

# COMUNICACIONES LIBRES SUJET\_S A LO SOCIAL



# SUJET\_S A LO SOCIAL

XXVII JORNADAS ESTATALES DE SALUD MENTAL AEN  
XXII JORNADAS DE LA AMSM

1, 2 Y 3 JUNIO 2017



# COMUNICACIONES LIBRES SUJETOS A LO SOCIAL

XXVII JORNADAS ESTATALES DE SALUD MENTAL AEN

XXII JORNADAS DE LA AMSM

1, 2 Y 3 JUNIO 2017

[aenjornadas2017.wordpress.com](http://aenjornadas2017.wordpress.com)



# ÍNDICE

<b>Sujet_s a lo social: familia, contextos, cultura, política, religión, economía, migración, género .....</b>	<b>11</b>
La maternidad en tiempos de exilio: a propósito de un caso clínico.....	12
Abuso sexual intrafamiliar (ASI) desde el punto de vista sistémico: características de la estructura familiar .....	20
El fanático como respuesta ante la difusión de identidad: a propósito de un caso ... ..	27
Reinterpretación del embrollo en una familia monoparental .....	35
Afectación del funcionamiento psicológico en la infancia relacionado con la situación social .....	43
La deslealtad a la familia como reafirmación de identidad .....	49
Religión, sociedad y psicopatología: a propósito de un caso .....	55
Trauma en la población refugiada durante la ruta migratoria hacia Europa .....	63
Hacia la despatologización de la diversidad de género: análisis documental de la Ley 2/2016 de 29 de marzo de la Comunidad de Madrid.....	70
<b>Sujet_s a experiencias en dispositivos de tratamiento de salud mental .....</b>	<b>78</b>
Primera experiencia de un grupo de apoyo expresivo y satisfacción de sus participantes.....	79
Intervención de no tratamiento: estudio prospectivo a 6 y 18 meses .....	85
¿Mejora la implementación de intervenciones grupales multifamiliares periódicas la consecución de los objetivos terapéuticos? Estudio exploratorio .....	92
Experiencia de psicoterapia de grupo de unidad de media estancia.....	101

Modelo Sistémico-Ecológico: interviniendo en lo complejo desde una mirada integral. Experiencia en el Centro Roberto Clemente, Nueva York .....	107
Una mirada comunitaria: aplicación del Modelo Ecológico Sistémico en un caso trabajado en el Centro Roberto Clemente .....	113
Metodología socioeducativa en un espacio de reducción de daños (REDAN). Estrechando el vínculo.....	119
¿Estamos ignorando a las personas con síndrome de Asperger de nuestra comunidad? Detección, diagnóstico diferencial y tratamiento grupal.....	128
El psicólogo clínico en atención primaria: un puente necesario para construir nuevos caminos .....	138
Síntomas ansioso-depresivos durante el embarazo: propuesta de intervención con grupos de apoyo .....	148
La intervención participativa como motor del trabajo multidisciplinar: proyecto piloto por una salud mental infanto-juvenil comunitaria .....	157
¿Diferentes contextos, diferentes encuadres? Reflexionando sobre una experiencia personal .....	168
El proceso de terminación: la disolución del vínculo y la despedida en la relación terapéutica desde el punto de vista de una residente de salud mental.....	173
Introducción a la metodología de supervisión mediante vídeo con paciente y terapeuta («Interpersonal process recall») .....	179
Un año de experiencia del taller de poesía de la UHB del HUIC de Parla .....	187
Psicología de la emigración: aplicaciones del modelo ecológico sistémico .....	193
Experiencia del grupo de descubrimiento (modelo Tidal) en la Unidad de Hospitalización de la Unidad de Gestión Clínica de salud mental del área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz .....	201
<b>Sujetos a experiencias en dispositivos de rehabilitación.....</b>	<b>208</b>
Terapia asistida con animales en rehabilitación .....	209
Programa de intercambio vacacional para personas usuarias de residencias de diferentes comunidades de España .....	219

Centro de rehabilitación laboral y trastorno mental grave: experiencia y seguimiento de usuarios en la Comunidad de Madrid .....	227
Oportunidades de co-participación: el papel del usuario/a en su plan individual de soporte social .....	241
Residencias y emancipación .....	258
Medidas de resultado más utilizadas en programas de inserción laboral para personas con trastorno mental grave: una revisión sistemática .....	266
«Proyecto ECOS: encuentro, creatividad, ocio y salud» - donde todas las voces tienen cabida- .....	282
<b>Sujet_s a nuevos planteamientos en tratamiento con psicofármacos .....</b>	<b>289</b>
La determinación de niveles plasmáticos de clozapina como herramienta para conseguir un tratamiento óptimo a dosis mínimas.....	290
Deprescripción de antidepresivos: estudio prospectivo a seis meses .....	297
Síndrome de abstinencia a antidepresivos vs recaída clínica: efectos perjudiciales del uso prolongado de antidepresivos .....	306
<b>Sujet_s a prácticas coercitivas en salud mental.....</b>	<b>315</b>
Reflexiones en torno al uso de la contención mecánica en la Unidad de Corta Estancia (UCE) del Hospital Psiquiátrico «Román Alberca» (HPRA) en 2016 y 2017....	316
Percepciones de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directas. Revisión bibliográfica de estudios cualitativos.....	325
La experiencia de los profesionales de salud mental en formación en torno a las prácticas coercitivas directas.....	339
Características diferenciales de ingresos involuntarios en primeros episodios psicóticos .....	350
<b>Sujet_s a un cambio de paradigma en salud mental I (expert_s en primera persona).....</b>	<b>358</b>
Nuevos agentes de salud. Creación de la figura del Técnico en Ayuda Mutua (TeAM).....	357

Proyecto piloto de formación del Técnico de Ayuda Mutua (TeAM): una mirada desde la patología dual .....	385
Profesional experto por experiencia en salud mental .....	371
<b>Sujet_s a un cambio de paradigma en salud mental II (recuperación, estigma, derechos, diversidad funcional) .....</b>	<b>380</b>
Más allá de la recuperación: hacia una atención en salud mental basada en derechos .....	381
Propuesta de Ley Orgánica sobre Capacidad.....	389
Cuerpos capaces e incapaces: daños colaterales del sistema .....	399
Proyecto Ágora. Una investigación acción participativa sobre lo dialógico .....	405
Análisis de las escalas más utilizadas para valorar el impacto de las campañas anti-estigma dirigidas a población general: una revisión sistemática .....	415
Una aproximación crítica a la noción de funcionalidad .....	429
<b>Sujet_s a la historia de la psiquiatría .....</b>	<b>437</b>
Las reformas del manicomio nacional de Leganés en el primer tercio del s.XX: José Salas y Vaca (1877-1933) como jefe facultativo.....	438
Institucionalización de la psicología en la posguerra española: Jesusa Pertejo (1920-2007) como miembro del Departamento 449 de Psicología Experimental del Instituto «Luis Vives» de Filosofía del CSIC .....	449
Cuando pocas mujeres estudiaban medicina: la formación en psiquiatría de Jesusa Pertejo durante la posguerra española.....	458
El manicomio de Leganés durante la Segunda República Española: (1931-1936): «Más enfermeros, mayor formación» .....	463
El descenso de la mortalidad psiquiátrica ¿una realidad en el Manicomio de Leganés en los años treinta? .....	471



<b>Sujetos a un mundo con nuevas tecnologías de la información y la comunicación.....</b>	<b>479</b>
Psicosis y redes sociales.....	480
Evaluación crítica del uso de las nuevas TIC en salud mental.....	490
Nuevas formas de violencia en la adolescencia .....	500
<b>Cognición social .....</b>	<b>507</b>
Procesamiento cognitivo y funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia: la capacidad mentalizadora .....	508
Valoración de la cognición social, alternativas para mejorar la validez ecológica.....	518
Evaluación de un programa de entrenamiento en cognición social para personas con trastorno mental grave en entorno residencial.....	530
<b>Estudios descriptivos .....</b>	<b>535</b>
Análisis descriptivo de la Agenda de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC) del Hospital Universitario Fuenlabrada .....	538
Características de las atenciones psiquiátricas llevadas a cabo en una unidad de Interconsulta y Enlace .....	542
Trastornos por uso de sustancias en pacientes con discapacidad intelectual en la unidad de hospitalización psiquiátrica breve .....	550
<b>FE DE ERRATAS.....</b>	<b>558</b>



**SUJETOS A LO SOCIAL:  
FAMILIA, CONTEXTOS, CULTURA,  
POLÍTICA, RELIGIÓN,  
ECONOMÍA, MIGRACIÓN, GÉNERO**

# LA MATERNIDAD EN TIEMPOS DE EXILIO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Marina Bravo Arráez

Ignacio Meléndez Librero

Contacto: [marinabravoarraz@gmail.com](mailto:marinabravoarraz@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN<sup>1</sup>

En las últimas décadas se ha producido un crecimiento exponencial de los fenómenos migratorios, que en la actualidad forman parte de nuestra cotidianeidad clínica y social. En nuestra práctica como terapeutas, atendemos asiduamente a pacientes que se han visto abocados a iniciar un proyecto migratorio, en la mayoría de los casos difícil, y a emprender un nuevo proyecto de vida en un país que no comparte sus mismas referencias culturales, con todos los procesos de adaptación que eso conlleva. Con frecuencia, observamos como el duelo y el estrés migratorio provocan la reactualización de situaciones traumáticas sufridas en sus países de origen (violencia política, trata de personas, malos tratos, pérdidas de seres queridos...).

Es por ello que, en el contexto de mi rotación externa como residente de Psiquiatría, decidí acudir a la Consulta de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Maná en Burdeos, cuyo principal objetivo es ofrecer apoyo y atención psicoterapéutica a la población migrante en situación de gran precariedad y vulnerabilidad psíquica.

Esta vulnerabilidad se hace aún más patente en aquellas mujeres que viven su maternidad en situación de exilio y para las que los procesos de vinculación con sus hijos pueden resultar de mayor complejidad, más aún cuando se han visto atravesadas por vivencias traumáticas a lo largo de su vida.

Por este motivo, una de las consultas desarrolladas en el dispositivo está especialmente dedicada a mujeres con una biografía atravesada por el trauma, en las que se hayan apreciado problemas en la interacción con sus hijos. Es precisamente en esta consulta donde tuve la oportunidad de participar en el seguimiento de una madre, de origen nigeriano, y su hijo de 3 años en los que esta conflictiva se hacía patente.

## OBJETIVOS

Se propone reflexionar, a partir de un caso clínico representativo, sobre las implicaciones de la experiencia migratoria en su globalidad-incluyendo las vivencias de trauma que a veces la acompañan y/o reactualiza-, en los procesos de vinculación e interacción temprana madre-bebé.

## METODOLOGÍA

A modo de contextualización, se realiza una breve presentación del recurso asistencial y del encuadre teórico en el que se desarrolla la consulta para continuar con la exposición del caso clínico mencionado. Seguidamente, a partir de una revisión bibliográfica sobre los aportes teóricos de diversos autores en torno al apego y a la interacción temprana madre-bebé, se presenta una breve formulación teórica del caso.

## DESARROLLO

La Consulta de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Maná fue fundada en Burdeos hace veinte años. Desde entonces, acoge a pacientes migrantes que precisan atención psicoterapéutica y cuyo sufrimiento psíquico precise de un abordaje en el que sean tenidos en cuenta elementos específicos de su propia cultura; ya sea porque los síntomas se encuentren *codificados* culturalmente o porque estos sean consecuencia directa de la migración, a corto, medio o largo plazo. El dispositivo se encuentra integrado en la red de hospitales de Burdeos, formando parte de la cartera de servicios médicos a la que tienen acceso todos los habitantes de la región, tengan o no la nacionalidad francesa. De este modo, los pacientes que acuden a las consultas tienen orígenes distintos, aunque la mayoría proceden de países del oeste o del centro de África, Europa del este y Siria. Gran parte de ellos sufren de sintomatología traumática de gran gravedad secundaria a conflictos bélicos, violencias de diversa índole, resultado de represión política, conflictos interétnicos, grupos extremistas o (no tan) simplemente a situaciones de gran precariedad o miseria. En la mayoría de los casos, sufren un empeoramiento de los síntomas que transportaron a sus espaldas a su llegada al país: La idealización del destino da paso a la desilusión, fruto de enfrentarse a la inseguridad y a la angustia que supone ser solicitante de asilo, a encontrarse de nuevo en situación de gran precariedad y, en ocasiones, por desgracia, de gran incompreensión y rechazo social.

El encuadre teórico del dispositivo gira en torno a la teoría desarrollada por George Devereux, psicoanalista y etnólogo de origen húngaro considerado en la actualidad uno de los fundadores del etnopsicoanálisis. Uno de sus conceptos clave es el de la complementariedad, según la cual la antropología y el psicoanálisis se utilizarían de manera complementaria y no simultánea: «*La complementariedad no excluye ningún método ni ninguna teoría, tan solo las coordina*» (G. Devereux, 1972). El etnopsicoanálisis exige por lo tanto la presencia de múltiples competencias-antropológicas, sociales, psiquiátricas y psicológicas- y por lo tanto precisa de un abordaje multidisciplinar en su puesta en práctica. El terapeuta transcultural debe ser capaz de *descentrarse* y trabajar constantemente en estos dos niveles-cultural e individual- sin confundirlos, así como en torno las interacciones necesarias y a veces conflictivas entre ambos. En definitiva, Devereux considera el uso de las

representaciones culturales del paciente como un potente motor terapéutico siempre y cuando lo incluyamos de manera complementaria en nuestro abordaje clínico.

Las consultas del dispositivo se desarrollan en su mayoría en un grupo multidisciplinar, conformado por psiquiatras, psicólogos, antropólogos y, en ocasiones también, por acompañantes espirituales, intérpretes y residentes/estudiantes. De esta manera, la estructura terapéutica se intenta acercar al modo de abordaje colectivo presente en la mayoría de culturas tradicionales, en las que la problemática de un individuo recae sobre el conjunto del grupo. Además, la presencia de varios profesionales a lo largo de las consultas genera una mayor capacidad sostenedora -tanto para el paciente como para los terapeutas implicados-. Esto resulta de vital importancia teniendo en cuenta las intensas reacciones transferenciales y contratransferenciales que se generan cuando se comparten historias vitales atravesadas por la tortura y la violencia.

También resulta primordial la construcción de un encuadre en el que la lengua materna pueda ser utilizada a través de la presencia de intérpretes. Solo de esta manera el paciente podrá vehicular, de la manera más genuina posible, sus afectos y emociones; favoreciendo la evocación de imágenes, metáforas o proverbios que nos permitirán adentrarnos con mayor profundidad y claridad en su universo emocional. Así se logra favorecer el acceso durante las sesiones a elementos y representaciones de su propia cultura de pertenencia, en un intento de recuperar su función estructurante y dar paso poco a poco a la elaboración de su propia singularidad, tanto desde el plano psíquico como desde el cultural.

En el dispositivo se llevan a cabo diversas consultas-individuales y familiares- pero también actividades y talleres grupales que comparten un mismo objetivo: acompañar y favorecer la adaptación de aquellos pacientes que han atravesado por experiencias migratorias, al nuevo contexto socio-cultural en el que se ven inmersos. Entre los diversos espacios terapéuticos ofrecidos, encontramos la consulta madre-bebé donde se acoge a madres con sus hijos -en su mayoría bebés o niños/as de 1 a 3 años de edad-. Estas madres acuden generalmente derivadas por servicios sociales o los propios centros escolares, donde los problemas de interacción con sus hijos habían hecho saltar las alarmas de los profesionales que les acompañan. En este espacio se intenta conocer y comprender cuales son los mecanismos interrelacionales que se han puesto en juego en esa diada: Con frecuencia, nos encontramos con una madre desprovista de su contexto cultural contenedor, invadida por situaciones traumáticas a las que muchas veces no logra poner palabras, pero que *hablan* por sí solas en la interacción con su hijo, quien queda marcado ineludiblemente por ellas.

J., de 26 años, es un ejemplo de ello. Acude a la consulta junto con su hijo, D., de 3 años de edad. La acompaña el abogado del *Centro de Recepción de Solicitantes de Asilo (CADA)*, quien estaba tramitando su demanda de asilo. Fue él quien semanas atrás le había propuesto acudir a la consulta ya que, tanto él como el resto de compañeros del equipo, habían apreciado como J. mostraba signos de malestar psíquico importante: La veían cada vez más ansiosa, desanimada y aislada. Afirman además que había verbalizado en numerosas ocasiones ideas de suicidio, llegando incluso a amenazar con matarse junto con su hijo. Su abogado nos cuenta que J. se queja muy frecuentemente del comportamiento de este: D. no duerme, se mueve constantemente, «*hace muchas tonterías*» y no quiere comer. La preocupación aumenta aún más cuando reciben el aviso de que J. pasa días enteros encerrada en la habitación del piso compartido en el que vive con otros solicitantes de asilo. En una visita, uno de los miembros del equipo ve a J. golpeando al pequeño con una barra de hierro, según refiere ésta, a modo de castigo por haber roto un plato.

J. permanece durante las primeras entrevistas callada, ausente por momentos. Su mirada transmite tristeza y angustia y se pierde por momentos por la habitación. Le cuesta responder a las preguntas que le plantea el equipo, llegando a verbalizar en varias ocasiones ideas de suicidio y rompiendo en llanto después. Mientras, D. pasa la mayor parte del tiempo llorando, demandando constantemente la atención de su madre, llamándola o incluso golpeándola. Intenta además salir de la consulta repetidamente teniendo que ser calmado por el equipo.

J. y su hijo comenzaron a acudir regularmente a la consulta, en la que, poco a poco y con la ayuda de la intérprete, nos permitieron ser partícipes de su historia:

J. y D. llegaron a Francia en abril de 2016. Ella es oriunda de un pueblo cercano a Kano, una ciudad situada en el norte de Nigeria. Es la 2ª de 5 hermanos. Pasó gran parte de su infancia en el campo, donde tenían una granja que suponía el principal sustento familiar.

A la edad de 8 años su padre fallece, según le cuenta su madre, «*por un accidente*». Dos años después de su muerte, su madre muere a causa de un cáncer de mama. En ese momento, los hermanos se separan y ella se traslada a trabajar a la granja de otra familia situada a 3 horas de allí. J. afirma que durante esos años fue explotada a nivel laboral por la familia que la acogió. A los 20 años huye a Kano con una amiga, G., quien será a partir de entonces su principal referente.

La situación política se vuelve cada vez más peligrosa: Nigeria está marcada por una realidad socio-política compleja y constantemente cambiante, en la que, según nos cuenta J., sus habitantes viven invadidos por la represión, la corrupción, la pobreza y el miedo. Es de esta Nigeria de la que J. y su amiga G. deciden escapar en marzo de 2012 con la esperanza de encontrar un futuro mejor.

A lo largo de las sucesivas entrevistas, J. nos brinda un relato confuso y desordenado, plagado de contradicciones, incoherencias y vacíos. Esta confusión se hace si cabe aún más patente cuando nos habla de los 2 años que duró su trayecto hacia Europa, la tierra que le habían prometido estaría llena de oportunidades, paz y estabilidad. Durante el mismo, atravesó Libia, Marruecos y España, donde residió 2 años. A lo largo de su viaje, sin que quede muy claro cuando ni donde, nos cuenta que conoció a V., el padre de su hijo, de quien no tiene noticias desde que salieron de Marruecos. Pero este trayecto estuvo marcado por más acontecimientos: G., con quien había iniciado su aventura, fallece en el desierto. Recuerda que les quedaban pocas provisiones de alimento y agua y que cada vez se encontraban más débiles y cansados. Una mañana al despertarse todos, ella no despertó; había muerto. Durante el relato de este episodio, J. rompió en llanto al reconocer que no pudo enterrarla y despedirla como le hubiera gustado. Las duras condiciones del viaje no le permitieron hacerlo, se quedaban sin tiempo y sin comida para llegar vivos a su próximo destino; G. sigue acompañándola en sus sueños, sueños que ocupan un papel de gran importancia en todas las consultas.

Varios meses más tarde, J. da a luz a D. escondida entre arbustos. Tras varios meses en Marruecos, lograron conseguir una plaza para el bebé y para ella en un barco que les llevaría hasta España. Su pareja iría en otro barco y se encontrarían allí, aunque esto nunca pasó. Cuando estaban atravesando el estrecho de Gibraltar, el barco volcó y ellos cayeron al mar; varios compañeros murieron, pero ellos lograron ser rescatados por un equipo de salvamento. D. no respiraba, pero el equipo logró reanimarlo. Por razones médicas, tuvieron que estar separados dos días durante los que no supo nada sobre su estado de salud; llegó a pensar incluso que él también había muerto.

A su llegada a Francia, después de pasar varios días en la calle, es atendida por el CADA quienes le facilitan una habitación en un piso compartido, donde continúa residiendo. Cuando le pregun-

amos a J. sobre su hijo, solo tiene palabras de descalificación hacia él, no siéndole fácil mirar más allá de su comportamiento. Dice que en muchas ocasiones D. ha expresado enfado hacia ella y ha llegado incluso a rechazarla. En la guardería D. tiene mal comportamiento y es desobediente (pega a otros niños, tira las cajas de juguetes...). Le han dicho que pregunta constantemente por ella e intenta llamar la atención de los cuidadores a quienes, a veces, agrede solicitando, en cambio, en otros momentos, expresiones constantes de afecto.

A lo vivido en estos años, se une ahora el temor a ser deportada de nuevo a su país. Inicia con ayuda de los asistentes sociales y abogados del dispositivo la demanda de asilo, que fue denegada. Afirma haberse sentido incómoda a la hora de responder a las preguntas que el tribunal le planteó y haberse bloqueado por ello. Su abogado había solicitado una segunda valoración de su caso por lo que se encontraba pendiente de ser de nuevo convocada por el tribunal, esperando esta vez poder relatar de manera más convincente y en el tiempo exigido por el tribunal su historia.

J. presenta diversos síntomas pertenecientes a la esfera del trauma: Angustia e irritabilidad marcadas, momentos de ausencia en los que sospechamos pueda estar sufriendo fenómenos de reviviscencia, síntomas depresivos (aislamiento en la habitación, falta de apetito, cansancio, ánimo bajo) e ideas de suicidio cada vez más frecuentes. Además, sufre repetidamente la misma pesadilla: Está corriendo, huye, aunque no sabe de qué o de quién; de repente, es devorada por una serpiente situada sobre la rama de un árbol que no logra esquivar.

A lo largo de su historia, podemos identificar numerosas vivencias de tal intensidad que habrían sobrepasado su capacidad de elaboración e integración psíquica, dejando una impronta traumática en ella. Muchos autores señalan como el trauma supone una experiencia inenarrable e incompañable y como, en consecuencia, su relato está plagado de caos, confusión y vacíos. Así lo apreciamos en J., quien nos brinda las piezas que, poco a poco y respetando sus tiempos, intentaremos encajar en el puzzle de su historia: Un trayecto migratorio en el que la incertidumbre y el miedo se entrelazan con el fallecimiento de su amiga G. de manera inesperada, la muerte de sus compañeros de barca en el naufragio y la separación de su hijo, quien por momentos pensó que había desaparecido también y el temor a continuar en un país cada vez más invadido por la violencia y la pobreza. Traumas y pérdidas que despertarán y reactualizarán historias pasadas: la explotación laboral que sufrió a manos de la familia que la acogió, la muerte prematura de sus padres; pero también el trauma que entraña la pérdida del contexto cultural externo, sostén importante y necesario para la estructura psíquica de la paciente.

La falta de palabras en el trauma enfrenta a J. con el temor a no ser entendida y a que se ponga en duda la veracidad de lo vivido. De este modo, la apatía y el aislamiento es visto como un refugio frente a la incomprensión y el rechazo de los demás, incomprensión que cobra forma cuando el tribunal le devuelve que su historia no es lo suficientemente veraz. J. vuelve a ser víctima, pero esta vez ya no en África, si no en Europa

J. presentaba además gran irritabilidad y episodios de heteroagresividad, así como ideas de suicidio frecuentes. Son precisamente estos episodios de descontrol los que alarman a sus cuidadores, quienes temen por la integridad de J. y su hijo D., quien también le ha acompañado en algunos de los acontecimientos traumáticos descritos. En las consultas vemos como D. nos *habla* de su propia historia a través del cuerpo y los contactos con su madre: se mueve inquieto por la consulta, golpea a su madre por momentos intentando llamar su atención en otros, intenta salir y llora sin que nadie le logre calmar. Nos encontramos por lo tanto ante una madre en situación de gran vulnerabilidad psíquica: J., deprimida e invadida por el terror del trauma, se relaciona con su hijo bien desde la



disociación (no reacciona ante sus demandas de afecto y atención), bien desde la agresión (golpes con la barra de hierro, amenazas de suicidio conjuntas, descalificación).

Numerosos autores se han interesado por la relación temprana madre-bebé, dotando a esta de un papel decisivo en el desarrollo mental del menor. Winnicott basó gran parte de su trabajo en la teorización de la importancia del ambiente en el desarrollo psíquico del niño. Para él, el bebé pasará en su camino hacia la madurez psíquica por varios estadios: Un primer estadio de dependencia absoluta, en el que el bebé *está fundido* con la madre, quien actuará como sostenedora («*holding*») de las angustias, deseos y necesidades del pequeño. La madre, mediante la manipulación física del bebé («*handling*»), le permite comenzar a diferenciar sus límites corporales y a percibirse como sujeto psíquico, actuando también como su puerta de entrada al mundo exterior («*self-presenting*»). Así, para Winnicott, una madre *suficientemente buena* será aquella que logre identificarse con su bebé y sea capaz de sintonizarse y adaptarse a sus necesidades, logrando así que el pequeño sea capaz de desplegar progresivamente su *verdadero self*. Serán así los pequeños defectos de adaptación de la madre con su bebé los que permitan progresivamente a este crecer y alejarse de esta relación diádica, para entrar en el mundo externo en el que ya se percibirá como una entidad individual, separada de su madre.

Posteriormente, en los años 60, Bowlby desarrolla su teoría del apego en la que introduce numerosos conceptos procedentes del campo de la etología. Para Bowlby el apego constituye una necesidad social primaria y, por lo tanto, el bebé estaría programado biológicamente para establecer una relación de apego con su cuidador para poder desarrollarse y madurar. Así, siguiendo la línea introducida por Winnicott, la figura de apego deberá ser capaz de identificar los estados mentales del bebé, respondiendo de manera contingente y consistente ante estos. Pero para ello es preciso que el cuidador haya desarrollado, como Fonagy afirma, una adecuada función reflexiva que le permita tomar conciencia de los estados mentales y afectivos del bebé y comprender las necesidades e intenciones subyacentes a su comportamiento. En ocasiones, esta capacidad reflexiva o de mentalización se verá afectada por la ocurrencia a lo largo de la historia vital de la madre de estresores-tanto externos como internos-. Al hilo de esto, Fonagy refiere que aquellas madres con historias de trauma no resueltas podrán presentar respuestas inadaptadas en la relación con el menor. El autor señala como estas madres tenderían a responder con elevados niveles de angustia ante estados de estrés o malestar del pequeño, al despertar en ella el recuerdo de la experiencia traumática, entrando defensivamente en un estado de disociación temporal que le impediría identificar el estado mental de este.

Torok y Abraham no se alejan de la perspectiva de Fonagy introduciendo la noción de «*el fantasma y la cripta*». Describen como la exposición a un traumatismo que no ha podido ser adecuadamente elaborado ni puesto en palabras, genera un espacio escindido en la psique del sujeto. Esta cripta psíquica será transmitida intergeneracionalmente en un plano inconsciente, de manera que los acontecimientos impensables e innombrables para el sujeto, sus fantasmas, también lo serán para sus descendientes, quienes cargarán además con la responsabilidad de reparar el trauma parental.

Volviendo a nuestra historia, podemos pensar como las numerosas vivencias de trauma le han impedido a J. ejercer como la *madre suficientemente buena* que D. necesitaba, llevándola a responder mediante la disociación ante las demandas de cuidados del pequeño, quien no logra calmarse ni puede aún manejar sus estados internos, sus emociones y sus pensamientos, ni identificarlos como propios. D., invadido por la angustia y confusión de una madre para la que el trauma sigue

muy presente y no ha podido ser elaborado, habría desarrollado un estilo de apego desorganizado, con un comportamiento caracterizado por las conductas confusas, impredecibles y paradójicas que observamos en las sucesivas consultas que mantenemos con ellos.

El trabajo terapéutico a lo largo de estos meses tuvo varios objetivos: Por un lado, trabajar con J. en la co-construcción de una historia coherente: que ella se logre contar y que, por lo tanto, pueda ser también contada y transmitida a los otros, elaborando por lo tanto aquellos aspectos *encriptados* y los *fantasmas* que se esconden en ellos. Por otro, *pensar* conjuntamente a J. en la consulta, trabajar sobre sus representaciones y favorecer en definitiva el desarrollo de su función reflexiva y, secundariamente, la del pequeño. Así, la consulta actuará como *holding* y sostén auxiliar para ambos, como una suerte de espacio transicional en el que la madre, sostenida por los terapeutas, pasa a ser capaz de sostener a su hijo.

A pesar de que mi estancia fue corta y no pude ser partícipe de todo el proceso que atravesaron, sí que se pudieron apreciar ciertos avances terapéuticos en este tiempo. J. pudo reconstruir con el sostén del equipo algunos pasajes de su historia. Nos habló emocionada de la culpa que sintió tras el fallecimiento de su amiga G. en el desierto; culpa por no haberse despedido como hubiera deseado, pero también por no haber sido ella la que no se despertó esa mañana o por haber sido rescatada meses después de la barca en la que atravesaron el estrecho. Aunque las dificultades con D. continúan, J. comienza a mostrar pequeños avances en este contexto: en las últimas consultas nos comparte su deseo de circuncidarle como exige el Islam y organizarle una fiesta para su 4º cumpleaños. Nos cuenta de nuevo el sueño que le ha acompañado todos estos meses, aunque con un detalle distinto: por fin logra esquivar la rama y librarse de la serpiente. Un pequeño cambio que, sin embargo, deja entrever el trabajo de elaboración psíquica que la paciente está comenzando, permitiendo además introducir un nuevo significado a su narrativa: J. comienza a tener control sobre su vida, sobre su acontecer, para no sentirse indefensa.

## CONCLUSIONES

La maternidad supone un momento de especial fragilidad psíquica, en particular, en aquellas mujeres con biografías marcadas por el trauma y el exilio. Resulta primordial la atención de esta población en toda su complejidad y alteridad. De esta manera, la intervención específica y temprana en las alteraciones de la vinculación presentes entre estas madres y sus bebés, influiría positivamente en el correcto desarrollo emocional temprano del menor, favoreciendo en consecuencia su adecuado desarrollo y maduración psíquica.

## BIBLIOGRAFÍA

Baubet T, Moro MR. Psychopatologie transculturelle. 2º édition. France:Elsevier Masson;2009.

Mouchenik Y et al. Manuel des psychotraumatismes: Cliniques et Recherches Contemporaines. 1ª edición. France : La Pensée Sauvage ; 2012.

Moro MR, De La Noé Q, Mouchenik Y. Manuel de psychiatrie transculturelle, travail clinique, travail social. 1ª edición. France : La Pensée Sauvage ; 2004.

Blanco A, Liberman A. Una introducción a la obra de D. W. Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional. 1º edición. España: Ágora Relacional; 2012.

Wallin DJ. El apego en psicoterapia. 1º edición. España: Desclée de Brouwer; 2012

Pérez-Sales P. Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora. 2º edición. España: Desclée de Brouwer; 2006.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR (ASI) DESDE EL PUNTO DE VISTA SISTÉMICO: CARACTERÍSTICAS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Estefanía López Montes

Francisco de Pedro Melgarejo

Contacto: [estefanialop@gmail.com](mailto:estefanialop@gmail.com).

## INTRODUCCIÓN

En 1978, el National Center for Child Abuse and Neglect define el abuso sexual infantil como «los contactos e interacciones entre un/a niño/a y un adulto, cuando el adulto (agresor) utiliza al niño/a para estimularse sexualmente él mismo, al niño/a o a otra persona». El abuso sexual puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño/a (la víctima) o cuando (el agresor) está en una posición de poder o de control sobre otro menor».

Por ello, y en líneas generales, se establecen dos criterios para hablar de abuso: **asimetría** (el agresor es significativamente mayor que la víctima, no necesariamente mayor de edad) y **coerción** (el agresor utiliza la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor).

Un elemento central al definir los distintos tipos de agresiones sexuales es el vínculo previo que la víctima tiene con el agresor, ya que éste ha demostrado ser uno de los factores más importantes en la determinación del daño que tendrá para la víctima la experiencia abusiva. Existen dos tipos de abuso sexual infantil. Por un lado, se habla de **abuso sexual extrafamiliar** cuando el agresor no pertenece al medio familiar del niño(a), pudiendo ser un sujeto totalmente desconocido para él (ella) y su familia, o algún conocido que pertenece a su entorno. Cuando el abuso se lleva a cabo en el seno de la familia y existe una relación de parentesco entre el agresor y el menor, hablamos de **abuso sexual intrafamiliar** (ASI), siendo ésta, según numerosas estimaciones, una de las formas más frecuentes de abuso sexual infantil junto a las agresiones cometidas por personas relacionadas con el menor (profesores, monitores...). En ambos casos, que abarcan del 65% al 85% del total (Echeburúa y Corral, 2006) las víctimas suelen ser mayoritariamente mujeres (un 58.9% frente a un 40% de hombres) con una edad de inicio anterior a los 7-8 años.

En los casos de abuso sexual extrafamiliar la edad de inicio es posterior.

Otros datos referentes al agresor confirman que el 95% de los agresores de niñas son hombres, y el 80% de agresores de niños también lo son.

La gran mayoría de los casos de abuso sexual se dan en el contexto intrafamiliar, y en ellos se evidencian las mayores dificultades a la hora de la intervención, en especial cuando el ofensor es un progenitor en línea directa (madre o padre).

Estos casos siempre desatan un conflicto de lealtades debido a que no están en juego solamente las relaciones afectivas del niño con el ofensor sexual, sino de éste último con los otros miembros de la familia.

Por otro lado, el abuso sexual intrafamiliar produce un mayor nivel de rechazo social, pero también de negación, lo que dificulta su detección.

Distintas aproximaciones teóricas han intentado comprender la etiología del abuso sexual en el interior de la familia. A partir del desarrollo de la Teoría Familiar Sistémica se amplía el foco de observación desde el individuo hacia el sistema de relaciones en el cuál éste se haya inserto, localizando los problemas dentro de la familia nuclear. Existen varios modelos explicativos que siguen esta línea y entre ellos se sitúan los **modelos de sistemas familiares**. Éstos consideran que el abuso sexual infantil está causado por un sistema familiar disfuncional. Por ello, cada uno de los miembros de la familia ha contribuido al abuso sexual del menor. Así mismo, cada uno de ellos puede ser visto como una víctima del sistema familiar problemático.

Por otro lado, los **modelos multisistémicos** identifican cuatro variables que pueden tener un impacto en la probabilidad de ocurrencia del ASI. Estos sistemas abarcan: factores socio-ambientales (como aspectos culturales), factores de la familia de origen (experiencias de la infancia del agresor), factores psicológicos individuales (como las características de los ofensores) y factores del sistema familiar (roles que se juegan en la familia).

En esta línea, desde la terapia sistémica, Minuchin (1986) define la estructura familiar como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Analizar la estructura familiar supone observar características de las dinámicas familiares como la organización de los diferentes subsistemas dentro de la familia, los límites y roles, la existencia de alianzas o coaliciones, la jerarquía, etc.

## OBJETIVOS

Describir, en términos sistémicos, las principales características de la estructura de las familias en las que se producen casos de ASI.

## METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica a través de internet y de las bases de datos PubMed, Fistera, Medline, y UptoDate, con una posterior revisión y análisis de contenido de los artículos recogiendo las características encontradas. No se hicieron restricciones de idioma ni tipo de estudio.

## DESARROLLO

Antes de mencionar los aspectos estructurales que caracterizan a las familias donde existen casos de ASI, consideramos oportuno revisar ciertos conceptos sistémicos.

Por un lado, para Minuchin, un sistema se compone de subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él. Los principales subsistemas en la familia son el **conyugal** (entre los miembros de la pareja. Funciona la complementariedad y acomodación mutua: negocian, organizan las bases de la convivencia y mantienen una actitud de reciprocidad interna y en relación con otros sistemas), el **parental** (padres-hijos. Tras el nacimiento de un hijo, el subsistema conyugal ha de desarrollar habilidades de socialización, nutritivas y educacionales. Se ha de asumir una nueva función sin renunciar a las anteriores), y el **filial** (entre hermanos. Ayuda al aprendizaje de la negociación, cooperación, competición y relación entre iguales).

Por otro lado, los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros. Los **límites difusos** son aquellos que resultan difíciles de determinar, con familias que se encuentran aglutinadas y no saben cuál es el rol de cada uno de sus miembros. Los **límites rígidos** son aquellos que resultan difíciles de alterar, con familias desligadas de forma que prácticamente cada individuo constituye un subsistema. Los **límites claros** son aquellos que resultan definibles y a la vez modificables, y que comportan una adaptación ideal de la familia ante las crisis y los cambios.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites deben ser claros. Así, el subsistema conyugal tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de la pareja. El subsistema parental tendrá límites claros entre él y los hijos, permitiendo el acceso necesario entre subsistemas.

Teniendo en cuenta lo expuesto, existen aspectos estructurales que caracterizan a este tipo de familias. El patrón familiar más comúnmente descrito es el de una estructura rígida, patriarcal, con el padre manteniendo una posición dominante a través de la fuerza y la coerción. Por una parte, las fronteras y roles familiares son poco claros y mal definidos, con inexistencia de límites intergeneracionales (límites difusos), y un ordenamiento jerárquico disfuncional. Como consecuencia de esta ausencia de fronteras en los roles familiares, aparece una falta de límites entre las jerarquías familiares y una idea confusa de los sentimientos y las acciones consecuentes.

Las hijas pueden cumplir roles de la figura materna (cuidado de hermanos/as; atención de las labores domésticas; atención de la figura paterna, etc); los niños/as y adolescentes suelen estar involucrados/as en los conflictos conyugales y existe una ausencia de diferencias jerárquicas y de límites en la interacción entre el subsistema parental y el subsistema de los/as hijos/as. Los límites entre la afectividad y la sexualidad no son consistentes, existiendo además una comunicación poco clara.

Se afirma que una unión conyugal sólida constituye un obstáculo natural con respecto al incesto. Así, en casos de ASI, este subsistema suele estar dañado, con importantes conflictos maritales, falta de comunicación y apoyo, y problemas sexuales. Tampoco parece haber una unión en cuanto a las funciones parentales.

Se señalan a los sistemas abusivos como fusionados, donde padres e hijos dependerían unos de otros, y con poco contacto social. Existen percepciones inapropiadas o distorsionadas de las relaciones padres-hijos, con confusión y/o inversión de roles y ausencia de cuidados tempranos hacia el hijo.

Las familias en las que ocurren los abusos sexuales intrafamiliares suelen presentar una disfunción en sus vínculos, que muchas veces es crónica, la cual puede tener diversos niveles de gravedad y diversas formas de manifestarse.

Respecto al **perfil de los miembros de la familia**, con frecuencia los padres son autoritarios, agresivos y dominantes pudiendo hacer uso de la violencia física, verbal y psicológica. Aun así, se encuentran muchos casos de perfiles más introvertidos, siendo personas solitarias y reservadas, con comportamientos fóbicos, aversión a la sexualidad adulta y déficits en habilidades sociales.

Las madres, por su parte, deprimidas, frágiles, dependientes y con baja autoestima, no pueden proporcionar protección a sus hijos; son miembros periféricos en la familia. Para Perrone y Nannini (2002), algunas madres defienden a cualquier precio la idea de la familia moral y la cohesión familiar. La dependencia marital de algunas de estas mujeres con respecto a su cónyuge puede impedir el cuestionamiento de las relaciones padre-hija a fin de preservar la estabilidad aparente de la familia. Otros autores plantean que la pasividad, la dependencia y la ausencia física o emocional son las características esenciales de las madres en estas familias.

Todo ello provoca situaciones de triangulación de la víctima en la dinámica conyugal. Existen tres tipos de **triángulos familiares** frecuentes en este tipo de familias. El primero, estaría constituido por *padre abusador dominante - esposa sumisa dominada - hija adultificada y protectora*. El papel de la mujer proporciona al hombre la ilusión del poder. Pero a la vez, este tipo de situaciones refuerza los sentimientos de abandono, soledad y falta de protección que estos maridos acarrean desde la infancia y que intentan compensar a través de relaciones de dominación. En este contexto, el padre puede volcarse hacia una hija, generalmente la mayor, en búsqueda de esa protección y amor incondicional. El segundo, constituido por *padre abusador sumiso – esposa dominante – hija dominada*, tiene que ver con la historia familiar de las madres, que como hijas vivieron experiencias de abandono y/o negligencia intrafamiliar, y que con el paso del tiempo se convierten en mujeres aparentemente fuertes y dominantes, proporcionando al marido la ilusión de estar protegido pero, al mismo tiempo, un sentimiento de impotencia y de insatisfacción en lo que se refiere al ejercicio del poder y del control de la relación conyugal. En ese contexto relacional, el padre seducirá a una de sus hijas para conseguir la ilusión de poder y control en una relación. Y por último, el triángulo *padre abusador dominante – esposa dominante – hija abusada* y utilizada como reguladora de la relación. Se trata de dos individuos prisioneros en una escalada simétrica por el control de la relación; control imposible de lograr en la medida en que la verdadera finalidad de la escalada es mantener una regulación de la distancia que protege a los dos cónyuges de experiencias amenazadoras de abandono y de intimidación. Estas interacciones encuentran su explicación en los procesos históricos familiares de ambos. En esta dinámica simétrica, la hija víctima potencial de una relación incestuosa, se implica o es arrastrada a jugar el rol de «puente» entre sus padres, viéndose obligada en ocasiones a aliarse con la madre y en otras con el padre. En el marco de este triángulo, donde se acumulan la hostilidad, la impotencia y la soledad, la hija comienza a sentir que su padre (que se presenta como víctima de una esposa fría e incomprensiva) se vuelve más afectivo con ella, comenzando a imponer actitudes y comportamientos que corresponden a transgresiones de contenido sexual. Este tipo de dinámica se ha visto más en familias pertenecientes a clases favorecidas de la sociedad.

En los tres modelos de interacción descritos, la esposa se abstiene de cumplir una verdadera función maternal con sus hijas.

Putnam, F. (2003), realiza una revisión de los últimos 10 años de investigación en abuso sexual infantil, encontrando tres factores de riesgo familiares importantes: la ausencia de uno o ambos

padres, la presencia de un padrastro y los impedimentos parentales (enfermedad de la madre, alcoholismo de la madre, conflicto conyugal, abuso de sustancias, aislamiento social, padres castigadores...).

Otros autores hablan de **dinámicas familiares**, señalando cuatro de ellas que aparecen con más frecuencia en los casos de ASI. Primero, existen **dinámicas de poder**, relacionadas con los roles que cada miembro desempeña en la familia. Segunda, **dinámicas de seducción**, siendo ésta un mecanismo frecuentemente utilizado y con el cual se logra mayor duración del secreto y del acto en sí, en el tiempo. Tercera, **dinámicas de secreto y silencio**, vinculadas estrechamente con todo lo antes dicho sobre la seducción, ya que es uno de los pilares para que dicha seducción se mantenga a lo largo del tiempo y así lograr los fines dispuestos por el abusador. Sobre el secreto, Gabriela Fuentes (2012) dice que las víctimas mantienen el secreto por vergüenza, por culpa, por temor al castigo, pero más fuertemente por el temor a la ruptura del hogar. Y en cuarto y último lugar, **dinámicas sociales**, que tienen que ver con la capacidad de los niños y de los abusadores de actuar frente a los demás como si nada estuviera pasando, dificultando la detección y apareciendo síntomas que enmascaran el verdadero conflicto (conductas agresivas, inatención, alteraciones del comportamiento, cambios en la alimentación y el sueño...)

Diversos autores han planteado también que el abuso incestuoso es un fenómeno relacional con raíces transgeneracionales que dan cuenta de las experiencias de carencias afectivas tempranas o de violencia de los adultos involucrados, describiendo la relación incestuosa como el resultado de un conflicto relacional con la familia de origen. Barudy (1999) plantea también que en las familias incestuosas existiría una cultura familiar particular, donde los abusos podrían verse como estrategias del sistema familiar para resolver conflictos y problemas transgeneracionales que le permitirían mantener un sentido de cohesión y de pertenencia. Para él, el incesto es el resultado de un sistema familiar que bajo ciertas condiciones históricas funciona de un modo tal que los intereses de los adultos son prioritarios a los intereses de los niños(as), los que son utilizados por su familia para compensar carencias relacionadas con la familia de origen o para resolver conflictos relacionados con otros adultos.

