los que se describan trabajos de investigación o revisiones teóricas de temáticas psicológicas, desde un punto de vista clínico o asistencial.

**LA EXTENSIÓN** máxima del texto será de 17 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

**LA ESTRUCTURA** de la Comunicación Libre deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre y apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en gallego o español, y en inglés.
- Introducción.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 referencias bibliográficas.