## CONCLUSIONES

La intención de ofrecer una descripción de las familias en las que ocurren los abusos sexuales intrafamiliares se dirige principalmente a detectar factores que contribuyen al riesgo de que un niño sea victimizado sexualmente. Lamentablemente, la intervención en abusos sexuales es siempre secundaria al develamiento, por lo cual muchos de los rasgos del funcionamiento familiar suelen conocerse a posteriori del descubrimiento de los hechos. Aun así, esto posibilita que los agentes de la intervención pongan su atención en determinadas características de los grupos familiares.

Es decir, entonces, que entender las características de estas familias tiene no solo un efecto de comprensión retrospectiva acerca de las dinámicas que facilitaron, desconocieron o perpetuaron la ocurrencia de los abusos sexuales, sino, además, un efecto de prevención de futuros riesgos.

Con todo lo expuesto, pensamos que el abuso sexual intrafamiliar debe ser entendido como un fenómeno relacional complejo que se desarrolla en el tiempo y en un espacio vincular, considerándolo como un proceso relacional, que transgeneracionalmente se relaciona con experiencias de carencias afectivas tempranas.



Debido a la relación entre el ASI y ciertas características estructurales familiares, resulta de vital importancia tener en cuenta estos factores para, por un lado, comprender cómo las conductas abusivas son toleradas, apoyadas y/o mantenidas dentro de la familia y, por otro, para diseñar estrategias de prevención, detección e intervención que incluyan los procesos familiares, parentales y de pareja que identifica el enfoque sistémico.

Para finalizar, es necesario continuar con el desarrollo de investigaciones en el ámbito del ASI que consideren variables de carácter relacional y transgeneracional que permitan ampliar el marco explicativo existente y profundizar en las posibilidades de tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

Echeburúa E., Corral P De. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. Cuad Med Forense. 2006; 12(43-44):75-82.

Furniss T. Family processes in the treatment of intrafamilial child sexual abuse. Journal of Family Therapy. 1983; 5: 263-278.

Habigzang L., Koller S., Azen Acevedo G., Xavier Machado P. Abuso sexual e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2005; 21(3): 341-348.

Milner JS., Herce C. Abuso sexual intrafamiliar: teoría, investigación y tratamiento. Infanc y Soc. 1994; (24):139-73.

Ramirez Herrera C., Fernandez Parra A. Abuso sexual infantil: una revisión con base en pruebas empíricas. Behav Psychol Conduct [Internet]. 2011;19(1):7. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3607867%5Cnhttp://uam.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwY2BQSDKxSE41SzMzTDNMMUoE9kCSgH2C5ERTS2OTJOM-0M9DGZDcvc3d3S3cno0Ck0txNilEptViUQdbNNcTZQxdUQsYXQM5ciDc2BCYuEyNg41qMgQXYMU-6VYFAwTLIOMwJW4JaJ>

Sarmiento IV., González PG., Hernández MA., Acosta FB., García YG., Villalba IP. Funcionamiento familiar en familias víctimas de abuso sexual. (Spanish). [Internet]. 2011;14(25):100-21. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=87311556&lang=es&site=ehost-live>

Urra J. Abuso de los menores en el ambiente intrafamiliar. Psicol Conductual [Internet]. 2011;19(1):239-65. Available from: [http://sfx.cbuc.cat/uoc?url\\_ver=Z39.88-2004&rft\\_val\\_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ:psychologyshell&atitle=ABUSO+DE+LOS+MENORES+EN+EL+AMBIENTE+INTRAFAMILIAR&title=Psicologia+Conductual&issn=11329483&date=2011-01-01&volume=19&i](http://sfx.cbuc.cat/uoc?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ:psychologyshell&atitle=ABUSO+DE+LOS+MENORES+EN+EL+AMBIENTE+INTRAFAMILIAR&title=Psicologia+Conductual&issn=11329483&date=2011-01-01&volume=19&i)

Ysern JL., Becerra P. Abuso sexual intrafamiliar: Prevalencia y características de jóvenes de 3° medio de liceos municipalizados de Chillan, Chile. Theoria. 2006;15(1):79-85.

Minuchin S. Familias y terapia familiar. México: Gedisa; 1986.

Perrone R. y Nannini, M. Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional. Barcelona: Paidós Ibérica S.A; 2002.

Putnam F. Ten-year research update review: Child sexual abuse. Journal American Acad. Child adolescent Psychiatry; 2003; 42 (3): 269-278.

Fuentes G. Abuso sexual infantil intrafamiliar. El abordaje desde el Trabajo social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria. Argentina; 2012. Recuperado de: <http://www.margen.org/suscri/margen64/fuentes.pdf>

Barudy J. Maltrato infantil. Ecología social: Prevención y reparación. Santiago de Chile: Galdoc; 1999.

**VOLVER AL ÍNDICE**

# EL FANÁTICO COMO RESPUESTA ANTE LA DIFUSIÓN DE IDENTIDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sara María Cabello de Alba Cabello de Alba

Carolina Rubio Pérez

Pedro Ángel Leganés Pastor

Álvaro Esguevillas Cuesta

Contacto: [smcabellodealba@hotmail.com](mailto:smcabellodealba@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

El fanatismo es un estado mental caracterizado por la adhesión tenaz y prolongada de un individuo a ciertas creencias que adquieren una importancia muy superior a las demás, hasta el punto de transformarse en la mayoría de sus actos. Se define como fanática aquella persona que defiende con tenacidad desmedida y apasionamiento creencias u opiniones, sobre todo religiosas o políticas.

Algunos autores consideran fanáticos a los que entregan toda su facultad de creer, de un modo absoluto e incondicional, a un tema o a una cuestión, con intolerancia sistemática para los juicios y comportamientos discrepantes. Para otros, en cambio, supone una intensa adhesión afectiva a una idea, socialmente compartida, a la que se concede un valor absoluto, que pretende ser realizada destruyendo cualquier obstáculo que se le interponga. Centrándonos en el ámbito religioso, el fanático se identifica con un individuo de conducta ciega con una religión en particular.

Históricamente, desde el campo de la psicopatología, se ha relacionado la manera de estar en el mundo del individuo, y con ello la cualidad y medida de sus creencias, con su identidad personal lo que hace preciso comprender la misma a fin de lograr una completa profundización de las ideologías o actuaciones de los seres humanos.

El concepto de identidad es amplio siendo muchas las definiciones que encontramos en la literatura. Por un lado, se entiende como un sentido subjetivo de identidad personal o de la conti-

nuidad del individuo a lo largo del tiempo y en diferentes contextos y situaciones; por otro lado, se identifica con una estructura psíquica de la personalidad madura, en la que el individuo ha de intervenir continuamente para ser consciente de sus procesos de separación e individuación. Para Kernberg, se trataría de un concepto integrado (de aspectos positivos y negativos) de sí mismo y de las personas importantes o significativas en la vida del sujeto a través del tiempo y en las distintas situaciones. Para otros autores psicodinámicos, por su parte, se define como la estructura psicológica que determina la organización dinámica del carácter y que contiene, al menos, otros tres niveles de identidad tales como la personal, la social y la colectiva. En este sentido, Erikson reconoce la pluralidad de significados otorgados al concepto identidad refiriéndose, en algunas ocasiones, a un «sentimiento consciente de singularidad individual»; en otras, a un «deseo inconsciente para lograr una continuidad de la experiencia» y, en otras, a una «solidaridad con los ideales del grupo». La entiende como un proceso evolutivo ubicado en el núcleo del individuo y en el núcleo de su entorno. Es un proceso dinámico, que está en desarrollo y cambio constante, de construcción social, que se ve influenciado por el contexto y las personas que nos rodean, siendo inherente a todos los seres humanos y consolidándose progresivamente a partir de la relación con el entorno: la familia, la institución escolar y sus amigos. Para Erikson, la identidad estaría vinculada con las necesidades propias del hombre tales como las biológicas, intelectuales o espirituales, de manera que, habría que satisfacerlas para alcanzar un adecuado desarrollo de la misma.

Está descrito que en los casos en los que se produce una difusión o pérdida de la identidad individual aparecen, de manera característica, fenómenos como la fragmentación de la personalidad, la confusión ante uno mismo y la falta de cohesión en la experiencia subjetiva del yo. Como resultado de lo anterior, los pacientes experimentan cambios en su propia percepción o en la de sus roles, además de sensación de vacío interior y de pérdida de la integración del individuo. Westen y Cohen incluyen, también, en su definición de trastornos de identidad, otros aspectos como «la falta de narrativa de una vida coherente o del sentido de continuidad en el tiempo» así como «la pérdida de recuerdos que ayudarían a definir el yo a través del tiempo».

Según estudios previos, tanto las personas que presentan gran fanatismo espiritual, como los pacientes con psicopatología, experimentan alteraciones en su sentido de «yo», lo que dificulta en gran medida la distinción entre ambas entidades, sin existir unas directrices claras que lo permitan. De hecho, muchos aspectos de las citadas experiencias espirituales son similares en forma y contenido a síntomas de psicosis, habiéndose descrito delirios de índole religiosa que varían en función de las diferentes culturas del mundo, según el contenido, contexto, importancia y costumbres económicas de las mismas.

## METODOLOGIA

Exposición de caso clínico y revisión bibliográfica al respecto.

## OBJETIVOS

En este caso clínico, analizamos la dificultad de diagnóstico diferencial entre el estado de fanatismo y la sintomatología psicótica, sugiriendo que ambas entidades podrían estar muy relacionadas y compartir creencias de similar índole, planteando, incluso, que se podrían desarrollar altera-

ciones psicopatológicas si estas ideas fueran llevadas al límite, en un continuo entre normalidad y psicopatología.

Así mismo, y vinculándolo con lo anterior, discutimos la relación entre la pérdida de identidad del individuo y las creencias religiosas del mismo en relación a aspectos socioculturales, y cómo ello puede desencadenar una alteración psicopatológica. Sugerimos que la carencia de un rol propio podría jugar un papel importante en el desarrollo de estas creencias y que, llevado al extremo, podría influir en la génesis y mantenimiento de síntomas psicóticos.

## DESARROLLO

Se trata de un chico de 20 años que acude a Hospital de Día tras ingreso en Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría, por alteración de conducta.

Describiendo su situación basal al ingreso, resaltar que vivía solo desde unos meses antes cuando su madre (con la que compartía domicilio) abandona la residencia familiar por dificultades de entendimiento entre ambos. Sus padres se divorciaron cuando tenía seis años, manteniendo una relación conflictiva en la actualidad. No tiene hermanos ni pareja, y carece de red de amistad. A nivel académico, ha cursado estudios hasta cuarto curso de educación secundaria obligatoria que abandonó hace un año, manteniéndose sin realizar actividades de ámbito educativo ni laboral desde entonces.

Como antecedentes de interés a nivel psiquiátrico, cabe citar una primera valoración por salud mental a la edad de tres años tras solicitud materna, a causa de conflictos conyugales entre sus progenitores, sin encontrar hallazgos psicopatológicos de interés durante la exploración. Posteriormente, manifestó alteraciones de conducta durante la etapa escolar, siendo diagnosticado de «hiperactividad», según relataba la madre. Presentó un ingreso previo en Unidad de Hospitalización Breve de psiquiatría a los 18 años, siendo diagnosticado al alta de «episodio disociativo». No mantuvo seguimiento posterior al mismo ni precisó pauta farmacológica. No presenta antecedentes somáticos relevantes.

Entre sus antecedentes familiares, destaca padre con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

Durante sus entrevistas en la unidad de hospitalización, el paciente describe creencias religiosas que habrían aparecido bruscamente un par de años antes asegurando que, mientras contemplaba la procesión de la Virgen, sintió que algo cambió en su interior y que, desde entonces, ha de rendir culto a Dios, considerando este culto como una entrega plena a la actividad religiosa, tanto a nivel espiritual como físico, lo que exigía el abandono del resto de actividades, tanto de su autocuidado como de actividades de ocio y estudios, mostrando un gran aislamiento social. En este sentido, presentaba un marcado distanciamiento de su núcleo familiar, siendo constantes las discrepancias con su madre, con la que se mostraba especialmente rígido e inflexible, actuando con intensa dureza y recurriendo a la heteroagresividad principalmente verbal, aunque también física en alguna ocasión, ya que le reprochaba el divorcio con su progenitor en su infancia así como el hecho de que hubiese rehecho su vida iniciando una nueva relación sentimental. Justificaba estas conductas en la ilegitimidad de la actuación materna, reconociendo la misma como una falta de fe en Dios y un grave pecado contra los mandamientos ya que, para él, «lo que Dios había unido no podían separarlo los humanos». Estos enfrentamientos provocaron que su madre, con la que convivía, abando-

nase el domicilio familiar, quedando el paciente en situación de aislamiento social. Con respecto a su padre, mantenía contacto puntual limitado a salidas los fines de semana, y utilizaba su nombre propio para designarle, lo que explicaba porque padre es una palabra sagrada que no debería ser empleada de manera cotidiana sino exclusivamente para referirse a Dios.

Progresivamente, y coincidiendo con el abandono de la vivienda por la madre, aumenta la restricción de sus actividades, realizando únicamente tareas que guardaran relación con la oración y que pudieran ser consideradas como una ofrenda celestial: acudir a capillas 18 horas al día para rezos, retirar el mobiliario del domicilio con la finalidad de potenciar la humildad y la pobreza, restringir de manera marcada la ingesta alimenticia... De hecho, había presentado una importante pérdida de peso que explicaba, no por una falta de apetito, sino por considerar inadecuado interrumpir las horas de rezo para alimentarse, asegurando que se encontraría «en un intento de alejarse de lo terrenal para vivir exclusivamente de la oración». Defiende, en este sentido, que la dedicación al culto le aporta paz y seguridad, aunque también mucho dolor, asegurando que sería preciso un intenso sufrimiento corporal a modo de sacrificio que le permitiría acercarse al cielo y, con ello, la salvación divina.

Con respecto a su papel en relación a las ideas religiosas, afirmaba que Dios le tendría preparada una misión que guardaría especial relación con el Apocalipsis que se avecinaría, y en el cual estaría destinado a intervenir. Relataba que habría unas personas seguidoras de Dios, pero también otras que seguirían al demonio (entre ellos políticos o, incluso, el mismo Papa) y le ayudarían a intentar destruir la Iglesia, situación de la que únicamente él sería conocedor. Para él, el cielo trataría de prevenirle de ello y guiarle para que interviniese a favor de los humanos en el momento del juicio final, motivo por el que se estaría preparando. Realiza interpretaciones de todo suceso a su alrededor, asegurando que Dios le transmite mensajes a través de señales que él interpreta y que en ocasiones le resultan muy confusas.

Describía su desarrollo biográfico de una manera vaga y difusa, identificando su infancia y adolescencia como escasamente gratificantes y expresando marcada sensación de vacío identitario con escasez de vínculos sociofamiliares. Afirmaba que fue su aproximación a la fe la que le ayudó a rellenar esa falta importante de identidad, asegurando que Dios se convirtió en un referente y un padre para él, a pesar de lo cual, hacía hincapié en que la sensación de vacío era tan intensa que ni el mismo Redentor habría podido llenarla por completo.

Negaba soliloquios o fenómenos sensoperceptivos, y no impresionaba de fenómenos de escucha ni presencia de otras alteraciones a este nivel.

En cuanto a su aspecto, llamaba la atención que vestía una indumentaria en muy mal estado, y que presentaba marcado enrojecimiento de ambas manos provocado por no usar vestimenta de abrigo en época invernal, ya que consideraba imprescindible el sufrimiento corporal para alcanzar la aceptación divina. Así mismo, en su presentación ofrecía la mano izquierda para saludar, explicando que se debía reservar la derecha exclusivamente para los sacerdotes.

En Hospital de Día, nos planteamos como objetivos una integración en paralelo de los aspectos relacionales, a través del grupo, e identitarios, a través de la profundización en sus vivencias. Así, al ir ahondando en su desarrollo biográfico, describe una infancia difícil marcada por importantes dificultades conyugales entre sus progenitores con constantes enfrentamientos entre ambos desencadenados, principalmente, por descompensaciones psicopatológicas de su padre que llevarían a su divorcio, quedando tutelado por su madre y visitando a su padre únicamente los fines de semana. En este sentido, comenta que pasaba la mayor parte del tiempo solo en el domicilio fami-

liar y, aunque justificaba la ausencia materna por su horario laboral, afirmaba que esta situación le generaba sensación de «soledad» y «angustia», desembocando en una ausencia de referente afectivo. Durante los años posteriores no identifica vínculo relevante en ninguna de las esferas de su vida hasta que, hace unos años, inició una relación sentimental (la única que ha mantenido) afirmando que se encontraba muy enamorado de esta persona a la que otorgaba un gran peso en su vida. Sin embargo, sería un noviazgo de solo unos meses de duración, al decidir su pareja poner fin a la relación, sin causa aparente. Describe la ruptura como uno de los peores momentos de su vida, expresando, en ese sentido, sensación de frustración ante la práctica ausencia de relaciones sentimentales consolidadas, ante el desengaño amoroso, y ante el amor no correspondido. Ante esta situación, y el importante decaimiento anímico que le conlleva, se apoya en un nuevo grupo de amigos (la única red de amistad que identifica a lo largo de su vida) atribuyéndoles a ellos su mejoría. No obstante, este sustento duraría únicamente unos cuantos meses, decidiendo sus amigos finalizar la amistad tras una discrepancia con algún miembro del grupo de la que se considera responsable y se culpabiliza, afirmando que presenta una carencia de habilidades sociales que siempre le han impedido iniciar o mantener redes de amigos. Considera que la soledad que le provocó perder a esta nueva base de apoyo le generó intensa angustia, aunque matiza que «ya estaba acostumbrado a estas situaciones, era un palo más, otra torta por la que volvía a estar solo». Decide, tras lo descrito, centrarse en sus estudios, dedicando su tiempo exclusivamente a la actividad académica y a su principal afición, montar en bicicleta; sin embargo, unos meses después tuvo una caída de la bici que le impedía retomar este ocio temporalmente, sintiéndose nuevamente frustrado. Explica que esta nueva pérdida supuso un nuevo declive anímico, describiendo sintomatología depresiva en este período, con pérdida de intereses así como de la capacidad de concentración, lo que le llevaría al fracaso académico. Ante su estado de apatía y escasa reactividad vital, los padres le envían a realizar trabajos a un campamento de verano donde se iniciarían, de manera brusca mientras contemplaba una procesión, sus creencias religiosas. Afirma que su necesidad de «ser alguien e importar» podría haber influido en la génesis de las mismas, al cubrir Dios parte de su gran vacío.

Así mismo, expresa una percepción muy devaluada sobre sí mismo, definiéndose como una persona «mala» y «poco capaz, «un desastre», y culpabilizándose de las circunstancias adversas anteriormente descritas.

Progresivamente, y al ir expresando todos estos temas significativos, se ha observado mejoría en su capacidad de interacción con el resto, logrando exponer sentimientos, problemas y planes en el grupo.

Actualmente reside solo, apreciándose marcada mejoría en diferentes ámbitos: a nivel sociofamiliar, ha reestablecido vínculo con sus progenitores con los que mantiene relación cordial y afectuosa, visitándoles a menudo y compartiendo actividades con ellos a la par que se muestra más tolerante ante sus circunstancias y estilo de vida (ha aceptado a la pareja de su madre). Así mismo, ha iniciado nueva red de amigos con los que comparte intereses y actividades de ocio, retomando nuevamente el ciclismo. A nivel académico, ha retomado sus estudios logrando alcanzar resultados satisfactorios en la mayor parte de las asignaturas cursadas. A nivel psicopatológico, mantiene ideas de tipo religioso que, no obstante, son más flexibles y normalizadas en la actualidad, sin comprometer su funcionamiento en las áreas vitales más significativas y mostrándose más permeable cuando hablamos sobre ellas, si bien es difícil delimitar la cualidad psicótica o no de las mismas.

## DISCUSIÓN

A propósito de este caso, nos planteamos, por un lado, si la sintomatología anteriormente descrita pudiera ser atribuida al fanatismo hacia unas creencias religiosas, o deberse a una alteración psicopatológica en forma de una enfermedad psicótica, lo que nos lleva a la dificultad de delimitación entre los términos normalidad/anormalidad, entendiéndose estos como un continuo. Revisando la literatura, se recoge que es habitual en psicología recurrir a los problemas de las personas en términos de salud mental (lo normal), o enfermedad mental (lo anormal). Mustaca y Gandolfi (1995) dan tres razones por las cuales es complicado delimitar lo qué es normal debido a que estas mismas razones servirían para delimitar lo anormal; la primera sería la complejidad misma de la problemática, la segunda se refiere a la multiplicidad de significados que reciben estos términos, y una tercera razón es que el término se usa cargado de connotaciones emocionales. Los criterios más empleados hoy en día son los que se han manejado y han derivado hacia la construcción de un sistema de creencias sobre el equilibrio mental, sus alteraciones y la salud. Según varios autores, habría que considerar el criterio social, entendiéndolo éste como la relatividad de estos términos dependiendo de la cultura en la que se esté, pues de esta manera lo normal sería el comportamiento ideal que se maneje en determinada cultura, y lo anormal los comportamientos que rompen con la convención particular, no siendo universales. Otros criterios a tener en cuenta serían el bienestar subjetivo (entendiéndose como la valoración particular que cada persona hace de sí misma, por lo que cada uno reconocerá lo que es normal o no en su forma de pensar, sentir o comportarse), el biológico (dependiendo del estado o funcionamiento de la estructura o procesos biológicos) y el clínico o de adaptación (hace referencia a lo funcional, al equilibrio, a la adaptación que tenga un individuo en un contexto social). En este sentido, si la persona se adapta o no, si cambiara de sociedad o si la sociedad llegara a cambiar, serían casos donde se verían las adaptaciones que tiene la persona, en tanto tenga un buen comportamiento funcional, de no ser así, sería considerado como anómalo. Por último, hay un criterio que es el ideal o utópico que se trata de un estado de bienestar afectivo, social e individual. Flores y Díaz afirman que lo que debería ser lo óptimo y lo completo, sería lo normal, mientras que lo anormal sería lo contrario. Ahora bien, a la hora de tener en cuenta estos criterios, un primer principio sería que un sólo criterio no es suficiente para definir como anormal un comportamiento, sino que debe producirse la combinación de varios de ellos.

En base a esto, podríamos plantearnos el fanatismo como una variante de la normalidad (entendiendo en él la ausencia de una enfermedad mental definida) y la psicosis como un estado de anormalidad, en cuanto a la presencia de psicopatología se refiere.

Aplicando lo descrito al caso de nuestro paciente, a favor del diagnóstico del fanatismo religioso, consta su adhesión intensa y duradera a este tipo de creencias, que defiende de modo absoluto e incondicional, y que adquieren gran importancia en su vida hasta el punto de acabar ocupando la mayor parte de sus actividades.

No obstante, y analizando los criterios anteriormente citados para identificar la normalidad, es bien cierto que las conductas de nuestro paciente se alejan marcadamente de lo convencional, atendiendo al entorno sociocultural en el que se encuentra y a su rango de edad, destacando una relevante desadaptación con su entorno y una gran pérdida de su funcionalidad. Así mismo, existe un importante malestar subjetivo con autopercepción peyorativa, afirmando sentirse diferente, a nivel ideológico y conductual, y asegurando instauración brusca de estas creencias (previamente ausentes). No se han encontrado alteraciones biológicas en nuestro individuo, si bien es cierto que



los antecedentes de trastorno esquizoafectivo en su progenitor orientarían a un posible trastorno mental grave con un componente genético hereditario asociado.

En nuestro paciente, la combinación de los criterios mencionados (social, bienestar subjetivo, adaptación...) le localizarían en una situación de anormalidad, lo que nos llevaría a decantarnos más hacia la presencia de un posible trastorno psicótico.

Por otro lado, sugerimos que el desarrollo psicobiográfico de nuestro paciente puede estar en relación con la presencia de una pérdida o difusión de su identidad. Según los estudios previos, considerar este concepto de difusión de identidad como un marcador de una estructura de personalidad conlleva, por sí mismo, variaciones en función de los datos demográficos del individuo en cuestión, como la situación sociolaboral o familiar. En nuestro caso, remarcaríamos la ausencia de referente afectivo, los escasos vínculos personales, la sensación de abandono ante sus diferentes figuras de apoyo y apego, su limitada red social, su fracaso académico a edad temprana, la percepción peyorativa sobre sí mismo, y su intensa sensación de vacío, entre otros, como factores que habrían podido generar una alteración de su identidad personal, con falta de desarrollo de un sentido sólido e integrado tanto de sí mismo como de sus otros significativos, lo que le habría podido llevar a vincularse con creencias religiosas a modo de intento compensatorio de las carencias identitarias descritas y que, esto, llevado al extremo, podía haber producido la emergencia de la sintomatología psicótica antes mencionada. Así mismo, según los estudios, el grado de difusión de la identidad podría considerarse como una expresión de la gravedad clínica, apareciendo frecuentemente en individuos con alteraciones psicopatológicas severas.

## CONCLUSIONES

En base a lo descrito, concluimos que puede resultar muy complejo realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre fanatismo y psicosis, resultando, además, los estudios actuales poco concluyentes al respecto. Así, sugerimos la importancia de una profundización en el estudio sintomático del paciente desde una perspectiva amplia y multifactorial, prestando especial atención a las áreas vitales afectadas, a la funcionalidad del individuo, a su evolución biográfica, a su concepto sobre sí mismo, a la severidad, forma de inicio y severidad de los síntomas y, también, al entorno sociocultural en el que se encuentra el individuo.

Por otro lado, concluimos, que la pérdida de la identidad personal puede llevar a vincularse con creencias religiosas a modo de intento compensatorio de las carencias identitarias presentes en el individuo, que al adquirir un valor irremplazable en la vida de la persona pueden desencadenar una desconexión total o parcial con la realidad, adquiriendo así una cualidad de experiencia psicótica.

Por todo ello, al tratar a los pacientes con este tipo de cuadros clínicos, nos parece interesante considerar los aspectos psicosociales del enfermar, poniendo el foco en cómo los síntomas psicóticos se gestan e interaccionan con el mundo interno y vincular del individuo, para, desde ahí, promover un trabajo de integración y desarrollo de la identidad de la persona.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega y Gasset. Ideas y creencias. Madrid: Alianza Editorial; 2006.
2. Villarejo A. «Fanatismo: interés en psiquiatría forense penal». Cuadernos de Medicina Forense. 2010; 16 (3): 137-144.
3. Javaloy F. Introducción al estudio del fanatismo. Edicions Universitat Barcelona. 1984; 6.
4. Bhargav H, Jagannathan A, Raghuram N, «et al». Schizophrenia patient or spiritually advanced personality? A qualitative case analysis. Journal of religion and health. 2015; 54 (5): 1901-1918.
5. Basu S. «How the spiritual dimension of health was acknowledged by the world health assembly-A report». New Approaches Med Health. 1995; 3: 47-51.
6. Hansen G. Schizophrenia or spiritual crisis? On "raising the kundalini" and its diagnostic classification. Ugeskrift for Laeger. 1995; 157(31): 4360-4362.
7. Hartog K, Gow KM. Religious attributions pertaining to the causes and cures of mental illness. Mental Health, Religion and Culture. 2005; 8: 263-276.
8. Jones E, Watson, JP. Delusion, the overvalued idea and religious beliefs: A comparative analysis of their characteristics. British Journal of Psychiatry. 1997; 170: 381-386.
9. Mohr S, Borrás L, Betrisey C, «et al». Delusions with religious content in patients with psychosis: how they interact with spiritual coping. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes. 2010; 73(2): 158-172.
10. González M E. Identidad: un proceso constante, dinámico y fluido. Revista universitaria de Investigación y Diálogo Académico. 2011; 7(3): 19-28.
11. Sollberger D, Gremaud-Heitz D, Riemenschneider A, Küchenhoff J, Dammann G, Walter M, «et al». Associations between identity diffusion, axis II disorder, and psychopathology in inpatients with borderline personality disorder. Psychopathology. 2012; 45 (1): 15-21.
12. Erikson E. «La raza y la identidad más amplia». Identidad. Juventud y crisis. Madrid: Taurus; 1992. p. 256-279.
13. Erikson E. «The problem of ego identity». Journal of the American Psychoanalytic Association. 1956; 4 (1): 56-121.
14. Dagua A. «Conceptos de anormalidad y normalidad en el ejercicio de la psicología clínica». Revista Electrónica Psyconex. 2015; 6 (9):1-10.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# REINTERPRETACIÓN DEL EMBROLLO EN UNA FAMILIA MONOPARENTAL

Carolina Rubio Pérez

Pedro Ángel Leganés Pastor

Sara Cabello de Alba Cabello de Alba

Olga Córdoba Grasa

Contacto: [carolinarubioperez@gmail.com](mailto:carolinarubioperez@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Si nos aproximamos a los estudios acerca del abordaje terapéutico de la esquizofrenia, podemos concluir que se ha tendido a introducir a los familiares de estos pacientes en sus tratamientos de forma bastante habitual, siendo esta conclusión coincidente con lo que observamos en la práctica clínica de nuestros centros de trabajo. Esto es así debido a que existen numerosos modelos, estudios y teorías que hablan de la influencia de la relación del paciente con su familia en la evolución de su enfermedad, además de la gran repercusión que dicha enfermedad tiene en el funcionamiento de la familia y en la vida de sus integrantes.

Algo menos numerosos son los estudios acerca de la eficacia de las intervenciones familiares basadas en la terapia familiar sistémica, enfoque desde el que explicaremos nuestro caso. Pero cabe destacar que las investigaciones existentes sugieren resultados muy exitosos derivados de este tipo de abordaje, apuntando hacia la reducción de la sintomatología psicótica y hacia una disminución significativa del número de recaídas (1).

Al adentrarnos en literatura que intenta dar explicación a la influencia de las dinámicas familiares en la aparición de los síntomas psicóticos, encontramos diversas posturas al respecto, que ofrecen diferentes hipótesis en las que se ven implicadas distintas variables.

Algunos de los autores que se han dedicado a estudiar estos aspectos hablan de la existencia de coaliciones entre el hijo que posteriormente presentará los síntomas y alguno de sus progenitores,

frente a una alianza débil entre estos. Como resultado de ello se crearía una estructura de roles inestable (2).

Por otro lado, también existe el punto de vista de que el síntoma del sujeto psicótico cumple la función de expresar aquello que en la familia no es expresado de ningún otro modo, pero al mismo tiempo conservaría las dinámicas familiares que peligran por el intento de individuación de algunos de los miembros de la familia (3).

En este sentido Jackson, de la Escuela de Palo Alto, propone que la psicosis cumple la función de mantener una homeostasis en el sistema familiar, por lo que sus miembros reaccionarán para evitar cualquier intento, interno o externo, de intervención que haga peligrar el equilibrio y, en este sentido, resultarán inaceptables los movimientos de autonomía del paciente (4).

Por su parte, el psiquiatra escocés Laing, investigó las dinámicas relacionales de matrimonios cuyos hijos habían recibido el diagnóstico de esquizofrenia. En su obra defendió el papel del secreto familiar en el surgimiento de los síntomas psicóticos, secreto encubierto y del que no se permite hablar dentro o fuera de la familia, puesto que quien intente hacerlo se expone a ser invalidado (5).

Otra de las concepciones clásicas es el esquema procesual descrito por la Dra. Mara Selvini Palazzoli y colaboradores en su obra «Los juegos psicóticos en la familia», esquema que más adelante utilizaremos como guía para explicar la evolución de nuestro paciente. Estos autores proponen un total de seis estadios que ilustran las distintas fases que atraviesa la familia hasta la aparición de los síntomas psicóticos en el «paciente señalado». En el primer estadio del esquema del proceso psicótico encontramos «la impasse de la pareja conyugal», entendida ésta por un juego mantenido entre los padres de nuestro paciente señalado, en el que el objetivo no sería la victoria clara de uno de los cónyuges sobre el otro, con el consiguiente fin del juego, sino una dinámica consistente en movimientos de uno, al que suele llamarse «jugador activo», contrarrestados por los movimientos del otro, llamado «jugador pasivo». De este modo conseguirían mantener un equilibrio de manera sutil e indefinida en el tiempo. El segundo estadio consiste en la «intromisión del hijo en el juego de la pareja», normalmente posicionándose del lado del padre que percibe como perdedor en este juego y estableciendo una alianza con él. En el tercer estadio, denominado «la conducta inusitada», el hijo lleva a cabo una conducta inusual en él con el objetivo de atacar al vencedor y de animar al padre perdedor a salir de esa posición, sirviéndole de ejemplo. Nos adentramos en el cuarto estadio, denominado por los autores como «el viraje del presunto aliado», cuando el padre perdedor se posiciona del lado del otro cónyuge en contra de la conducta inusitada de su hijo, rompiendo el vínculo de lealtad hacia éste. En este punto llegamos al quinto estadio o a «la eclosión de la psicosis», donde aparecen los síntomas psicóticos como instrumento más potente para cumplir los objetivos que no consiguió con su conducta inusitada. Por último, en el sexto estadio, denominado «las estrategias basadas en el síntoma», todos los miembros de la familia desarrollan estrategias alrededor del síntoma, estableciéndose un equilibrio que ayuda a mantenerlo y dificulta enormemente la mejoría del paciente (6).

Como puede observarse, este esquema está basado en un modelo de familia en la que están presentes ambos progenitores, pero a partir del caso clínico que expondremos a continuación nos planteamos ¿qué sucede cuando hablamos de una familia monoparental?

La exposición de este caso nos parece interesante desde el punto de vista clínico y psicoterapéutico, no sólo por la tórpida evolución y las dificultades que vamos encontrando en el transcurso del proceso terapéutico, sino por la peculiaridad de la situación de viudez de la madre del paciente y las implicaciones que este evento familiar está teniendo en el desarrollo de la psicosis.

## OBJETIVOS

Analizar la influencia de determinadas dinámicas familiares en la sintomatología psicótica en familias monoparentales, así como su repercusión en la funcionalidad del sujeto.

## METODOLOGÍA

Exposición de un caso clínico para cuyo abordaje se ha seguido una perspectiva sistémica e integradora, tras realizar una revisión de literatura al respecto.

## DESARROLLO

El paciente de nuestro caso es un varón de 35 años, diagnosticado de esquizofrenia paranoide resistente a los tratamientos habituales, soltero, sin hijos, licenciado en Filología Hispánica, profesor, en situación de incapacidad laboral transitoria en la actualidad. Convive con su madre (viuda desde 2010) y es el segundo de una fratría de tres hermanos.

Presenta sintomatología psicótica y afectiva desde los 25 años, cuyo inicio el paciente relaciona con consumo diario de cantidades relativamente elevadas de cannabis. Respecto a la sintomatología psicótica, ésta ha consistido principalmente en interpretaciones e ideación delirante de perjuicio por parte de su familia, así como de contenido religioso, que le han llevado a abandonar su entorno habitual y a su familia en varias ocasiones. La sintomatología afectiva se ha caracterizado por episodios puntuales de descompensación clínica «maniforme», con pensamiento megalomaniaco y gasto excesivo de dinero, alternados con periodos más prolongados en los que ha predominado fundamentalmente un bajo estado de ánimo.

Se mantiene estable, con aceptable conciencia de enfermedad y realizando seguimiento de manera ambulatoria hasta finales de 2015, momento en el que inicia un franco deterioro coincidiendo con la ruptura de una relación sentimental de tres años, a la que la pareja pone fin al poco tiempo de iniciar la convivencia.

A partir de ese momento ha precisado varios ingresos hospitalarios en Psiquiatría por empeoramiento de su clínica. Tras el alta de un ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM), en noviembre de 2016, es derivado al Hospital de Día de Psiquiatría del mismo hospital para realizar un tratamiento intensivo basado en un abordaje integrador, que continúa llevando a cabo en la actualidad. Hablamos de abordaje integrador puesto que en el dispositivo se combinan terapias grupales e intervenciones individuales con sesiones de terapia familiar y sesiones de grupos multifamiliares.

Al ingreso en Hospital de Día, a nivel psicopatológico el paciente presentaba ansiedad moderada con empeoramiento vespertino. Ánimo bajo, con apatía, anergia y anhedonia, así como tendencia a la clinofilia y al aislamiento, con cogniciones depresivas asociadas. Respecto a la semiología psicótica, en ese momento no se evidenciaban alteraciones en el contenido y el curso del pensamiento,

ni se objetivaban fenómenos sensoperceptivos o alteraciones vivenciales del pensamiento. Refería ideas pasivas de muerte, no estructuradas ni planificadas, en momentos de desbordamiento emocional, negando ideación autolítica y manteniendo conservado el juicio de realidad.

Desde el inicio del tratamiento en el dispositivo, transmite una gran fragilidad yoica, y se evidencia un aumento considerable de la ansiedad en el contexto familiar. Debido a esto se decide implicar a la familia en la intervención, apareciendo desde las primeras entrevistas varios factores centrales: la sobreprotección y exigencia por parte de su hermano mayor, así como una posición regresiva del paciente en la relación con su madre.

Dada la no remisión de la ansiedad ante pautas de ajuste de las expectativas y exigencias hacia el paciente, se toma la decisión de iniciar terapia familiar, que ha permitido poner en relación el fenómeno de regresión psicótica que presenta, con un duelo no elaborado a nivel familiar por el fallecimiento del padre, quien tenía problemas relacionados con el alcohol (dependencia) desde antes de casarse sus padres.

Nos remontamos a los momentos anteriores a la desaparición del padre para analizar si ya se trataba de una organización relacional familiar «embrollada» y seguir el curso de acontecimientos familiares significativos que nos ayuden a comprender y ayudar a nuestro paciente y sus familiares a entender la encrucijada en la que están inmersos, consiguiendo que se expresen con una comunicación coherente y que de este modo les sea posible abandonar el síntoma, entendiendo que la función del mismo es la de portador de contenidos inaceptables para el paciente, expresados de la única forma que ha encontrado.

La idea de la existencia de un «embrollo familiar» aparece en nuestras mentes ante el relato que lleva a cabo el paciente recordando la infancia en los grupos psicoterapéuticos del dispositivo, narrando episodios de violencia física por parte de su padre hacia su madre y situaciones que le generaban a él y a sus hermanos mucho miedo.

Los describe como momentos de descontrol asociados a un consumo excesivo de alcohol, tras los que con frecuencia aparecían sentimientos de culpa de gran intensidad de los que el paciente se hacía cargo en numerosas ocasiones. Es capaz de identificar y explicar el modo en el que se mezclaban en él sentimientos de rabia hacia su madre por no haberse separado con la ambivalencia afectiva respecto a su padre, a veces cariñoso y proveedor de afecto, destacando en la actualidad el sentimiento de culpa por no haber sido capaz de perdonar a su padre antes de que falleciera a manos del cáncer.

Si intentamos utilizar el esquema procesual de la Dra. Mara Selvini Palazzoli y cols. descrito con anterioridad, comenzaremos por hipotetizar la existencia de una «impasse en la pareja conyugal» (primer estadio): el impass de pareja se confirma tras varias entrevistas de familia. El padre adoptaba el rol de «provocador activo» mientras que la madre jugaba como «provocadora pasiva». Siguiendo con nuestra hipótesis, llegó un momento en el que se produjo la «intromisión del hijo en el juego de la pareja» (segundo estadio), posicionándose el paciente al lado de su madre, «la víctima» en esa relación conyugal. Aquí el paciente señalado mantuvo un apoyo incondicional a su madre («víctima» del provocador activo) y ella a cambio le tenía de confidente y en un lugar muy especial.

A partir de aquí le seguiría la «conducta inusitada del hijo» (tercer estadio): En este caso, y sin dejar de lado la posibilidad de que puedan salir a la luz otras conductas con el devenir de las sesiones de terapia, podríamos considerar como conducta inusitada el inicio del consumo de cannabis y de otras drogas (cocaína, setas alucinógenas) con conducta maniforme.

La oposición y protestas de la madre ante esta conducta que tanto le asustaba, a la vez que seguía manteniendo una actitud permisiva con el alcoholismo de su marido, podrían ser vividos por el paciente como una deslealtad por parte de ella, produciéndose así el «viraje del presunto aliado» (cuarto estadio). Además coincide que al padre le diagnostican un cáncer, y descubre la reacción de la madre ante el temor de perder a su marido, que gira completamente su mirada y su preocupación hacia su marido, sintiéndose su hijo completamente desplazado (traicionado).

Todo esto podría haber conducido a la «eclosión de la psicosis» (quinto estadio) ante el intento fallido de revelarse contra el padre y servir de modelo para su madre, «víctima» de ese «verdugo», mediante la conducta inusitada. Ambos padres ante la eclosión de los síntomas psicóticos se unen y comienzan a desarrollar estrategias basadas en el síntoma para mantener la homeostasis del sistema.

Cuando tras el segundo brote psicótico y recuperación del mismo el paciente hace un intento de independencia, su madre boicotea este intento y el paciente regresa a casa nuevamente. Por tanto, hipotetizamos que el paciente se encuentra inmerso en un «embrollo» por esta alianza establecida con la madre, relación por la que se siente privilegiado en detrimento del padre. Sin embargo, esta percepción del hijo es desmentida por la actitud y conducta de su madre, que deja al descubierto que ese privilegio no es real desde el punto de vista afectivo, sino que cumplía una función de «ataque» contra el padre, ataque en el que además el paciente ha participado. Se suman así el sentimiento de haber sido instrumentalizado e incluso engañado por su madre al sentimiento de haberse comportado de manera ilícita por participar en el juego contra su padre.

Toda esta situación se complica más aún con el fallecimiento del padre, que conlleva necesariamente un reorganización de roles y de interacciones, y en el caso de una familia en la que está presente un «embrollo», como es el caso de la familia que nos ocupa, puede dar lugar a una «guerra de sucesión» en la que la madre viuda, evitando la soledad, intenta convertirse en el centro de interés de los hijos y se inician en un proceso competitivo para llegar a ser la figura de apoyo y el punto de referencia para su madre.

Tras la muerte del padre, el hijo mayor adopta el rol de «cabeza de familia», además es el que más se parece al padre en forma de ser y es el más resolutivo (abogado de profesión). El paciente señalado se queda nuevamente atrapado en una dinámica disfuncional (organización relacional familiar «embrollada») estableciendo una coalición con su madre que le aporta teóricamente un prestigio respecto a sus otros dos hermanos, especialmente frente a su hermano mayor sobre el que recae el rol de «padre» tras la muerte de éste. Así se sigue perpetuando el juego psicótico aunque ahora lo que está en juego para el paciente es mantener esa relación privilegiada con su madre y demostrarle a su hermano que ha vencido él.

La madre, en apariencia apoya incondicionalmente a su hijo «enfermo» (paciente señalado) con el que vive y mantiene una simbiosis que alimenta las conductas regresivas del paciente. Con su hijo mayor tiene una relación ambivalente, unas veces se apoya en él para tomar decisiones importantes y otras veces le critica su dureza y su forma de tratar a su hermano enfermo (primer estadio: «impasse de pareja» entre la madre y el hijo mayor). El paciente señalado apoya incondicionalmente a su madre (segundo estadio: «intromisión del hijo en el juego de la pareja»).

El paciente señalado sufre un empeoramiento progresivo de los síntomas y verbaliza que a veces cree que su hermano es el demonio y que le quiere hacer daño. Cuando lo verbaliza, a veces reconoce lo absurdo de ese pensamiento, pero no puede evitar pensarlo. Es tal la intensidad del miedo que siente hacia él, que no tolera que su hermano vaya a la casa familiar y se opone firmemente (tercer estadio: «conducta inusitada»).

Progresivamente el miedo a que le hagan daño se extiende también a su madre y a su hermana menor, aunque el temor hacia las mujeres de su familia no alcanza la intensidad del miedo al hermano mayor. Muchas veces reconoce que sólo se siente bien con su madre. Su madre, que hasta ahora mantenía a su hijo mayor a cierta distancia porque se sentía juzgada por él, se asusta ante estos síntomas y recurre a él. Pide ayuda y colaboración a su hijo mayor para el cuidado del paciente. Incluso su hijo mayor que vive independiente, se plantea la posibilidad de regresar a casa de su madre para apoyarla. Simultáneamente la madre sigue relacionándose de manera simbiótica con el hijo enfermo pese a que sus dos hijos y todos los profesionales de salud mental le aconsejan no sobreprotegerle y fomentarle la autonomía.

El paciente señalado a su vez quiere demostrarle a su hermano «como tratar adecuadamente a mamá, con cariño, cercanía y sin dureza» y como es previsible, una vez más sufre la deslealtad de la madre, porque a quien de verdad quisiera atraer su madre, es al hermano mayor.

El hermano mayor anuncia que tal vez en un futuro próximo se vaya a Italia a vivir con su novia. Unas semanas después de esta noticia, el paciente señalado se encontraba mal, con intensa ansiedad y miedos, pero la familia (madre y sus dos hermanos) decide realizar un viaje a Italia para conocer a la novia del hermano. El paciente no se siente capaz de hacer el viaje y ante su sorpresa, se van todos y le dejan sólo en el domicilio familiar. Ahí una vez más siente la «traición» de su madre, que elige irse con su hijo mayor dejándole completamente solo en el domicilio pese a la gravedad de sus síntomas (cuarto estadio: «viraje del presunto aliado»).

A los pocos días de regreso del viaje, el paciente inició un brote psicótico, invadido por delirios de culpa y mesiánicos, creyendo de manera delirante que su hermano era el demonio y quería castigarle... (quinto estadio: «eclosión de los síntomas psicóticos»).

Es muy relevante el hecho de que unos días después de abordar estos aspectos en terapia familiar, se produce la vuelta del paciente al consumo de cannabis, que concluye con la reaparición de los síntomas psicóticos y la necesidad de un nuevo ingreso en UHB. Durante el ingreso se observaba paradójicamente la mejoría de los síntomas psicóticos incluso con menor dosis de los fármacos neurolépticos (se decidió bajar dosis dados los efectos secundarios extrapiramidales tan intensos).

Tras la recuperación y desaparición de los síntomas psicóticos, el paciente se va de alta de la UHB y retoma asistencia al Hospital de Día, donde pudimos nuevamente observar la repetición de la dinámica familiar y la reaparición de los síntomas psicóticos.

A partir de aquí optamos por comenzar tratamiento con clozapina e intensificar la terapia de familia con varios objetivos: poder hablar de las cuentas pendientes con el padre, el sufrimiento vivido y cómo lo percibió cada uno, intentando inactivar la censura de la madre cada vez que sale el tema del padre. Otro objetivo a alcanzar era acercar al paciente a la fratría y conseguir cierta autonomización de la madre.

El objetivo ha sido difícil de lograr y todavía estamos en ello porque a veces regresan las dinámicas del pasado, pero ha sido todo un éxito terapéutico el conseguir normalizar la relación entre hermanos y poder hablar en las sesiones de familia de contenidos hasta entonces secretos y prohibidos como es el dolor acumulado y reprimido de esos hijos que convivieron toda una vida con un padre alcohólico y agresivo y una madre que ocultó al mundo el problema por no desprestigiar y vulnerar la imagen idílica que su marido proyectaba al exterior. Lógicamente para esta misión «sacrificó» el bienestar de sus hijos que en muchas ocasiones le imploraban que se separase.



Para una mayor comprensión de la actuación de la madre, en las últimas sesiones la madre pudo hablar de su propia historia familiar: su padre era alcohólico, maltrató a su madre toda una vida, pero nadie fue conocedor de esto. Una vez más somos testigos de cómo las historias familiares se repiten irremediamente. Sólo el diálogo y la búsqueda de sentido dentro de las familias de origen y sus dinámicas, pueden paralizar ese curso aparentemente irremediable con tendencia a la replicación de roles y conductas.

## CONCLUSIONES

A la vista de los efectos del abordaje de aspectos familiares, nos parece lógico hipotetizar que estas dinámicas están influyendo en la evolución de la enfermedad. En un caso tan resistente al tratamiento farmacológico y tan sintomático, y dada la historia del paciente, es razonable pensar en la existencia factores familiares que están jugando un papel fundamental en el mantenimiento del síntoma.

Nos queda camino por recorrer, pero consideramos que junto al tratamiento farmacológico, el abordaje familiar ha permitido neutralizar la función del síntoma y proponer a esta familia una manera alternativa de relacionarse dejando atrás las luchas por el reconocimiento materno, que por otro lado estamos trabajando a la vez con la madre, porque presenta un duelo no elaborado y probablemente gran sentimiento de culpabilidad por la indefensión a la que expuso a sus hijos.

Nos parece interesante analizar e identificar en estas familias cómo se desarrollan los juegos patológicos, así como el significado del síntoma psicótico, encontrando aquí en la fratría mucho más peso para la comprensión del significado del síntoma, como una «disimulada, guerra de sucesión».

Además, a modo de conclusión más general, la presentación de este trabajo nos proporciona la oportunidad de reflexionar acerca de la importancia, al menos en algunos casos, de explorar tanto al paciente que viene a nuestra consulta como a su sistema familiar, para obtener un visión más completa de la situación permitiéndonos realizar una intervención exitosa.

## REFERENCIAS

1. García I. Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. Rev Asoc Esp Neuropsiq; 2008, 28 (101): 9-25.
2. Merino H, Pereira M. Familia y esquizofrenia: Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. Anales de Psicología; 1990, 6 (1): 11-20.
3. Castellón M. La patogénesis de la esquizofrenia en el grupo familiar. Una comparación de las perspectivas de Carlos Sluzki y García Badaracco durante la década del '70. Buenos Aires: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. 2011.
4. Ortega F. Terapia Familiar Sistémica. Sevilla: Universidad de Sevilla. 2001.

5. Laing RD. El Cuestionamiento de la Familia. Barcelona: Paidós Ibérica. 1969.6. Selvini-Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. Los juegos psicóticos en la familia. Barcelona: Paidós Terapia Familiar. 1995.

**VOLVER AL ÍNDICE**

# AFECTACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO EN LA INFANCIA RELACIONADO A SU SITUACIÓN SOCIAL. APP

**Inmaculada Vicente Fernández**

Psicóloga Clínica, ALÚA. Centro Sanitario de Salud Mental, Ciudad Real

**Laura Mella Domínguez**

FEA Psiquiatría USMIJ Hospital General de Ciudad Real

**Mercedes López Galán**

Psicóloga Servicios Sociales de Miguelturra, Ciudad Real

Contacto: [ivicente.alva@gmail.com](mailto:ivicente.alva@gmail.com).

## INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso clínico de un menor de edad que ha recibido seguimiento durante un año en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil del Hospital General Universitario de Ciudad Real; en el caso, se describen las dificultades de integración escolar y social del paciente junto a la dinámica familiar como las razones principales de la afectación y necesidad de atención especializada.

## OBJETIVOS

La dinámica familiar y las condiciones desfavorables desde el punto de vista social y económico aumentan el grado de vulnerabilidad integral de los niños/as y de todos los miembros de sus familias ya que se encuentran expuestos -a menudo- a condiciones precarias que atentan contra la salud mental y física; así como a problemas conductuales y de aprendizaje. Además, con mayor fre-

cuencia que en poblaciones que no comparten similares características, los miembros de la familia presentan enfermedades físicas, estrés, apoyo social insuficiente, dificultades de integración social y depresión parental.

Contemplar los factores de riesgo familiares como condicionantes de estancamiento y patología para el desarrollo y la maduración de los miembros es considerado necesario por los autores en el abordaje de las dificultades emocionales que se originan y se mantienen, a pesar de que puedan conocerse las consecuencias negativas que pueden producir

El estudio y comprensión de las relaciones socio-familiares y de las dificultades del menor como síntoma cobran mayor relevancia cuando hablamos del caso que nos ocupa

## METODOLOGÍA

Se trata de un paciente varón de 9 años, el menor de dos hermanos (la mayor es mujer adolescente de 13 años de edad) derivado a la USMIJ desde el Servicio de Orientación del Centro Escolar de referencia «por alteraciones de conducta» en el mismo y retraso escolar.

En la información aportada por el centro, el niño no se ajusta a normas básicas en el aula, mantiene conductas de llamada de atención tanto con profesores como con alumnos y distrae de sus tareas-con frecuencia- a los compañeros. Así mismo, se describe al menor con actitud infantilizada (no acorde con su edad), con tendencia al enfado y amenaza cuando no consigue lo que desea y un desfase curricular que no se justifica por dificultades intelectuales.

El menor asiste a consulta habitualmente acompañado de su madre presentando durante las sesiones (mantenido durante todo el proceso) una implicación inestable, alternando entre activa y pasiva sin aparente justificación. Se detecta que la actitud del menor es distinta cuando la madre y/o el padre permanecen en consulta con él a cuando se interviene a solas, situación en la que logra mantener durante mayor tiempo la atención y participa más activamente permitiéndose la expresión emocional breve, en cortocircuito (a través del juego y la simbolización). Gestual en exceso, informa de dificultades en casa de manera no verbal, escuetamente, si se le hace referencia explícita a aspectos concretos de relación familiar que se consideran fundamentales conocer para el tratamiento y adaptación de objetivos psicoterapéuticos

Se realizan las correspondientes evaluaciones psicopatológica y familiar, estableciéndose sesiones de seguimiento periódico por Psicología Clínica y Psiquiatría a lo largo de un año. Durante este periodo, no se describe necesidad de tratamiento farmacológico. La coordinación intra-USMIJ se realiza en cada consulta preestablecida; de hecho, la familia solicita que las citas entre los distintos profesionales coincidan en el mismo día, para que el desplazamiento hasta el recurso no sea tan gravoso y el menor no pierda clase con frecuencia. Esta circunstancia favorece que los espacios intersesiones se dilate, cuestión trabajada con los implicados por sus consecuencias negativas previsibles y la gravedad que el caso entraña; sin embargo, no se consiguió asistencia más frecuente, pese a que se facilitaron citas extras (la familia no aceptaba o las retrasaba). En la mayoría de las sesiones, se dedicó un tiempo de contención y trabajo con la madre a solas

El trabajo realizado, paralelamente, en Servicios Sociales y el Centro Escolar de referencia con el

paciente y su familia, fue tenido en cuenta en las decisiones psicoterapéuticas adoptadas a lo largo del proceso en la USMIJ, se mantuvo una coordinación regular entre recursos durante el mismo

## DESARROLLO

A lo largo de las sesiones de seguimiento del caso, se detectan problemáticas no descritas en el Motivo de Consulta original.

Se diagnostica «enuresis primaria» (que el niño asocia a las condiciones físicas de la casa: el aseo está extremadamente alejado de la habitación), un comportamiento inmaduro e infantilizado (que se confirma, a lo largo del proceso, es mantenido por la dinámica familiar), dificultades en regulación emocional (escaso autocontrol emocional en el niño); en cuanto a la adquisición de hábitos de autonomía y responsabilidad acordes a la edad del paciente, estos no están conseguidos (no solo en los hábitos básicos de higiene y alimentación, tampoco asume hábitos mínimos de convivencia ni hábitos de estudio básicos, entre otras cuestiones disfuncionales como la práctica prolongada de colecho con su madre ) y baja tolerancia al respeto de normas y límites en distintos contextos (más llamativo y sancionador en el colegio).

En cuanto a su Adaptación escolar, como alumno, presenta aislamiento en el colegio, rechazo de sus iguales y bajo rendimiento escolar a pesar de impresionar de mayor capacidad para el aprendizaje de la que demuestra. A nivel curricular presenta un Coeficiente intelectual dentro de valores normales, descartando problemas en éste aspecto.

Los profesores se muestran confusos ante las conductas y actitud del menor, dudan de si estas responden a algún trastorno sin diagnosticar. En el contexto escolar, el Servicio de Orientación Educativa (SOE) informa de que el menor presenta inseguridad, baja autoestima y déficits en sus relaciones sociales. Los compañeros del niño se quejan de que les molesta, de que no les deja concentrarse en clase, de que no hace nada, de que no hace caso, no les gusta como huele ni lo sucio que va al colegio, no juegan con él en el recreo porque enseguida se enfada y no respeta las características de cada juego. No le invitan a cumpleaños. Desde el colegio, informan de que cuando el niño toma iniciativa para interactuar con sus iguales, lo hace con dificultad, de forma poco hábil y desajustada. El profesorado ha considerado necesario facilitar clases de refuerzo educativo con el de reducir la progresión del desfase académico y se mantiene seguimiento por SOE para trabajo específico en favorecer adaptación e integración escolar, en el amplio sentido del concepto

Las investigaciones han encontrado sólidas relaciones entre la competencia social en la infancia y el funcionamiento psicológico posterior; por lo que, el aprendizaje, la comunicación y el desarrollo de habilidades sociales y la pertenencia a grupos sociales sólidos favorecedores de maduración influyen de manera positiva en el desarrollo de fortalezas psíquicas en los niños así como contribuyen a prevenir posibles comportamientos disfuncionales, particularmente aquellos vinculados a la agresividad y al negativismo, favorecen la adaptación y aceptación de los otros, los refuerzos positivos y el bienestar, entre otros recursos de salud.

Las destrezas sociales son parte esencial de la actividad humana ya que el discurrir de la vida esta determinado, al menos parcialmente, por el rango de las habilidades sociales. Distintos estudios señalan que las habilidades sociales inciden en la autoestima y en el rendimiento académico, entre otros aspectos, tanto en la infancia como en la vida adulta.

En la infancia, la conformación de habilidades sociales esta estrechamente vinculada a los grupos primarios y a las figuras de apego. Durante los primeros años de vida, la familia o específicamente las figuras de apego tienen una importancia central para el comportamiento interpersonal del niño. Esto es así debido a que la familia es el contexto único o principal, donde crece el niño y controla el ambiente social en que vive, y por lo tanto le proporciona las oportunidades sociales, ya que puede actuar como un filtro o una llave para la incorporación a otros contextos. Algunas investigaciones señalan la relación entre el apego seguro con la madre u otros cuidadores e interacciones exitosas con los pares. Además, los comportamientos sociales entre pares, caracterizados por la reciprocidad, resultan esenciales para el desarrollo social, emocional y cognitivo del niño. Se sostiene que las habilidades sociales no sólo son importantes respecto a las relaciones con los pares sino que también permiten que el niño asimile los papeles y las normas sociales.

Existe también evidencia empírica que conecta las competencias sociales a la salud física y mental. El déficit en las habilidades sociales ha sido relacionado a una variedad de trastornos tales como la ansiedad, enfermedades cardiovasculares, abuso de sustancias, entre otros.

Así mismo, se objetiva una significativa disfunción en la estructura familiar:

-Por una parte, cabe destacar la gran implicación de la madre en la vida del hijo y sus dificultades. Atascada en una edad más temprana de crianza, la madre mantiene estrecha supervisión de comportamiento en el hijo al que le indica cómo y cuándo puede hacer las cosas. Se describe una relación de apego escasamente proactivo. La madre se aferra al cuidado del menor y se considera que ello le proporciona la función dentro del sistema familiar. Esto hace que se aferre al hijo y lo trate como si fuera más pequeño de lo que es. Impresiona «no desear que su hijo crezca»

-Papel periférico del padre. El padre se presenta en las sesiones ocasionalmente, manteniendo actitud pasiva y esquiva en las mismas; en relación al menor y las dificultades descritas. Delega la función educativa y de cuidado del menor-objeto de atención- a la madre, justificando este aspecto por incompatibilidad de horario laboral. La madre del menor asume la distribución de roles y deposita la educación y cuidado de su hija mayor en el padre que acepta incondicionalmente y de buen grado. De hecho, en las conversaciones mantenidas, esta separación de tareas queda patente al extremo, la madre desconoce cuestiones fundamentales del desarrollo de la hija mayor y el padre, en la misma línea con su hijo varón; al igual que, ante complicaciones o conductas no deseables de los hijos, cada uno de los padres ejerce la función explícitamente con el «asignado», permaneciendo el otro al margen como observador

-Se identifica el Triángulo perverso: diada madre-hijo excesivamente apegados y el otro vértice, el padre, excluido. El padre no es considerado como autoridad, se incorpora este modo de relación como forma para mantener el equilibrio entre los miembros.

-Resalta la Coalición del padre-hija mayor contra la madre. La madre es cuestionada habitualmente en las funciones domésticas y educativas que asume. El fracaso reiterado del abordaje en tareas de casa y en el desarrollo del hijo pequeño, favorecen a que esta coalición se mantenga

-Padres poco jerarquizados. La dinámica descrita favorece la dificultad para establecer jerarquía en la familia. Los hijos, por separado, se funden con sus padres, no existen normas estables en el tiempo, los menores asumen –en ocasiones- el papel de asesores y/o protectores de los padres, los padres –con frecuencia- depositan aleatoriamente la responsabilidad del clima familiar a los hijos, la relación de igualdad entre hermanos no existe. La debilidad entre subsistemas parental y fraterno favorece la confusión de roles y el caos se instaura como única vía de supervivencia

-La existencia de un conflicto de pareja no resuelto subyace a la situación familiar descrita. Ambos progenitores hacen referencia a una grave conflictiva conyugal con constantes peleas y alto nivel de tensión en el clima familiar. A ninguno de los dos les gustaría que esto sucediera pero todos los intentos de intervenir en este sentido han fracasado, bien por escasa implicación, bien por dificultades para asumir cambios, bien por la negativa de análisis, bien por limitaciones introspectivas.

De larga evolución, se describe una relación de pareja con comunicación distorsionada e incomunicación a periodos. No se describen momentos de intimidad en la pareja.

En la esfera de relación conyugal, se hace referencia a mínimas actividades de ocio y disfrute. La función de conyugalidad permanece en un segundo plano.

Además, la muy empobrecida esfera individual de la madre y el desarrollo de los acontecimientos repercute en la insatisfacción personal y familiar, lo que conlleva a producir más disfuncionalidad. La madre reconoce añorar actividades fuera del entorno familiar, refiere que se encontraría más satisfecha personalmente si realizara alguna pero, en la práctica, aún cuando se le han facilitado desde Servicios Sociales, presenta importantes dificultades para asistir a las mismas, alegando que la dedicación a su hijo (paciente identificado inicialmente) y a las tareas domésticas se lo impiden.

-En otro plano, desde Servicios Sociales, se ha informado de unas condiciones insalubres en la vivienda. Se objetiva situación de precariedad en la vivienda, los servicios sociales de zona describen una vivienda pequeña, fría, con el cuarto de baño fuera de la casa, en precarias condiciones de habitabilidad e higiene. El tipo de vivienda y los problemas de higiene estigmatizan al menor en el colegio y es rechazado por sus iguales. Esta circunstancia, entre otras cuestiones, hacen que las condiciones higiénicas del espacio y sus miembros no se consideren aceptables. Se han facilitado otras posibilidades de vivienda pero la familia se muestra reacia y permanecen en la misma con la intención de ir mejorando su habitabilidad poco a poco, cuestión que, hasta la fecha, no se ha producido.

## CONCLUSIONES

Desde la USMIJ se concluye que el clima de tensión a nivel familiar y la situación social son los causantes del insano desarrollo evolutivo del niño. El apego emocional no resuelto y la sintomatología ansioso-depresiva han producido problemas intrapsíquicos y problemas sociales tanto en el entorno familiar (aislamiento social en el menor y en la madre). Probablemente la abdicación de las funciones normativas se deba a la inseguridad parental, la evitación del estrés y los conflictos de pareja ya que las funciones normativas requieren de la acción compartida de ambos progenitores (actualmente, se mantienen exceso de funciones nutritivas frente a déficits de las funciones normativas).

Se trabaja a estos niveles desde psicología clínica, psiquiatría y los servicios sociales de su zona, que intervienen también en el domicilio. Se describe significativa resistencia al cambio y escasa colaboración de los padres en el cumplimiento de las recomendaciones que se describen desde los distintos profesionales intervinientes, aunque los pequeños cambios conseguidos denoten mejoría en el paciente.

En la actualidad, tras varias reevaluaciones del caso y coordinación entre recursos sanitarios y sociales, se está considerando solicitar la intervención directa desde Protección de Menores y no

se descarta la posibilidad de recomendar la separación temporal del menor del domicilio familiar, dada la evolución del caso y el negativo pronóstico del mismo.

Los tratamientos establecidos por los distintos expertos en el caso, las dificultades socio-económicas mantenidas, la disfunción familiar cronicada, las características de vinculación entre los miembros de la familia, el condicionamiento y prejuicios sociales (localidad pequeña), el empobrecido desarrollo de potencialidades en el menor, las resistencias al cambio en los padres, el señalamiento reiterado de las dificultades personales del menor tanto a nivel personal como con iguales en ámbito escolar y social predisponen a la derivación del caso a los Servicios del Protección del Menor como recurso integrador de las intervenciones y recopilador de información completa con competencia en la toma de decisiones más acorde con el bienestar y desarrollo integral de la infancia.

## REFERENCIAS

Familia y terapia familiar, SALVADOR MINUCHIN, GEDISA, ISBN: 9788497843577, 2009

Emociones Positivas: Una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia infantil Greco, Carolina; Morelato, Gabriela; Ison, Mirta\*, Vol. 7 (2007), Greco

Las habilidades sociales como recursos para el desarrollo de fortalezas en la infancia Lacunza, Ana Betina, URI: <http://hdl.handle.net/10226/586>, 2009

**VOLVER AL ÍNDICE**



# LA DESLEALTAD A LA FAMILIA COMO REAFIRMACIÓN DE IDENTIDAD

**Pedro Angel Leganés Pastor**

Hospital «Dr. Rodríguez Lafora»

**Sara Cabello de Alba Cabello de Alba**

Hospital Universitario «Gregorio Marañón»

**Carolina Rubio Pérez**

Hospital Universitario «Gregorio Marañón»

**Laura Alvarez-Cienfuegos Cercas**

Hospital Universitario «Gregorio Marañón»

**Contacto:** [carolinarubioperez@gmail.com](mailto:carolinarubioperez@gmail.com).

## INTRODUCCIÓN

Se puede definir la identidad como todas aquellas características que conforman la imagen del sí mismo. Este concepto se va desarrollando y construyendo gracias a la intervención de factores cognitivos y a la interacción familiar y social a lo largo del desarrollo personal. (1)

Para el correcto desarrollo de la identidad es necesario el paso por un proceso de diferenciación familiar. Este proceso de separación emocional es complejo y depende, en gran medida, de la capacidad de los padres de permitir al hijo alejarse de ellos. Otros factores que influyen son el grado en que los padres han sido capaces de diferenciarse de sus propios padres, así como la propia capacidad para soportar la tensión y confrontación con los demás. Para describir este proceso se desarrolló, a mediados del siglo pasado, el concepto de diferenciación del sí mismo, siendo este el proceso a largo plazo en el que el hijo se desvincula lentamente de la fusión inicial con la madre y se mueve hacia su propia autonomía emocional. Normalmente esto se alcanza muy pronto en la infancia sobre la base del grado de diferenciación de los padres y del clima emocional predominante en la familia de origen.

El grado de diferenciación determina el estilo de vida de una persona. El nivel de diferenciación se repite en el matrimonio, tras el cual, el sí-mismo está ligado emocionalmente a los padres en la generación pasada, al cónyuge en la presente y a los hijos en la futura. Una persona que no ha transitado adecuadamente por este proceso puede llevar una vida aparentemente equilibrada y sin síntomas, pero es muy vulnerable a la tensión, encuentra muchas dificultades para adecuarse a las exigencias de la vida y manifiesta una alta incidencia de patologías y problemas. (2)

Otro concepto relacionado con la diferenciación es el de apego. El modelo de apego que tenga un sujeto va a influir poderosamente en la consideración que tiene de sí mismo y de los demás, de manera que los que han tenido un apego seguro tendrán más confianza en sí mismos y se relacionarán mejor con los demás. Es por esto necesario establecer un vínculo adecuado con los padres para el correcto desarrollo emocional del niño. (3) El grado de apego emocional no resuelto se encuentra en íntima relación al grado de indiferenciación. Cuanto más bajo es el nivel de diferenciación, más fuerte es el apego emocional no resuelto a los padres y más intensos son los mecanismos destinados a controlar la indiferenciación.

Este grado de indiferenciación se puede manifestar mediante una relación de simbiosis entre la madre y el hijo, como en el caso que presentamos. Cuando el hijo está en una relación dual con la madre, en la cual los límites entre cada uno de los miembros de esa diada están totalmente difuminados, hablamos de una relación simbiótica y fusional. Este tipo de relaciones son muy adecuadas durante una fase del desarrollo en la que, realmente, los hijos tengan a alguien que les vaya cubriendo las necesidades que tienen y, por otro lado, la persona que se las está dando tenga unas gratificaciones importantes, porque requiere un gran esfuerzo dedicarse a las labores de crianza. Pero a la larga, si esto se mantiene, nos podemos encontrar con una realidad distorsionada en la que todo lo de fuera no existe, o es una amenaza, como en nuestro caso clínico, llegando a la auto-satisfacción mutua total y a la falta de desarrollo personal del niño y de la madre. (4)

Existen múltiples causas por las que se puede llegar al estancamiento de la relación diádica entre madre e hijo/a. En nuestro caso veremos que las razones que llevan a la madre a perpetuar esta situación se basan en la búsqueda de las necesidades emocionales que no encuentra con su marido. Por lo que trata de compensar esa carencia mediante la relación de interdependencia, pasando a formar parte su marido de otro subsistema familiar distinto al suyo.

En los casos de relaciones simbióticas la configuración global de la familia suele ser centrípeta, es decir, focalizan sus intereses principalmente en los acontecimientos intrafamiliares, estableciendo límites muy fuertes frente a lo externo, mientras que internamente esos límites son muy permeables, como la propia relación simbiótica y de codependencia. Cuando llega el momento en que se precisa mayor distancia y diferenciación, un movimiento centrífugo, aparece la disfunción y la capacidad de enfermar. (5)

## OBJETIVO

Facilitar el proceso de diferenciación y reafirmación de la identidad en una mujer de 44 años diagnosticada de trastorno de personalidad evitativa del Hospital de Día de Psiquiatría del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

## METODOLOGÍA

Exposición de caso clínico y revisión bibliográfica.

## DESARROLLO

El caso que presentamos a continuación el de una mujer de 44 años que acude a nuestro dispositivo, derivada por su psiquiatra de zona. Tiene el primer contacto con los servicios de Salud Mental de área de la Comunidad de Madrid a los 20 años, por «reacción adaptativa». Desde ese momento y hasta la actualidad no cesa el seguimiento, alternando el circuito público y el privado.

Ha recibido numerosos diagnósticos psiquiátricos; TOC, Trastorno de Personalidad Evitativo, Trastorno Dependiente de Personalidad, varios Episodios Depresivos, Estado Fóbico, y Trastorno Adaptativo. Cuenta con tres ingresos psiquiátricos, siendo el último reciente, y realizó terapia grupal en nuestro dispositivo durante nueve meses entre los años 1995-1996. Desde hace unos meses se encuentra en el Programa de Continuidad de Cuidados y vinculada al Centro de Rehabilitación Psicosocial de área, de lo que se deduce el importante deterioro funcional y social que presenta la usuaria en estos momentos. Cuenta, además, con dos hermanos mayores que también realizan seguimiento en Salud Mental de zona.

En cuanto a las características clínicas; predomina, en la actualidad, el importante deterioro funcional y psicosocial que presenta. Tiene grandes dificultades en la interacción interpersonal, con tendencia a la evitación de situaciones que impliquen exposición social, e importante angustia y ansiedad en los momentos en los que se presentan pequeños cambios en su vida. Siempre se le ha enmarcado como una personalidad frágil, insegura y obsesivoide, que le ha conducido en los últimos veinte años a tal estado de deterioro global que su funcionamiento se asemeja al de una persona con Trastorno Mental Grave. En un segundo plano psicopatológico se encuentran las obsesiones que describe, si bien nosotros durante su estancia en nuestro dispositivo no se han apreciado en un rango clínico relevante, y las oscilaciones anímicas dependientes de un funcionamiento cognitivo en el que predominan la autocrítica y el sentimiento de inferioridad, siempre en el contexto de sus dificultades sociales, siendo este el centro de su discurso: «No sé comportarme con los demás; me rechazan porque no sé estar; soy muy inadecuada; no tengo cultura general; me cuesta hablar con la gente; todo el mundo me ve como una niña inmadura» «Mi problema es hablar con los chicos, me obsesiono con ellos. Me da vergüenza hablar con ellos...» Nunca había tenido pareja, aunque en el momento de la derivación acababa de conocer a un chico con el que estaba comenzando una relación.

Desde la primera entrevista con ella sospechamos que pudiera tratarse de una persona con una estructura psicótica dado el importante deterioro funcional que presentaba, si bien es cierto que desde el principio se descartaron francas alteraciones del pensamiento. También descartamos problemas en el ámbito cognitivo, si bien es cierto que presentaba ciertas quejas en relación a la memoria y atención en los momentos de mayor decaimiento anímico, pero sin claro defecto cognitivo propio de los pacientes psicóticos. Nuestra usuaria presentaba problemas con las tareas propias del hogar, siendo incapaz de realizar tareas básicas como hacerse su cama o limpiar adecuadamente, siendo una de las razones que generan un constante conflicto con su madre y una constante sensación de insuficiencia.

En el momento de la derivación residía en una Mini-residencia desde hacía 4 meses. Hasta entonces siempre ha permanecido en el domicilio familiar, con su madre y dos hermanos, uno de 47 años y otro de 42 años. Su padre había fallecido hacía 15 años por un cáncer de próstata. Estudió hasta el primer curso de Filología Inglesa, abandonando los estudios por la dificultad para mantener la asistencia académica con regularidad, debido a la elevada ansiedad que le provocaba el estudio de algunas asignaturas. No obstante siempre había tenido un adecuado rendimiento académico, no sin un importante esfuerzo y perseverancia.

Las dificultades existentes en la convivencia en el domicilio así como la marcada relación de dependencia que existía de la usuario con la madre fueron las razones principales por las que se le derivó a la Mini-residencia. De hecho, nuestra paciente reconocía los diarios conflictos con su madre con numerosos episodios de heteroagresividad, con importante repercusión en el resto de los miembros de la familia (los hermanos). Si bien es cierto que nuestra paciente manifiesta a diario alteraciones conductuales de este calibre, con importante hostilidad y oposicionismo hacia su madre, la relación con ella siempre la describe en desde una postura ambivalente.

Refiere haber tenido una infancia en la que su madre siempre le sobreprotegía, alertándole constantemente de los graves peligros que acechaban fuera del entorno familiar, especialmente los chicos. Siempre manifestaba, por una parte, un gran deseo de experimentar todo aquello que se encuentra fuera, más allá del protector entorno familiar. Saber lo que se siente con un hombre, tener más contactos con iguales, ser capaz de tener una vida independiente, alejada de los estrechos lazos con su madre. Aunque por otra parte es incapaz de alejarse de ella, siente pánico, terror, a las críticas de su madre, a lo que opine esta de ella. Se siente inundada por la ansiedad cuando le contradice y no es capaz de confrontarla cuando discrepan. Duda en la toma de decisiones, especialmente si esta entrara en conflicto con la opinión de su madre.

En esta familia ninguno de los miembros de la familia se ha independizado, a pesar de sus edades, manteniéndose atrapados en torno a esa madre. Nuestra paciente siempre se refiere a sus hermanos mayores con cariño, describiéndoles como personas tranquilas pero sin intereses sociales, ninguno tiene pareja y tan sólo uno de ellos trabaja. Uno de ellos abusa del alcohol, cosa que la madre nos intenta esconder. Estos siempre se han mantenido al margen de la relación de «interdependencia» de la madre y la hija.

En el Hospital de Día, por tanto, nos encontramos con una mujer repleta de inseguridades y falsas creencias en lo relativo a las relaciones sociales y sentimentales, inculcadas por su madre en el seno de una familia aglutinada, imposibilitando una adecuada autonomía. Estas creencias se han basado en la suspicacia hacia cualquier elemento ajeno a la familia y en especial a la relación con los hombres, devaluando las relaciones sexuales y proyectando las dificultades en este ámbito vividas por la madre. Según refiere su madre siempre le ha confesado que no ha disfrutado de las relaciones sexuales con su padre, habiendo sido forzada en varias ocasiones. Es por esto que la sexualidad en su madre deja de interesarle. Es más, es un faceta vital que evita y vive con angustia, transmitiendo todas estas vivencias a la paciente. Esto, por tanto, genera una importante ansiedad en su hija, que nunca ha mantenido relaciones sexuales, lo que le hace debatirse entre el deseo y la necesidad de aprobación de su madre.

Al inicio de la estancia en el recurso se mostraba muy tensa, poco participativa, aunque conectada, con un contacto que impresionaba de sensitivo/paranoide, siendo a veces algo inadecuada en el contenido de sus aportaciones grupales, delatando su falta de habilidades sociales en la comunicación, y con dificultad para vincularse con el resto de pacientes y miembros del equipo. Sus

interpretaciones siempre eran rígidas y literales y a veces tenía ciertas dificultades para el contacto con el sufrimiento de los compañeros.

Poco a poco fue abriéndose y desgranando su problemática en los grupos terapéuticos, sintiendo marcado alivio cuanto recibía el feed-back de sus compañeros. Su discurso siempre transitaba entre las dificultades de enfrentarse al deseo de tener sus primeras experiencias con el chico con el que llevaba saliendo varios meses y los mensajes de rechazo que recibía de la madre hacia su pareja cuando le confesaba que este chico quería mantener relaciones con ella. Le hablaba de «lo poco conveniente que era esta persona para ella; que ella no estaba hecha para mantener relaciones sexuales; que esta persona era una degenerada...». Por otra parte la paciente expresa el deseo de poder tener una vida lo más normalizada posible y de experimentar la sexualidad con este chico. No obstante expresa fantasías amenazantes sobre la sexualidad, sobre cómo le iba a doler la penetración, describiéndolo como «algo que deja una herida física y genera dolor y sufrimiento» lo que hacía pensar en un importante déficit en educación sexual. El grupo le devuelve en todos estas intervenciones lo «pegada» que está a su madre y lo que esta le condiciona en la sexualidad. Las chicas del grupo le animan a que comparta con ellas los detalles y deje a un lado la figura de su madre. Parece que el vínculo es tan intenso con su madre que le cuesta pensar de forma independiente y tener otras relaciones que no pasen por ella. La madre le pone en un callejón sin salida, le dirige la vida, pero no le valida en casi nada. Le transmite constantemente su incapacidad y no quiere que vuelva a casa, dado que manifiesta que «desde que está en la Mini-residencia hay mucha más calma en casa». Le insulta, le llama «zorra» cuando queda a comer con su pareja, y le recuerda constantemente lo inadecuado de esa relación. En numerosas ocasiones la paciente se siente superada por la situación y se plantea la ruptura con su novio porque entiende la posición de su madre. «Ella me sobreprotege. No quiero disgustarla con la relación. No quiero que haya problemas entre nosotras. Sé que si continúo me va a dejar de hablar».

A lo largo de las sesiones grupales, no obstante, consigue ir expresando su temor a pensar de forma distinta, al rechazo de ésta si no actuaba de acuerdo a sus expectativas, pudiendo empezar a soportar el malestar de sentir, pensar y actuar de forma distinta a la madre, no viéndose tan reflejados en su discurso todo aquello que aporta su madre, lo que se entiende como un cambio en la dinámica relacional familiar.

## CONCLUSIÓN

El desarrollo vital de la persona está relacionado con el grado de apego emocional no resuelto, por la cantidad de ansiedad que de él resulta, tal y como nuestra paciente presentaba, habiendo quedado paralizada su maduración e independencia emocional respecto al vínculo que presenta con su madre. El grupo ha funcionado como espejo de su ambivalencia, como altavoz de las distintas voces que en la paciente están presentes, la de su madre y la suya propia que en ocasiones se confunden. El grupo ha servido como facilitador de la posibilidad de construir una identidad propia y como un Otro que valida y acepta a la paciente tal y como es.

Finalmente hubiera resultado interesante un abordaje sistémico como complemento al llevado a cabo en nuestro recurso. Analizar con mayor profundidad la figura de los hermanos y el papel que

desempeñan en la dinámica familiar, así como la relación entre la madre y el padre. Las dificultades de ese matrimonio para la génesis del síntoma que mantuvo la homeostasis en ese hogar durante tanto tiempo.

## REFERENCIAS

- (1) Sims, A. (2008) Síntomas mentales. Madrid. Triacastela.
- (2) Bowen, M. (1991) De la familia al individuo. Barcelona. Paidós.
- (3) Pichón- Riviere. (2002) Teoría del vínculo. Nueva visión Argentina.
- (4) Garrido M, y Espina A. (1995) Terapia Familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales. Madrid. Ed. Fundamentos.
- (5) Moreno, A. (2014) Manual de Terapia Sistémica. Bilbao: Descleé de Brouwer
- (6) Irving Yalom, (1985) The theory and technique of group psychotherapy. New York: Basic books.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# RELIGIÓN, SOCIEDAD Y PSICOPATOLOGÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlos Cenalmor Aparicio  
Héctor De Diego Ruiz  
Aitor Arias Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón  
Departamento de Psiquiatría

Contacto: [ccenalmor@gmail.com](mailto:ccenalmor@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Es ya conocido que los elementos socioculturales y religiosos afectan de forma fundamental a la presentación de los trastornos de la mente. La observación de las manifestaciones psiquiátricas desde el prisma transcultural no deja lugar a dudas<sup>1, 2</sup>. Sin embargo, a lo largo de los años de práctica (aún limitados) de los autores de este texto, ha existido la percepción de que con frecuencia se hace difícil diferenciar en un caso concreto lo que viene desde lo religioso y lo que viene desde lo sociocultural. Los profesionales de Salud Mental, en su quehacer diario, se encuentran con pacientes procedentes de muy diferentes nichos socioculturales y con diferentes adscripciones religiosas, que plantean diversos problemas a la hora de su abordaje. A menudo resulta difícil entender la procedencia exacta de las conductas y costumbres de los pacientes, si esta se encuentra en su trasfondo sociocultural, o en su sistema de ritos y creencias; y cuando a esto se añaden posibles manifestaciones clínicas de trastornos mentales, la confusión puede ser máxima. En estas circunstancias, es fácil cometer errores a la hora de decidir lo que es preocupante de lo que no, a la hora de abordar al paciente y de elegir los mejores planes de cuidado, y es igualmente sencillo elaborar hipótesis erróneas acerca de los efectos negativos o positivos que una determinada religiosidad o trasfondo cultural puedan tener en el bienestar psíquico de la persona. Por todos estos peligros, se nos hace necesario elaborar una breve reflexión sobre las influencias entre religión, sociedad y psicopatología.

## OBJETIVO

Realizar una reflexión sobre las relaciones entre lo religioso, lo sociocultural y lo psicopatológico en la actualidad de nuestro país. Extraer conclusiones útiles para el quehacer del profesional de Salud Mental a este respecto.

## METODOLOGÍA

Se mostrará un caso clínico, elegido por la confluencia de elementos que lo hacen adecuado para nuestro objetivo. Se realizará una reflexión escrita sobre el tema y a propósito de dicho caso.

## DESARROLLO

### Reflexiones previas

La presencia e importancia de la religión presenta una variabilidad a lo largo de las épocas de la historia humana, en paralelo a la evolución cultural de nuestra especie. Se han desarrollado diferentes tipos de creencias religiosas desde los sistemas más animistas en las sociedades cazadoras-recolectoras a los monoteístas predominantes en las principales culturas de la actualidad. Todos y cada uno de estos sistemas se encuentran en relación íntima con las variables socioculturales presentes en cada región del mundo y en cada época histórica. Historia, cultura y religión son una tríada inseparable que da forma y sentido al desarrollo humano<sup>3</sup>.

A modo introductorio, nos centraremos ahora en la relación entre lo sociocultural y la religión. Dada la imposibilidad de realizar un repaso exhaustivo sobre esta temática, por la amplitud de teorías y autores que la han abordado (Spencer, Tylor, Freud, Weber...), nos centraremos en dos autores insignes, elegidos por la diferencia en su campo de estudio y la similitud en sus conclusiones.

Emile Durkheim (1858-1917), uno de los padres de la sociología entonces naciente, realizó un abordaje del hecho religioso desde las herramientas hermenéuticas que le aportaba dicha disciplina. Para él la sociedad era una realidad que superaba a los individuos y que no era una mera suma de estos; se trataba de un sistema de fuerzas con capacidad de actuar sobre el individuo y de modificar su conducta. Desde una perspectiva imanentista, explica que Dios equivale como simbolización a este sistema de fuerzas<sup>4</sup>, sería simplemente una forma de referirse a esa dimensión supraindividual que es la sociedad, y por tanto la religión que se relaciona con ese Dios es «*la imagen y reflejo de la sociedad real*»<sup>5</sup>. La religión, aunque no es capaz de aportar conocimiento al ser humano (este papel se lo reserva exclusivamente a la ciencia), mantiene para él una función importante como canalizadora de la moralidad y la identidad de este psiquismo colectivo que es la sociedad, y lo hace a través de la fe y el culto. En definitiva, para Durkheim «*La causa objetiva, universal y eterna de esta realidad que constituye la experiencia religiosa es la sociedad*»<sup>5</sup>.

Desde otro ámbito diferente, el filósofo y pionero en el estudio moderno de la historia de las religiones, Mircea Eliade (1921-1982), expresaba «*en los niveles más arcaicos de la cultura, vivir*



*como ser humano es de suyo un acto religioso»*<sup>6</sup>. Para él, lo sagrado o la divinidad se manifiestan en la vida cotidiana del ser humano a través de la religiosidad —lo que él llama hierofanías, que serían los ritos, lugares y signos de las diferentes religiones—. Eliade entendía lo religioso como una dimensión constitutiva del ser humano, que impregnaba todo lo cultural y lo social desde sus orígenes: en esos orígenes estarían los mitos, que en un tiempo primigenio y simbólico dieron lugar a la formación de algunas de las características de la realidad de una sociedad. Los mitos originales de cada sociedad contendrían dentro de sí una serie de símbolos que se muestran en las interacciones sociales más básicas (el matrimonio, la alimentación, el arte, etc.)<sup>7</sup>. Incluso en las sociedades secularizadas la religión permanecería para él, de una forma disminuida o degradada, ya que la religiosidad propia del hombre no podría desaparecer y siempre el mito originario seguiría dando forma de alguna manera a la sociedad.

Llama la atención la coincidencia en las conclusiones de dos autores con visiones tan diferentes sobre el hecho religioso en sí: si bien uno pone el acento o el inicio en lo religioso y otro en lo social, al final ambos elementos se muestran para ellos como entidades inseparables, por la necesidad que tienen la una de la otra.

En el caso que se presenta a continuación se describe a una mujer cuyos condicionantes históricos, sociales, culturales y religiosos se entrelazan y dan forma a las manifestaciones psicopatológicas que se detallan. A partir de ella podremos realizar una reflexión más concreta sobre el tema.

## Marina

Nacida en Honduras en 1988. Su primer recuerdo se remonta a los tres años de edad, cuando se produjo una agresión del padre a la madre, que la tenía en brazos. En ese momento tuvo lugar el abandono del hogar por parte de la madre, quedando ella y su hermana, dos años mayor, a cargo del padre. Tras este acontecimiento inició un mutismo hacia adultos, que persistió hasta el regreso de la madre, cuando tenía cinco años. Continuaron las disputas e insultos entre ambos progenitores, que se separan poco después. Marina (nombre ficticio en pos de su confidencialidad) recuerda un padre sobreprotector, consentidor y agresivo. Era mucho mayor que la madre, con la que se había casado en segundas nupcias, y tenía seis hijos de un matrimonio anterior. A su madre la describe como ausente, ambivalente entre el rechazo y la más profunda dependencia. No ha mantenido contacto con otros miembros de su familia, pero conoce que un tío paterno había sido diagnosticado de esquizofrenia.

La madre de Marina es evangélica y su padre católico. Marina se bautizó en el rito evangélico y recibió una educación moral rígida, centrada en valores evangélicos; acudió a ceremonias evangélicas en Honduras desde los 3 años. A los 16, mientras atendía una ceremonia en la iglesia evangélica que solía frecuentar la familia, comenzó a convulsionar y a proferir sonidos ininteligibles con voz grave, siendo calificada como endemoniada por parte del pastor y de los demás feligreses.

Comienza a consumir alcohol con 17 años, consumo que mantiene durante unos años. Relata también cómo a esa edad, en varias ocasiones su padre la desnudaba y le tocaba los pechos, a veces en un contexto de intoxicación alcohólica.

A los 18 años recibe bautismo, comunión y confirmación en el catolicismo, para posteriormente ingresar en un convento de clausura. La paciente nunca ha expresado con claridad el motivo de la entrada al convento, pero al parecer podría provenir de un intento de la familia de mantener a la

hija en un ambiente aislado y tranquilo, donde poder llevar una vida más espiritual, con el objetivo de superar las supuestas posesiones demoniacas. Aun así durante la estancia en el convento se producen varios episodios de convulsiones y temblores. Además, presenta en varias ocasiones fenómenos alucinatorios visuales, somestésicos y auditivos. A raíz de esto, se produjo su ingreso en un manicomio dos meses, a los 19 años, donde recibe el diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Poco después la madre se traslada a España. Marina es recluida de nuevo en un convento católico hondureño, donde vuelve a ser calificada de endemoniada por presentar crisis similares a las anteriores. Allí, un sacerdote de procedencia española le realiza varias sesiones de exorcismo, en los que Marina describe haber recibido agresiones físicas y sexuales. Este sacerdote le recomienda alejarse del padre, por lo que contacta con la madre y viene a España con 22 años. Por entonces la madre tenía un novio ecuatoriano, que era alcohólico y que abusó sexualmente de ella en varias ocasiones. A los cuatro meses ingresa en un hospital de Madrid, manteniéndose al alta el diagnóstico de esquizofrenia paranoide recibido en su primer ingreso.

Desde su llegada a España ha ido presentando un deterioro funcional progresivo. Inicia seguimiento en Centro de Salud Mental y comienza a acudir a Centro de Rehabilitación Laboral, con buen rendimiento, pero abandona al presentir la dificultad para encontrar un empleo real. Mantiene una relación sentimental breve y conflictiva con un hombre con diagnóstico de trastorno límite de personalidad. Tuvo dos ingresos en el Hospital Gregorio Marañón en 2014 y 2015 por aumento de la angustia y alucinaciones auditivas, que esta vez se enmarcaron teóricamente desde lo conversivo. Desde entonces se ha observado progresivamente un mayor encierro en sí misma con un lenguaje estereotipado, una anestesia emocional completa y una imposibilidad defensiva en acceder a sus emociones. Destacan la importante pasividad, actitudes marcadamente masoquistas, baja autoestima y nuevas alteraciones conductuales: movimientos involuntarios y extraños, que atribuye a otras personas, y frases de tono amenazante dirigidas a la madre que niega haber pronunciado, asegurando provienen del demonio o de Marilyn Manson (un músico estadounidense relacionado con el satanismo).

En el verano de 2016 Marina acude sola al servicio de urgencias del Hospital Gregorio Marañón comentando que su madre se lo ha recomendado, pero no explica ningún síntoma o demanda propia. En la sala de espera se la encuentra con las manos en posición de rezar y musitando en voz baja. El equipo de guardia decide ingresarla. Una vez en planta, se adapta automáticamente a las rutinas, aunque permanece completamente aislada, con tendencia a la clinofilia, habla sola y sonríe o llora sin motivo aparente. En las entrevistas individuales alterna entre una actitud tensa y defensiva con una expresión facial seria y otra relajada en la que sonríe abiertamente y conecta con el interlocutor. Impresiona de cierto embotamiento o bloqueo, con marcada latencia de respuesta y un discurso repetitivo acerca de un malestar que no sabe especificar. En múltiples ocasiones impresiona de soliloquios y musitaciones, apreciándose en algunas ocasiones actitud de escucha. Sin embargo, ella niega presentar fenómenos sensoperceptivos. En algunos momentos parece desconectada unos segundos, sin perder el hilo de la conversación, a la que vuelve de forma espontánea negando que nada haya interferido su pensamiento. Presenta una marcada lentitud ideomotora, que reconoce parcialmente. No se observaron los síntomas conductuales llamativos del pasado (ni movimientos involuntarios, ni frases amenazantes «pronunciadas por otros», etc.). No aparecieron síntomas afectivos ni ideas de muerte.

A lo largo del mes y medio de ingreso se hacen varios ajustes farmacológicos sin ninguna mejoría y con nula colaboración en las entrevistas. Se realizó un exhaustivo estudio analítico y de neuroi-

magen que no consiguió objetivar causas orgánicas. Recibió el alta con diagnóstico de trastorno de identidad disociativo y con recomendación de continuar tratamiento y seguimiento de forma ambulatoria, así como de regularizar su situación para incentivar en lo posible su integración socio-laboral.

En la actualidad convive con la madre en una habitación de un piso compartido. No trabaja, no estudia, no realiza ninguna actividad fuera de casa y no mantiene relaciones sociales. El padre, que tiene 89 años, reside en Honduras y mantiene contacto telefónico ocasional con Marina. En el momento actual afirma creer en Dios, pero desde hace varios años dice no identificarse con ninguna religión y no va a la iglesia.

## Reflexiones sobre lo social y lo religioso

En España el número de adscritos a la fe evangélica (o «cristianismo protestante») va en aumento, siendo aproximadamente un 2% de la población actual<sup>8,9</sup>, y esto se une a la sensación de los autores de que son cada vez más frecuentes los casos psiquiátricos de pacientes con esta confesión o con una educación recibida en este ámbito, como sucede con Marina. Se trata de un colectivo socialmente muy heterogéneo (población procedente de Europa oriental, ciudadanos españoles, residentes de la Europa occidental, población gitana o inmigrantes latinoamericanos)<sup>9</sup>, y todos estos grupos socioculturales tienen particularidades muy concretas. Al analizar este caso, una de las dudas que aparecen es si el hecho de haber pertenecido durante gran parte de su vida a la religión evangélica ha tenido influencia sobre la psicopatología (en concreto con las manifestaciones que habían sido identificadas con una posesión demoníaca, y las que Marina describe como la presencia y actuación de otra persona dentro de ella) o si estas manifestaciones tenían más que ver con el contexto sociocultural. Se trata de una pregunta de difícil respuesta que apunta justo al nudo de la cuestión que queremos plantear, la relación entre lo sociocultural y lo religioso, a la hora de entender las manifestaciones de la enfermedad mental. Un dato importante es el hecho de que en el contexto cultural de procedencia de la paciente exista una creencia frecuente en elementos mágico-religiosos, entendiendo estos como los fenómenos religiosos que van más allá de lo espiritual, que afectarían al mundo físico de una forma directa y contraria a las leyes de la naturaleza conocida. Es cierto que la presencia de elementos de tipo mágico-religioso es un tema presente en el ámbito evangélico, como sucede en el desarrollo de todas las religiones<sup>10</sup>, pero esto parece circunscribirse más bien a la forma de entender la religiosidad en los países en vías de desarrollo o en los niveles socioculturales marginales y más alejados del sistema educativo occidental<sup>11</sup>; por lógica, la creencia en estos fenómenos debería ser menor entre los evangélicos españoles, que han recibido una educación que pone en el centro el método científico y una visión del mundo desde lo material, que entre los evangélicos inmigrantes hondureños o gitanos, más alejados de este tipo de educación. En nuestro caso observamos además que en el ámbito católico con el que la paciente se relacionó, también existía un reconocimiento de la posibilidad de estar endemoniada que llevó a la realización de los exorcismos. De la misma forma, y por los mismos motivos, esto parece más fácil que suceda entre los católicos hondureños que entre los españoles. En definitiva, la importancia de los fenómenos mágico-religiosos en el caso de la paciente, no creemos que venga dada solo por la fe concreta que profesaba, sino también por su procedencia sociocultural.

Una conclusión lógica de esta reflexión es la importancia de conocer tanto las culturas como las religiones de los pacientes a los que atendemos. En el caso de los evangélicos, al tratarse de

una religión minoritaria y en nuestro país asociada a determinadas procedencias socioculturales, es probable que existan muchas asunciones desacertadas sobre los efectos de esta religión en la psicopatología del paciente (como por ejemplo la de una mayor presencia de las creencias mágicas que en otras religiones, o una mayor radicalidad o irracionalidad a la hora de vivir las normas morales). Desde dichas asunciones es fácil vivir dificultades al entender la psicopatología del paciente, entorpeciendo la capacidad de separar las conductas que vienen desde lo religioso o lo sociocultural, de las que nos están señalando la presencia de psicopatología. Lo mismo puede suceder hoy en nuestro país con cualquier otra religión minoritaria, o incluso con el catolicismo cuando el profesional no ha recibido ninguna formación en conceptos de la religión católica (situación cada vez más frecuente). En el caso de Marina, tanto en el evangelismo como en el catolicismo de América Latina hay una creencia amplia en la posibilidad de la posesión demoníaca<sup>11, 12</sup>. Probablemente estos síntomas se vehicularan más desde el ambiente cultural, que desde la mera pertenencia a la religión evangélica. Otro caso diferente al de Marina, del que solo contaremos un punto anecdótico, también arroja luz a la reflexión: un paciente psicótico de religión evangélica que acudió en una ocasión a la urgencia con diferentes conductas llamativas, entre las que se incluía el rezo constante del rosario. Un conocimiento útil para el profesional que atendiera a ese paciente sería el de saber que los evangélicos no utilizan el rosario, dado que no profesan devoción hacia la figura de la virgen María. Este dato podría ponernos en la pista de que las conductas que el paciente estaba presentando no eran normales desde la religiosidad, por su incongruencia, sino que más probablemente venían desde lo psicopatológico —bañado en el trasfondo religioso del paciente—.

## Reflexiones sobre religión y psicopatología

La similitud entre las manifestaciones psicopatológicas propiamente dichas y la experiencia religiosa ha sido un hecho conocido y debatido desde la Grecia clásica<sup>2, 13</sup>. Ya en la época moderna, Sigmund Freud en 1907 disertaba en «*Los actos obsesivos y las prácticas religiosas*» sobre los ceremoniales del neurótico obsesivo en yuxtaposición a los procesos psíquicos de la vida religiosa<sup>14</sup>. En esencia, la religión constituye una porción cualitativa y cuantitativamente importante en el núcleo constituyente de todas las personas.

Como parte fundamental de la esencia y bagaje histórico-cultural de los sujetos, la religión ha sido uno de los temas fundamentales que han dado lugar a manifestaciones psicopatológicas, particularmente a manifestaciones delirantes. Dentro del repertorio temático sobre el que se puede delirar, lo religioso ha formado y forma parte del núcleo del sistema delirante o bien actúa como marco regulador y ambiente sobre el que se construyen los elementos del sistema.

Se ha observado que los delirios de contenido religioso tienden a tener mayores grados de convicción, sistematización, a estar en definitiva más imbricados en la estructura y sistema de valores del individuo que delira. Es lógico pensar que la cualidad inherente de un sistema de creencias religiosas, por definición explicatorio y definitorio del mundo percibido<sup>15, 16</sup> y modulador a su vez de la experiencia subjetiva del individuo, sea capaz de anudarse tan profundamente en la psique de la persona que delira. Es un candidato ideal para cumplir la función reparadora, inherente al delirio, ya que, como hemos mencionado anteriormente, dota de un sentido y de límites bien definidos y precisos, más o menos restrictivos según la creencia religiosa en cuestión, al sujeto que ha perdido el sentido de coherencia y la continuidad de su propia historia vital. De hecho, se ha observado que su prevalencia es mayor en sujetos que profesan la religión católica y menor entre los miembros de la fe islámica y protestante<sup>17</sup>.

La presencia de delirios de contenido religioso da lugar a complicaciones desde el punto de vista terapéutico. Los individuos que presentan estas manifestaciones psicopatológicas presentan peores tasas de adherencia los tratamientos, peor manejo desde el punto de vista psicoterapéutico y peores resultados clínicos. Es muy difícil hacer una valoración y una estimación precisas del alcance e importancia que la vida religiosa tiene en los sujetos con enfermedad mental. Existen pocos estudios que discutan estos aspectos y que alcancen conclusiones definitivas pero en lo que sí parecen estar de acuerdo es en que el aspecto religioso va más allá de un mero reflejo de una característica cultural concreta y que tiene una relevancia e importancia clínica genuina<sup>18</sup>.

## CONCLUSIONES

La relación existente entre religión, cultura, sociedad y psicopatología, plantea a menudo retos para el profesional de Salud Mental. Existe el riesgo de interpretar erróneamente las conductas de los pacientes cuya religión o cultura nos sea ajena, identificando falsos síntomas de enfermedad mental o al contrario, pasándolos por alto. El conocimiento de la religión y cultura, de los ritos y costumbres, de las principales poblaciones del propio área sanitaria, será siempre de necesario para poder entender con profundidad los factores que podrían estar afectando a las manifestaciones de la enfermedad mental, para conocer con mayor precisión el origen y desarrollo de esta y de sus síntomas, y para poder realizar un abordaje lo más adecuado posible de la situación general del paciente, tanto desde el punto de vista técnico como humano.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sadock BJ, Sadock VA. Anthropology and cross-cultural Psychiatry. Culture Bound Syndromes. En: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioural Sciences/Clinical Psychiatry. Ninth Edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2003. pp 166–170, 529 – 533.
2. Dein S, Littlewood R. Religion and psychosis: A common evolutionary trajectory? *Transcult Psychiatry*. 2011; 48(3):318-335.
3. Morris, B. Introducción al estudio antropológico de la religión. Barcelona: Paidós; 1995.
4. Durkheim, E. Sociología y Filosofía. Madrid: Miño y Dávila; 2007
5. Durkheim, E. Las formas elementales de la vida religiosa. Madrid: Alianza Editorial; 2003.
6. Eliade, M. La nostalgie des origines. *Méthodologie et histoire des religions*. Paris: Gallimard; 1971.
7. Eliade, M. Lo sagrado y lo profano. Barcelona: Paidós Ibérica; 2014.
8. Red de Servicios Informativos Evangélicos [Internet]. Madrid: FERED; 2011 [actualizado 2016; citado 19 may 2017]. Actualidadevangelica.es; [3 pantallas]. Disponible en: <http://www.actualidadevangelica.es/red/informacion-general/datos-estadisticos>
9. Bescansa-Hernández C, Jerez-Novara A. II Encuesta sobre opiniones y actitudes de los españoles

ante la dimensión cotidiana de la religiosidad y su gestión pública. [Internet]. Madrid: Observatorio del Pluralismo Religioso en España; 2013. [citado 19 may 2017]. Disponible en: [http://www.observatorioreligion.es/banco\\_de\\_encuestas/ii\\_encuesta\\_sobre\\_opiniones\\_y\\_actitudes\\_de\\_los\\_espanoles\\_ante\\_la\\_dimension\\_cotidiana\\_de\\_la\\_religiosidad\\_y\\_su\\_gestion\\_publica/](http://www.observatorioreligion.es/banco_de_encuestas/ii_encuesta_sobre_opiniones_y_actitudes_de_los_espanoles_ante_la_dimension_cotidiana_de_la_religiosidad_y_su_gestion_publica/)

10. James, E. O. Historia de las religiones. Madrid: Alianza Editorial; 2009

11. Parker Gumucio, C. Mentalidad religiosa post-ilustrada: creencias y esoterismo en una sociedad en mutación cultural. En: Aurelio Alonso (Compilador). América Latina y el Caribe. Territorios religiosos y desafíos para el diálogo. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2008. pp. 337-364

12. Marzal, M. Religión y magia. En: Marzal, M. Tierra encantada. Tratado de antropología religiosa de América Latina. Madrid: Trotta; 2002. pp. 95-123

13. Bhavsar V, Bhugra D. Religious delusions: finding meanings in psychosis. *Psychopathology*. 2008; 41:165-172

14. Freud, S. Acciones obsesivas y prácticas religiosas (1907). En: Sigmund Freud. Obras completas vol. IX. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.

15. Thara R, Eaton WW. Outcome of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Aust NZ J Psychiatry*. 1996; 30:516-522

16. Doering S, Muller E, Kopcke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, et al. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull*. 1998; 24:87-98

17. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Ritter K, Schanda H. Old wine in new bottles?: Stability and plasticity of the contents of schizophrenic delusions. *Psychopathology*. 2003; 36:6-12.

18. Stompe T. Religious delusions among schizophrenia (newsletter). *Transcultural Psychiatry*. Section World Psychiatric Association. 2001;19:16-19.

**VOLVER AL ÍNDICE**

# TRAUMA EN POBLACIÓN REFUGIADA DURANTE LA RUTA MIGRATORIA HACIA EUROPA

**Ricardo Angora Cañego**  
Psiquiatra. Médicos del Mundo

Contacto: [ricardo.angora@salud.madrid.org](mailto:ricardo.angora@salud.madrid.org)

## INTRODUCCIÓN

En el momento actual asistimos a un crecimiento exponencial de los movimientos migratorios forzados.

Junto a los casi 250 millones de migrantes económicos, en las últimas dos décadas, se ha producido el éxodo forzado de más de 65, 3 millones de personas que han dejado atrás sus tierras de origen (1). De estos, se estima unos 40, 8 millones de desplazamientos internos, dentro de las fronteras de sus países natales, mientras que unos 24, 5 millones se han convertido en personas refugiadas tras cruzar las fronteras y asentarse en los países limítrofes, o emprender un largo camino hacia destinos más alejados (2).

Europa, al igual que otras partes del mundo, es en la actualidad, destino de los procesos migratorios, por otra parte, inherentes al desarrollo de las civilizaciones a lo largo de la historia. Durante los últimos dos años más de un millón y medio de personas han llegado al continente y casi siete mil han dejado sus vidas en el camino, en un intento de alcanzarlo. (3)

Dos terceras partes de quienes llegan, huyen de las atrocidades de la guerra que azota sus países. Escapan de Siria, Iraq, Afganistán, Eritrea, RCA, escenarios donde la barbarie y el nulo respeto a los derechos más elementales amenazan día a día la supervivencia de gran parte de su población. Otras estas abandonando sus tierras devastadas por catástrofes naturales que se han incrementado en número e intensidad en las últimas décadas en parte condicionadas por el cambio climático. (2)

El éxodo les está suponiendo un largo y duro viaje hasta alcanzar sus destinos. A lo largo de peligrosas rutas, se enfrenta a múltiples amenazas y sufren todo tipo de abusos por las bandas criminales que gestionan un lucrativo negocio. Estas personas se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad. (3)

Estos tienen un marcado impacto social y ponen en riesgo la salud mental de las personas que lo experimentan. Como consecuencia de la exposición a situaciones de violencia, un número importante de estas personas experimentan síntomas de trauma. (4)

Sin embargo las respuestas de los países por los que discurren este continuo flujo de personas desesperadas, está siendo en unos casos limitada y en otros restrictiva, por lo que en la mayoría de ocasiones precisan para sobrevivir la ayuda de las Agencias de Naciones Unidas y un significativo número de organizaciones humanitarias internacionales que se han movilizadas para proveer asistencia humanitaria y cubrir las necesidades básicas de la población migrante. En este contexto la red internacional de Médicos del Mundo ha desplegado numerosos equipos a lo largo de esta ruta para atender los problemas de salud que aquejan sobre todo a las personas en situación de mayor vulnerabilidad. (5)

## OBJETIVOS

Describir los factores traumatizantes que están afectando a un desplazamiento forzado de personas que escapan de una situación de conflicto armado o violencia social en sus países. Así como proporcionar directrices para la atención a personas solicitantes de asilo que forman parte de un movimiento masivo en tránsito hacia los países de destino en Europa.

## METODOLOGÍA

La población objeto de este artículo la componen el total de personas en busca de asilo que pasaron por la isla griega de Lesbos durante el último trimestre de 2015. Se considera este periodo de tiempo el de mayor nivel de afluencia de personas en tránsito a través de las islas griegas llegando a la cifra de 419.122. De las cuales el 64% cruzaron a través de la isla de Lesbos. (6)

Desglosados estos datos por género y grupos etáreos, el 20% eran menores; el 14% mujeres y el 65% hombres. (6)

Respecto a la procedencia, el 84% huía de países afectados por conflictos. El 45, 2% procedían de Siria, el 25, 5% de Afganistán; el 16, 6% de Iraq; el 3% de Pakistan; 3% de Irán, y un 6, 8% de otros países. (6)

La atención proporcionada por los equipos de Médicos del Mundo Internacional, se llevó a cabo con 20 puestos asistenciales en puntos estratégicos de la ruta en 11 países, desde las costas de Turquía, islas Griegas, el puerto del Pireo en Atenas, Idomeni, en la frontera con Macedonia, Croacia, Eslovenia y en los países de destino en Centroeuropa. Formando parte de los equipos sanitarios de Médicos del Mundo en la isla de Lesbos, el equipo psicosocial estaba compuesto por un psiquiatra, una enfermera, dos psicólogos y dos trabajadores sociales. Se trataba de un equipo multinacional con experiencia de intervención de salud mental y psicosocial con personas refugiadas en diferentes contextos y con conocimientos técnicos en atención de casos de trauma. (5)

La intervención se realizaba en instalaciones provisionales de salud en los Centros de Registro abiertos de la isla, así como circunstancialmente en otros emplazamientos en la zona de la costa



en casos de naufragios. Las acciones estaban coordinadas con otras organizaciones humanitarias presentes en la zona, con ACNUR, IOM, y la red local de salud de la isla. (5)

Se ha desarrollado una estrategia de seguimiento en la atención de estas personas migrantes y solicitantes de asilo a lo largo de más de 20 centros provisionales de atención que cuentan con equipos multidisciplinares de salud y apoyo social. Desde el primer punto de contacto se les proporciona folletos informativos sobre los puntos de atención sanitaria y social de Médicos del Mundo a lo largo de la ruta, los servicios a los que pueden tener acceso y un conciso documento donde figuran los datos básicos de la atención realizada y el medicamento prescrito y proporcionado en cada atención. (5)

## DESARROLLO

Se analizan los factores traumatizantes y su impacto en la salud mental y el bienestar psicosocial de la población migrante y solicitante de asilo en ruta hacia Europa.

De los 1.379 personas encuestadas, el 13% informaron haber sufrido algún tipo de violencia (Medecins du Monde, 2016). Manifestaban haber estado expuestas a la violencia en sus países de origen: habían sufrido amenazas de muerte, detenidas, expulsadas de sus casas, arrebatados sus bienes, habían sido testigos de violencia sobre familiares o conocidos, habían sufrido heridas o habían sido golpeadas, habían sufrido agresiones sexuales. (5)

A parte de las lesiones y secuelas físicas, estas personas presentaban revivencia de los episodios traumatizantes junto a síntomas de hiperactivación autonómica. A lo que se sumaban pensamientos intrusivos relacionados con el acontecimiento traumático que estaban presentes durante gran parte del tiempo. También aquejaban reacciones desproporcionadas de temor ante situaciones que les recordaban el suceso. (7)

Igualmente manifestaban haber sufrido una larga y peligrosa ruta migratoria experimentando todo tipo de amenazas. Referían no haber tenido cubiertas las necesidades básicas. Detallaban haber recorrido largas distancias en vehículos en malas condiciones, junto a extenuantes caminatas para cruzar las fronteras y evitar ser detenidas. Se quejaban de pocas horas de descanso en precarios alojamientos en malas condiciones de higiene a lo que se sumaba una inapropiada y escasa alimentación.

También relataban haber sido objeto de abusos por parte de los traficantes, sufriendo explotación económica exigiendo precios excesivos, mediante extorsiones que ocasionaban la separación familiar o de grupo en numerosas ocasiones. Denunciaban haber sufrido robos, humillaciones, agresiones e incluso violencia sexual.

El gran estrés vivido se traducía en síntomas de inquietud psíquica, dificultades de concentración, trastorno de biorritmos, sensación de agotamiento y elevada tensión muscular junto a irritabilidad y alteración del estado de ánimo. Manifestaba como estos síntomas estaban condicionando su comportamiento y ocasionando problemas en la relación con personas del entorno. (8)

Sin embargo una de las experiencias relatadas con mayor angustia por la mayoría de las personas atendidas se refería a la peligrosa travesía del Mediterráneo. Apiñadas en diminutas y frágiles embarcaciones, grupos de entre 20 a 30 personas navegaban a merced del oleaje y la cambiante

meteorología por un mar que esconde miles de cuerpos. Tras conseguir, con fortuna, llegar a la costa, se podía ver en sus rostros una mezcla de angustia y satisfacción tras haber conseguido su objetivo.

Para muchas de estas personas, que tenían por primera vez contacto con el mar, está suponiendo una vivencia angustiada, que desencadena un manifiesto temor, particularmente en los menores, así como ansiedad, que en ocasiones llega a provocar descontrol emocional por la intensa experiencia traumática vivida.

La travesía del Mediterráneo en precarias embarcaciones está ocasionando numerosos naufragios, que suponen una verdadera tragedia que coloca al límite de la resistencia física y psicológica a las personas que lo experimentan. Permanecer varias horas en las frías aguas, en ocasiones en la oscuridad, separadas del resto de la familia, sacudidas por el oleaje y con la incertidumbre de ser rescatadas, supone un gran reto para la supervivencia de cualquier persona.

La mayoría de supervivientes de estos naufragios a parte de los síntomas físicos de hipotermia y la deshidratación, se sentían atemorizados por la extrema experiencia vivida, presentado síntomas de bloqueo mental, comportamiento regresivo y en ocasiones desconexión con el medio y fenómenos disociativos.

Otro acontecimiento traumático para estas personas está siendo la vida en precarios centros de acogida que no reúnen los estándares básicos para cubrir las necesidades elementales de las personas refugiadas. Tras el largo sufrimiento de la ruta migratoria, la inapropiada acogida acaba por minar las estrategias de afrontamiento puestas en marcha lo que actúa como factor precipitante para la aparición de trastornos de salud mental. Se apreciaba en muchas de estas personas alteraciones emocionales, retraimiento social, agresividad, somatizaciones, e incluso clínica depresiva y de ansiedad.

No se debe responsabilizar a la administración griega el no proporcionar unos servicios básicos adecuados a la población migrante en tránsito. Debemos ser conscientes de la limitada capacidad de respuesta condicionada por la situación de crisis financiera que afecta a las instituciones y estructuras del estado. Los servicios sanitarios y sociales se encuentran sobrecargados para afrontar las llegadas masivas de personas refugiadas a su territorio.

Para cubrir las deficiencias en la repuesta de la administración griega, las agencias de Naciones Unidas y las ONGs locales e internacionales están interviniendo para proporcionar servicios que cubran las necesidades básicas de las personas refugiadas. En este contexto, Médicos del Mundo ha desplegado diferentes equipos tanto en las islas como en el territorio continental que continúan proporcionando atención para garantizar el derecho a la salud y bienestar psicosocial de estas personas.

Se describen las líneas de respuesta implementadas por el equipo psicosocial en el terreno, que comprende actividades asistenciales y acciones psicosociales básicas para las personas refugiadas que han sufrido eventos traumáticos a lo largo de la ruta migratoria. Todas las intervenciones se realizan con enfoque transcultural donde la figura de las personas traductoras-mediadoras es clave para facilitar la atención psicosocial. (9)

Las reacciones más comunes como temor, miedos, descontrol emocional, irritabilidad, trastornos del sueño eran auto limitadas sin que las personas refugiadas solicitaran ayuda. Sin embargo en los casos en que no se ponían en marcha estrategias de afrontamiento podía verse conductas

dramáticas o disociativas, retraimiento o aislamiento social, conductas regresivas o agresivas. En estos casos se proporcionaba Primera Ayuda Psicológica. En otros casos en los que se observaban reacciones desadaptativas como abuso de ansiolíticos consumo de sustancias psicotropas o autolesiones con finalidad ansiolítica, se proporcionaba intervenciones de counseling.

Aquellas personas que presentaban Síntomas de Estrés Agudo como consecuencia de la violencia sufrida en sus países y durante la ruta migratoria, asociada a la vivencia de situaciones estresantes durante la traumática ruta migratoria, eran habitualmente detectadas por los equipos sanitarios o eran referidos directamente al equipo psicosocial por otros actores humanitarios en el terreno. En estos casos no era preciso prescribir medicación para tratar los síntomas del Estrés Agudo que sufrían. El tratamiento incluía actividades de psicoeducación acerca de reacciones normales al estrés, técnicas para disminuir la activación (ejercicios de respiración y relajación muscular), se les indicaba llevar a cabo actividades relajantes (escuchar música, practicar ejercicio físico) a lo que se añadía técnicas de manejo del estrés.

En los casos de supervivientes de naufragio, tras el rescate y una vez sanos en la costa, se les proporcionaba Primera Ayuda Psicológica mediante la escucha activa y el apoyo emocional para reducir el impacto del acontecimiento traumático. (10)

En estos casos se llevaban a cabo acciones de psicoeducación grupal, transmitiendo que las emociones que estaban experimentando, como labilidad emocional o enfado, eran reacciones normales ante un acontecimiento traumático como el vivido, y que estas reacciones irían disminuyendo de intensidad con el apoyo del entorno (11). Se les proponía ocuparse en satisfacer sus necesidades básicas acudiendo a los servicios disponibles.

También se realizaban breves sesiones de counseling individual, en las que se les recordaba que se encontraban a salvo tras haber pasado el peligro. Se les recomendaba no aislarse y buscar la compañía de familiares y amigos, aceptar su apoyo y expresar junto a ellos las emociones sentidas en el naufragio, lo que podría ayudarles a controlar sus propios temores y a sobrellevar el sufrimiento. Se les animaba al autocuidado y se les advertía sobre el uso de ansiolíticos o sustancias como el alcohol para mitigar el estrés, o el consumo de estimulantes para recobrar el nivel de actividad previo.

Quienes mostraban inquietud, tensión o irritabilidad, que conllevaba sufrimiento emocional o incapacidad para el normal funcionamiento, se les ofrecía un abordaje global clínico y psicosocial. Este incluía técnicas de resolución de problemas con el objetivo de prevenir el desarrollo de un posterior trastorno de estrés postraumático

En los casos que presentaban síntomas de ansiedad, trastornos de pánico, episodios disociativos, somatizaciones o clínica depresiva, y especialmente, cuando estos síntomas les provocaban gran sufrimiento o marcadas limitaciones en su funcionamiento afectando a la capacidad de cuidarse a sí mismos o a sus familias, siendo incapaces de continuar la ruta migratoria, se les proporcionaba atención psicológica junto a tratamiento farmacológico. En estos casos se informaba a la familia de la persona para que pudieran comprender el estado de la persona y las alteraciones de su comportamiento, para proporcionar un apoyo valioso. Estas personas permanecían siendo atendidas hasta recuperar la capacidad del autocuidado y la funcionalidad para poder continuar la ruta hasta los países de destino.

A todas las personas atendidas por el equipo psicosocial de Médicos del Mundo se les hacían indicaciones para descansar, cumplir las horas de sueño, alimentarse y realizar ejercicio moderado

para recuperar el estado físico previo. También se les animaba a implicarse en tareas grupales tan pronto como se encontrasen con ánimos para ello.

Finalizada la atención por parte del equipo psicosocial de Médicos del Mundo, se proporciona a las personas atendidas dípticos informativos sobre los puntos de atención operativos a lo largo de la ruta hacia Centroeuropa, con los servicios a los que pueden tener acceso. También se les proporciona un conciso documento donde figuran los datos básicos de la atención realizada para favorecer la continuidad de la atención a lo largo de la ruta y al llegar al país de destino. (5)

## CONCLUSIONES

El flujo actual de personas refugiadas en busca de asilo hacia Europa se está caracterizando por cinco factores que es preciso considerar. Se está produciendo un desplazamiento masivo, con casi un millón y medio de personas entre los años 2015 y 2016, se produce un desplazamiento rápido a lo largo de la ruta migratoria hacia los países de destino en Centroeuropa, la gestión de la migración por parte de bandas organizadas que extorsionan a los migrantes, los manifiestos peligros durante la ruta, incluido el cruce del Mediterráneo con un considerable número de víctimas, y las características culturales por los diferentes países de origen de las personas refugiadas. Estos factores suponen un reto para proporcionar atención en salud mental y apoyo psicosocial de forma apropiada

Entre todas las demandas atendidas y las intervenciones llevadas a cabo, destaca la atención a dos grupos particulares de personas necesitadas de ayuda psicosocial. En primer lugar la gran cantidad de personas que han sido objeto violencia atroz en sus países de origen con un alto impacto traumático en la estructura psicológica de estas personas. Estas personas han seguido estando expuestas a la violencia durante el éxodo incrementando el trauma previamente sufrido. En segundo lugar las numerosas personas supervivientes de naufragio que actúa de efecto retraumatizador. En estos casos se trataban de un fenómeno novedoso para los equipos psicosociales de las organizaciones humanitarias con experiencia en la atención a estas personas en campos de refugiados.

En estos dos grupos, conocemos los graves efectos inmediatos en las emociones, conducta y funcionamiento, pero no conocemos suficientemente los afectos a medio y largo plazo en la salud mental de estas personas. La experiencia del equipo de Médicos del Mundo en el terreno, es la de recomendar intervenciones psicosociales de diferente nivel pero precoces para evitar la cronificación de los síntomas derivados del trauma.

Quienes se encuentran limitados en su funcionalidad, la recomendación es la de permanecer en alojamientos apropiados acompañados por su familia. A estas personas se les debe proporcionar atención psicosocial hasta la recuperación funcional que le permita continuar por un camino altamente exigente. En los casos graves se deben tramitar los procedimientos de acogida en los países de destino con rapidez y facilitar un transporte rápido.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES). International Migration 2013 Wallchart. Naciones Unidas, Nueva York. 2013. Puede consultarse en: [www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/wallchart/docs/wallchart2013.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/wallchart/docs/wallchart2013.pdf)

2. The United Nations Refugee Agency (UNHCR). Global Report 2015. UNHCR, recuperado de <http://www.unhcr.org/resources-and-publications.html>
3. The International Organization for Migration (IOM). *World Migration Report 2015*. IOM, recuperado de <http://publications.iom.int/about-iom-publications>
4. Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243–258. doi:10.1046/j.0001-690x.2003.00246.x.
5. Medecins du Monde (MDM). International Network 2016 Observatory Report. Paris. France. 2016. <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications>
6. The United Nations Refugee Agency (2015). Refugees/migrants emergency response-Mediterráneo. Recuperado de <http://data.unhcr.org/mediterranean/regional.php>
7. Ehlers, A. y Clark, D. (2003). Early psychological interventions for adults survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry*, 53, 817–826. doi:10.1016/s0006-3223(02)01812-7
8. The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2007). Emergency Mental Health and Psychosocial Support. *Public Health Guide in Emergencies*. Ginebra, Suiza
9. Angora, R. (2016). Trauma y estrés en población refugiada en tránsito hacia Europa. *Revista Clínica Contemporánea*, Vol. 7, nº 2, 2016. Pags. 125–136
10. World Health Organization, War trauma Foundation y World Vision International (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. Ginebra, Suiza
11. Inter-Agency Standing Committee (2015). *Mental Health and Psychosocial Support for Refugees, Asylum-seekers and Migrants on the Move in Europe. A Multi-agency Guidance*. IASC. Ginebra, Suiza

VOLVER AL ÍNDICE

# HACIA LA DESPATOLOGIZACIÓN DE LA DIVERSIDAD DE GÉNERO: ANÁLISIS DOCUMENTAL DE LA LEY 2/2016 DE 29 DE MARZO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

**Francisco de Pedro Melgarejo**

Psicólogo Interno Residente del Instituto Psiquiátrico José Germain

**Rocío Gordo Fraile**

Monitora de Terapia Ocupacional del Hospital de día Infanto-Juvenil-CET  
«Puerta de Madrid» de Alcalá de Henares e integradora social

**Contacto: [fco.de.pedro@gmail.com](mailto:fco.de.pedro@gmail.com)**

## INTRODUCCIÓN

El término diversidad de género trata de abarcar la amplia gama existente de identidades y expresiones de género. Dentro del mismo se incluye a aquellas personas que muestran unas preferencias en la construcción del género que no se corresponden con las atribuidas cultural y socialmente a su sexo de asignación. En muchos casos, existe también una sensación persistente y consistente de no pertenencia a ese sexo y una identificación con el otro género, en cuyo caso hablaríamos de transexualidad.

La transexualidad ha sido considerada una enfermedad desde hace más de setenta años, figurando como tal en las principales clasificaciones diagnósticas desde 1980, con los componentes de prejuicio y estigmatización que esto supone. Tanto la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) la recogen bajo los calificativos de «trastorno de la identidad sexual» o «desorden de la identidad de género», cuyo diagnóstico médico asociado es la «disforia de género». Dado que no se ha encontrado que el desarrollo cere-

bral y la capacidad mental estén alterados en la transexualidad, y que los estudios que evalúan psicopatología no encuentran grado mayor que en población general (Vidal Hagemeyer y cols., 2003), podemos pensar que la inclusión de la transexualidad como trastorno mental está relacionada con el nivel de sufrimiento que genera (en la mayor parte de casos de forma previa a la reasignación sexual), que se consideraría inherente a la transexualidad. Numerosos autores son contrarios a esta idea y destacan, en cambio, el rechazo social como la mayor fuente del sufrimiento de las personas trans (Gómez et al., 2006). En esta misma línea, desde los sectores que cuestionan esta inclusión se hace hincapié en el papel fundamental de factores como la incompreensión psicosocial, la discriminación y el rechazo social de estas identidades no normativas como principales generadores de sufrimiento y malestar. Así, en España el Colegio de Psicólogos de Madrid publicó en 2015 un comunicado en el que se afirmaba que las situaciones que requieren atención psicológica o psiquiátrica son consecuencia de la transfobia social que exige un comportamiento de género marcado por el sexo biológico.

El progresivo recorrido hacia la definitiva despatologización de la transexualidad requiere, al igual que sucedió en su día con la homosexualidad, la reconsideración de estas clasificaciones por parte de autoridades médicas, asociaciones científicas y profesionales de la salud, valorando tanto los elementos de prejuicio y discriminación que las componen, como el efecto estigmatizador que promueven. El debate en los ámbitos científicos y sociales es creciente, así como el consecuente cuestionamiento de las normas sociales de género binario imperantes en nuestra sociedad. De esta forma emerge, cada vez con mayor fuerza, la consideración de la transexualidad como una manifestación más de la diversidad sexual del ser humano.

En el marco legal, si bien los derechos humanos internacionales promulgan como principios básicos la igualdad y la no discriminación, no es hasta la redacción de los principios de Yogyakarta en 2006 cuando se aplican a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género.

En España, el 15 de marzo de 2007 se promulgó la Ley 3/2007 reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, que permite el cambio de la inscripción relativa al sexo en el registro civil y con ello el cambio del nombre, de la documentación oficial y del estatus ciudadano adscrito al sexo registrado. A pesar del avance que supone esta ley, resulta insuficiente por su desatención a aspectos necesarios de cara a la plena integración social de las personas transexuales, como son la atención en las fases iniciales del proceso de declaración de la identidad sentida, la patologización recurrente que tiene lugar en contextos jurídico-normativos, donde el diagnóstico es un requisito indispensable para el acceso a derechos y servicios, o la dificultad para la integración laboral de las personas trans, por citar solo algunos (Missé y Coll-Planas, 2010).

Por otra parte, una de las mayores dificultades que tienen las personas transexuales y sus familias es la falta de información que encuentran en muchos de los profesionales a los que acuden. Al mismo tiempo, son también numerosos los profesionales que demandan esta formación. En un intento de dar respuesta a todas estas cuestiones y otorgar un marco normativo para la adaptación de las personas transexuales, se ha aprobado recientemente en la Comunidad de Madrid (CAM) la Ley 2/2016 de 29 de marzo, de Identidad de Género e Igualdad Social y no Discriminación, cuyo contenido y principales implicaciones para la práctica de los profesionales sanitarios se analizan en este trabajo.

## OBJETIVOS

Describir el movimiento por la despatologización de la transexualidad, los principales cambios introducidos por la nueva ley aprobada a este respecto en la Comunidad de Madrid, así como sus implicaciones para los profesionales sanitarios.

## METODOLOGÍA

Se realiza un análisis documental de la citada Ley 2/2016 de 29 de marzo. El método de análisis del contenido es descriptivo, interno e intensivo. Se realiza un resumen selectivo que refleja aquellos apartados que aluden a las funciones de los profesionales de la salud.

## DESARROLLO

### El movimiento por la despatologización de la transexualidad en España.

En España, aunque previamente se habían hecho algunas acciones con un nivel menor de organización, puede decirse que el discurso contra la patologización de la transexualidad se presenta públicamente el 7 de octubre del 2007 a través de tres manifestaciones simultáneas en Madrid, Barcelona y París. A partir de entonces se va conformando una red de alianzas entre grupos y activistas a lo largo de todo el territorio nacional que se agrupan bajo el nombre de Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español. Esta red promueve en 2009, junto con su análogo a nivel internacional, la campaña Stop Trans Pathologization-2012, que progresivamente fue dando lugar a una movilización internacional cuyos objetivos eran, por un lado, reivindicar la despatologización de las identidades trans en el DSM-V y, por otro, asegurar la cobertura médica de los tratamientos hormonales y quirúrgicos.

Al mismo tiempo, ha ido emergiendo una perspectiva de derechos humanos que reconoce como un derecho fundamental la libre expresión del género y que cataloga por tanto como una vulneración de dichos derechos la consideración de las identidades de género no-normativas como enfermedades. Esta perspectiva se ha ido materializando en la publicación de diversos documentos, como los ya mencionados Principios de Yogyakarta o, en 2009, el Informe «Derechos Humanos e Identidad de Género», de Thomas Hammarberg.

De forma transversal a esta demanda de superar el modelo patologizador sin perder el acceso a los tratamientos médicos subyace otra reivindicación: la del reconocimiento de las personas transexuales que reciben tratamientos médicos como sujetos activos, capaces de decidir por sí mismos, con autonomía y responsabilidad sobre sus propios cuerpos.

### El caso madrileño: Análisis documental de la Ley 2/2016.

En la Comunidad de Madrid, se ha aprobado recientemente la Ley 2/2016 de 29 de marzo, de



Identidad de Género e Igualdad Social y no Discriminación, cuyo principal objetivo es promover una atención médica y social integral basada en el respeto a la libre manifestación de la identidad de género, de acuerdo con los principios de no discriminación, no segregación y libre autodeterminación de género, que promueve además la formación de los profesionales de la salud en este ámbito.

Hasta la promulgación de esta ley el marco legal a nivel estatal se limitaba a la Ley 3/2007, que aportaba a las personas transexuales mayores de 18 años un marco regulador en lo relativo a la rectificación registral. En líneas generales, para poder cambiar el nombre y la mención de sexo en el documento nacional de identidad (DNI), partida de nacimiento y otros documentos oficiales, era necesario acreditar con un informe el diagnóstico de Disforia de género y la ausencia de trastorno mental grave, así como someterse a tratamiento médico de al menos 2 años para acomodar las características físicas al sexo reclamado. Si bien con posterioridad a 2007 algunas Comunidades Autónomas han ampliado este marco legal, la CAM únicamente incorporó por ley a su cartera de servicios médicos básicos los tratamientos médicos adscritos al proceso de apoyo a las personas transexuales.

Por tanto, la Ley 2/2016 de 29 de marzo supone un importante avance en lo respectivo a la diversidad de género, al introducir cambios significativos en cuatro áreas principales:

1. La atención sanitaria a menores y adultos transexuales e intersexuales.
2. El tratamiento administrativo.
3. La formación de los profesionales.
4. El funcionamiento de la Unidad de Identidad de Género (UIG).

## **1. La atención sanitaria a menores y adultos transexuales e intersexuales.**

Se expone que el sistema sanitario público de la CAM adecuará la atención a la identidad de género de la persona receptora de la misma, de acuerdo a los principios de consentimiento informado, libre autodeterminación de género, no discriminación, asistencia integral, de calidad, especializada, de proximidad y de no segregación. Cada paciente deberá ser atendido en la mayor proximidad con la mayor especialidad posible, y en concreto los menores por personal pediátrico, evitando en la medida de lo posible traslados innecesarios y sus costes consecuentes.

Los tratamientos proporcionados por el sistema sanitario público de la CAM incluirán:

- Tratamiento hormonal a las personas transexuales.
- Proceso quirúrgico genital.
- Material protésico necesario.
- Tratamientos para el tono y timbre de voz.
- Acompañamiento psicológico adecuado si la persona y/o familiares y profesionales lo vieran necesario (según el común previsto para el resto de usuarios de la sanidad pública).

Uno de los principales cambios es que desaparece la condición necesaria de un examen psicológico, con su correspondiente diagnóstico psiquiátrico, previo a la prestación de asistencia sanitaria especializada. Se limitan por tanto las funciones de los profesionales de salud mental al acompañamiento psicológico en caso de que la persona, familiares y/o profesionales lo consideren necesario.

Por otra parte, se prohíbe de forma expresa cualquier forma de terapia aversiva u otros procedimientos que supongan la anulación de la personalidad o de la voluntad de la persona, vejación, trato discriminatorio, humillante o que atente contra su dignidad personal.

En lo relativo a la **atención sanitaria a menores transexuales** se garantiza el derecho a:

- Recibir tratamiento médico relativo a su transexualidad por profesionales pediátricos (de acuerdo con el principio de asistencia especializada).

- Recibir tratamiento para el bloqueo hormonal al inicio de la pubertad para evitar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios no deseados.

- Recibir tratamiento hormonal cruzado en el momento adecuado de la pubertad para favorecer el desarrollo corporal correspondiente a las personas de su edad y propiciar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios deseados.

Todo ello requerirá la autorización de los poseedores de la tutela del menor o una autorización del juez que los sustituya. En caso de que los padres o tutores se nieguen a autorizar los tratamientos relativos a la transexualidad o el tratamiento preventivo de inhibición del desarrollo hormonal podrá recurrirse ante la autoridad judicial competente. Se promulga que el menor deberá ser oído en atención a su desarrollo y madurez a partir de los **12 años**, mientras que podrá dar su consentimiento de manera clara e inequívoca a partir de los **16 años**.

Asimismo, se promoverá un protocolo de actuación llevado a cabo por un equipo profesional para aquellos casos cuyas circunstancias pongan en riesgo la salud del/de la menor.

En el caso de **menores intersexuales**:

- Se prohíben las prácticas de modificación genital en bebés recién nacidos salvo criterios médicos basados en protección de la salud y con autorización legal.

- Se garantiza la conservación de las gónadas para futuros aportes hormonales no inducidos.

- Se prohíben las pruebas de hormonación inducida con fines experimentales ni otros hasta que así se requiera según la identidad sentida de la persona.

- Se limitarán las exploraciones genitales por criterios de salud.

- Se formará al personal sanitario de cara a aumentar la corrección de trato y la privacidad.

- Se preservará la intimidad del paciente en su historia clínica: no todo el personal que acceda podrá conocer su cambio de identidad de género.

## 2. El tratamiento administrativo:

- La CAM proveerá acreditaciones acordes a la identidad de género manifestada para el acceso a los servicios administrativos y de toda índole.

- Si ha de registrarse el DNI, se recogerán las iniciales del nombre legal, los apellidos completos y el nombre elegido por razones de identidad de género.

- Se adaptarán los archivos, bases de datos y demás ficheros de las administraciones, eliminando la referencia a la identificación anterior de la persona, excepto en el historial médico confidencial a cargo del sistema sanitario de la CAM.

### 3. Formación de los profesionales de la salud:

- La Consejería competente en materia de salud garantizará que los profesionales sanitarios tengan formación respecto a los principios recogidos en la ley.

- Se decreta el derecho de los profesionales a recibir formación en materia de transexualidad y de las personas transexuales a ser atendidas por profesionales con experiencia suficiente y demostrada.

- Se promoverán acuerdos entre la Consejería de Salud, sociedades profesionales y universidades madrileñas para realizar estudios, investigación y desarrollo de políticas específicas en identidad sexual y de género.

### 4. El funcionamiento de la Unidad de Identidad de Género (UIG).

La futura Unidad de Identidad de Género (UIG) se configura como un centro de investigación en las especialidades médicas relacionadas con la transexualidad, desarrollará programas de formación para los profesionales sanitarios de la CAM, y proveerá supervisión, asesoramiento y apoyo a los facultativos que atiendan a personas trans que opten por la atención de proximidad.

Estará formada por profesionales de la asistencia sanitaria, de la atención psicológica, psicoterapéutica, social y sexológica, y prestará tratamiento a las personas transexuales según circunstancias personales y estado de salud que, o bien opten por derivación voluntaria a este centro, o bien no puedan ser atendidas por principio de proximidad u otros.

## CONCLUSIONES

Las identidades trans son cada vez más visibles en nuestra cultura, y el debate sociopolítico acerca de las cuestiones que plantean más explícito y discutido, captando progresivamente la atención de diversos agentes sociales, asociaciones científicas y profesionales de la salud a nivel internacional. A pesar de ello, no se puede afirmar que los problemas concretos que afrontan las personas trans estén superados. Un ejemplo de ello es el debate, relativamente reciente, sobre la desclasificación o despatologización de la transexualidad, que ha cobrado en los últimos años una gran importancia en el seno del activismo LGTBI. Apoyándose en diversas publicaciones de derechos humanos, se han ido desarrollando a nivel mundial movimientos sociales que promueven una visión consensuada de la transexualidad como no patológica, y que buscan expulsar de los manuales diagnósticos de enfermedades tanto a la transexualidad como a otras identidades de género no hegemónicas, de una forma similar a lo ocurrido con la homosexualidad en 1973. Estas corrientes buscan un cambio de paradigma en el que los profesionales de la salud no determinen las formas de entender y vivir la transexualidad.

En esta línea, la Ley 2/2016 de 29 de marzo, de Identidad de Género e Igualdad Social y no Discriminación supone un reconocimiento legal del derecho a la identidad de género de toda persona en un ejercicio libre y sin presiones legales o sociales. A su vez concreta y actualiza uno de los derechos constitucionales fundamentales como es el derecho a la igualdad y al desarrollo de la personalidad, con pretensión de garantizar la no patologización de las personas trans, así como erradicar los prejuicios acerca de su capacidad, dignidad y/o habilidades.

Esta ley introduce numerosas modificaciones que afectan directamente al desempeño de los profesionales de la salud. Una de las principales es que no se requerirá una valoración psicológica o psiquiátrica para el acceso al tratamiento médico de las personas transexuales. A pesar del cambio en las funciones, el apoyo en la toma de decisiones y el acompañamiento de los profesionales sanitarios puede continuar siendo de gran ayuda para las personas con diversidad de género. Otorgar un amplio espacio donde poder explorar las diferentes opciones para la expresión de su identidad de género, así como promover desde las consultas el asesoramiento y la vinculación a redes comunitarias de cara a paliar el alto riesgo de exclusión social de este colectivo, son tareas fundamentales de los profesionales.

Dada la escasa difusión y el consecuente desconocimiento de la legislación vigente en este campo se hace necesario un esfuerzo divulgativo que proporcione información especializada y actualizada que ayude a:

- Mejorar la formación y sensibilización de los profesionales sanitarios en este campo.
- Ampliar la comprensión de la realidad social (legal, sanitaria, educativa y laboral) de las personas transexuales.
- Fomentar un mayor entendimiento y respeto de las vivencias y dificultades que atraviesan las personas transexuales que permita cuestionar los axiomas erróneos sobre la expresión de la misma.

En definitiva, todo ello puede contribuir a un progresivo cambio de paradigma, de un modelo médico a un modelo que ponga de relieve los derechos humanos fundamentales (a decidir sobre el propio cuerpo, a la libre expresión de género), y que permita avanzar en la despatologización de las diversas formas de expresión de la identidad de género y promover una disminución de las actitudes y violencia transfóbicas. El rol activo y la implicación de los profesionales de la salud en este cambio de paradigma son imprescindibles.

## BIBLIOGRAFÍA

American Psychological Association & National Association of School Psychologists. Resolution on gender and sexual orientation diversity in children and adolescents in schools. 2015. Disponible en: [http://www.nasponline.org/about\\_nasp/resolution/gender\\_sexual\\_orientation\\_diversity.pdf](http://www.nasponline.org/about_nasp/resolution/gender_sexual_orientation_diversity.pdf)

Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis PT, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care, for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. *Int J Transgenderism*. 2012; 13(4):165–232.

Consejería de Asuntos Sociales. Guía de atención a menores con diversidad de género. Madrid: Programa LGTBI de la Comunidad de Madrid; 2012.

Ley 2/2016 de 29 de marzo, de Identidad de Género e Igualdad Social y no Discriminación. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 98, de 26-04-16, pag 8-37.

Lev AI, Sennott S. Understanding gender nonconformity and transgender identity: A sex-positive approach. *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives.*, 2nd ed. 2012. p. 321–36.

Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard. La patologización de la transexualidad: Reflexiones críticas y propuestas. *Norte de salud mental*. 2010; vol. 7(38): 44-55.

Missé, M. y Coll-Planas, G. El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona/Madrid: Egales. 2010.

Vidal Hagemeyer A, Gómez Gil E, Peri Nogués JM.: Psicopatología y trastorno de la identidad sexual. Rev Psiquiatría Fac Med Barna. 2003; 30 (3): 147-151.

Gómez, E., Esteva de Antonio, I., y Bergero, T. La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.). Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social. Barcelona: Glosa. 2006.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)



**SUJETOS A EXPERIENCIAS  
EN DISPOSITIVOS  
DE TRATAMIENTO  
DE SALUD MENTAL**

# PRIMERA EXPERIENCIA DE UN GRUPO DE APOYO EXPRESIVO Y SATISFACCIÓN DE SUS PARTICIPANTES

Silvia Oliván Torres

Guadalupe Granjo Grande

Blanca Castellot Andreu

Lara Jiménez Martín

Candela Rodríguez Campos

Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla (HUIC)

Contacto: [silvia\\_olivan@hotmail.com](mailto:silvia_olivan@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La terapia de grupo en pacientes oncológicos es una de las intervenciones terapéuticas cuyos beneficios han sido contrastados en los últimos años. En esta primera experiencia se pretendía comprobar la aportación de un abordaje de este tipo hacia la psicooncología, desde un enfoque psicosocial, dando un lugar a la experiencia subjetiva, integrando tanto elementos de daño y reparación, como de transformación y crecimiento<sup>1</sup>. Concretamente se quiso establecer un tipo de grupo basado en la «búsqueda de ayuda y apoyo que tratara las angustias y temores asociados con estar viviendo su condición de salud»<sup>2</sup>. Este tipo de terapia grupal llamada apoyo-expresiva ya fue desarrollada a mediados de la década de los setenta en la Universidad de Stanford pretendiendo hacer uso de los factores curativos de la terapia grupal, identificados por Yalow: universalidad, altruismo, instigación de esperanza, identificación y cohesión grupal<sup>2</sup>.

## OBJETIVOS

El objetivo general que se perseguía a la hora de implantar la psicoterapia de grupo aplicada a personas con cáncer era el de ofrecer un espacio formal y de trabajo psicoterapéutico a personas que consultaban por malestar psicológico en relación a un proceso oncológico. En su mayoría, estas personas no presentaban una psicopatología significativa que requiriera una intervención desde un centro de salud mental. Pero sí expresaban una demanda de ayuda que planteaba la necesidad de crear un lugar donde poder abordar la fenomenología y aquellos elementos surgidos de la vivencia en relación al cáncer.

A partir de este foco central, se propusieron los objetivos específicos que se esperaban cumplir a lo largo del proceso grupal. Se pretendía proporcionar un espacio de expresión, colaboración y trabajo de los aspectos emocionales que pueden verse alterados durante un proceso oncológico; promover la elaboración de narrativas subjetivas; facilitar el paso por la enfermedad con un menor desgaste psicológico, aceptando el sufrimiento como parte inevitable de la existencia humana, y contribuir a la construcción de un lazo social que promueva el apoyo mutuo como motor de influencia para la recuperación a todos los niveles físico, psicológico y social, generando a su vez respuestas altruistas, que impliquen la mejora de los demás miembros del grupo como forma de ayudarse a sí mismos.

## METODOLOGÍA

Dentro del Programa de Atención Continuada de Pires del HUIC de Parla se puso en marcha un grupo psicoterapéutico con personas con cáncer. El grupo se encuadró en 10 sesiones con frecuencia semanal de 90 minutos, con un seguimiento a los 3 meses de finalizar la fase de tratamiento psicológico. El espacio se dispuso en círculo único en un aula del HUIC. Se formó un grupo con 9 pacientes, todas mujeres, cuyas edades oscilaban entre los 39 y los 74 años, siendo la edad media del grupo de 51 años. El tipo de cáncer que padecían era mayoritariamente de mama (7 pacientes), también linfoma (1 paciente) y de colon (1 paciente). Había heterogeneidad en cuanto a las fases del proceso oncológico en la que se encontraban (fase de tratamiento inicial, fase de tratamiento complementario y fase de recidiva).

La terapia grupal fue conducida por dos residentes de psicología clínica y otra residente que desempeñó el rol de observador participante. Se mantuvo supervisión semanal con una psicóloga clínica del servicio.

El protocolo de evaluación consistió en una serie de escalas pre y post tratamiento grupal: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), Índice de Relaciones Familiares (FRI), Escala de Ajuste Mental al Cáncer -versión reducida- (Mini-MAC). Se realizaron también entrevistas clínicas individuales. En la última sesión se administró una escala de satisfacción de valoración del programa, además de retroalimentación verbal por parte de los miembros del grupo.

Desde un enfoque de terapia grupal de apoyo-expresiva, se adaptaron e integraron las estrategias psicoterapéuticas derivadas de diferentes modelos teóricos (psicodinámico, humanista, fenomenológico-existencial y cognitivo-conductual) a las características específicas que presentaban las pacientes (angustia, afectos, momentos de duelo, dificultades narrativas, realidades interpersonales) enfatizando su integración a lo largo del recorrido grupal. Se primó el favorecimiento de construcción de narrativas mediante la expresión y ventilación emocional, la cohesión grupal, la



reflexión y mentalización, la universalidad de la experiencia compartida en consonancia con la subjetividad de la vivencia y el apoyo mutuo.

## DESARROLLO

En un primer momento se quiso evaluar las expectativas de la terapia grupal de cada miembro participante, ya que uno de los factores terapéuticos del grupo, es la elevada expectativa de ayuda antes de empezar la psicoterapia<sup>3</sup>. Los aspectos mencionados con sus propias palabras, que les gustaría pudieran tratarse en el grupo correspondían al miedo a la recaída, la normalización de la enfermedad y del sufrimiento, tomar contacto con la experiencia de pérdida, el poder abordar los sentimientos de fragilidad, el caos de la imagen corporal, libertad para poder hablar de todo lo vivido, aprendizaje a través de la experiencia de otras personas relacionado con la superación, asimilación y afrontamiento de la enfermedad y el poder ofrecer ayuda a otros. Las dificultades que imaginaban podían surgir, tuvieron relación con la capacidad de expresarse en grupo, remover sentimientos y recordar malas experiencias, empatizar demasiado con el resto de miembros y sentir pena, llevarse los problemas de otros a casa, la aparición de nuevos miedos al escuchar a otras personas, ir hacia atrás afectado por las experiencias del grupo y el miedo en general a lo desconocido. En esta primera sesión, la mayor parte del tiempo se quiso dedicar a que los participantes pudieran presentarse y exponer su situación vital, dando al encuadre del programa un papel secundario.

Aunque en el planteamiento inicial se estableció una estructura que sirviera de guía para abordar los temas más significativos, se pudo comprobar cómo estos se entrelazaban a lo largo de todas las sesiones, estableciéndose «un tipo de terapia donde los terapeutas ayudaban a los pacientes a encontrar sus propias formas de ajustarse a la enfermedad y encontrar sentido a sus experiencias»<sup>2</sup>. Por lo tanto, aunque se expondrán de forma separada, diferentes aspectos que fueron desarrollándose a lo largo del grupo, durante las sesiones fueron captados y vivenciados de forma integrada, siendo este aspecto integrador una parte esencial del proceso terapéutico.

Se trabajó el poder favorecer los procesos de asimilación de la experiencia oncológica mediante el trabajo con elementos que permitieran una mayor regulación emocional, así como los procesos de acomodación y transformación personal de la experiencia con la enfermedad. Para poder abordar estos procesos, se promovió la expresión de emociones y preocupaciones acerca de los aspectos relacionados con el cáncer (diagnóstico, efectos secundarios, pronóstico, recidiva, etc.), se abordaron sentimientos de culpa, rabia, incertidumbre e incredulidad, así como los pensamientos en torno a los factores biopsicosociales implicados en el proceso oncológico. Se validaron las emociones negativas, permitiendo compartir y normalizar el afecto negativo y fomentando un mayor conocimiento de la funcionalidad de las emociones. La resignificación emocional centrada en la función adaptativa de la reacción (o síntoma de malestar), se completó con elementos que indicarían cuando el síntoma puede ser desadaptativo. Así, por ejemplo, la irritabilidad se enfocaba como una forma de mostrarse no disponible (de marcar límites) ante los demás, permitiendo asimilar la experiencia sin que le molesten a uno (función adaptativa), pero si la irritabilidad se mantuviera, uno correría el riesgo de alejar tanto a los demás que se quedaría sólo y alienado (función desadaptativa). Atender las emociones y respuestas secundarias a su experiencia en el ámbito médico y las instituciones sanitarias, también fue un aspecto esencial desde las primeras sesiones y que se repitió a lo largo de las mismas. Así alguien expresaba: «¿qué somos el muñeco que está ahí colgado que le van haciendo cosas?».

Un elemento central de las intervenciones fue compartir las estrategias de afrontamiento que cada paciente reconocía como parte de su forma habitual de enfrentarse a los acontecimientos traumáticos, señalando y validando las diferentes formas de enfrentarse a la enfermedad, aprendiendo unos de otros, y entendiendo y reconociendo la importancia de la flexibilidad relacionada con adoptar una u otra estrategia en función de la situación, momento personal, sentimientos, etc, asumiendo de antemano que es la propia persona la que más sabe de sí misma para poder decidir cómo adaptarse al proceso de enfermedad. Alguien verbalizó: «cuando me lo dijeron me quedé bloqueada. Acto seguido me fui a tomar café como si nada, le quité importancia». Otra persona decía: «manejo mi angustia intentando estar muy ocupada. Si estoy haciendo cosas no pienso». O también: «he ido siempre sobre la marcha, no me he parado a pensar».

Se dedicó gran parte del tiempo a poder compartir la experiencia del cáncer vivida de forma traumática, pero al mismo tiempo, aunque paradójico como una experiencia de crecimiento. Se les ayudó no tanto a identificar sucesos traumáticos en cáncer sino a saber qué cuestionan esos hechos, especialmente qué aspectos identitarios quedan alterados. Así la imagen corporal fue un tema recurrente, siendo la mastectomía un tema compartido por la mayoría y que dejaba latente el dolor y sufrimiento que sentían las personas presentes. Por ejemplo, una persona dijo: «notaba que me faltaba algo, que estaba mutilada, me faltaba algo de mi feminidad» y otra comentó «lo más duro es que no soy yo». Otras expresaron: «tras ver mi cuerpo después de la operación me puse mal, débil, como un cristal que se cae al suelo y se rompe» o «la menopausia precoz me hace sentir como si ya no fuera mujer, ya no puedo quedarme embarazada».

El trabajo psicoterapéutico con escenarios futuros temidos, el fomento de la continuidad y proyección vital futura en forma de esperanza, ilusión o propósito, así como el reconocimiento de la inevitabilidad del sufrimiento como parte de la vida, fue clave para el abordaje del malestar y temores en cáncer que se dirigen hacia el futuro. Los temores más frecuentes fueron aquellos que se imaginaban tenían altas probabilidades de suceder (dolor, pérdida de autonomía y la propia muerte). Algunos pacientes relataron el conocido Síndrome de Damocles, que en algunos casos genera una incapacidad para planificar la vida. Alguien expresó: «es como el buitre planeando a la espera del cadáver». Juntos, llevados por un sentimiento unitario de lucha, pudieron reconstruir un sentimiento de seguridad o control interno integrando la vulnerabilidad inevitable tras la enfermedad y entendiendo la importancia de no quedar sujeta a la misma. Por otro lado, como se mencionaba anteriormente, algunos miembros del grupo identificaron cambios positivos tras pasar por el cáncer. «Estos cambios positivos asociados a la experiencia traumática se han conceptualizado principalmente, pero no únicamente, como crecimiento postraumático»<sup>1</sup>. Se dieron cambios en uno mismo, en las relaciones interpersonales, así como en la espiritualidad y en la filosofía de vida. Pero también ocurrió que se activaron conflictos o situaciones que ya arrastraban graves dificultades, originando un cambio vital que les hizo replantearse aspectos que antes estaban ocultos, paralizados o silenciados. Un tema muy recurrente fue las relaciones interpersonales, tomando contacto con la posible experiencia de aislamiento y ayudando a identificar las propias necesidades mediante la palabra, el diálogo, simbolización, escritura narrativa y escenificaciones. Algunos ejemplos de simbolización fueron: «montaña que cuando estaba mal, algo imposible de dominar, pero que viene un terremoto y se va», «vaso de cristal, fragilidad, transparente, que no puede disimular sintiéndose observado», «con apoyo y cariño, el trapito, lo hubiera llevado mejor», «desearía que la montaña tuviera un suelo duro que no se tambaleara». El grupo pudo tomar conciencia de cómo el proceso de enfermedad ha afectado a la forma de comunicación y relación con su entorno, favoreciendo la empatía con los familiares y personas cercanas, pudiendo comprender a través de los otros miembros del grupo, las dificultades que pueden encontrar otras personas para acercarse a

ellos mismos. Así alguien expresaba: «yo no discuto, cuento hasta donde quiero» y otra persona decía: «la gente te decepciona, aunque no sólo los demás tienen la culpa, yo también».

Un aspecto esencial que rodeó todas las intervenciones fueron los cuestionamientos propios del proceso de duelo, las emociones y dificultades asociadas. Una persona expresó: «Yo llevé muy bien la enfermedad y cuando me dijeron que estaba bien me metí en un hoyo». Otra verbalizó: «hay ciertas pérdidas que al principio duelen, pero luego te hacen más fuerte». Todos los temas tratados sirvieron para ir trabajando de forma progresiva e indirecta la aceptación de la realidad de la pérdida reorientando el proyecto vital, la integración de emociones y el dolor de las pérdidas asociadas al proceso de enfermedad, así como el poder asumir los cambios de rol que conllevó la pérdida, rescatando los ya existentes. Se identificó la dinámica de repetición de un discurso estereotipado y se fue reconstruyendo un nuevo relato más tolerable y tranquilizador.

Otros puntos de interés abordados por los miembros del grupo fueron los cambios en el estilo de vida, así como aquellos relativos a la inserción laboral. Se trató de favorecer la búsqueda del significado y sentido vital que tienen estos hábitos de salud más que el que pudieran percibirlos únicamente como una amenaza que les presionaba para evitar la enfermedad. Fomentar el autocuidado, para empezar a ver y sentir el cuerpo como medio y espacio de gozo, disfrute y confianza, pudiendo dejar atrás la representación del mismo como un campo de batalla. Por otra parte, se trabajaron las dificultades anticipadas para poder retomar su mundo profesional, la vulnerabilidad sentida, así como la perfección autoimpuesta hacia sus capacidades, como condición para poder volver a su puesto de trabajo. A través del diálogo común pudieron flexibilizar sus expectativas y reducir con ello la tensión emocional que ejercían sobre ellas mismas. Así alguien comentaba: «intentas hacer tu vida normal, pero estas cansada, débil».

Los últimos momentos del grupo se dedicaron a recapitular los temas tratados en sesiones anteriores, rescatando los aspectos de crecimiento que identificaban las participantes, así como los elementos de daño que permanecían. Por último, se quiso conocer desde la subjetividad de los miembros los elementos o cuestiones que habían podido ayudar en el proceso de construcción conjunta de significado, así como aquellos otros que pudieran mejorarse de cara al futuro. Algunos comentarios del grupo fueron: «la enfermedad para cada una es la más importante, pero hay que darle la vuelta y pensar que hay cosas peores», «al principio venía con ira, con enfado. Ahora estoy mejor. Me ayuda el poder compartir», «gracias a todas, es una maravilla haber llegado hasta aquí, pensé que no llegaría», «me pasó un tanque por encima, ahora estoy más tranquila», «al principio no quería venir y ahora no me quiero ir», «me ha fortalecido el grupo, aunque todavía me noto algo débil a nivel mental», «lo bueno del grupo es que además de hablar puedes escuchar», «me he angustiado en ocasiones, pero me ha servido mucho. Me quedo con muchas cosas de cada una».

Tres meses después, se realizó una evaluación de la intervención, para valorar el mantenimiento de los logros, así como de las dificultades que hubieran podido aparecer. En esta sesión los pacientes compartieron cómo era su situación actual, así como las dificultades que habían tenido en este tiempo. Alguien comenzó expresando: «psicológicamente he cambiado. Afronto las cosas con más calma». A ella le siguieron otras personas con expresiones como: «he pasado del enfado y el pesimismo a estar más tranquila. Puedo pensar en otras cosas que no sean la enfermedad», «me he dado cuenta que no puedo estar enfada con el mundo», «he podido relativizar, tomar más distancia», «sigo algo enfada con la vida, pero no voy a pensar todos los días que tengo un tumor», «yo no era capaz de decir estoy mal. Hay que ir paso a paso». Al mismo tiempo se tomaron decisiones conjuntas acerca del alta o de la continuidad de psicoterapia de apoyo individual.

## CONCLUSIONES

Las pacientes valoraron como altamente satisfactorias tanto las intervenciones psicoterapéuticas, como el compartir experiencias y poder tener un espacio común para expresar y apoyar diferentes formas de vivenciar la enfermedad<sup>4</sup>. Concretamente, se evaluó como muy positivos conocer a otras personas con dificultades similares, la información compartida, tener un lugar donde poder expresarse libremente, así como poder llevarse un sentimiento positivo de esperanza tras la resignificación de los acontecimientos vividos. La terapia facilitó la reflexión de los cambios vitales ocurridos desde el inicio del proceso oncológico hasta el momento presente, pudiendo valorar lo sucedido como un punto de inflexión que permitió la aparición de planteamientos y preguntas que habían permanecido silenciados, y otros de nueva generación que posibilitaron cambios en los valores y en el sentido de la propia existencia<sup>5</sup>. Por otra parte, algunos de los participantes apuntaron la posibilidad de aumentar el número de sesiones, lo cual tuvo que ver principalmente con la cohesión significativa del grupo, pasando a significar este un lugar de encuentro donde poder sentir la comprensión de otras personas en su misma situación.

La experiencia grupal con personas con cáncer ha representado una herramienta con un valioso potencial para ayudar a atravesar el difícil camino que supone un proceso oncológico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maté, J, Gil, F, Sumalla, E, Ochoa, C, Castejón, V, Rodríguez, A. et al. Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*. 2010; 7 (1): 7-34.
2. O'Brien, M, O'Brien, T, Yasky, J. Un novedoso grupo terapéutico para mujeres con cáncer de mama avanzado: una experiencia australiana. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2011; XX (3): 247-53.
3. Yalom, I. D. *The theory and practice of group psychotherapy*. Third edition. New York: Basic Books; 1985.
4. Esquerdo, OH. Percepción de las pacientes con cáncer de mama sobre aspectos de ayuda en psicoterapia de grupo. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2011; 36: 153-154.
5. Breitbart, W, Rosenfeld, B, Pessin, H, Applebaum, A, Kulikowski, J, Lichtenthal WG. et al. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2015; 33 (7): 749-54

**VOLVER AL ÍNDICE**

# INTERVENCIÓN DE NO TRATAMIENTO: ESTUDIO PROSPECTIVO A 6 Y 18 MESES

**Julián Gómez Peñalver**

**Cora Fernández Natal**

**Laura del Pozo Gallardo**

**María Varela Piñón**

Médicos residentes del Hospital Universitario La Princesa

**Javier Merino Llorente**

Psicólogo clínico Hospital Universitario Príncipe de Asturias

**Contacto:** [julian.gomez.penalver@gmail.com](mailto:julian.gomez.penalver@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Venimos siendo testigos de un proceso de medicalización del malestar en las últimas décadas que contribuye a que aumenten cada vez más las consultas en salud mental de pacientes sin trastorno mental diagnosticable. Esta expansión sin precedentes de la medicina, que ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas, conlleva un aumento de pruebas diagnósticas y tratamientos que muchas veces producen más daños que beneficios (Márquez & Meneu, 2003).

En el terreno de la salud mental, la frontera que delimita lo normal de lo patológico es aún más imprecisa e inconsistente, y existe actualmente una ampliación artificial de los márgenes en los que se encuadra la enfermedad (en forma de trastornos subumbrales, estados prodrómicos, etc.), a la vez que vamos asistiendo al surgir de nuevas enfermedades cuestionadas como clases naturales. La sociedad exige una solución técnica e inmediata para un tipo de problema y la cientificidad de la locura (reflejada en el discurso científico-determinista de nuestra especialidad) fomenta una tendencia social caracterizada por la búsqueda de soluciones técnicas a problemas vitales.

## Intervenir no es inocuo

Lejos quedaría aquel principio hipocrático, *primum non nocere*, que debería regir nuestra práctica asistencial. Cualquier intervención sanitaria, por bien hecha que esté y bienintencionada que sea, puede conllevar inherentemente iatrogenia. Realizar una intervención sanitaria en circunstancias donde, pese a que existe un sufrimiento psíquico, éste es proporcionado al contexto, necesario y adaptativo, tiene varios peligros potenciales (Ortiz Lobo, 2015):

- Patologizar: se convierte en enfermedad una respuesta emocional dolorosa.
- Ofrecer falsas esperanzas: al ofrecer el tratamiento como una solución que no va a resolver el problema subyacente.
- Infantilizar y generar dependencias inútiles: se favorece una consulta ante cualquier adversidad que produzca malestar. Necesidad de «expertos» que se hagan cargo de las emociones del paciente.
- Culpabilizar: con el peligro de transformar una injusticia social en un problema personal del paciente. Se da implícitamente que el sufrimiento figura dentro del individuo y no en su entorno.
- Distraer, resignar: se enmarca el problema en un contexto sanitario, individual e íntimo, desviando el foco del conflicto social y colectivo.
- Estigmatizar: indicar un tratamiento favorece la estigmatización propia y del entorno del sujeto, lo que conduce a mayor aislamiento y discriminación.

Además, los profesionales somos gestores de recursos económicos y asistenciales, y hemos de contribuir a su correcta distribución, sin dispendios ni desigualdades innecesarias (Ortiz Lobo, 2014).

Una de las consecuencias de lo que comentamos es que una cuarta parte de los pacientes que acuden a un servicio de salud mental no presentan un trastorno mental diagnosticable según la CIE-10 y la mitad de ellos ya tienen prescrito un psicofármaco (Ortiz Lobo, González, & Salvanés, 2006).

## La intervención de no-tratamiento

En este contexto ha cobrado especial relevancia la prevención cuaternaria, para evitar o atenuar las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario (Kuehlein, Sghedoni, Visentin, Gervas, & Jamouille, 2010). La indicación de no-tratamiento en salud mental se ha convertido, de esta manera, en una intervención imprescindible para proteger al paciente de estos excesos. Partimos de la base de que dentro del Sistema Nacional de Salud se proporciona tratamiento para todos aquellos pacientes que lo necesiten. En este sentido, la indicación de tratamiento en salud mental es lo que sanciona al paciente como tal, como sujeto que precisa de terapia y, desde ahí, como presunto enfermo mental o en riesgo de serlo si la intervención pretende ser preventiva. Por el contrario, indicar el no-tratamiento desde nuestro análisis certifica, de alguna manera, la salud mental del sujeto, lo que añade mayor relevancia a esta intervención (Ortiz Lobo & Murcia García, 2009). Por otra parte, debemos tener en cuenta las motivaciones del propio clínico para intervenir de forma innecesaria. Se pueden producir conflictos intelectuales cuando existe una identificación excesiva con la perspectiva médica y psicopatológica, predominante en la Salud Mental a día de hoy. Esto nos lleva a un sobrediagnóstico y sobreintervencionismo, convencidos de que desde nuestro abordaje ayudaremos al paciente. También se pueden producir necesidades

personales que tienen que ver con cómo nos enfrentamos a las demandas de ayudas del otro. Es decir, podemos tomar una actitud compasiva, omnipotente, vanidosa, paternalista o defensiva que nos predisponga a actuar, en lugar de tolerar el malestar de la incertidumbre con que nos quedamos con la no prescripción. Es fundamental tener en cuenta el sistema de valores propio que nos permita no caer en estas actitudes.

Los pacientes acuden a salud mental generalmente con la noción de que su sufrimiento es producto de una enfermedad o, al menos, que precisan una intervención psicológica o psiquiátrica para aliviarlo. La intervención de no tratamiento va mucho más allá de «dar de alta» al paciente en un trámite puramente burocrático. Es una intervención estratégica que precisa del conocimiento de técnicas de habilidades de entrevista y de psicoterapia. Lo que se busca con ella es producir una resignificación de los síntomas que el paciente vive como señales de una enfermedad y tributarios de una intervención sanitaria, en una respuesta emocional sana, legítima, adaptativa y necesaria. Se fundamenta en la ética de la ignorancia ya que finalmente no sabemos con certeza cómo van a evolucionar muchos de los pacientes y compartimos con ellos esa incertidumbre, proponiendo una espera vigilante frente a posturas intervencionistas que pueden producir más daño. Con esta intervención, además de evitar iatrogenia y normalizar el malestar del paciente, también buscamos aumentar su confianza, su capacidad y su responsabilidad para gestionar sus emociones (Ortiz Lobo, 2013).

## OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es el de evaluar el efecto de la indicación de no tratamiento en términos de necesidad de tratamiento posterior y de la satisfacción del paciente a los 6 y 18 meses. En cuanto a necesidad de tratamiento posterior, hemos analizado el número de personas que consultaron o no a algún profesional de salud mental en los siguientes 6 y 18 meses o recibieron tratamiento psicofarmacológico añadido del médico de atención primaria. También hemos observado el número de personas que piensan que hubieran necesitado un seguimiento posterior.

Como objetivos secundarios, hemos considerado importante establecer qué idea tienen los pacientes de lo que les sucede, qué tipo de tratamiento creen necesitar al inicio de la indicación así como la presencia de desencadenantes vitales y el grado de control sobre los mismos.

Por lo tanto, una de las hipótesis que buscamos confirmar es que la mayoría de los pacientes a los que se les indica no-tratamiento, no vuelven a consultar en los siguientes 6 meses. Igualmente pensamos que la mayoría de los pacientes a los que se les indica no-tratamiento creen, a los 6 meses, que no habrían necesitado seguimiento y están satisfechos con la intervención que se hizo y, finalmente, que los pacientes a los que se les indica no-tratamiento tienen la idea de que padecen una enfermedad mental (en contraposición a una reacción emocional). No hay estudios prospectivos sobre la evolución de personas con malestar pero sin un trastorno mental diagnosticable, por lo que es esencial investigarlo (Helmchen & Linden, 2000; Siddique, Aubry, & Mulhall, 1996).



## METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo y prospectivo de registro de datos a una muestra de 34 pacientes derivados desde Atención Primaria a dos Centros de Salud Mental.

Los criterios de inclusión establecidos fueron el tener una edad superior o igual a 18 años, ser pacientes derivados desde Atención Primaria sin tratamiento psicofarmacológico (excepto benzodiazepinas), y que en la primera entrevista de evaluación en el Centro de Salud Mental se realice una intervención de no tratamiento porque el paciente no presenta ninguna patología que cumpla criterios de trastorno mental según la CIE-10.

Tras la entrevista de evaluación inicial, a 24 de ellos (Centro de Salud Mental Salamanca) se les realiza una segunda entrevista telefónica a los 6 meses y a los 10 restantes (Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares) a los 18 meses. La entrevista telefónica es realizada por el residente de psiquiatría que estuvo de observador en la primera entrevista. Los datos son recogidos de la entrevista de indicación de no-tratamiento, historia clínica y visor HORUS.

Todos los pacientes recibieron una hoja de información garantizando la confidencialidad y el anonimato de sus datos y firmaron un consentimiento informado para poder participar en el estudio. Antes de iniciar el estudio, los documentos del ensayo se presentaron al Comité Ético que dio su aprobación.

Las variables recogidas fueron: tiempo transcurrido entre la derivación desde Atención primaria y la entrevista de indicación de no-tratamiento, derivación normal o preferente, edad, sexo, convivencia, tratamiento psicofarmacológico, acontecimiento vital desencadenante y grado de control sobre el mismo, código Z (CIE-10), qué cree el paciente que le sucede, qué espera de la consulta. A los seis/dieciocho meses: si han sido atendidos por algún profesional de Salud Mental, tratamiento psicofarmacológico, grado de resignificación del problema y de la demanda, evaluación de la indicación de no-tratamiento, opinión sobre si hubieran precisado o no seguimiento, situación clínica subjetiva del paciente y valorada por el profesional.

En aquellos pacientes que cumplen los criterios de inclusión, a través de una escucha empática vamos construyendo con el paciente una narrativa singular, la suya, que recoge su mundo emocional, su idea de lo que le pasa y espera con la consulta actual. Es en ese momento (y no a priori), cuando debemos plantear conjuntamente con el paciente si, en efecto, esa narrativa de sufrimiento se corresponde con una respuesta emocional dolorosa, pero proporcionada, legítima y adaptativa a la situación que está viviendo, o si por el contrario se puede beneficiar de un tratamiento (por su intensidad, egodistonia, inadecuación con el entorno, etc). En el primer caso, se deconstruye la versión «medicalizada» (mediante un conjunto de intervenciones psicoterapéuticas) para buscar un nuevo sentido a sus sentimientos en el contexto de su biografía y experiencia vital únicas. La demanda se enmarca de esta manera, desde una perspectiva longitudinal, dentro de la historia del sujeto y se contextualiza en su entorno familiar, social, laboral-académico e interpersonal, teniendo en cuenta sus valores y expectativas (Ortiz Lobo, 2014).



## DESARROLLO

Pacientes evaluados (n=34)		
Variable	Categorías	n (%)
Qué cree el usuario que le sucede	Reacción emocional	27 (79,4%)
	Enfermedad	3 (8,8%)
	Combinación de ambas	4 (11,8%)
Qué espera de la consulta	Psicofármacos	4 (11,8%)
	Terapia-consejos	16 (47%)
	No saben	14 (41,2%)
Acontecimiento vital estresante	Sí	32 (94,1%)
	No	2 (5,9%)
Grado de control sobre el acontecimiento vital	Mucho o bastante	9 (26,5%)
	Ninguno	25 (73,5%)

Pacientes reevaluados a los 6 meses (n=24)		
Variable	Categoría	n (%)
Situación clínica (según paciente)	Mejor o mucho mejor	18 (75%)
	Igual o peor	6 (25%)
¿Solicitó cita de nuevo?	Sí	4 (16,7%)
	No	20 (83,3%)
Qué les pareció no realizar seguimiento	Bien	17 (70,8%)
	Hubieran deseado seguimiento	7 (29,2%)

Pacientes reevaluados a los 18 meses (n=10)		
Variable	Categoría	n (%)
Situación clínica (según paciente)	Mejor o mucho mejor	6 (60%)
	Igual o peor	4 (40%)
¿Solicitó cita de nuevo?	Sí	0 (0%)
	No	10 (100%)
Qué les pareció no realizar seguimiento	Bien	7 (70%)
	Hubieran deseado seguimiento	3 (30%)

La mayoría de los pacientes (27) identificaban su problema como una reacción emocional, tres como una enfermedad y los cuatro restantes como una combinación de ambas. Estos resultados nos llamaron la atención puesto que cuestionaban una de nuestras hipótesis iniciales basada en que los pacientes a los que se les indica no-tratamiento tienen la idea de que padecen una enfermedad mental (en contraposición a una reacción emocional). Este resultado ha podido verse influido directamente por la intervención, dado que hay una fase de resignificación en la misma donde se construye conjuntamente con el paciente una nueva versión en la que la problemática que plantea queda vinculada a su contexto cotidiano, la carga emocional está legitimada y normalizada y el rol de enfermo cambia a uno más activo e independiente. Tanto en las entrevistas a los 6 meses como a los 18 meses, la identificación del problema como reacción emocional se mantuvo estable y no se produjeron cambios de resignificación hacia la enfermedad.

En la tabla comprobamos cómo gran parte de los pacientes acuden a salud mental con la expectativa de necesitar pautas o consejos médicos, e incluso psicoterapias, para poder controlar mejor

los desencadenantes vitales que en la mayoría de ellos explicaban el malestar sentido. La validación y normalización de sus respuestas emocionales, que no deben ser universales y estandarizadas, sino legítimas y propias, se reflejó como veremos a continuación en la satisfacción subjetiva y estado clínico posterior.

La mayoría de los pacientes no tuvo que volver a recibir asistencia, su malestar mejoró espontáneamente sin necesidad de un tratamiento y el rol de enfermo pasó a uno más activo e independiente, lo que concuerda con nuestra hipótesis inicial. Es de interés añadir que un gran número de pacientes no pudieron formar parte de nuestra muestra debido a que, pese a que no fueron diagnosticados de un trastorno mental dentro de la clasificación CIE-10, ya portaban un tratamiento psicofarmacológico previamente más allá de benzodiazepinas (ya sea antidepresivos o antipsicóticos) lo cual es criterio de exclusión de nuestro estudio.

Aunque trata de cuidar al paciente de los excesos de las intervenciones en salud mental, esta propuesta no es infalible. Muchas veces se pueden acabar realizando tratamientos innecesarios o pueden no iniciarse otros que deberían haber comenzado de entrada. Igualmente, esta propuesta se puede pervertir como cualquier otra, y ser utilizada por los profesionales para no hacerse cargo de pacientes que les resulten molestos, o por los gestores para imponer intervenciones de «alta resolución» que expulsan a pacientes que sí precisan de una evaluación más pormenorizada o se van a beneficiar de un tratamiento. En otros casos, el médico derivante podría interpretar que el paciente no ha sido escuchado y se podrían generar nuevas consultas para obtener el tratamiento buscado con una solución técnico-científica. Las limitaciones más importantes de este estudio son el tamaño de la muestra (34 pacientes), y el haber dividido la muestra en 2 submuestras longitudinales. Para un nivel de confianza del 95% y un error máximo admitido del 7% y una prevalencia estimada de satisfacción del 80%, se precisa una muestra de 124 pacientes.

## CONCLUSIONES

Las conclusiones que se pueden hacer con respecto a la fuerza de asociación entre intervención de no tratamiento y satisfacción del paciente son limitadas debido a la cantidad relativamente pequeña de estudios prospectivos que se han llevado a cabo hasta la fecha.

Los resultados apoyan sólidamente la relación entre la intervención de no tratamiento con la satisfacción del paciente y un seguimiento posterior innecesario. La mayoría de los pacientes de nuestra muestra a los que se les indicó no tratamiento no volvieron a consultar en los siguientes 6 y 18 meses, considerando que no necesitaban seguimiento y estando satisfechos con la no intervención.

Los profesionales de atención primaria y salud mental tenemos un papel crucial y hemos de considerar la indicación de no tratamiento como una intervención imprescindible, enormemente terapéutica en la medida que efectúa prevención cuaternaria, protege al paciente de efectos adversos, resignifica su malestar, y le reorienta a un contexto no sanitario.

## REFERENCIAS

Helmchen, H., & Linden, M. (2000). Subthreshold disorders in psychiatry: clinical reality, methodological artifact, and the double-threshold problem. *Comprehensive Psychiatry*, *41*(2 Suppl 1), 1–7.

Kuehlein, T., Sghedoni, D., Visentin, G., Gérvas, J., & Jamoulle, M. (2010). Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Primary Care*, *18*.

Márquez, S., & Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica Y Sanitaria*, *5*(2), 47–53.

Ortiz Lobo, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Grupo 5.

Ortiz Lobo, A. (2014). El trabajo con la demanda hacia la patología o la indicación de no-tratamiento. *Norte de Salud Mental*, *XII*(49), 23–28.

Ortiz Lobo, A. (2015). La indicación de no-tratamiento ante problemas sociales, (III Jornada de Humanización y Ética en Atención Primaria. fml. 2015; 19 Supl 1:39p).

Ortiz Lobo, A., & Murcia García, L. (2009). La indicación de no- tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. In *Trastornos mentales comunes: manual de orientación* (Estudios 41, pp. 179–193). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Siddique, C. M., Aubry, T. D., & Mulhall, D. (1996). The burden of conditions not attributable to mental disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *153*(11), 1489–1491.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# ¿MEJORA LA IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES GRUPALES MULTIFAMILIARES PERIÓDICAS LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS? ESTUDIO EXPLORATORIO

**Isabel Rivero Ostos, Doctora en Psicología**  
Psicóloga en el CTD El Alba

**José Luis Carpintero Redondo**  
Médico, Coordinador Equipo Terapéutico CTD El Alba

**Antonia Jiménez López**  
Terapeuta Ocupacional, CTD El Alba

**María José Ortiz García.**  
Terapeuta Ocupacional. CTD El Alba

**Contacto: [jcarpintero@jccm.es](mailto:jcarpintero@jccm.es)**

En el contexto de la salud mental y drogodependencias los grupos de terapia familiar constituyen una dimensión básica que favorece la mejoría de estos pacientes dentro del proceso terapéutico. En el C. T. D. El Alba, recurso dependiente de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla La Mancha, se trabaja desde una concepción relacional, grupal y familiar en este tipo de trastornos. La población que accede al recurso presenta un porcentaje elevado de patología dual que lleva asociado situaciones vitales cronificadas con un componente de sufrimiento personal y familiar importante.

Dentro de este contexto, y tras una trayectoria de trabajo conjunto con las familias, surge la necesidad de poner en marcha un Grupo multifamiliar que ha ido situándose como una de las

actuaciones de gran relevancia terapéutica en este recurso. Se ha comprobado que esta modalidad de abordaje ofrece una mayor probabilidad de resultados exitosos que para los pacientes cuyas familias no participan en el tratamiento.

## INTRODUCCIÓN

Desde la práctica clínica, la implicación y participación de la familia en el proceso de tratamiento de pacientes con patología dual es un elemento clave dirigido a poder abordar de forma integral y rigurosa esta patología. Existen múltiples enfoques desde los que emprender un abordaje familiar que enfatice la relación del trastorno mental con una dinámica familiar disfuncional (baja comunicación entre los miembros, alto malestar subjetivo percibido, baja expresión de necesidades y baja resolución de problemas), donde los miembros del sistema familiar se ven abocados a ordenarse en torno de esta problemática, creándose fenómenos relacionales y conductuales homeostáticos que perpetúan la situación de parsimonia patológica y recurrente, generadora de desestabilizaciones y recaídas que acaban por cronificar el conflicto, conformándose un círculo vicioso generador de sentimientos de cansancio, hastio y desesperanza en el sistema familiar.

Existe un creciente interés acerca de la eficacia del abordaje familiar encontrándose numerosos artículos con buenos resultados al respecto. No obstante, la heterogeneidad metodológica de los estudios dificulta la exposición de conclusiones más sólidas. Un enfoque familiar sistémico produce buenos resultados para el tratamiento de trastornos en adultos, particularmente en trastornos del estado de ánimo, trastornos por consumo de sustancias, trastornos de la personalidad, esquizofrenia y de factores psicológicos generadores de enfermedad física (Sydow, Beher, Schweitzer y Retzlaff, 2010), encontrándose no solo una mejoría sintomática, sino un mayor compromiso y adherencia al tratamiento por parte del paciente, unido a una mejoría general en el funcionamiento familiar (Becoña y Cortés, 2008).

Paralelamente, la Teoría de Grupos se ha evidenciado como un poderoso modelo generador de importantes cambios en las relaciones interpersonales y la conducta del sujeto, aportando economía de tiempo y de recursos, obteniéndose una mayor productividad. Si esto se armoniza con un enfoque centrado en lo familiar, se abre la posibilidad de mejorar la calidad del proceso terapéutico, ampliando y profundizando nuestra visión del problema y dejando al margen otras miradas que, girando exclusivamente alrededor del individuo, pueden resultar más reduccionistas.

En este sentido y en los últimos años, el formato de terapia multifamiliar se viene implantando de forma progresiva en numerosas instituciones y entornos asistenciales, desde diferentes modelos (psicodinámicos, sistémicos, cognitivos-conductuales, ...) y en relación a distintas temáticas: trastornos mentales, adicciones, enfermedades crónicas, adolescentes, etc. Se cuenta con valiosas experiencias iniciales de autores como Bowen (1989), García Badaracco (2000), Kaufman (1999), Laqueur (1969), McFarlane y cols. (1995, 2002) y Steinglass (1998) entre otros. Cada uno de ellos, con elementos diferenciadores y particulares dependiendo del modelo de partida y de la temática abordada, se convierten en impulsores de trabajos y estudios posteriores.

Los grupos multifamiliares ofrecen un espacio donde se reúnen y participan varias familias compartiendo experiencias de forma libre y espontánea, favorecido por un clima emocional de respeto y apoyo que, en sí mismo, se muestra como una variable potenciadora de cambios. Todo ello es

facilitado por un grupo formado de terapeutas que pudiendo proceder de distintas disciplinas y trabajando en co-terapia, pueden situarse en una posición más horizontal con respecto a los miembros del grupo y con una actitud más flexible en relación a otras aproximaciones terapéuticas.

Desde el C. T. D. El Alba, centrado en lo relacional y grupal, comienza a surgir la necesidad de ampliar la visión y poner en marcha un grupo multifamiliar acorde a las particularidades de este dispositivo, del que puedan beneficiarse los pacientes que realizan tratamiento y sus familias, creando un espacio compartido donde se ofrezca la posibilidad de identificar y expresar necesidades, reducir las expresiones de angustia y culpa de los miembros de la familia, así como abordar las dinámicas disfuncionales o adversas, aspectos que puedan promover cambios que deriven en un mayor compromiso y adherencia al tratamiento, mayor implicación de las familias, con el propósito de favorecer resultados más óptimos y perdurables en el tiempo.

## OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El formato de terapia familiar grupal facilita un mayor compromiso e implicación del paciente y su familia en el proceso de tratamiento, y se ha comprobado que es una modalidad terapéutica eficaz.

El objetivo de este estudio es estudiar si el trabajo con las familias a nivel grupal y en concreto con un formato multifamiliar puede ser aplicable en el contexto de comunidad terapéutica y en pacientes con patología comórbida.

Para este objetivo, se describe en primer lugar, el perfil de pacientes que realizan tratamiento en la comunidad terapéutica para después analizar si existen diferencias significativas en relación a las altas o finalización de tratamiento entre aquellos cuyas familias participan o no en el abordaje familiar.

En general, se espera encontrar una mayor tasa de tratamientos exitosos en los pacientes cuyas familias se implican y participan a lo largo del proceso de tratamiento respecto a las familias que no lo hacen, lo que hablaría a favor de la producción de cambios significativos a lo largo del tratamiento en un grupo y otro.

Como hipótesis se plantea que existen diferencias significativamente mayores en el tipo de alta en los pacientes cuyos familiares participan en los Grupos Familiares que aquellos en los que no participan.

## METODOLOGÍA

Se incluyen en el estudio los pacientes ingresados en el C.T.D El Alba que han sido dados de alta o finalizado el tratamiento durante 2016, independientemente de su año de ingreso (2016 y/o el año previo). La muestra consta de 56 pacientes. La información relevante para el análisis estadístico se recogió de sus historias clínicas y se muestra en la Tabla 1.

Para explorar las posibles relaciones entre la variable dependiente o respuesta (Tipo de alta) y el resto de variables, incluida la principal variable predictora (Participación en Grupo familiar), se ha realizado un análisis bivariante (tablas 2 y 3). Como estadísticos de contraste En las variables

categorías se ha usado el estadístico Z con un grado de significación  $p < 0,05$ . Para las variables cuantitativas se ha usado la mediana y el Rango Intercuartil (RIC) y la U de Mann-Whitney para muestras independientes con un grado de significación  $p < 0,05$ . Debido al escaso tamaño de la muestra, para la construcción de un modelo explicativo se ha optado por realizar un análisis multivariante mediante Regresión Logística Binaria (RLB) valorando el OR y su intervalo de confianza al 95%. Para ello se utilizó software de análisis estadístico de libre distribución (EPIDAT v 4.)

## RESULTADOS

El perfil del usuario del C.T.D. El Alba lo componen mayoritariamente hombres (71%), solteros (59,2%), con una mediana de edad de 37 años (RIC: 348), que conviven con la familia de origen (59,2%) en medio rural (60,5%), con ingresos económicos generalmente de escasa cuantía (55,3%) ligados a prestaciones sociales. La sustancia de adicción principal es el alcohol, solo o en combinación con otras sustancias o policonsumo, generalmente cocaína y cannabis (64%). La prevalencia de trastornos en el Eje I es del 42%, fundamentalmente trastornos del espectro de la esquizofrenia, y respecto a la prevalencia de trastornos de personalidad en el Eje II es del 48,7%, fundamentalmente Trastornos de personalidad Clúster B.

El análisis bivalente para la variable respuesta (Alta Terapéutica vs Alta no terapéutica – Tabla 2) muestra resultados estadísticamente significativos para la duración del tratamiento (210 vs 81), la existencia de una red primaria de apoyo ( $p = 0,02$ ) y la participación de la familia del paciente en el Grupo Familiar ( $p = 0,002$ ). El hecho de residir en un medio urbano ( $p = 0,058$ ) tiene una significación limítrofe que debe ser tenida en cuenta.

Debido a la alta significación de la variable Participación en el Grupo Familiar, el análisis bivalente de la principal variable predictora (Tabla 3) arroja los siguientes resultados: Duración del tratamiento significativamente mayor que en los no participantes (176 vs 110;  $p = 0,002$ ), mayor influencia del grupo primario de apoyo en los participantes ( $p = 0,007$ ) y convivir habitualmente con la familia de origen ( $p = 0,02$ ).

Los resultados del análisis RLB en el que se incluyeron, entre otras, las variables que dieron resultados estadísticamente significativos en el análisis bivalente mostraron que la asistencia de la familia a los Grupos Familiares (OR 9,8;  $p = 0,002$ ); IC95% 2,34-41,00), la residencia habitual en entorno urbano (OR 4,35;  $p = 0,044$ ; IC95% 1,04-18,19) y la presencia de un trastorno adictivo por consumo de alcohol (OR 5,76;  $p = 0,024$ ; IC95% 1,26-26,30) influyen en el resultado del tratamiento.

## DISCUSIÓN

Una exploración cuantitativa de los resultados obtenidos tras la puesta en marcha de los grupos familiares se veía como algo necesario. Los resultados, con las limitaciones derivadas de su tratamiento y naturaleza, parecen mostrar que la implementación de espacios grupales familiares y multifamiliares favorecen la aparición de cambios que rompen la homeostasis patológica generada durante años, cronificada. Las familias participantes, formadas mayoritariamente por miembros de la familia de origen (progenitores y hermanos), y en menor medida por miembros de la familia

adquirida (cónyuges o parejas de hecho de los pacientes e hijos), muestran el interés por enfrentarse a las situaciones de sufrimiento, cansancio y angustia del grupo primario de apoyo cuando se les ofrece la oportunidad de compartirlo y aprender de la experiencia de otras familias. Nuestra percepción nos revela el alivio que los familiares sienten cuando participan en estos espacios terapéuticos, y la adherencia a los mismos es manifiesta. Como dato *objetivo*, la significación de la asistencia a estos grupos en la mejora de pronóstico a medio plazo de los pacientes atendidos, merece proseguir en el esfuerzo de consolidar evidencias sobre la eficacia de este enfoque.

## CONCLUSIONES

La implicación de la familia en el proceso de tratamiento de pacientes con psicopatología comórbida con trastornos por consumo de sustancias es fundamental para conseguir una estabilización y mejoría del pronóstico de este tipo de trastornos que conllevan un curso y gravedad importante, y que van acompañados de vivencias familiares de desasosiego, cansancio y frustración.

Desde el Centro de Tratamiento El Alba, el objetivo en este trabajo ha sido mostrar la viabilidad de los grupos de terapia familiar (con paciente o sin él) en un contexto residencial sanitario. Los resultados encontrados hasta el momento refuerzan la idea de continuar el trabajo con los grupos multifamiliares donde se cuenta con el paciente y en el que participan e interactúan varias familias, ofreciendo un espacio seguro en el que conversar y compartir acerca de sus miedos y preocupaciones, donde se establecen intercambios comunicacionales e interpersonales más sanos y se multiplican las posibilidades de aprendizaje y de cambio.

La experiencia vivida hasta ahora es positiva, los familiares que participan en los grupos multifamiliares informan de una disminución del aislamiento y sentimiento de sentirse escuchados y comprendidos, redescubrimiento de sus relaciones con los demás y se recobra una actitud compartida en la familia de optimismo y sentimiento de esperanza.

Desde este punto, la modalidad multifamiliar abre un camino de resultados positivos que anima a seguir en esta línea con cierto optimismo. No obstante, es necesario seguir recogiendo datos y acumulando experiencia de y en los grupos realizados, que nos permitan arrojar resultados más sólidos de los obtenidos hasta el momento.

## BIBLIOGRAFÍA

- Becoña, E. y Cortés, M (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bowen, M. (1989). *La Terapia Familiar en la práctica clínica*. Ed. Desclee de Brouwer. Bilbao.
- García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Kaufman, E. y Kaufman, P. (1977). Multifamily therapy: a new direction in the treatment of drug abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 4, 467-578.



Laqueur, H. P. (1969). Multiple family Therapy in a state hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 20, 13-20.

McFarlane, W. R., Lukens, E. y Link, B. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archive General Psychiatry*, 52, 679-687.

McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*, London: Guilford.

Steinglass, P. (1998). Multiple Family Discussion Groups for Patients with Chronic Medical Illness. *Family System and Health*, 16, 55-70.

Sydow, K. V., Beher, S., Schweitzer, J. y Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family Process*, 49(4), 457-485. doi:10.1111/j.1545-5300.2010.01334.x

## ANEXO TABLAS

Tabla 1.- Perfil de los pacientes ingresados durante 2016 en el C.T.D. El alba.

Variable	Estadístico
Género	
Hombre	54 (71,1%)
Mujer	22 (28,9%)
Edad al ingreso <sup>1</sup>	37 (RIC: 30,2-48,0)
Recurso procedencia	
UCA	67 (88,2%)
USM	7 (9,2%)
C. PENITENCIARIO	2 (2,6%)
Razón Ingresos nuevos/Reingresos	2,45
Mediana de estancia tratamiento <sup>1</sup>	141,5 (RIC: 47,5-198,5)
Estado Civil	
CON PAREJA ACTUAL	12 (15,8%)
PAREJA ROTA	19 (25,0%)
SOLTERO/A	45 (59,2%)
Tipo de convivencia	
Familia de Origen	45 (59,2%)
Familia Adquirida	12 (15,8%)
Otro	19 (25,0%)
Entorno domicilio	
Urbano	30 (39,5%)
Rural	46 (60,5%)
Ingresos económicos	
Si	42 (55,3%)
No	34 (44,7%)

Tipo de Ingreso en recurso	
Voluntario	72 (94,7%)
POJ (involuntario)	4 (5,3%)
Problemas legales:	
Si	21 (27,6%)
No	55 (72,4%)
Sustancia o adicción principal	
Alcohol solo	9 (11,8%)
Estimulantes (Cocaina...)	2 (2,6%)
Opioides	1 (1,3%)
BZD	2 (2,6%)
Cannabis	10 (13,2%)
Policonsumo con Alcohol	33 (43,4%)
Policonsumo sin alcohol	15 (19,7%)
Trastorno en Eje I	
Si	42 (55,3%)
No	34 (44,7%)
Trastorno en Eje II	
Si	37 (48,7%)
No	39 (51,3%)

Tabla 2.- Descripción de variables. Análisis bivariante para la variable respuesta (Tipo de Alta).

Variables	Tipo de alta		Estadístico de contraste Z (p < 0.05)
	Terapéutica N=21	No terapéutica N=38	
Género:			
- Hombre	16	28	N.S.
- Mujer	5	10	
Edad <sup>2</sup>	42	37	N.S
Duración tto. (días) <sup>3</sup>	210 (183-269)	81 (24-148)	P<0.000
Ingresos económicos:			
- Si	14	19	N.S.
- No	7	19	
Apoyo familiar:			
- Si	19	26	1.91 (p=0,02)
- No	2	12	
Ámbito residencial:			
- Urbano	11	12	1,57 (p=0.058)
- Rural	10	26	
Convivencia en pareja			
- Si	18	30	N.S.
- No	3	8	

Problemas legales:			
- Si	2	2	N.S.
- No	19	36	
Núcleo de convivencia:			
- Familia	16	28	N.S.
- Otro	5	10	
Ingresos previos:			
- Si	6	10	N.S.
- No	14	28	
Trastorno Eje I:			
- Si	9	23	N.S.
- No	11	15	
Trastorno Eje II:			
- Si	11	18	N.S.
- No	9	20	
Participación GF:			
- Si	15	10	9,34 (p=0.002)
- No	6	28	

Tabla 3.- Descripción de variables. Análisis bivariante para la principal variable predictora (Participación en G. Familiares)

Variables	Participación en Grupos Familiares		Estadístico de contraste Z (p<0.05)
	Participa N=25	No participa N=34	
Género:			
- Hombre	19	25	N.S.
- Mujer	6	9	
Edad <sup>4</sup>	37	40	N.S.
Duración Tto. (días) <sup>5</sup>	176 (148-223)	110 (19-190)	P=0,002
Ingresos económicos:			
- Si	13	20	N.S.
- No	12	14	
Apoyo familiar:			
- Si	23	22	2,43 (p =0.007)
- No	2	12	
Ámbito residencial:			
- Urbano	9	14	N.S.
- Rural	16	20	
Convivencia en pareja			
- Si	20	28	N.S.
- No	5	6	
Problemas legales:			
- Si	2	2	N.S.
- No	19	36	

Núcleo de convivencia:			
- Familia	22	22	2,03 (p=0,021)
- Otro	3	12	
Ingresos previos:			
- Si	17	25	N.S.
- No	8	9	
Trastorno Eje I:			
- Si	13	20	N.S.
- No	12	14	
Trastorno Eje II:			
- Si	13	16	N.S.
- No	12	18	
Tipo de alta:			
- Terapéutica	15	10	2,35 (p=0,009)
- No Terapéutica	6	28	

Tabla 4.- Resultados del análisis multivariante de Regresión Logística Binaria

Variables en el modelo	Sig.	OR	I.C. 95% para EXP(B)	
			Inferior	Superior
Asistencia a GF	,002	9,807	2,346	41,004
Entorno Urbano	,044	4,350	1,040	18,195
Trno. por consumo de Alcohol	,024	5,762	1,262	26,301
Constante	,000	,029		

1. **MEDIANA Y RANGO INTERCUARTIL**
2. **Mediana (U de Mann-Whitney para muestras independientes)**
3. **Mediana (U de Mann-Whitney para muestras independientes)**
4. **Mediana (U de Mann-Whitney para muestras independientes)**
5. **Mediana (U de Mann-Whitney para muestras independientes)**

**VOLVER AL ÍNDICE**

# EXPERIENCIA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO EN UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

M<sup>a</sup> Llanos Bote Cubillana

María Villacañas Blázquez

Ana Martín García

Sergio Sanz Díaz

Ángela Gómez Cañadilla

Residentes de Psicología Clínica del Complejo Hospitalario de Toledo

Contacto: [llanos.bote@gmail.com](mailto:llanos.bote@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Reflexiones acerca de la actividad grupal realizada por los residentes de Psicología Clínica en la Unidad de Media Estancia (UME) del Hospital Provincial de Toledo. Se trata de un dispositivo de Hospitalización completa dirigido al tratamiento del Trastorno Mental Grave (TMG) en pacientes cuya patología sobrepasa el marco de actuación de la Unidad de Hospitalización Breve (UHB). En ella se proporciona atención individualizada y prolongada destinada al tratamiento y rehabilitación de los pacientes ingresados.

En esta comunicación relatamos nuestro proceso personal y de elaboración teórica que nos dirige a un cambio en el marco teórico de base de este espacio grupal. Cambio guiado a través de nuestra experiencia en la conducción de este grupo dirigido a TMG como terapeutas nóveles. Destacando el proceso teórico y personal desde el que hemos ido ampliando, modificando y configurando nuestra forma de entender este grupo psicoterapéutico y nuestro rol como conductores del grupo según nuestra experiencia y las necesidades surgidas en la práctica.

## OBJETIVO Y MÉTODO

La actividad consiste en la conducción de un grupo de psicoterapia por parte de dos residentes de Psicología Clínica (R3 y R2) en coterapia. Actividad diseñada como parte de los módulos de atención continuada que ofrece el Hospital y que comienza a desarrollarse en 2014. El encuadre propuesto es de Terapia de Grupo de 1 hora de duración en frecuencia semanal y horario de tardes, la actividad se extiende de Septiembre-Junio siendo este año (2016/2017) nuestra tercera experiencia. La actividad se encuentra dirigida a todos los pacientes ingresados en la Unidad de Media Estancia del Complejo Hospitalario de Toledo y se realiza en las instalaciones de la misma. Así convive y complementa al resto de actividades terapéuticas de la Unidad que están dirigidas a la rehabilitación.

El espacio parte un modelo rehabilitador clásico dirigido al tratamiento del Trastorno Mental Grave (TMG) con un enfoque psicoeducativo y directivo. Actualmente se caracteriza por un enfoque no directivo y más cercano a una intervención psicoterapéutica que rehabilitadora. Esta modificación y evolución del enfoque teórico grupal sucede de manera progresiva en los espacios de reflexión de tarea a través del estudio detenido de nuestra experiencia y vivencias durante la conducción. Por un lado de las relativas a cada sesión y por otro teniendo en cuenta el desarrollo de este espacio en el tiempo en una valoración final del progreso de las sesiones tras su finalización. Además nos detenemos en los efectos terapéuticos que el espacio proporciona a los pacientes a través del entendimiento de los mismos dentro del proceso terapéutico de cada uno dentro de la Unidad.

La elaboración científica de ensayos clínicos aleatorios de calidad para poder determinar la posible efectividad de las diferentes intervenciones y formatos en psicoterapia grupal es complicada. Existiendo en la actualidad escasas publicaciones científicas sobre este tipo de abordajes sobre todo en el ámbito del Trastorno Mental Grave en relación a las existentes respecto a otro tipo de intervenciones que se encuentran más manualizadas. Esto es debido, entre otros factores, a la heterogeneidad de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave, al tipo y complejidad de las propias intervenciones (teorización y conceptualización de la complejidad grupal, singularidad de cada grupo y de los procesos terapéuticos grupales) y las implicaciones éticas que conlleva. Tenemos en cuenta estas limitaciones metodológicas y lo que aportamos es una reflexión acerca de nuestro trabajo que pueda proporcionar una la apertura en el modo de entender la intervención psicoterapéutica en TMG dentro de este tipo de dispositivos.

## DESARROLLO

Este proyecto nació de una actividad que estaba previamente diseñada como un contenido a desarrollar en el módulo de atención continuada por los residentes de Psicología Clínica en la Unidad de Media Estancia de nuestro Hospital. El enfoque teórico propuesto para el desarrollo de la actividad el primer año de su puesta en marcha estaba basado en los tratamientos psicológicos eficaces para Esquizofrenia y Trastorno Bipolar como lo son la Terapia cognitivo-conductual (TCC) para personas con TMG y los abordajes de entrenamiento en habilidades sociales. El abordaje consistía en módulos psicoeducativos y sesiones estructuradas y detalladas de contenido específico a trabajar fundamentalmente mediante el método expositivo y la utilización de dinámicas muy

dirigidas. Actividades directivas que versaban sobre contenidos concretos: desarrollo de hábitos de autocuidado, psicoeducación acerca de síntomas y prevención de recaídas, psicoeducación acerca de procesos cognitivos y emocionales, desarrollo de autoestima y un módulo dirigido al desarrollo de habilidades sociales y manejo de dificultades interpersonales.

El programa preexistente nos invitaba a la propuesta de una serie de tareas fijas, muy estructuradas y dirigidas pero que dejaba poco espacio a la creatividad y a la elaboración de contenidos de mayor profundidad en los pacientes. Esta experiencia generó en nosotras, conductoras noveles, un sentimiento creciente de insatisfacción y la necesidad de una búsqueda de modelos teóricos que posibiliten un enfoque psicoterapéutico en este tipo de pacientes y dispositivos. Si bien partir de las sesiones estructuradas nos permitió familiarizarnos con la conducción del grupo y atender a fenómenos en el mismo que quizás nos habrían pasado desapercibidos en el contexto de un enfoque de trabajo menos estructurado y por lo tanto más exigente para nosotras.

En nuestra búsqueda motivada por la práctica nos dirigimos a la revisión de autores de referencia clásicos y a publicaciones actuales que sostienen que la psicoterapia de grupo es un instrumento eficaz en el tratamiento de la psicosis.

Respecto al marco teórico con enfoque psicoterapéutico en TMG y explicativo acerca de los fenómenos grupales encontramos referencias como las de González de Chávez (2008). Autor que señala algunos de los elementos específicos y diferenciadores de la terapia de grupo: *contexto, reacciones especulares y factores terapéuticos*. Entendiendo que estos confieren al grupo un enorme potencial terapéutico, que el terapeuta, independiente de su formación, orientación y particularidades, debe *conocer y aprovechar para conseguir actuar favorablemente sobre experiencias, conductas, vulnerabilidades y mecanismos de defensa y afrontamiento del paciente diagnosticado de psicosis*.

Así como algunos textos con revisiones actuales acerca de estas aproximaciones, I. García-Cabeza en 2013 en su artículo aspectos específicos y diferenciales en la psicoterapia de grupo en psicosis. Donde destaca que la psicoterapia de grupo es un instrumento eficaz en el tratamiento de la psicosis. Y resalta que independientemente de los tipos de grupos y la orientación de sus terapeutas, todos comparten una serie de aspectos específicos que les diferencia de otras modalidades de intervención y que confiere al grupo su singularidad y especial importancia en el abordaje del paciente psicótico.

El marco teórico grueso en el que basamos la Psicoterapia de Grupo realizada son los autores relevantes y de referencia en enfoques grupales de Trastorno Mental Grave (W.R. Bion, S. Yalom, I. Diaz Portillo). Destacamos la aportaciones de Yalom y Leszcz (2005) en su definición de los factores terapéuticos que operan en la psicoterapia de grupo como mecanismos de acción terapéutica que favorecen el cambio, contribuyen al proceso terapéutico y que según los autores son inherentes a la interacción, dinámica o matriz grupal. Estos factores clásicos inherentes a la psicoterapia de grupo que propone Yalom son: infundir esperanza, universalización, transmitir información, altruismo, desarrollo de técnicas de socialización/interacción, comportamiento imitativo, catarsis, recapitulación correctiva del grupo familiar primario, factores existenciales, cohesión de grupo y aprendizaje interpersonal. Si bien alguno de estos factores son compartidos por otros abordajes de tratamiento el aprendizaje interpersonal, la universalidad, la cohesión o aceptación y el altruismo son específicos de la terapia grupal.

Destacamos según nuestra experiencia la relevancia psicoterapéutica en este tipo de grupo de pacientes con Trastorno Mental Grave aspectos como: el fomento de la esperanza, el abordaje

de la angustia que provoca la situación de hospitalización actual (así como experiencias previas), la oportunidad de compartir aspectos emocionales y vivenciales personales y la revelación de experiencias psicóticas. El carácter de universalidad de estas experiencias psicóticas que otorga el contexto de cohesión y aceptación grupal rompe el aislamiento y singularidad de las mismas y facilita así su aceptación y toma conciencia. Además añadimos, según nuestra experiencia, otros factores relevantes que aporta el contexto grupal como son el fomento de la intelectualización y la reflexión, de la expresión emocional, el apoyo mutuo, la identificación, la observación de patrones de inter-relación y la creación de nuevas oportunidades de relación.

Nuestro enfoque teórico está enriquecido con referentes humanistas, de la psicoterapia vivencial/emocional, el enfoque relacional y aportaciones de la mentalización. Con autores y desarrollos psicoterapéuticos de referencia como la Terapia Focalizada en la emoción (TFE) de L. Greenberg y las aportaciones teóricas de P. Fonagy.

El constructo de *mentalización* introducido por P. Fonagy se define como la capacidad de entender el comportamiento propio y de los otros en términos de estados mentales (Fonagy, Steele, Steele, Higgit & Moran, 1991). Este constructo surge a partir de una articulación de conceptos psicoanalíticos y la teoría del apego. En la base de la mentalización está el intento de comprender la propia mente y la de los otros a partir de estados mentales, tales como intenciones, sentimientos, pensamientos, deseos y creencias; con la finalidad de dar sentido y anticipar las acciones de cada uno (Fonagy & Target, 1997). Así la mentalización como capacidad de entender que el comportamiento propio y el de los otros está ligado de modo significativo y predecible a sentimientos e intenciones subyacentes, que pueden ser dinámicos y cambiantes (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). La mentalización integra un proceso metacognitivo y afectivo: implica la capacidad de contener, regular, experimentar y dar sentido a las emociones y a las experiencias.

La Terapia Focalizada en la emoción (TFE) (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Greenberg, 2002; Greenberg & Johnson, 1988; Greenberg & Watson, 2006) es un tratamiento experiencial con aval empírico (Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004) que integra elementos de las prácticas centradas en el cliente (Rogers, 1961) y Gestalt (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951) con la moderna teoría de las emociones y una meta-teoría dialéctico-constructivista.

Las aportaciones de estos desarrollos teóricos nos implica en asumir un abordaje de las emociones en la psicoterapia de grupo entendido desde una perspectiva estructural del proceso. Destacamos los aspectos evolutivos de la emoción y la tendencia organísmica/innata hacia el crecimiento. Entendiendo las emociones como un sistema de acción organizado, significativo y por lo general adaptativo. Con función primordial de conseguir una mejor adaptación éstas nos ofrecen información valiosa (reacciones a situaciones, eventos internos...). Siendo manifestaciones ricas de lo significativo, de las necesidades y que motivan a una acción eficaz. Las emociones conectadas a alguna disfunción son debidas a aprendizajes emocionales poco adecuados que trataremos de reconducir mediante la toma de conciencia de la experiencia emocional en la situación de grupo. Para posibilitar la identificación de las emociones primarias subyacentes a la experiencia.

La psicoterapia de grupo en la Unidad actualmente se realiza así desde una *perspectiva vivencial* destacando lo experiencial trabajando en el *aquí y ahora* del paciente en relación con la situación grupal y los eventos psicológicos que acontecen (función reflexiva). Desde una *perspectiva cognitiva*, resaltando la importancia de unas creencias nucleares y la construcción de significados como aspecto central que guía la conducta. Y en el marco de las *relaciones objetales* donde las personas construimos representaciones internas de interacciones anteriores basadas en la afectividad.



Promovemos así la exploración de la experiencia emocional del relato facilitando el proceso afectivo-cognitivo del paciente en el grupo para conseguir cambios significativos. Esta facilitación a la exploración de la experiencia emocional se realiza a través de las discusiones libres y el uso de material en diferentes formatos (textos, videos, dinámicas...). Siendo el empeño principal como psicoterapeutas tratar de proporcionar un ambiente óptimo para facilitar este procesamiento cognitivo/afectivo.

La experiencia personal como conductores y la necesidad de búsqueda de supervisión nos ha llevado a revisar autores desde modelos teóricos como el grupoanálisis (S.H. Foulkes, S.M Sunyer) que también nos sustenta el acercarnos a lo complejo de lo relacional y de la conducción de grupos. Con la aportación de conceptos que permiten entender los grupos *como un entramado de relaciones dinámicas entre sus integrantes que le da una entidad mucho más difícil de abarcar que la de un solo individuo* (J.M Sunyer, 2008).

O conceptos como el de *matriz grupal* término introducido por S.H. Foulkes para definir algo intangible pero que está presente en el grupo y lo condiciona. El autor propone que en todos los grupos se desarrolla una matriz particular y exclusiva. Y entendiendo que nuestro primer grupo de referencia es el familiar deberemos pensar que la matriz de ese grupo es el primer facilitador de nuestro desarrollo. Además estos autores aportan la idea de que los conductores del grupo como parte de la matriz grupal, se encuentran también influenciados por la misma.

Con estas aportaciones comenzamos a poder nombrar los fenómenos que recogíamos sucedían y nos sucedían en el desarrollo de las sesiones grupales, y así poder pensar más en profundidad sobre ellos y dirigir la atención del grupo a los procesos que en su seno acontecían. Fomentando la capacidad en los miembros para escuchar y comprender lo que comunicaban algunos compañeros de maneras que podían resultar bizarras o confusas inicialmente. El grupo evolucionó y transita actualmente hacia formas de lenguaje más consciente y articulado y se ha convertido en un espacio de intercambio sumamente valorado por pacientes y PIRes.

Esta experiencia supuso una revolución en la formación de nuestra identidad como terapeutas. En primer lugar, por el cambio de perspectiva que supuso en el abordaje de espacios grupales y nuestra capacidad para pensar sobre ellos y en ellos. También en la reflexión en torno a lo que suponen los vínculos, los roles, la autoridad y la mirada hacia los llamados «pacientes crónicos» que nos lleva a un posicionamiento más horizontal y esperanzador en la construcción de eso que llamamos proceso terapéutico en el Trastorno Mental Grave.

Actualmente hemos ido ampliado el enfoque de nuestro espacio grupal con aproximaciones actuales de relevancia en el tratamiento de la psicosis. Con enfoques como los que aportan los desarrollos y publicaciones de experiencias como las de los finlandeses *diálogo abierto* (Jaakko Seikkula) y los aportes de las últimas aproximaciones al desarrollo de abordajes en Trastorno Mental Grave desde una perspectiva relacional. Diálogo abierto es un enfoque constructor social para el tratamiento de la enfermedad mental grave, que se desarrolló en el Hospital de Keropudas en Finlandia. Con el fin de evaluar la efectividad del modelo y desarrollarlo, se han llevado a cabo varios estudios de investigación (Seikkula, 1991; Keränen, 1992; Seikkula y otros, 1995; Aaltonen y otros, 1997, Haarakangas, 1997, Seikkula, Alakare y Aaltonen, 2000, 2001a, y 2001b). Comparando estos resultados con los de los tratamientos más tradicionales en Finlandia los estudios encuentran en este un enfoque altamente efectivo.

Lo que nos aporta este enfoque es una forma de pensar, de entender y de trabajar en contextos psiquiátricos, más que un método definido a implantar en nuestro contexto actual.

## CONCLUSIONES

En el transcurso del desarrollo del grupo a través de las sesiones durante las tres ediciones de esta experiencia hemos constatado lo complejo y rico de la experiencia del trabajo con grupos en Trastorno Mental Grave. Destacando en esta complejidad de la intervención el entramado de relaciones e interacciones que se establecen entre los integrantes, además inmersos en diferentes grupos (familiares, institución). Sobre todo para nosotras como psicoterapeutas nóveles, siendo parte de este entramado y teniendo la experiencia en primera persona de esta complejidad relacional. Además constatamos desde nuestra experiencia el potencial psicoterapéutico de la intervención mediante acercamientos grupales desde esta orientación, no directiva, en los procesos de recuperación del Trastorno Mental Grave. Lo que ha requerido de búsqueda de supervisión y fuentes teóricas además de reflexiones y un proceso personal que de manera natural nos acercan a un enfoque social del individuo y así también de la psicoterapia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bion, L.W. (1980). Experiencias en grupos. Paidós.
- Foulkes, S. H (1981). Psicoterapia Grupo-Analítica método y principios. Gedisa.
- Yalom, S. (1996). Guía breve de psicoterapia de grupo. Paidós.
- Greenberg, L (1999). Trabajar con las emociones en psicoterapia. Paidós.
- Díaz Portillo, I (2002). Bases de la terapia de grupo. Pax México.
- Fonagy, P (2004). Teoría del Apego y psicoanálisis. S.A. publicaciones médicas.
- Sunyer, S.M (2008). Psicoterapia de grupo grupoanalítica: la co-construcción de un conductor de grupos. Biblioteca nueva.
- González de Chávez, M. (2008). Psicoterapia de grupo y esquizofrenia. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis; pp. 293-313.
- García-Cabeza, I. (2013). Aspectos específicos y diferenciales de la psicoterapia de grupo en la psicosis. Revista de Rehabilitación Psicosocial.
- Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009). Guías de práctica clínica en el SNS Ministerio de sanidad y política social.
- Jaakko Seikkula & Tom Erik Arnkil. (2016). Diálogos terapéuticos en la red social.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# MODELO SISTÉMICO-ECOLÓGICO: INTERVINIENDO EN LO COMPLEJO DESDE UNA MIRADA INTEGRAL. EXPERIENCIA EN EL CENTRO ROBERTO CLEMENTE, NUEVA YORK

**Beatriz Berenguer Rodríguez**

Hospital Universitario Príncipe de Asturias

**Lia Carimati Roberta**

Hospital Luís Alcanyis, Xàtiva

**María Villacañas Blázquez**

Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo

**Magdalena Mariño Campos**

Roberto Clemente Center, NYC, USA

Contacto: [rcarimati@gmail.com](mailto:rcarimati@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Las raíces históricas de Estados Unidos no se pueden explicar sin tener en cuenta los procesos migratorios producidos que comenzaron a finales del siglo XVIII. Desde su independencia hasta la actualidad, el país ha vivido diversas oleadas migratorias. Entre la década de los años 50s y los 80s, grandes números de puertorriqueños emigraron a Nueva York, siendo la ciudad de Estados Unidos con mayor concentración de esta población<sup>5</sup>. La transformación de la ciudad condujo a muchos colectivos a ser víctimas de la pobreza a base de la marginalización social. En este contexto comienza a crecer la demanda de asistencia a estas familias, caracterizadas por el desafío de la

inmigración y la limitación de recursos.

El Centro Roberto Clemente (CRC) nace en este contexto. Fue creado en 1984 por el puertorriqueño Jaime Inclán. Se caracteriza por ser un Centro de Salud Mental Comunitario, que provee asistencia a familias latinoamericanas, caribeñas, centro y sudamericanas, haciendo especial foco en la sensibilidad cultural. El trabajo se basa en el Modelo Sistémico-Ecológico, siendo la colaboración entre agentes comunitarios y sociales un papel central de la intervención.

Como residentes de psicología clínica, el programa de formación nos permite realizar un rotatorio fuera de nuestro hospital de referencia. Motivadas por conocer otros sistemas de salud diferentes y modelos de intervención, que nos permitiesen ampliar nuestra mirada profesional y personal, es que decidimos realizar una estancia en un centro extranjero. Desde septiembre a diciembre de 2016 hemos participado en el programa teórico-práctico que ofrece el CRC para estudiantes extranjeros. A través de este artículo deseamos compartir esta experiencia junto con el modelo de trabajo del centro.

## OBJETIVOS

El presente trabajo tiene un doble objetivo. Por otro lado, desarrollar los principales puntos del Modelo Sistémico-Ecológico, los cuales guían la intervención del centro, para luego ilustrarlo con la descripción de un caso clínico atendido en el CRC. A su vez, describir la experiencia que hemos tenido durante nuestra estancia en el CRC.

## METODOLOGÍA

En una primera parte, se realiza la descripción del CRC, su funcionamiento y se exponen los principales pilares del modelo teórico en cuál basan su trabajo: el Modelo Sistémico-Ecológico. En una segunda parte, se realiza un estudio descriptivo de caso único. Se presenta el caso de una mujer transgénero de 39 años que se encuentra en seguimiento en el CRC, junto a la intervención realizada en red por los profesionales junto a diferentes instituciones.

## DESARROLLO

### Centro Roberto Clemente. Marco de referencia teórico.

El CRC cuenta con cuatro programas asistenciales. El Programa de Atención Primaria: «The Roberto Clemente Primary Care Service» y el Programa de Atención al VIH: «The HIV Primary Care Clinic», son programas centrados en la prevención y atención primaria, el equipo a cargo de ellos son médicos y enfermeros. Por otro lado, se llevan a cabo dos programas de salud mental. El Programa de Atención Continuada: The Sylvia Del Villard Program, destinado a la rehabilitación e inserción social de pacientes con enfermedad mental grave, y el Programa Ambulatorio Roberto

Clemente de Atención Familiar «The Roberto Clemente Family Guidance Program», del cual hemos participado durante nuestra estancia en el centro. Este último programa cuenta con un equipo interdisciplinar conformado por psicólogos clínicos, psiquiatras y trabajadores sociales.

En sus inicios el trabajo estaba guiado por el marco sistémico-estructural de Minuchin (1967), modelo que abrió brecha en el tratamiento de familias pobres en Estados Unidos. Con el tiempo el modelo resultó estrecho y fue necesario expandirlo teniendo en cuenta las necesidades de las familias. Dos cuestiones se hicieron evidentes: un terapeuta que hable su idioma, y un terapeuta que entendiese su cultura <sup>3</sup>.

Todos los profesionales del centro son bilingües y biculturales, requisito que facilita poder poner en práctica el concepto de *empatía social*. La empatía social no se circunscribe a una conexión individuo a individuo, sino a la dimensión de macrosistemas y pertenece al dominio de la ecología social de las personas. Se refiere al nivel de familiaridad, validación, aceptación e identificación del terapeuta con la realidad histórica, material y social del paciente <sup>3</sup>. Esto es fundamental cuando se trabaja con población inmigrante. El nivel de empatía social facilitaría el desarrollo de una alianza terapéutica sólida, pilar fundamental para la efectividad de la terapia.

Desde esta perspectiva se amplió el marco hacia un modelo que incluyera y tuviera en cuenta los aspectos socio-culturales: el Modelo Sistémico-Ecológico 3. Este modelo tiene su fundamento en la teoría de Bronfenbrenner (1986) y su concepto de ecosistema, que postula que la conducta individual se puede explicar mejor al comprender el contexto ambiental en el que se presenta. Bronfenbrenner plantea varios escenarios donde actúan distintas fuerzas dinámicas: el primero, llamado Microsistema hace referencia al entorno inmediato (hogar, escuela, trabajo); el Mesosistema tiene en cuenta las interacciones entre los microsistemas (padres/escuela); el Exosistema se refiere a las principales instituciones sociales (agencias de gobierno, vecindario, medios de comunicación); y por último el Macrosistema abarca las instituciones más amplias de la cultura (Orden económico, político, social, educacional, sistema de salud)<sup>1</sup>.

El proceso migratorio va a afectar a todos los niveles. A nivel microsistema emigrar implica un cambio en las relaciones dentro de la familia. El sistema de apego se ve amenazado, existen pérdidas significativas con figuras de apego que quedan en el país de origen. En cuanto a los cambios a nivel macrosistema, podemos ver como la inmigración implica un cambio en la cultura y en los valores, en aspectos económicos, legales y sociales. El estatus de la persona inmigrante cambia cuando emigra a otro país con otra cultura. <sup>4</sup> Casi siempre la vida resulta difícil y las expectativas que uno tenía no se cumplen del todo.

Este enfoque respondería más ajustadamente a las demandas que se presentan al trabajar con población inmigrante. Se hace necesario prestar atención a todas aquellas fuerzas dinámicas y escenarios que afectan al individuo y a las familias, para así favorecer un abordaje acorde a sus necesidades.

Estos escenarios se combinan con dos dimensiones que contempla el Modelo Sistémico-Ecológico: la vertical y la horizontal. La primera incluye las fuerzas dinámicas de una forma temporal, teniendo en cuenta el presente, pasado y futuro. Aborda conflictos irresueltos, la familia de origen, los legados familiares, valores y roles de género y el proyecto de vida. La segunda dimensión recoge las fuerzas dinámicas relacionados con el individuo como ser. Tiene en cuenta las condiciones físicas y emocionales, sintomatología, etapas de vida, patrones de interacción, etapas del desarrollo, ajustes a la cultura y red social <sup>1</sup>. Así, el modelo logra una visión global de la problemática y una

intervención integral de la persona poniendo de relieve la relación entre el individuo y lo social. De esta manera, el Modelo Sistémico-Ecológico abre las posibilidades de intervención más allá del individuo, la díada o el núcleo familiar, permitiendo trabajar en los problemas que afronta el paciente/la familia en múltiples niveles de su ecología social.

## Caso clínico

S. Es una mujer transexual de 38 años, nacida en Guatemala. Acudió al CRC en 2013 presentando un cuadro Depresivo junto a sintomatología coincidente con un Trastorno por Estrés Postraumático Complejo.

Vivió su infancia con sus padres y sus cuatro hermanos mayores en una pequeña aldea. Los recursos económicos de la familia eran escasos, debiendo pasar diferentes necesidades. A raíz de su orientación sexual homosexual, con ocho años comenzó a sufrir abusos físicos, sexuales y emocionales, tanto por iguales como por figuras adultas, principalmente su padre. A raíz de esto tuvo tres intentos de suicidio. Finalmente, decidió abandonar el hogar familiar con trece años, se trasladó a México donde estuvo viviendo cinco años con escasos recursos, expuesta a situaciones de riegos, abuso de sustancias y sufriendo nuevos abusos. Luego viajó a Acapulco donde vivió un año, nuevamente sin recursos, recurriendo a la prostitución para poder sobrevivir y estableciendo relaciones abusivas. Allí conoció a hombre que la animó a cruzar la frontera de Estados Unidos en busca de nuevas oportunidades, asegurándole que su situación cambiaría. Viajó a Tijuana y desde allí pagó a coyotes (en cargados de trasladar de forma ilegal a otras personas de un país a otro). La deportaron dos veces y finalmente en el tercer intento llegó a California. Se estableció allí y trabajó de forma temporal en varios empleos, con condiciones precarias al estar indocumentada. Tres años más tarde emigró a Nueva York. Allí comenzó el proceso de cambio de sexo, sin asesorarse por médicos, se medicaba con fármacos obtenidos ilegalmente. Estableció una relación dependiente con el hombre que ejercía de proxeneta, caracterizada por la violencia física y emocional. Cuando esta pareja fallece repentinamente S. cae en una profunda depresión y se reagudizan los síntomas de estrés postraumático complejo.

Su historia vital está caracterizada por situaciones adversas intensas que comprometieron la salud física y psicológica de S. de forma continua. Se ha demostrado que este tipo de experiencias provocan serios problemas en el funcionamiento personal y en la adaptación psicosocial de quien las sufre<sup>6</sup>. Cuando S. solicita asistencia en el CRC presentaba ánimo depresivo, desesperanza, ideas de muerte activas, comportamientos de riesgo, ansiedad, pesadillas, recuerdos intrusivos a modo de flashbacks acerca de vivencias del pasado, abuso de sustancias y problemas interpersonales. Su sistema de creencias y de significados había sido alterado por su historia de trauma. Como comentamos anteriormente, sus síntomas eran compatibles con los diagnósticos de Depresión y Trastorno de Estrés Postraumático. Se hacía necesario un abordaje integral.

La intervención en un primer momento se enfocó en la búsqueda de elementos y estrategias que le ayudasen a su estabilización y reducción de los factores de riesgo. A través de una escucha activa, empática y favoreciendo la expresión, se buscaron elementos y estrategias que le ayudasen a afrontar la situación de la manera más adecuada posible. Con estos objetivos comenzó tratamiento psiquiátrico y a su vez, paralelamente inició un trabajo psicoterapéutico.

Dentro del modelo teórico que hemos descrito, que permite el abordaje psicológico con trauma complejo en personas inmigrantes, se trabajó tanto en la dimensión vertical como horizontal.

Desde la vertiente vertical se aborda la historia de inmigración, cómo se engendró desde el país de origen. Es importante comprender los motivos, las circunstancias, las expectativas, el modo de emigrar, quién emigra, a quién se deja, qué explicaciones se dieron a quienes quedaron en el país, etc. La historia de S. refleja que en su caso existía un doble objetivo por el cual emigrar, huir de los abusos y buscar nuevas oportunidades. No fue así para S., su viaje migratorio fue largo y añadió múltiples experiencias traumáticas a su historia. Su proyecto de vida se vio condicionado por sus experiencias en la infancia, los abusos, las pérdidas sufridas, los conflictos irresueltos, repitiendo patrones abusivos en su vida adulta. Fue necesario abordar todos estos elementos, ayudando a S. a salir de esta repetición perjudicial, encontrando maneras de poder procesar y descargar su sufrimiento psíquico y el exceso de estimulación crónica que había sufría, dentro de un marco terapéutico seguro y dentro de una ventana de tolerancia emocional que le permitiese procesar sus vivencias traumáticas. Se trabajó en devolver su sentido de seguridad, incremental su control interno y externo; en la reconstrucción de su historia traumática, permitiendo la integración de las sensaciones físicas, emocionales y elementos incoherentes, facilitando una narrativa integrada; finalmente se trabajó en reconectar a S. con la vida, con el presente y el futuro.

Desde la vertiente horizontal se hacía necesaria la colaboración de diferentes instituciones y recursos. El centro trabajó coordinado con una trabajadora social y diferentes entidades sociales. S. asistió a Translatina Queens, institución que centra su trabajo en la defensa y respeto de los derechos civiles de las mujeres transgénero. Su objetivo es garantizar el servicio médico digno y de bajo costo a este colectivo. Por lo que S. pudo acceder a la terapia hormonal para el cambio de sexo bajo la supervisión de profesionales médicos. A su vez, esta entidad ofrece asesoría legal para el cambio de nombre y asuntos de inmigración. Así es que S. logró tener su nombre legal de mujer tras más de quince años iniciado su proceso de transformación de sexo. Ella misma refería que este hecho había sido liberador, afirmando su identidad y repercutiendo en su autoestima y seguridad. Comenzó a participar de grupos de mujeres transgénero, generando nuevos vínculos de apoyo, compartiendo sus experiencias en un espacio seguro, de aceptación y comprensión. En lo referente a su estado migratorio S. está siendo asesorada por Immigration Equality, entidad que actualmente está gestionando su asilo.

Esta nueva red de recursos permitió a S. generar vínculos más sanos y seguros. Cambiar su percepción y significado del mundo y de los otros, y así transformar su propia imagen de sí misma. Actualmente S. se encuentra estable a nivel psicopatológico, no existe riesgo actual, ha dejado de consumir tóxicos y mantiene su nueva red de apoyo. Acude a revisiones periódicas con su psiquiatra y ha reducido las consultas con la psicóloga a una vez por mes. Vive sola y trabaja, está considerando la posibilidad de retomar sus estudios. Mantiene una relación sana y estable con un hombre.

## CONCLUSIONES

El proceso migratorio no está libre de dificultades y obstáculos. El inmigrante deberá enfrentarse a los desafíos y exigencias de adaptación del país al que migra. Esto no siempre es fácil y la salud emocional y física pueden verse comprometidas. En una ciudad como Nueva York, caracterizada por la multiculturalidad, en una sociedad capitalista, que exige al individuo adaptarse para pertenecer al sistema, donde el sentido de comunidad se ve amenazado, la labor del CRC cobra especial relevancia.

El Modelo Sistémico-Ecológico provee un trasfondo orientativo para organizar el análisis sobre cómo es el proceso de emigrar afecta al desarrollo del individuo dentro de sus cambiantes medioambientes. Permite una intervención integral de la persona considerando su dimensión individual y social, resultando su estado psico-bio-social producto de la interacción de ambas dimensiones.

El caso de S. ilustra el trabajo realizado en el CRC, dentro de un marco terapéutico Ecológico-Sistémico. El proceso migratorio en todas sus etapas, la atención en el trauma y las múltiples pérdidas sufridas fueron elementos a abordar en el caso de S. Desde este enfoque y considerando la complejidad del caso, se hace indispensable el trabajo interdisciplinar y la coordinación de profesionales de diferentes áreas. El CRC prioriza este tipo de abordaje, considerando a la persona en todas sus dimensiones, bio-psico-social y en todos los escenarios posibles.

Nuestra experiencia en el CRC ha contribuido a ampliar nuestra mirada, como profesionales de la salud debemos poder trabajar en red para favorecer un abordaje integral de la persona. Comprender a nuestros pacientes con su historia e inmersos en los diferentes escenarios sociales nos permitirá intervenir de manera más afectiva priorizando una aproximación más humana.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Inclán J. Contribuciones al enfoque sistémico: Modelo Ecológico Roberto Clemente/ Inmigrantes. En Medina R, Laso E, Hernández E. Pensamiento Sistémico; 2014. 47-71.
2. Inclán J, Castaner M, Pascual X. Adolescencia e inmigración: una perspectiva sistémico-ecológica. Redes. 2012; 27: 9-58.
3. Inclán J. Terapia de Familia con Inmigrantes Latinoamericanos: Un modelo Sistémico-Ecológico. Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales. 2009; 22: 43-62.
4. Inclán J, Mariño M. Terapia Ecológico- Sistémica con familias inmigrantes. En Moreno A. La práctica de la terapia sistémica. Madrid: Desclee de Brower; 2017.
5. Rodríguez, C. Puerto Ricans: Immigrants and migrants; [Actualizado 20 Mar 2016; citado 17 May 2017]. Disponible en: <http://www.americansall.com/PDFs/02-americans-all/9.9.pdf>.
6. Soler, CL. Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. Revista de psicopatología y psicología clínica. 2008; 13: 159-174.

**VOLVER AL ÍNDICE**



# UNA MIRADA COMUNITARIA: APLICACIÓN DEL MODELO ECOLÓGICO SISTÉMICO EN UN CASO TRABAJADO EN EL CENTRO ROBERTO CLEMENTE

**Lourdes Mayor Álvaro**

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

**María Villacañas Blázquez**

Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo

**Lia Carimati Roberta**

Hospital Luís Alcanyis, Xàtiva

**Magdalena Mariño Campos**

Roberto Clemente Center, NYC, USA

Contacto: [rcarimati@gmail.com](mailto:rcarimati@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

El Centro Roberto Clemente se encuentra situado en el Lower East Side de Manhattan, Nueva York. Comprometido con el reconocimiento de la importancia de variables culturales en la psicoterapia, este centro constituye desde su creación en 1984 una referencia en la atención a pacientes de origen latinoamericano en la ciudad de Nueva York. El objetivo con el que nació fue poder ofrecer a la población inmigrante, pobre y latinoamericana atención en salud mental en su comunidad.<sup>1</sup> Para ello, el propio centro se comprometió con la formación de terapeutas en un enfoque familiar y culturalmente sensible: el modelo Ecológico- Sistémico.

Este modelo nace de la evolución natural de planteamientos orientados a la atención de la familia, complementados con aspectos relativos a la importancia de atender el impacto de variables culturales.

Desde esta perspectiva se sitúa el proceso de inmigración en el centro de la comprensión de las demandas terapéuticas, y se amplía la unidad de análisis de la familia a su contexto social y cultural. Así, considera que los aspectos relacionales conflictivos que las familias explicitan en consulta tienen una correspondencia con conflictos que las familias experimentan en su entorno social.

Los aspectos centrales de la intervención desde este marco teórico son los conceptos de empatía social y sistema de valores<sup>2,3</sup>. Ambos hacen referencia a un conjunto de habilidades y actitudes necesarias en el terapeuta para garantizar la generación de una alianza de trabajo que permita acompañar a las familias en la resolución de los conflictos que plantean.

El primero de ellos, el concepto de empatía social, se define como el nivel de familiaridad, validación, aceptación e identificación que el terapeuta muestra hacia la realidad social del individuo, familia o grupo con el que trabaja.

Por otro lado, el Modelo Ecológico Sistémico de Inclán<sup>2</sup> toma de planteamientos antropológicos (como el modelo de Marco de Valores de Kluckhohn) la reflexión acerca de las posibles diferencias que pueden existir entre los marcos de valores que tienen interiorizados paciente y terapeuta. Señala la importancia de tomar conciencia de aspectos culturales tales como la concepción de las relaciones (interpersonales o entre el individuo y la naturaleza), la orientación en el tiempo o de las propias actividades, indicando que las diferencias pueden no ser manifiestas en el discurso, pero condicionan la comprensión entre individuo y terapeuta y el desarrollo y solidez de la relación terapéutica.

El terapeuta capaz de integrar estos dos aspectos en su estilo de intervención será un terapeuta capaz de entender las implicaciones que un proyecto migratorio genera a nivel emocional y en las dinámicas de las familias. Es este componente ecológico el que justifica la orientación comunitaria del centro, que pretende constituirse, además de como proveedor de servicios, en un lugar de referencia y de cultura compartida para una parte de la población que carece de ningún otro medio para establecer este tipo de vínculos en la ciudad que ha acogido sus proyectos migratorios.

## OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es ejemplificar el modo de trabajo que proponen en el Centro Roberto Clemente de Nueva York a través de la descripción de un caso clínico atendido allí. A lo largo de esta descripción, se señalarán los aspectos particulares de la intervención que tienen una orientación comunitaria, así como aquellos caracterizados por una mirada ecológica, dos aspectos que definen la identidad profesional del equipo del centro.

## METODOLOGÍA

Se presenta un caso clínico, una mujer de 64 años que se encuentra en seguimiento en el Centro Roberto Clemente. A través de la descripción de su evolución y las intervenciones que en este centro se han realizado con ella, se examina la aportación que el Modelo Ecológico Sistémico ha realizado en la comprensión del caso.

## DESARROLLO

J. es una mujer de 64 años, de origen Mejicano que reside en la ciudad de Nueva York desde el año 1975. Actualmente no presenta psicopatología activa, aunque participa en un grupo de orientación comunitaria el Centro Roberto Clemente con una frecuencia semanal. En estas reuniones, J. tiene un espacio donde compartir con otras mujeres que tienen historias de vida parecidas a la suya sus preocupaciones, que versan en general en torno a lo complicado de su situación familiar y de salud. J. vive en Nueva York desde los 22 años, sin embargo su situación económica y social distan de ser acomodadas y su red de apoyo social se circunscribe a estas reuniones semanales.

Fue atendida por primera vez en un Servicio de Salud Mental de la ciudad de Nueva York en el año 2001 (en el Hospital de Bellevue), presentando sintomatología ansiosa (fundamentalmente somática y agorafóbica) después de los atentados terroristas que sufrió la ciudad. Inició en ese momento tratamiento psiquiátrico y psicológico, manteniéndose en seguimiento en formato grupal en este hospital durante 10 años.

En octubre de 2012 fue derivada al Centro Roberto Clemente para continuar seguimiento, demandando atención psicológica especializada en su idioma materno. En el momento de la derivación J. presentaba sintomatología depresiva que fue abordada desde un marco de comprensión sistémico y un enfoque comunitario.

Cuando J. llegó al centro estaba separada desde hacía aproximadamente 10 años. Tiene cuatro hijos y en el momento en que acude al centro por primera vez, residía con el segundo de ellos, su esposa y los tres hijos de la pareja. En un barrio de Nueva York. La paciente describía un ambiente de elevada conflictiva familiar y aislamiento por su parte. La intervención, orientada por el modelo Ecológico- Sistémico descrito anteriormente, se dirige en un primer momento a la exploración de los vínculos familiares, su estructura y límites. El conflicto (explícito entre J. y uno de sus hijos, con quien convive) se entiende relacionado con la historia de la familia que J. describe a lo largo de algunas sesiones.

En estas, paciente y terapeuta realizan un trabajo de reconstrucción de algunos aspectos importantes de la biografía de J.

Ella explica que nació en una región económicamente deprimida de Méjico, donde el sistema económico se dirigía básicamente a la subsistencia a través de la explotación de los recursos agrarios y en el seno de una familia muy grande. Así, describe una infancia caracterizada por la pobreza. Refiere una relación distante con su madre, a quien recuerda como una mujer que dedicaba todos sus recursos a tratar de cubrir las necesidades más básicas de la familia. La paciente se casó muy joven con un hombre con quien describe una relación abusiva que duró más de 30 años.

A los 23 años estaba casada y tenía dos hijos varones. Ante la precaria situación económica de la familia y las escasas oportunidades laborales que su entorno ofrecía, la familia se planteó un proyecto migratorio en Estados Unidos. Emigraron en primer lugar la pareja, quedando los hijos al cuidado de la abuela paterna en su ciudad natal, con el proyecto de facilitar la reunificación al cabo de algunos meses, cuando la familia estuviese establecida en la nueva ciudad.

En su llegada a Nueva York, J. trabajó en una fábrica textil durante prácticamente toda su vida. Su amplio horario laboral y su precaria situación económica dificultaban notablemente cualquier iniciativa que se dirigiera a fomentar su integración en la comunidad o estabilizar su situación. El proyecto de reunificación familiar se demoró por trece años. Cuando los hijos mayores de la

pareja pudieron viajar a Estados Unidos, ya habían nacido en el país dos hermanos más. J. describe su juventud como una época en la que se recuerda absolutamente comprometida con el trabajo, en el proyecto de poder ofrecer a sus hijos un futuro con más oportunidades de las que ella misma había podido disfrutar. Entre las emociones que se trabajaron en este primer momento en el entorno terapéutico apareció en un papel preponderante la culpa, especialmente en la relación con sus hijos mayores, por las limitaciones que había experimentado durante su crianza para estar disponible y receptiva hacia sus necesidades emocionales y prácticas. En el momento de la consulta la relación con ellos estaba notablemente deteriorada. La paciente describía conflictos y reproches frecuentes y la propia J. reconocía sentimientos de rabia hacia ellos, que no podían valorar el sacrificio que para ella había supuesto el proyecto migratorio, el trabajo para la reunificación y posteriormente el mantenimiento de un puesto de trabajo que les facilitase el acceso a una serie de oportunidades académicas y laborales.

La conceptualización del caso desde la perspectiva de este centro considera que las dificultades que la paciente describía en la convivencia con su hijo estaban estrechamente relacionadas con esta historia familiar y con las reacciones emocionales que la situación de maternidad transnacional genera en el seno de las familias. Por ello, se propuso un abordaje familiar del problema, que fue rechazado repetidamente por el hijo de paciente. Ante esta limitación, la intervención se centró en la exploración de la estructura familiar y la clarificación de límites y roles, ya que la paciente describía una situación caótica en la que los roles estaban muy desdibujados y la jerarquía entre padres, hijos, abuela y nietos era confusa y generaba mucha tensión en el hogar. Después de algunas sesiones esta situación mejoró notablemente. Los límites estaban más claros y la paciente no se sentía tan expuesta ni sobre exigida en el cuidado de sus nietos. Esto facilitó que la paciente desarrollara un mayor sentido de competencia personal, que iniciara un proceso de progresiva adquisición de autonomía (dentro del domicilio del hijo), y en última instancia, la mejora en la convivencia. En la medida en que estos aspectos mejoraron, lo hizo también la intensidad de los síntomas que la paciente verbalizaba, así como la interferencia que estos suponían en su vida cotidiana. Esto permitió que se diera una nueva fase en el proceso terapéutico, en la que paciente y terapeuta se propusieron el abordaje conjunto de otros aspectos de su historia personal que no habían sido explorados antes, como la naturaleza de la relación con su esposo.

Desde la perspectiva sistémica- ecológica el trabajo terapéutico se desarrolla a través de dos dimensiones. La dimensión horizontal permite el trabajo de los conflictos que aparecen en las relaciones y redes sociales de las personas en el momento presente, teniendo en cuenta las características del contexto social en el que se dan esas relaciones. Este enfoque se combina con el abordaje de la dimensión vertical de esos conflictos y problemas, que correspondería según Inclán<sup>1</sup> con aquellos aspectos que tienen que ver con el pasado y el futuro. En este caso los aspectos del pasado que se abordaron fueron las implicaciones que para J. supuso su matrimonio, una relación de abuso mantenida durante muchos años; el desarrollo de un trabajo emocional de elaboración de duelo por los aspectos relacionales y de la ecología social que se perdieron con el proyecto migratorio; la vivencia de fracaso de ese proyecto migratorio y todas las implicaciones emocionales y relacionales de su situación de maternidad transnacional. En relación al futuro, fue importante trabajar hacia el desarrollo de un sentido de pertenencia a la comunidad, que le facilitara desarrollar lazos emocionales relevantes fuera del entorno familiar y una mayor independencia de sus hijos, a nivel tanto práctico como emocional.

En un segundo momento, la intervención se dirigió a favorecer la generación de vínculos entre J.

y su comunidad, con el objetivo de disminuir la situación de total aislamiento en la que se encontraba la paciente. Para ello, se propuso a J. participar en un grupo de orientación comunitaria (en el que se mantiene hasta el día de hoy). Este es el espacio semanal en el que la paciente ha encontrado un grupo de referencia y ha comenzado a vincularse con la comunidad. Este encuadre ha constituido un recurso terapéutico muy valioso para J, proporcionándole la oportunidad de establecer relaciones significativas y generar un espacio seguro donde poder elaborar aspectos emocionales relacionados con sus experiencias de migración y maternidad transnacional (compartidas por otras participantes del grupo) así como acceder a una comprensión más ajustada de la relación entre procesos emocionales y la experiencia de dolor físico.

En el momento actual J. se encuentra estable desde el punto de vista psicopatológico. Su estado de ánimo fluctúa en función de la presencia de estresores, en su mayoría relacionados con cuestiones familiares. Finalmente abandonó la convivencia con su hijo y vive sola desde hace aproximadamente dos años. Refiere una relación menos conflictiva con sus hijos y muy gratificante con sus nietos. Sus quejas habituales se refieren a dolores físicos varios, que se abordan en los espacios grupales a los que la paciente acude semanalmente. El trabajo que se desarrolla en este espacio no tiene un contenido psicoterapéutico definido. El grupo está compuesto por mujeres que tienen historias de vida similares, caracterizadas por vivencias traumáticas importantes. Todas ellas han pasado ya por un proceso psicoterapéutico personal y el espacio grupal constituye un elemento de apoyo que permite la continuidad asistencial y contribuye a mantener este vínculo con la comunidad en personas que de otra manera vivirían absolutamente aisladas.

En el espacio terapéutico grupal se genera un ambiente distendido en el que se alternan momentos de gran intensidad emocional con otros de bromas e intercambio de informaciones de índole práctico. Es habitual que el comienzo de las sesiones se articule en torno a quejas físicas de dolores que se expresan casi formando parte del encuadre de las sesiones. Parte del trabajo diario consiste en dirigir la atención de las participantes a los aspectos emocionales y de su historia personal que tienen que ver con esas quejas de dolor, que se encuadran como «cicatrices», dejando pasar otros aspectos de sus historias personales colarse en su discurso.

## CONCLUSIONES

El enfoque ecológico-sistémico constituye una herramienta teórica útil en la comprensión del malestar emocional que se genera en relación a procesos de migración. Esta herramienta permite a los terapeutas un espacio de reflexión acerca de la importancia de las variables culturales en el abordaje de la psicopatología y especialmente en el abordaje de los conflictos relacionales. Su modelo de trabajo, en líneas generales prioriza un encuadre familiar facilitando el encuentro entre padres e hijos, unidades familiares que han sido socializados a menudo en valores diferentes e incluso en idiomas diferentes y les reta a comprender su problema en términos que trascienden los vínculos familiares, pasando a incluir factores más amplios de su contexto social y cultural.

La evolución de este caso clínico ejemplifica la importancia que cobra en los procesos psicoterapéuticos el análisis de factores del entorno de la persona, tanto a nivel familiar como en la consideración de aspectos culturales más amplios.

La reflexión final de este trabajo se dirige a la valoración de la aplicabilidad de este modelo asistencial en nuestro entorno cotidiano. Teniendo en cuenta que la realidad social actual de nuestro país se caracteriza por presencia importante de población inmigrante, parece lógico pensar que del mismo modo el modelo asistencial tendría que evolucionar hacia la incorporación de esta perspectiva culturalmente sensible para satisfacer las demandas de la población a la que atiende, y en este sentido, el modelo Ecológico Sistémico proporciona una serie de orientaciones que sirven de guía en la comprensión de los problemas y su abordaje terapéutico.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Inclán, J. Contribuciones al enfoque sistémico: Modelo Ecológico Roberto Clemente/ Inmigrantes. Book Chapter en Medina, R., Laso, E. Hernández, E. Pensamiento Sistémico cap. 2, 2014, pp. 47-71
- 2 Inclán, J.: Terapia de Familia con Inmigrantes Latinoamericanos: Un modelo Sistémico-Ecológico. Redes, Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales, vol. 22, 2009, pp. 43-62.
- 3 Inclán, J., Castaner, M. & Pascual, X. Adolescencia e inmigración: una perspectiva sistémica-ecológica. Redes. Vol 27, 2012, pp. 9-58

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# METODOLOGÍA SOCIOEDUCATIVA EN UN ESPACIO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS (REDAN). ESTRECHANDO EL VÍNCULO

Isabel Novell Tur

Natàlia Ribas Muñoz

Alicia Poveda Fernández

Cristina Maya Bayon

Natalia Sabadell Aparicio

Contacto: [NRibasMunoz@parcdesalutmar.cat](mailto:NRibasMunoz@parcdesalutmar.cat)

## INTRODUCCIÓN

«La caridad es humillante porque se ejerce verticalmente y desde arriba; la solidaridad es horizontal e implica respeto mutuo»  
Eduardo Galeano.

Las salas de consumo higiénico, (en adelante SCH), son espacios para consumir sustancias sometidas a fiscalización obtenidas en el mercado negro, donde se garantiza un lugar y el material para el consumo higiénico, la supervisión de un profesional en caso de sobredosis u otras complicaciones, además de ser un lugar de acercamiento para los usuarios alejados de los servicios sociosanitarios (Clua: 2016).

En la década de 1980 se crean las primeras salas de consumo inyectado supervisado en Holanda y Suiza. Estas primeras iniciativas surgen a partir de profesionales que trabajan en el ámbito de las

adiciones y objetivan la necesidad de estas salas a partir de la detección de situaciones de riesgo de los consumidores en activo. En la década de los 90 se implementan en Alemania, Australia y Canadá. A fecha de 2014 en Europa existen 87 SCH, 30 en los Países Bajos, 24 en Alemania, 13 en Suiza, 12 en el Estado Español, 5 en Dinamarca, 1 en Luxemburgo, 1 en Grecia y 1 en Noruega.

Para que los espacios de reducción de daños (en adelante REDAN) mantengan un buen funcionamiento deben partir de un proceso consensuado y participativo, en el que intervengan los diferentes sectores sociales (políticos, policía, vecinos, usuarios, profesionales...) para poder definir su implementación bajo un acuerdo tácito entre los diferentes agentes.

En lo que se refiere al Estado Español, las primeras salas no surgen como un resultado de procesos comunitarios (Ilundain: 2005). De ahí su mala proyección social y el estigma de su propia nomenclatura informal: «narcosalas».

La primera sala de consumo supervisado se abre en el poblado de las Barranquillas de Madrid en 1999. Surge como iniciativa de la agencia antidroga de la propia comunidad y el apoyo del presidente autonómico del momento. A pesar de ser el primero y de contar con aspectos claramente carenciales, se basa en el modelo alemán, sueco y holandés. Aun así, el programa instaurado en Madrid es el que consolidó la noción de espacio de consumo seguro en el Estado Español.

La experiencia de Bilbao (2003) es el paradigma sobre la implementación de los servicios de REDAN. En este caso, la implicación de los agentes comunitarios sociales, sanitarios y vecinales, la clase política y los propios usuarios planifican y diseñan la estrategia para la implementación de la SCH. Los medios de comunicación y el respaldo de la Administración favorecen la integración del espacio en pleno centro de la ciudad de Bilbao.

En el caso de Barcelona, se ha seguido un modelo secretista que ha ocultado y/o distorsionado la función y utilidad real de estos espacios, lo que ha generado en muchas ocasiones quejas y especialmente, rechazo vecinal y social. La mayoría de salas en Barcelona están ubicadas en centros sanitarios, hecho que facilita que los usuarios que así lo deseen puedan ser tratados, ya sea en relación al consumo de tóxicos y también de otras patologías psiquiátricas que en ocasiones son comórbidas al consumo.

## OBJETIVOS GENERALES

Fomentar el trato horizontal como clave en la intervención en REDAN para facilitar el vínculo educativo.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Redefinir el éxito de las intervenciones socioeducativas.

Explicar el funcionamiento de los Espacios de Venopunción Asistida (EVA) y las salas Calor i Café en Catalunya.

Romper prejuicios respecto a las salas de consumo inyectado.

Describir el abordaje de la patología dual en contextos no clínicos



## METODOLOGÍA

A partir de la observación participante en los espacios educativos informales, se plantea un modelo de abordaje con el usuario que parte de la horizontalidad en el trato. El vínculo es el instrumento generador de la relación profesional usuario, siendo el reconocimiento de la alteridad y el respeto por sus decisiones el vehículo generador del abordaje complementario.

En los espacios REDAN los usuarios pueden venir a consumir drogas ilegales por vía parenteral, esnifada o fumada (algunos equipos tienen salas de fumadores habilitadas), así como pueden cubrir necesidades básicas y mínimas de higiene (ducha, afeitado), vestido y algo de alimentación, principalmente cafés, galletas y tostadas.

A partir del uso de estos espacios, se generan dinámicas relacionales entre los usuarios y los profesionales. Partiendo de principios básicos muy arraigados como no juzgar, acompañar en las propias decisiones, adaptarse a los tiempos personales de cada uno, escuchar y actuar en caso de demanda, se genera una relación asistencial en la que el vínculo es el instrumento que vehicula la continuidad del abordaje educativo. Hay una serie de factores que se encuentran presentes en la relación asistencial y que influyen en la creación y consolidación del vínculo con el usuario. Al tratarse de una relación bilateral, desde ambos lados de la relación se establecen actitudes, temores y límites. Desde la perspectiva profesional y partiendo de los principios ya citados de REDAN, no se puede obviar la unicidad de cada persona.

Los usuarios no son mera personificación de una teoría, sino seres humanos, cada uno de los cuales tiene una personalidad única y compleja, aunque sus pautas básicas de relaciones sean similares a las de los otros (Salzberger-Wittenberg: 1980). De la misma manera, a pesar de que el acompañamiento y el no juzgar son unas de las bases de la intervención en REDAN, hay una serie de límites que no pueden traspasarse para así generar una buena praxis. Por un lado los límites se corresponden con la normativa del centro y se basan en el respeto tanto a los profesionales como a los otros usuarios y a las instalaciones. Por otro lado, los límites de la intervención asistencial se marcan en el momento en que el exceso de intervención puede resultar paternalista y por lo tanto maleficente.

Desde la perspectiva de los usuarios, estos tienen la expectativa de ser reconocidos y acompañados. La demanda de reconocimiento es inherente al ser humano, y desde REDAN queda manifiesta en la decisión del usuario de continuar abordando sus aspectos personales en el momento en que decide continuar asistiendo a los espacios de caliu i café de las SCH. En ocasiones los usuarios manifiestan recelos iniciales a ser juzgados, a que el profesional tenga una actitud moralista hacia su consumo o hacia su escala de valores y prioridades. En cuanto el usuario se siente validado y reconocido, estos temores desaparecen y la relación socioeducativa se transforma en un trato horizontal que parte del respeto y de la disposición a acompañar en el proceso que este elija.

## DESARROLLO

La reducción de daños se opone a los perjuicios infligidos a personas consumidoras de drogas en nombre del control y la prevención del consumo de drogas, y promueve intervenciones que respeten y protejan los derechos humanos de este colectivo (Bosque- Prous, Brugal: 2016). De

esta manera, se huye del modelo paternalista que sitúa al usuario en la posición del «no saber». Partiendo del principio bioético de la autonomía, se prioriza la toma de decisiones respecto a la propia vida en lugar de anteponer aquellos principios socialmente deseados. Entendemos autonomía como el respeto a las decisiones del otro. Este supuesto liga con seguir el principio de no maleficencia (evitar el daño intencionado), de reconocimiento y acompañamiento en el proceso vital elegido. Siguiendo el principio de justicia, se da al usuario un trato equitativo y apropiado. La idea del acompañamiento es indisociable de la idea del doble derecho. El doble derecho de las personas a recibir determinados servicios básicos y también el derecho a la personalización, al soporte personalizado para que estas ayudas acaben siendo eficientes (Alonso, Funes: 2009)

Se trata de asumir que los usuarios de las SCH son personas libres que deciden tener un estilo de vida al margen de lo que socialmente se considera «normalizado» o «insertado». No podemos (ni queremos) obligar a realizar cambios que serían socialmente deseables (Ribas: 2013), ya que lo que se pretende es la autodeterminación de la persona para que tenga la mejor calidad de vida a partir de su posicionamiento vital.

El trabajo educativo y sanitario dentro de los espacios REDAN va enfocado a:

- Incluir a los usuarios en la comunidad, fomentando la defensa de sus derechos como ciudadanos y facilitando las vías de acceso a los diferentes recursos disponibles en el entorno. De la misma manera se fomentan los deberes de los usuarios como ciudadanos, con actuaciones destinadas a la revalorización de espacios públicos de uso común a través de distintos talleres y, desde el trabajo en la calle, fomentar el consumo en espacios higiénicos habilitados.

- Mediar en los conflictos originados por el consumo de drogas en la calle mediante la sensibilización y el contacto con la comunidad. La presencia de educadores de calle y agentes de salud en la vía pública facilita la comunicación con los vecinos y la mejor inclusión de las SCH.

- Trabajar de forma coordinada con el equipo interdisciplinar y con servicios y agentes sociales que trabajan en el barrio como vía de integración del recurso en la zona. Poder informar sobre las funciones de las SCH y mostrarse accesible y disponible con el entorno y las entidades de la zona facilita tanto la comunicación entre los distintos estamentos como la aceptación de estos servicios.

- Informar de los diferentes recursos sociales de Barcelona, intentando paliar así las situaciones de riesgo de exclusión social. Siguiendo los indicadores de Raya (2010), la mayoría de usuarios de los espacios REDAN se encuentran en una situación de exclusión social grave, de manera que es fundamental que estos estén informados de las posibilidades de cobertura social que se pueden ofrecer desde la ciudad de Barcelona. De la misma manera, en caso que el usuario lo requiera, se puede hacer acompañamiento a dichos recursos.

- Crear un ambiente donde el usuario pueda expresar sus malestares y conflictos para elaborar su propia demanda, trabajado a través de la proximidad y el vínculo.

- Potenciar la motivación enfocada a la mejora de la calidad de vida, promoviendo habilidades de autonomía personal y social, respetando el posicionamiento y decisión del usuario de estar en consumo activo.

- Plantear la opción libre de poder iniciar un tratamiento que se ajuste a sus necesidades, siempre respetando la decisión del usuario de seguir o no en consumo activo.

- Ofrecer herramientas de prevención y estrategias para transformar en más saludables conduc-

tas relacionadas con la salud sexual (con programas como el reparto de preservativos masculinos y femeninos, lubricantes, información y acompañamiento a IVE, asesoramiento sobre salud sexual..), salud física y psíquica.

- El abordaje de la patología dual se orienta a desintoxicación para intentar paliar los efectos que el consumo tiene en la patología psiquiátrica. Se fomenta la vinculación al centro de salud mental de referencia para el abordaje y tratamiento de la patología mental. Los servicios REDAN inciden especialmente en la motivación al cambio en los usuarios que presentan especial gravedad psiquiátrica. El acompañamiento social se da desde la motivación hasta el acompañamiento físico, acercando a los usuarios a los servicios correspondientes.

En relación a la salud mental es preciso el diagnóstico diferencial y global para una mayor precisión en las etiquetas psicopatológicas. Actualmente, desde la psiquiatría existe una alta tendencia reduccionista de asimilar diagnósticos psiquiátricos crónicos con cuadros y comportamientos disfuncionales transitorios producidos bajo los efectos de las sustancias sin tener en cuenta el contexto en el que se producen. No se valora suficientemente que muchos de los comportamientos puedan estar influenciados por las situaciones de estrés, violencia y estigmatización que padecen los usuarios a diario. Además, muchos de los usuarios tratados en los servicios de urgencias, al padecer este tipo de cuadros transitorios y ser diagnosticados, interiorizan ciertas etiquetas de patologías mentales graves que aumentan la irresponsabilización de sus actos. (Clua: 2016).

- El abordaje de la patología orgánica grave y descompensada se gestiona tanto desde la explicación en términos no médicos de la enfermedad y de su gravedad como desde el acompañamiento físico a los recursos sanitarios adecuados, así como se ofrece la posibilidad de realizar cribajes rápidos de VIH y VHC, patologías con gran incidencia en la población usuaria de drogas por vía parenteral.

En la mayoría de los casos, los usuarios de las SCH tienen dificultades para realizarse las pruebas diagnósticas para la detección de las enfermedades infectocontagiosas y en el seguimiento de las mismas, por la desconfianza a los profesionales de la salud y por cierto escepticismo de los resultados y diagnósticos de estas patologías. (Clua: 2016)

- Atención en espacio caliu i café. El programa de intercambio de jeringuillas se encuentra en el espacio Caliu i Café. Se fomenta el retorno de material inyectable usado y se ofrece material estéril, también se facilita papel de plata para los fumadores, preservativos masculinos y femeninos y lubricantes.

- Atención post consumo: el espacio caliu i café está dotado de personal educativo y sanitario que facilita un seguimiento personal e individualizado en caso de efectos adversos del consumo, pudiendo intervenir de manera inmediata en caso de complicaciones post consumo.

- Ofrecer formación a usuarios en talleres de naloxona. La formación consiste en saber identificar y diferenciar las sobredosis de heroína y cocaína. Se orienta a que en las sobredosis de heroína los usuarios puedan aplicar un inyectable de naloxona y así poder atender a otros usuarios cuando los consumos se realizan en entornos no seguros. Se les entrega la titulación de «Agent de Salut en sobredosi (ASSO)», reconocido por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Este tiene una validez de un año, renovable con un curso de reciclaje anual. También se les hace entrega de un kit de atención a sobredosis compuesto por 2 jeringas, 2 ampollas de naloxona, guantes, toallitas de alcohol y un protector para hacer las insuflaciones en caso de necesitar reanimación cardioplumonar.

Los talleres de formación consisten en cursos de dos sesiones con pequeños grupos de usuarios, en los que se explican los factores que producen sobredosis, consejos para evitarlas y cómo actuar en caso de producirse. (Clua: 2016)

- Facilitar el consumo higiénico supervisado a través de distintas actuaciones como el lavado obligatorio de manos previo al consumo, preparación de la dosis con material estéril y en un espacio aséptico, uso de toallitas desinfectantes previas al consumo para desinfectar la zona de inyección. Durante el consumo el usuario está acompañado de personal sanitario que en caso de necesidad orienta durante el proceso de venopunción, así como supervisa los posibles efectos agudos inmediatos del consumo.

- Atender sobredosis. En función del tóxico que genera la sobredosis, el equipo sanitario aplica una intervención protocolarizada para reanimar al usuario. Esta intervención consiste en la aplicación del antídoto correspondiente en caso de sobredosis por opiáceos y del fármaco correspondiente en caso de sobredosis de cocaína, benzodiazepinas u otras sustancias. Junto con el equipo médico se valora dar aviso a los servicios de emergencias médicas.

- Análisis de sustancias. En los diferentes recursos REDAN se ofrece la posibilidad de proporcionar una pequeña parte de la dosis de consumo para analizar su composición. De esta manera el usuario que así lo desee puede estar informado de la sustancia que realmente consume. Este análisis lo realiza una entidad colaboradora especializada (Energy Control – ABD).

## CONCLUSIONES

Los usuarios manifiestan que prefieren consumir en espacios supervisados por motivos que no sólo afectan a su salud, sino que valoran el acompañamiento de los profesionales como uno de los principales motivos de la adherencia a estos espacios.

Los objetivos prácticos de las SCH se ven cumplidos según informan los usuarios a Clua (2015). Éstos destacan el buen funcionamiento de las SCH por su soporte práctico en la punción, por las condiciones higiénicas, la supervisión profesional, la discreción (tanto desde el punto de vista de intimidad y confidencialidad como de despreocupación por seguimiento policial) y el ahorro en material de consumo. A su vez, describen las SCH como espacios acogedores y tranquilos, y por lo general se muestran de acuerdo con la normativa, a la que le encuentran un beneficio.

La continuidad en la asistencia de los usuarios, el abordaje socioeducativo y el trato recibido son aspectos que los usuarios de la SCH del CAS Fòrum valoran como positivos y como algunos de los motivos para continuar asistiendo.

Así pues, la intervención social (en este caso concretamente en las SCH) no es aplicar los recursos, no es transformar a los individuos para que sean gobernables, sino que es buscar las maneras de coproducir con ellos. (Canimas, Pereda: 2010)

## REFERENCIAS

Alonso, I., Funes, J. (2009), «L'acompanyament social en els recursos socioeducatius». Educació Social num. 42: 27-45

Bosque- Prous, M., Brugal, M.T. (2016), «Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones». Gaceta Sanitaria, 30 (Supl. 1): 99-105.

Clua, R. (2012), «A ritmo de bombeo: teoría y métodos para el estudio antropológico en un espacio de venopunción asistida de Barcelona». Cuadernos de Campo, 21: 255-271.

Clua, R. (2015), «Salas de consumo higiénico en España (2000-2013)». Salud colectiva, 11 (2): 261-282.

Clua, R. (2016), «¡Apúntame a la Sala! Epidemiología sociocultural del consumo de drogas y evaluación de las políticas de reducción de daños en las salas de consumo higiénico de Barcelona». Tesis doctoral, UAB.

Ilndain, E., Markez, I. (2005), «Salas de consumo: entre innovación y mal menor en políticas de drogas». Adicciones, 17 (Supl. 2): 287-297

Canimas Brugué, J., Perdea Gámez, F.J. (2010), «Practica l'ètica dels serveis socials. Curs d'introducció a l'ètica aplicada a la intervenció social i psicoeducativa». Girona: Documenta Universitaria.

Raya Díez, E. (2010), «Aplicaciones de una herramienta para el diagnóstico y la investigación en exclusión social», en Documentos de Trabajo Social, núm. 48. Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga. Pàg. 117-136.

Ribas Muñoz, N. (2013), «Treball Social, ètica i toxicomanies: el valor dels principis bioètics en la pràctica diària». Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, nº 199, pàgines 137-142.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# ¿ESTAMOS IGNORANDO A LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE ASPERGER DE NUESTRA COMUNIDAD?: DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO GRUPAL

**Sergio Sanz Díaz**

**María Villacañas Blázquez**

**Llanos Bote Cubillana**

**Ana Martín García**

**Ángela Gómez Cañadilla.**

Psicólogas, Residentes de Psicología Clínica del Complejo Hospitalario de Toledo.

Contacto: [sergiosanzdia@gmail.com](mailto:sergiosanzdia@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

*El síndrome de Asperger (SA) es definido en las clasificaciones diagnósticas actuales como un conjunto de características mentales y conductual que se encuadra en los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Según esta forma de comprender a la persona afectada con SA, ésta mostrará dificultades, de gravedad variable, en la interacción social y en la comunicación, así como intereses intensos en áreas usualmente restringidas, que sería compartida con el resto de TGD.*

Sin embargo, los estudios empíricos de estas décadas sí coinciden en muchos aspectos esenciales particulares del SA, por lo que permiten hoy en día asociar justificadamente el SA con un patrón de funcionamiento característico, tanto evolutivo como conductual. Por tanto, actualmente podríamos considerar el SA como *una condición caracterizada por discapacidad social de aparición temprana que conlleva una alteración del procesamiento de la información.*

*Usualmente existen dificultades para su detección, evaluación y diagnóstico.* En este sentido, el diagnóstico del SA inherentemente exige una madurez cognitiva y de lenguaje considerable para que se puedan hacer juicios clínicos sobre los elementos clínicos y funcionales característicos. Así pues, en nuestro país las primeras sospechas o preocupaciones de los padres de niños con diagnósticos posteriores de SA tuvieron lugar como media a los 33, 58 meses (2 años y 10 meses aproximadamente). Las personas con SA no recibieron dicho diagnóstico hasta los 121, 57 meses (10 años y 2 meses aproximadamente) Los datos demuestran, por tanto, no sólo que el SA no es fácil de detectar tempranamente sino que, en una alta proporción de casos, no se detecta ni diagnostica hasta la adolescencia o la edad adulta.

Otra dificultad para la detección y el diagnóstico ya fue señalada por Wing (1981, citada por Belinchón, 2008) donde había destacado, con respecto a otras condiciones clínicas y trastornos asociados, el importante parecido sintomático así como un estilo de aprendizaje y de funcionamiento peculiar caracterizado también por el desfase entre las competencias lingüísticas/ cognitivas y las competencias de tipo socioemocional.

Todas estas dificultades repercuten en las intervenciones y tratamientos destinados a atender a las necesidades que conlleva esta condición. Así pues, *entendemos que tan inadecuado resulta «medicalizar» el SA* (limitando su caracterización a la de un trastorno que provoca ciertos síntomas conductuales observables), *como «minimizar» la importancia de las dificultades, problemas y necesidades* de las personas con esta condición (asimilándola a un estilo de comportamiento o de funcionamiento cognitivo simplemente excéntrico o peculiar).

En la presente comunicación *el objetivo* es describir la detección, diagnóstico y el tratamiento grupal de un menor atendido en una Unidad de Salud Mental Infantojuvenil (USMIJ). En este sentido, conoceremos algunas de las dificultades nombradas, tanto conceptuales como por la comorbilidad asociada, a la hora de realizar un diagnóstico e intervención adecuada al SA. Pensamos que a la luz de estos conocimientos, la realización de un historial clínico y evolutivo detallado, así como una evaluación formal de las capacidades y déficits psicológicos y comunicativos, permiten mejorar el diagnóstico diferencial así como adecuar los programas clínicos y técnicas psicoterapéuticas convencionales a las necesidades y características esenciales de estas personas.

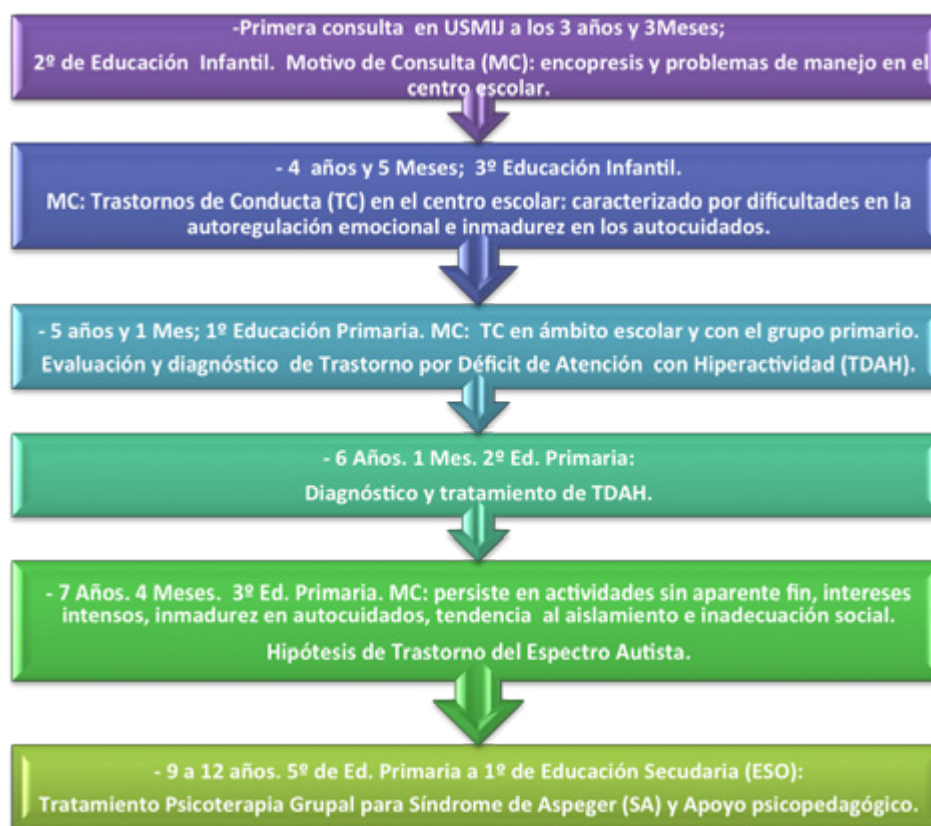
## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de caso retrospectivo sobre el Proceso Terapéutico de un menor seleccionado en función del inicio temprano y repetidos contactos con Salud Mental. En el momento de iniciar el presente estudio el menor formaba parte de una psicoterapia de grupo para menores diagnosticados de SA en una Unidad de Salud Mental Infantojuvenil. Teniendo en cuenta los objetivos del presente estudio a continuación se describen los principales hitos del Proceso Terapéuticos así como los instrumentos utilizados en la evaluación, diagnóstico y planificación del tra-



tamiento. Finalmente se describen las características más destacables del tratamiento psicoterapéutico empleado.

### Cronograma del Proceso Terapéutico en la Unidad de Salud Mental Infantojuvenil (USMIJ).



Principales instrumentos de apoyo a la detección, diagnóstico y planificación de la Psicoterapia Grupal para menores con SA:

#### Dibujo y juego Libre.

**CARAS-R.** Test de Percepción de las diferencias-Revisado es una prueba de aplicación individual o colectiva de tres minutos de duración desde los 6 a los 18 años. Consta de 60 ítems, consistente cada uno de ellos en tres caras esquemáticas (ojos, boca, cejas y pelo), de las cuales dos son iguales, consistiendo la tarea en tachar la cara diferente. Para la obtención de la puntuación se tiene en cuenta no solo los aciertos sino también los errores.

**TONI-2.** Test de Inteligencia No-Verbal tiene como objetivo la evaluación de la capacidad para resolver problemas abstractos de tipo gráfico, eliminando la influencia del lenguaje y de la habilidad motriz. Es una prueba de aplicación individual a sujetos de entre 5 a los 85 años que se aplica en aproximadamente 15 minutos.

**EDAH.** El Test de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad ha demostrado su utilidad para identificar el TDAH en niños de 6 a 12 años. El cuestionario consta de 20 ítems que contesta un informador sobre el menor eligiendo entre cuatro alternativas que describen la frecuencia de 0 a 4 (nada /mucho) con la que aparece la conducta en cuestión. La escala EDAH valora dos áreas, el área 1 evalúa el déficit de atención e hiperactividad-impulsividad. El área 2 valora la presencia de trastornos de Conducta. Puntuaciones percentiles en cualquiera de las dos



áreas o en la Escala Global pueden comprobarse si supera el punto de corte de 91 a 95, indicando sospecha y necesidad de una evaluación más específica.

### **Pruebas de cribado para los Trastornos de Espectro Autista (TEA):**

**CAST.** Test infantil del Síndrome de Asperger es una prueba que ha demostrado su utilidad en la identificación temprana de niños de entre los 4 y los 11 años. Valora los tres apartados sintomáticos propuestos en las clasificaciones internacionales para los Trastornos Generalizados del desarrollo. Está compuesto por 37 preguntas de verdadero o falso, siendo una puntuación total de 15 a superior indicativa de presencia de comportamientos sugestivos de Síndrome de Asperger que justificaría una valoración diagnóstica más exhaustiva.

**ASSQ.** El cuestionario de cribado del Espectro Autista de Alto funcionamiento se administra a chicos de 7 a 16 años. Lo compone 27 ítems puntuables en una escala de 3 puntos (0, 1 o 3; 0 indica normalidad, 1 alguna nivel de alteración y 2 define una alteración) El rango de las puntuaciones posibles es de 0-54. En cuanto a los contenidos de los reactivos, 11 ítems preguntan sobre la naturaleza de las interacciones sociales, 6 ítems sobre problemas de comunicación y 5 se refieren a la presencia de conductas restringidas y repetitivas. El resto de ítems se refieren a otros síntomas asociados (torpeza motora y tics). El ASSQ fue diseñado para ser completado por informantes en unos 10 minutos. En una primera aproximación puede afirmarse que una puntuación de 19 o superior dada por los profesores o una puntuación de 22 dada por los padres indicaría la necesidad de iniciar evaluaciones más específicas

**ASAS.** La Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (Attwood, 1998) se administra a chicos durante los años de la escuela primaria (6 a 12 años). Lo componen 24 ítems donde cada pregunta o afirmación se clasifica, entre 0, que representa el nivel ordinario esperado para su edad, y 6. Si la mayoría de las respuestas de esta escala es afirmativa y está entre 2 y 6 (visiblemente por encima de la normalidad), se puede sugerir la necesidad de una evaluación más específica.

**WISC-IV.** Escala de Inteligencia Wechsler para niños (TEA, 2005) para la evaluación de las capacidades intelectuales, en la versión actual, consta de 15 pruebas que se organizan en cuatro índices (CV, RP, MT y VP) y en un CI total. El constructo de inteligencia subyacente a la prueba defiende que las capacidades cognoscitivas se organizan de forma jerárquica, con aptitudes específicas vinculadas a distintos ámbitos cognoscitivos. El WISC-IV ha organizado estos ámbitos en estrecha relación con las actuales teorías de la inteligencia de razonamiento fluido y cristalizado y de Memoria de Trabajo.

**El índice de Comprensión verbal (CV)** expresa habilidades de formación de conceptos verbales, expresión de relaciones entre conceptos, riqueza y precisión en la definición de vocablos, comprensión social, juicio práctico, conocimientos adquiridos y agilidad e intuición verbal. Costa de cinco pruebas: Semejanzas (S) analiza la capacidad de abstraer y generalizar a partir de dos conceptos dados; Vocabulario (V) analiza el conocimiento léxico, la precisión conceptual y la capacidad expresiva verbal; Comprensión (C) mide razonamiento y juicio social frente a la solución de problemas cotidianos; Información (I) evalúa la capacidad de adquirir, conservar y recuperar conocimientos adquiridos y Adivinanzas (Ad) mide las habilidades para integrar información, generar conceptos alternativos y condensar información. Las dos últimas pruebas son optativas o no-necesarias para la obtención del índice.

*El índice de Razonamiento Perceptivo (RP)* expresa habilidades prácticas constructivas, formación y clasificación de conceptos no-verbales, análisis visual y procesamiento simultáneo. Costa de cuatro pruebas: Cubos (CC) mide habilidades de análisis, síntesis y organización viso-espacial, a tiempo controlado; Conceptos (Co) mide la formación de conceptos y categorías a partir de material visual; Matrices (M) analiza razonamiento por analogías visuales e implica integración de información visual; Figuras incompletas (FI), prueba optativa, analiza las capacidades de reconocimiento y organización perceptiva a tiempo controlado.

*El índice de Memoria de Trabajo (MT)* analiza la capacidad de retención y almacenamiento de información, de operar mentalmente con esta información, transformarla y generar nueva información. Este índice consta de tres pruebas: Dígitos (D) analiza memoria inmediata y memoria de trabajo, indicando habilidades de secuenciación, planificación, alerta y flexibilidad cognitiva; Letras y Números (LN) analiza la capacidad de retener y combinar dos tipos de información, organizarla y elaborar un conjunto organizado según consignas; Aritmética (A), que es optativa y con control de tiempo, analiza habilidades de razonamiento numérico, agilidad en el manejo y reorganización de la información, atención y memoria a corto término.

*El índice de Velocidad de Procesamiento de la información (VP)* mide la capacidad para focalizar la atención, explorar, ordenar y/o discriminar información visual con rapidez y eficacia. Consta de tres subtests que se desarrollan bajo control de tiempo: Claves (CL) y Búsqueda de Símbolos (BS) miden habilidades de rapidez asociativa, aprendizaje, percepción visual, coordinación viso-manual, atención, motivación y resistencia frente a tareas repetitivas. Animales (An) es optativa y analiza atención selectiva, y planificación en la búsqueda ordenada versus desordenada de información.

## **Psicoterapia de Grupo para Adolescentes con diagnóstico de SA o Autismo de Alto Funcionamiento.**

Utilizamos para ello dos modelos como marco de intervención:

*A. El modelo de evaluación integral y cíclica de las habilidades sociales de Scott Bellini (2009, citado en Siboldi, 2011)* que describimos en 5 pasos, a saber:

### **1. Identificar el déficit en la habilidad social:**

Para ello el autor plantea una evaluación integral de la persona, utilizando distintos instrumentos de evaluación, tal como se detalló anteriormente.

### **2. Distinguir entre el déficit de adquisición o de ejecución de la habilidad:**

Es necesario describir el perfil individual de dificultades del paciente, y así elegir la estrategia más adecuada a las necesidades del mismo. Bellini destaca, que en la mayoría de los casos con espectro autista, el déficit es en la adquisición de las habilidades sociales.

Para ello, utilizamos por una parte, la Escala de Observación. (Michelson et al., 1987, pp. 190-191) donde se observan las conductas espontáneas, en lugares que frecuenta la persona. Es recomendable la presencia de dos o más observadores, para registrar con mayor fiabilidad los comportamientos que se quieren evaluar, a saber:

- Expresar y responder a manifestaciones positivas.
- Expresar y responder a manifestaciones negativas.

- Dar y seguir órdenes y/o peticiones.
- Iniciar y mantener conversaciones y escuchar a lo demás durante la- conversación.
- Expresar y reaccionar ante los sentimientos y/o manifestaciones de comprensión.

El o los observadores van registrando la ocurrencia o no de las conductas descritas en la escala, registrando en los recuadros de Si o No una C, si la conducta sucedió o no con un compañero o una A en el caso que la interacción sea con un adulto. Si bien se plantea una evaluación cuantitativa de las observaciones, resulta de mayor utilidad hacerlo de forma cualitativa, identificando las áreas con mayor dificultad, y el proceso o evolución mismo de la/s conducta/s, lo cual brinda mayor información al momento del análisis.

Por otra parte, se crean situaciones que posibiliten evaluar las habilidades sociales. Para ello, el «Test de Role-play de Habilidades Sociales», resulta un complemento de la Escala de Observación explicada anteriormente, ya que debe utilizarse la ficha de registro (completada por un observador) de ese instrumento mientras se dramatizan distintas situaciones que el terapeuta le presenta al paciente.

### ***3. Seleccionar las estrategias de intervención:***

- Pares como mentores: algunos compañeros del paciente son entrenados para realizar iniciaciones sociales o para responder a las iniciaciones del mismo y además se los informa acerca de la dificultad de su compañero. Esto promueve interacciones sociales positivas y exitosas, y favorece la generalización del entrenamiento.

- Actividades en relación a los pensamientos y sentimientos: debido a la dificultad de las personas con SA en reconocer los pensamientos y sentimientos de los demás, es decir en identificar la información no verbal y consecuentemente actuar en función de ella, se ofrecen tarjetas con dibujos de expresiones faciales, videos de situaciones sociales donde prevalece lo gestual, burbujas para escribir los pensamientos, etc. preguntas simples a sus compañeros de grupo, como su nombre, edad, intereses, pasatiempos, etc. El objetivo de esta estrategia es facilitar la interacción.

- Historias Sociales: en ellas se presentan conceptos y normas sociales en forma de historieta. La creadora de esta estrategia es Carol Gray, quien plantea que la historia debe ser escrita en función de la necesidad particular de cada paciente y ser acorde a su capacidad y nivel de comprensión, además tiene que ser algo que la persona quiera leer, empleándose términos no directivos, como «podría», «puede», en lugar de «debe». Las historias sociales son usadas, generalmente, en conjunto con el rol playing, así luego de leerlas, se les pide a los pacientes que las dramaticen.

- «El reportero de noticias»: consiste en asignarle al paciente/s, sucesivamente, el rol de reportero, cuya función es hacer preguntas simples a sus compañeros de grupo, como su nombre, edad, intereses, pasatiempos, etc. El objetivo de esta estrategia es facilitar la interacción.

La selección de la/s estrategia/s más adecuada/s se hará considerando los conceptos de acomodación y asimilación. El primero hace mención al contexto de los pacientes, por ejemplo eligiendo a pares como mentores; incluyéndolos en actividades de grupos (por ejemplo, un deporte), etc.; y el segundo hace referencia a cambios en los pacientes, es decir, a la instrucción de las habilidades sociales.

### ***4. Implementar la intervención.***

### ***5. Evaluar y modificar la intervención, como sea necesario:*** Bellini destaca que si bien es el último

paso, no es el menos importante, y además la evaluación debe hacerse desde que se elige la estrategia para determinar la eficacia de la intervención.

*En la mente: soporte gráfico para el entrenamiento de las habilidades pragmáticas en niño (Monfort y Monfort, 2001).* El objetivo específico en entrenamiento en Habilidades sociales en personas con SA o AAF es trabajar el lenguaje referencial mental. Para la consecución de este objetivo adaptamos los medios descritos más arriba al reto principal de la intervención. En este sentido, es necesaria una participación «desde dentro» en las interacciones sociales, mediante un trabajo de hacer explícitos los procesos mentalistas y su expresión lingüística con el apoyo de material visual.

*Encuadre de tratamiento Grupal.* El grupo contempla unas 16 sesiones de 1, 5 hora con frecuencia quincenal; Está compuesto por 11 participantes de 13 a 17 años. La sesión tipo (hay sesiones especiales (salidas), celebraciones y despedidas) consiste en: cada integrante puede hablar de aquello ocurrido en la semana o de lo que le preocupa; se realiza alguna actividad que tiene un objetivo explícito, y se instruye al grupo; se ofrece a los pacientes algún juego o actividad de rol playing trabajándose esas habilidades; Cierre de la sesión, rescatando lo más significativo y acordando el próximo encuentro.

## RESULTADOS

En primer lugar describiremos los resultados de los principales instrumentos descritos más arriba.

TONI-2/CARAS-R.

<i>Puntuación (P)/Test.</i>	<i>TONI-2</i>	<i>CARAS-R</i>
<i>P. Directa.</i>	19	26
<i>P. Cociente Intelectual/ Centil</i>	132	97

	H	DA	TC	H+DA	H+DA+TC
<i>Puntuación Directa (Puntuación de corte)</i>	11 (10)	12(10)	16(11)	23(18)	39(30)
<i>Centil</i>	97	97	98	99	99

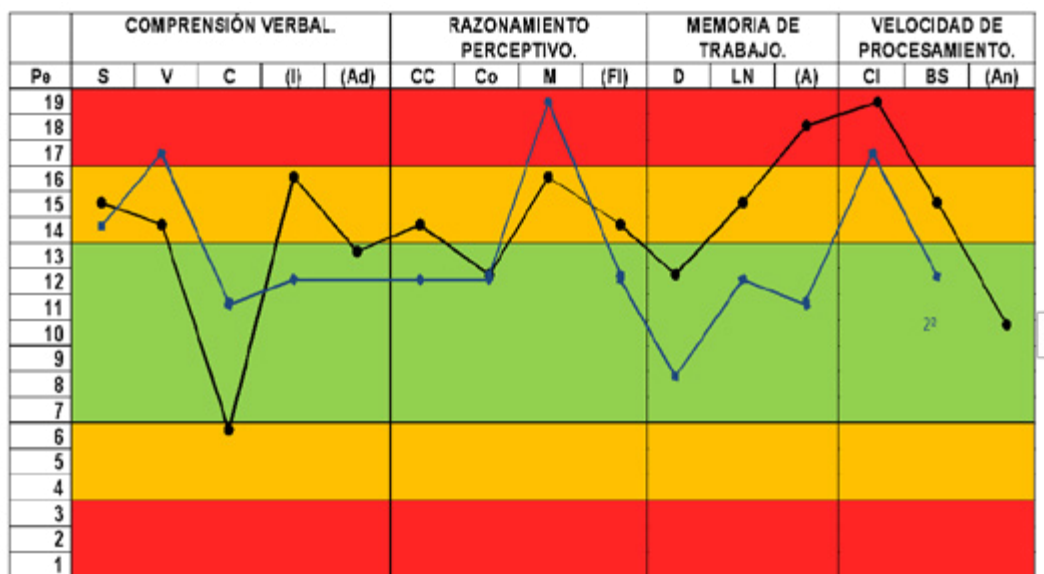
EDAH. Informa Profesor. H: Hiperactividad; DA: Déficit de Atención; TC: trastorno de Conducta;

	H	DA	TC	H+DA	H+DA+TC
<i>Puntuación Directa (Puntuación de corte)</i>	8(10)	12(10)	16(11)	20(18)	36(30)
<i>Centil</i>	85	97	98	97	99

EDAH. Informan Padres. H: Hiperactividad; DA: Déficit de Atención; TC: trastorno de Conducta;

Perfil Capacidades en Puntuaciones Escalares (Pe) (WISC-IV)

S: Semejanzas; V: Vocabulario C: Compresión; I: Información; Ad: Adivinanzas; CC: Cubos;  
Co: Compresión; M: Matrices; Fi: Figuras incompletas; D: Dígitos; LN: Letras y números:



Test de cribado Trastorno Espectro Autista.

Test / informan padres	CAST	ASSQ	ASAS
PD	16	26	2,29
PC	15	22	2
Áreas o habilidades (HH.) donde los ítems identifican mayores dificultades.	*HH. Socioemocionales: convenciones sociales, empatía, *HH. Mentalistas, autoregulación emocional, expresión de emociones, juego cooperativo. *HH. De comunicación: gestos y verbalizaciones que regulan el uso pragmático o comunicativo del lenguaje. Intereses específicos e intensos.		

Test Role Play Habilidades Sociales.

Área del Déficit en Habilidades Sociales.	Descripción del Déficit.
Expresar y responder a manifestaciones negativas...	*No pide aclaración, ni expresa comprensión de sentimientos de los demás. *No expresa pensamientos, sentimientos o acepta su posible responsabilidad.
Dar y seguir órdenes y/o peticiones.	*No razona la petición y no pide información sobre la petición que hace; *No da información o pide aclaraciones sobre la petición que le hacen.
Iniciar y mantener conversaciones y escuchar a lo demás durante la conversación.	*No expresa puntos de vista propios, ni solicita las opiniones de los demás, *No resume los puntos principales de la conversación ni utiliza expresiones para terminarla.
Expresar y reaccionar ante los sentimientos y/o manifestaciones de comprensión...	*No expresa sus sentimientos ni pide información sobre el estado emocional de los demás.

A continuación se describen los procesos cognitivos básicos que se analizaron y los resultados obtenidos anteriormente, congruente con otras investigaciones empíricas, que están en la base de funciones psicológicas complejas como la Comunicación, las Relaciones Sociales y la Autorregulación en el SA:

<i>Perfil psicométrico de capacidades.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No existe un <i>perfil psicométrico de capacidades común</i> ni en <i>todas las edades</i></li> <li>- Distractibilidad: Puntuaciones bajas en las pruebas CN, A y DI.</li> <li>- Conocimiento verbal y razonamiento abstracto verbal igual o por encima a lo esperado por la edad: Buen rendimiento en las pruebas de V e I, y S.</li> <li>- Dificultades para la comprensión de normas y usos sociales así como pruebas que implican atribuir o inferir intenciones y estados mentales: bajo rendimiento en C y H.</li> </ul>
<i>Lenguaje</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un componente aparentemente no afectado (el léxico),</li> <li>- Un componente alterado también con carácter general (la pragmática),</li> <li>- Un componente ajustado a los niveles esperados para la edad en la mitad de los individuos (la morfosintaxis).</li> </ul>
<i>Comprensión y procesamiento de las emociones</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprueban generalmente un rendimiento peor con la ausencia de una comprensión intuitiva del comportamiento social.</li> <li>- Se hace evidente sobre todo en situaciones sociales cotidianas en las que no se dan instrucciones explícitas, y que exigen un procesamiento rápido, holístico e intuitivo.</li> </ul>
<i>Percepción</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La superioridad del procesamiento local («de los detalles») como déficit de <i>jerarquización</i>, esto es, una manera atípica de priorizar algunos estímulos sobre otros.</li> <li>- Alternativamente no es tanto una visión «deficitaria» de la realidad como una visión distinta».</li> </ul>
<i>Aprendizaje y memoria.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mostraban peores habilidades de aprendizaje implícito (AI) pero compensaban sus dificultades empleando estrategias o procesos explícitos.</li> <li>- Las capacidades de AI mostraba correlaciones negativas con sus síntomas sociales y comunicativos y, en menor medida, con la realización de conductas repetitivas.</li> </ul>
<i>Pensamiento y toma de decisiones.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La dificultad para hacer atribuciones mentalistas es especialmente evidente en situaciones y tareas naturales en las que se incrementa de modo notable la exigencia del razonamiento mentalista «implícito»</li> </ul>
<i>Comunicación no verbal</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Algunos mecanismos básicos para la regulación interpersonal tales como el empleo de <i>gestos declarativos espontáneos</i> (señalar), y los gestos de <i>feed-back</i> durante las conversaciones e interacciones espontáneas no parecen estar alterados.</li> <li>- Sin embargo, las <i>miradas que preceden</i> a la realización de los gestos declarativos parecen tener un patrón diferente.</li> </ul>

<p><i>Comunicación verbal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es característico la tangencialidad y circunstancialidad del habla, el estilo conversacional egocéntrico y la verborrea.</li> <li>- Se han encontrado más respuestas pragmáticamente problemáticas: <ul style="list-style-type: none"> <li>*Dificultades de ajuste a las necesidades/expectativas del interlocutor, a las pausas conversacionales y al patrón de acento con modulación inadecuada respecto a los estados afectivos del oyente/hablante.</li> <li>*En situación de conversación informal, ampliaban con menos frecuencia los tópicos de conversación iniciados, ofreciendo menos información nueva/relevante, realizando más aportaciones bizarras o idiosincrásicas.</li> <li>*Producía muchos mensajes iniciales insuficientes, pocas preguntas y peticiones de clarificación cuando no entendían el mensaje de su interlocutor</li> <li>*Capacidad para hacer chistes y bromas espontáneos basaba en una etapa evolutiva anterior a la esperada por la edad.</li> <li>*Dificultad para la <i>comprensión pragmática</i> del significado intencional de metáforas, bromas y otros actos de habla indirecto característicos de la comunicación social.</li> </ul> </li> </ul>
<p><i>Relaciones sociales.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentan motivación y disponibilidad para la interacción social,</li> <li>- Concluir que la capacidad de desarrollar conductas sociales ajustadas a las normas puede estar mediatizada tanto por las habilidades verbales como por las ejecutivas.</li> </ul>
<p><i>Regulación intrapersonal.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficits de atención y la hiperactividad/impulsividad, lo que permite considerar que los déficits ejecutivos podrían considerarse como déficits «primarios».</li> </ul>

## CONCLUSIONES

*En primer lugar*, las dificultades para la identificación del SA son observables en presente trabajo con una edad de detección de más de 7 años, y un edad de diagnóstico y tratamiento de más de 9 años, similar a la edad de diagnóstico y tratamiento de esta condición en los estudios llevados a cabo en nuestro país. En cuanto a las primeras manifestaciones por las que se demanda atención clínica y que persisten a lo largo de la evolución descrita, son aquellas que se refieren a procesos complejos como rasgos temperamentales, conductuales y de personalidad del menor descritos, a saber: las dificultades para la regulación emocional (con disforia), así como el escaso control de los impulsos (regulación interpersonal) con las consiguientes repercusiones en las relaciones sociales. Otros procesos más básicos como las habilidades sociales básicas, la capacidad para la comprensión y procesamiento de las emociones así como la comunicación y el lenguaje, evolucionaron más positivamente lo a largo del tratamiento. En este sentido, estas dificultades específicas nos indican como ya citaban Belinchón (2008) que los manuales diagnósticos, podría estar *simplificando y distorsionando indebidamente* la definición clínica de esta condición, obviando la importancia de rasgos y síntomas singulares no observados en los individuos con TGD de más bajo nivel de funcionamiento. El funcionamiento de las personas con SA, refleja a la vez habilidades dentro y aun por encima de la media, patrones atípicos de respuesta, y, también, algunos déficits. Así mismo, a la luz de los resultados, pensamos también que una nueva definición del SA que progresivamente incorpore los elementos o rasgos funcionales (neuropsicológicos) podría representar la alternativa más sensata. En este sentido, el historial clínico y evolutivo, la utilización de pruebas psicométricas estandarizadas de capacidad y atencionales, así como de pruebas de habilidades sociales, comunicacionales y de procesamiento emocional nos fueron útiles tanto para el diagnóstico como para la planificación del tratamiento.



*En segundo lugar*, en cuanto a las dificultades para el diagnóstico diferencial el presente trabajo permite comprobar algunas de las coincidencias y diferencias en el curso respecto de otras condiciones clínicas. Por una parte, existen las mencionadas dificultades inherentes a la evaluación de procesos que requieren un nivel de desarrollo evolutivo más maduro, para la identificación y diagnóstico diferencial del SA. Por otra parte, Las variables relevantes para el diagnóstico diferencial son el periodo de manifestación inicial, el curso de desarrollo de los síntomas y la respuesta diferencial al tratamiento. Otros trastornos, como el TDAH en el presente trabajo, constituyen con certeza patologías clínicas genuinamente independientes que, ó bien comparten varios de los síntomas asociados al síndrome de Asperger, ó bien se manifiestan como condiciones comórbidas y asociadas al síndrome. Si bien, como se expone en el presente trabajo, y coincidiendo con la caracterización descrita por Martín Borreguero (2004), en la primera infancia comparten las dificultades para la regulación emocional e interpersonal producto probablemente de las dificultades ejecutivas. Es durante la segunda etapa de la infancia, cuando en el TDAH tienden afectar su rendimiento escolar de forma significativa. En contraste, el niño con el síndrome de Asperger muestra una capacidad generalmente adecuada para el aprendizaje independiente tal y como se describe en el presente trabajo. Sin embargo, a medida que el niño se acerca a la adolescencia y la edad adulta, el déficit social se manifiesta de una forma más marcada y el patrón restringido de intereses se intensifica con la tendencia a experimentar dificultades importantes para iniciar y mantener relaciones sociales.

*En tercer lugar*, las dificultades para la identificación y diagnóstico nombradas nos indican la necesidad de adoptar modelos de intervención que contemplen, no sólo los síntomas y déficits clínicos (observables), sino también las capacidades, intereses y estilo de aprendizaje de los individuos, y las condiciones de su entorno. En este sentido, cabe destacar las dificultades que crea a todos los niveles diagnósticos e intervenciones centradas en síntomas o déficits clínicos, tal y como vienen reflejados habitualmente en la medicalización de condiciones como el TDAH.

El tratamiento de las personas con SA, al igual que para con otras personas con TGD, es un enfoque educativo centrado en el desarrollo de «las habilidades sociales y comunicativas de estas personas», a «enseñarles las habilidades necesarias para la adaptación social, el aprendizaje, la autorregulación y el éxito profesional». *En este sentido, los resultados positivos descritos más arriba, así como la persistencia de dificultades temperamentales, conductuales y de personalidad podrían ser características que conlleven la necesidad de atención clínica extensiva a momentos de tránsito vital y/o la aparición de clínica, a las que las intervenciones y programas de tratamiento estándar tienen que adaptarse en el adulto.*

## BIBLIOGRAFÍA

DSM-IV-TR. (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Belinchón, M., Hernández, J. M. y Sotillo, M. (2008). *Personas con Síndrome de Asperger: Funcionamiento, detección y necesidades*. CPA-UAM: Madrid.

Brown, L., Sheashore, H. G., y Wesman, A. G. (1995). *Test de Inteligencia no verbal Toni-2*. Madrid: TEA.



Thurstone, L.L., y Yela, M. (2012). CARAS-R. Test de Percepción de Diferencias-Revisado. TEA Ediciones: Madrid.

Attwood, T. (1998). Síndrome de Asperger: Una guía para la familia. Paidós. Disponible en: <http://espectroautista.info/tests/espectro-autista/infantil/ASAS>

Scott, F. J.; Baron-Cohen, S.; Bolton, P.; Brayne, C.: The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): Preliminary Development of a UK Screen for Mainstream Primary-School-Age Children. *Autism* 2002; 6(1): 9-31. Disponible en: <http://espectroautista.info/tests/espectro-autista/infantil/CAST>

Ehlers, S.; Gillberg, C.; Wing, L.: A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1999; 29(2): 129-141.

Wechsler, D. (2003). *WISC-IV. Wechsler intelligence scale for children*. Nueva York: The Psychological Corporation. (adaptación española: WISC-IV. Escala de Inteligencia Wechsler para niños. Madrid: TEA, 2005)

Michelson, L.; Sugai, D.; Wood, R. & Kazdin, A. (1987) *Las habilidades sociales en la infancia: evaluación y tratamiento*. España. Martínez Roca.

Monfort, M. y Mofort, I. (2001). En la mente: soporte gráfico para el entrenamiento en habilidades pragmáticas en niños. Entha: Madrid.

Siboldi, J. E., (2011). Síndrome de Asperger y habilidades sociales : un abordaje grupal [en línea]. Tesis de Licenciatura en Psicopedagogía, Universidad Católica Argentina, Facultad de Humanidades «Teresa de Ávila». Disponible en: [http:// bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/sindrome-asperger-habilidades-sociales-abordaje.pdf](http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/sindrome-asperger-habilidades-sociales-abordaje.pdf)

Diez-Cuervo, A., Muñoz-Yunta, J.A., Fuentes, J., Canal, R., Idiazábal, M.A., Ferrari, M.J., Mulas, F., Tamarit, J., Valdizán, J.R., Hervás, A., Artigas, J., Belinchón, M., Hernández, J., Martos, J., Palacios, S. y Posada, M. (Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista) (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41 (5), 299-310.

Hernández, J.M<sup>a</sup>, Artigas, J., Martos, J., Palacios, S., Fuentes-Biggi, J., Belinchón, M., Canal, R., Diez-Cuervo, Á., Ferrari, M.J., Hervás, A., Idiazábal, M.A., Mulas, F., Muñoz-Yunta, J.A., Tamarit, J., Valdizán, J.R. y Posada de la Paz, M. (Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista) (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41 (4), 237-245.

Martín Borreguero, P. (2004). *Síndrome de Asperger. ¿Discapacidad o excentricidad social?*. Madrid: Alianza. Disponible en: <http://espectroautista.info/textos/divulgacion/diagnostico-diferencial-sindrome-asperger>

**VOLVER AL ÍNDICE**

# EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN PUENTE NECESARIO PARA CONSTRUIR NUEVOS CAMINOS

Guadalupe Granjo Grande (PIR)

Silvia Olivan Torres (PIR)

Blanca Castellot Andreu (PIR)

Lara Jiménez Martín (PIR)

Candela Rodríguez Campos  
(FEA Psicología Clínica)

Contacto: [guadalupe.granjo@hotmail.com](mailto:guadalupe.granjo@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Según los datos aportados por las diferentes Estrategias en Salud Mental publicadas por el Ministerio de Sanidad, cuyo objetivo es apoyar «la coordinación en todo el país de los planes o programas de promoción de la salud mental, de los programas de prevención y de los medios de diagnóstico, terapéuticos, y rehabilitadores apropiados para realizar una atención integral y continuada de las personas con trastornos mentales» (1), un gran número de personas con trastorno mental no consulta con los servicios sanitarios correspondientes y, si lo hace, no recibe tratamiento (2). Los datos que aporta la última de las Estrategias ratificadas (que abarca desde el 2009 hasta el 2013) respecto a los denominados «trastornos mentales comunes», principalmente el espectro de la ansiedad y depresión, hablan de que solo el 57% de las personas que padecen depresión, el 30% de las que padecen ansiedad y el 71% de las que padecen ambos trastornos consultan con los servicios de Salud Mental (SM) y el 31% de ellas no reciben tratamiento. Especialmente en el caso de los trastornos de ansiedad o de aquellos que presentan una clínica de estas características, el profesional sanitario más habitualmente consultado es el médico de familia y el tratamiento más

frecuente, el farmacológico (2). Es más, hay datos epidemiológicos que, en tal estado de cosas, nos indican que una gran mayoría de los servicios de SM es dispensada por la figura del médico generalista (3). ¿Significa esto que estamos contribuyendo a la ubicación del sistema de SM y la atención clínica psicoterapéutica *en* los centros de Atención Primaria (AP) y en la figura del médico de cabecera? Cabe plantearse la verdadera importancia de esta cuestión para el panorama de la atención en SM y el menoscabo de la calidad de intervención con estos pacientes por la existencia de un vacío asistencial entre AP y un sobrecargado centro de SM que termina restringiendo por necesidad la atención especializada a los casos más graves; las consecuencias en última instancia llevan a un control sintomático puntual farmacológico por parte del médico de familia (3).

La prevalencia de los problemas relacionados con la SM en el nivel asistencial de la AP oscila actualmente entre un 18 y un 39% variando según las fuentes, y sólo un 10% de ellos es derivado a asistencia especializada (3). Dadas las largas listas de espera y la sobrecarga de los centros de SM (la ratio pacientes/profesional más alta de toda Europa (4)) aumentar el flujo de derivaciones no supone una solución ni contribuiría a un mejor funcionamiento del sistema (3). Desde diferentes fuentes se vienen realizando críticas consistentes respecto a estos datos y, concretamente, respecto a la falta de respuesta del Sistema de Sanidad Público frente a una realidad asistencial que propicia labores de «contención» que exceden claramente las capacidades de los profesionales de la AP y que, por una cuestión numérica, puede repercutir directamente en un descenso de la calidad de la atención a estos pacientes, cuando no en una inexistencia de la misma, o en una identificación y diagnóstico incorrecto, ya que estamos exigiendo competencia en tareas psicológicas y psicoterapéuticas a profesionales que no han sido específicamente formados para ello y que día a día se ven desbordados por estas necesidades. La coordinación entre SM y AP ha venido a salvar este escollo y resulta fundamental para una atención integral, aunque es insuficiente. Sólo a partir de la Estrategia en Salud Mental de 2009-2013 se menciona explícitamente como objetivo que «las CC. AA. establecerán procedimientos de apoyo desde la atención especializada en SM a la AP para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales», así como una recomendación a dichas CC. AA. para desarrollar de forma más específica dichas cuestiones en lo relativo a la coordinación entre SM y AP (2). Sin embargo, la realidad asistencial que vivimos necesita de algo más que de dichas recomendaciones y líneas generales de actuación para rellenar el vacío asistencial que antes comentábamos.

Por ello, la necesidad de crear una figura de carácter psicoterapéutico que venga a hacer de puente entre estas dos realidades parece caer por su propio peso. La figura del psicólogo clínico en AP responde a una necesidad asistencial que en otros países ya ha generado una respuesta y la implementación de soluciones de atención sanitaria especializada. Es el caso de la implementación de modelos integrados-que incorporan la atención psicológica en AP- en países como Australia, Gran Bretaña o EE UU; actualmente en España, esta cuestión se mueve más en la teoría que en la práctica, y solo encontramos ligeros esbozos al respecto a través de nomenclatura como «asistencia comunitaria» y «coordinación inter-servicios» (3), pero sin un aterrizaje claro en nuestra realidad asistencial.

Por lo tanto, ¿cuál está siendo la respuesta del ámbito asistencial ante una demanda cada vez más acuciante de una asistencia clínica por parte del psicólogo en el nivel de AP? La responsabilidad de concretar líneas de actuación que tengan una posible traducción a la realidad parece recaer en las CC. AA., algunas de las cuales (como la Comunidad de Madrid, o la Comunidad Valenciana) ya han dado un paso hacia delante: la Propuesta No de Ley (PNL) de 2015 que persigue «dotar pro-

gresivamente de psicólogos clínicos los centros de AP, haciendo posible la detección temprana de los trastornos mentales, la atención a los trastornos emocionales, como ansiedad y depresión, y la progresiva incorporación de los programas de intervención psicológica para colectivos de enfermos especialmente vulnerables» plantea la importancia de dar una respuesta a la altura, garantizando el acceso a la atención psicológica y facilitando la cobertura de la misma en la Comunidad de Madrid (5). La PNL supone un punto decisivo en el recorrido hacia la calidad en dicha asistencia. El objetivo de la presente comunicación pretende, por tanto, dar voz y amplitud a dicho recorrido para que el camino hacia una asistencia psicológica verdaderamente comunitaria, que integra la SM en el contexto social del sujeto, sea cada vez menos una construcción teórica y cada vez más una realidad.

## OBJETIVOS

Destacar la necesidad de la figura del psicólogo clínico en AP tanto a nivel de intervención individual y/o grupal como de formación de los diversos profesionales de la salud en aras de una mejor detección, diagnóstico y prevención de la enfermedad mental, así como de la promoción de la salud en el ámbito comunitario. En este sentido, pretendemos enfocar la importancia de la labor preventiva del psicólogo en AP y en la despatologización de la experiencia emocional reactiva al entorno a través de la simbolización de dichas experiencias. Por último, señalar dentro de las intervenciones psicológicas el tratamiento grupal como un espacio terapéutico de características especiales que permite grandes ventajas en los niveles psicoterapéutico y de eficiencia asistencial.

## METODOLOGÍA

Revisión no sistemática de la bibliografía existente sobre la figura del psicólogo clínico en el ámbito de la AP y el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas de diferentes formatos en el mismo.

## DESARROLLO

### *Práctica actual del Psicólogo en AP*

Como ya hemos comentado, es difícil encontrar en las líneas de actuación que sustentan la orientación de nuestro Sistema de Salud Público un reflejo de la necesidad existente de un Psicólogo Clínico en AP, aunque existen algunos intentos discretos por plasmarla, destacábamos la PNL en el ámbito de la Comunidad de Madrid presentada el 3 de diciembre de 2015. De alguna manera, esta iniciativa en la Comunidad de Madrid viene antecedida de diferentes experiencias ya existentes relacionadas con la psicología clínica en la AP, bien sea en la figura del psicólogo clínico «consultor» que se desplaza puntualmente a los Centros de Salud (CS) a realizar las intervenciones pertinentes (Andalucía), o programas «piloto» de formato grupal de tipo cognitivo-conductual llevados a cabo

en CS de Asturias, que muestran una alta eficacia, efectividad y eficiencia respecto al apoyo social o la lista de espera (6). Existen muchos más ejemplos en las diferentes CC. AA. de estos intentos puntuales de introducir la psicología clínica en AP, pero uno que sin duda queremos destacar es la creación de rotaciones para residentes PIR en la mayoría de los hospitales nacionales como parte de su programa formativo que, al mismo tiempo, posibilita cubrir estas necesidades y objetivos de los que hablamos por un limitado periodo de tiempo (6). La experiencia de la rotación concreta llevada a cabo por los residentes del Hospital Infanta Cristina de Parla tiene una duración de 3 meses, durante los cuales el residente PIR lleva a cabo las labores propias del psicólogo clínico en un CS a nivel de evaluación e intervención. Como residentes, no podemos dejar de destacar la gran acogida que dicha rotación tiene por parte de los profesionales de AP, algo de suma importancia si nos anticipamos a la integración de esta figura clínica en un equipo sanitario ya consolidado, pero que es consciente de la necesidad asistencial. Esto es algo que ya ha quedado plasmado no solo en la literatura científica, sino en los resultados obtenidos en el ensayo PsicAP que validan claramente la intervención psicológica para la atención de alteraciones emocionales en AP (7).

### **Problemas de Salud Mental en AP**

Las alteraciones mentales en la población general alcanzan prevalencias muy elevadas, encontrándonos estudios epidemiológicos a nivel nacional que indican que una de cada cinco personas desarrollará un trastorno mental a lo largo de su vida (8). Dado que la puerta de acceso de los trastornos mentales a la atención sanitaria son los Centros de AP, no es de extrañar que entre el 18 y el 49% de las consultas que atienden los médicos de cabecera respondan a desórdenes emocionales, siendo estos en su mayoría demandas de ayuda por problemas de ansiedad, depresión y/o somatizaciones (trastornos mentales comunes) (3)(9). Aunque también son frecuentes las consultas por trastornos hiperkinéticos en la población infantil (1, 7%-4, 5%), por trastornos del sueño, sobre todo en personas mayores de 64 años (8%) y por disfunciones sexuales o trastornos por consumo de sustancias (10). Estos datos confirman la sobrecarga asistencial que suponen los desórdenes emocionales en AP, a lo que hay que sumar la cualidad de hiperfrecuentación encontrada en estos pacientes (7).

Los médicos de AP son los agentes sanitarios encargados de realizar la primera evaluación de pacientes que demandan ayuda por sintomatología psíquica (muchas veces enmascarada bajo una presentación somática del malestar). Dicha función de filtrado semiológico tiene el objeto de regular la carga asistencial derivada a los servicios especializados de SM. En este sentido, dado que estos facultativos se encargan del diagnóstico psicopatológico y de la decisión de determinar qué paciente requiere un tratamiento especializado y cuál puede ser abordado en el propio centro, los médicos generalistas se encuentran con una tarea ardua para la que en la mayoría de los casos solo disponen de nociones básicas de psicopatología. A lo que se suma la dificultad de realizar un diagnóstico psicológico, qué decir de un tratamiento no farmacológico, en los breves tiempos de consulta de los que disponen estos facultativos. Estas circunstancias derivan en múltiples limitaciones en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales comunes que pasaremos a comentar a continuación.

Según la bibliografía revisada, gran parte de los pacientes con dificultades emocionales no son correctamente diagnosticados por los médicos de AP. Habiendo datos que indican tanto una **sobre-diagnóstico** del malestar emocional, lo que supone psicopatologizar el sufrimiento cotidiano

(3)(11) como una *infradetección* del mismo. En este sentido, según varios autores parece que sólo el 20% de los casos con diagnóstico de depresión o de ansiedad son detectados correctamente en AP (9)(11). Ambos errores de diagnóstico ponen de relieve las dificultades de detección que presentan los médicos generalistas a la hora de evaluar problemas de SM; lo que es comprensible teniendo en cuenta su formación biomédica de base, la cual desatiende los factores psicosociales que sustentan tanto la etiología como la fenomenología de los problemas de SM.

Por otro lado, las intervenciones de los trastornos mentales comunes en AP se basan en la mayoría de los casos en el abordaje farmacológico propio de la disciplina médica. Este tipo de solución al malestar emocional deriva en una *prescripción excesiva de psicofármacos*, que en muchas ocasiones se prolonga demasiado en el tiempo (11), y que en definitiva no resuelven el malestar de fondo sino que favorece la cronificación del mismo, al tiempo que se corre el riesgo de generar adicción en los pacientes (11). En este sentido, podemos decir que el principal tratamiento ofrecido a pacientes con trastorno mental común va *en contra de la evidencia científica*, la cual coloca a las intervenciones psicológicas como los tratamientos de elección para estos problemas, habiéndose mostrado más eficaces y eficientes que el tratamiento farmacológico (7).

A nivel social, este tipo de abordaje terapéutico de la patología mental también tiene implicaciones negativas, suponiendo para nuestro sistema sanitario una *gran inversión económica* en una asistencia ineficaz e ineficiente; siendo España, tras Portugal, el segundo país de la OCDE que más psicofármacos consume (12). En el año 2010, el coste económico destinado a los trastornos mentales comunes supuso más de la mitad de los costes anuales por SM (7). Respecto a los costes indirectos, destaca el gran gasto destinado a cubrir las bajas por incapacidad atribuidas a causas psicosociales (3), siendo la depresión, según un estudio de la OMS del 2015, la principal causa de discapacidad en el mundo (7).

Finalmente, nos parece preocupante que solo el 10% de los pacientes diagnosticados con algún trastorno mental común por los médicos de AP sea derivado a los servicios especializados de SM (3). Podríamos pensar en una clínica de mayor gravedad en este 10% de pacientes, pero «no existe ninguna prueba de que los casos que se ven en AP sean cualitativamente diferentes a los que se transfieren a la atención especializada» (3), siendo el diagnóstico más frecuente en los centros de SM el de trastorno adaptativo (trastornos mentales comunes). Este dato nos hace reflexionar sobre el cuidado y la calidad de la atención que se dedica al sufrimiento emocional en este país, ya sea denominado trastorno mental común o dificultades emocionales ante cuestiones de la vida cotidiana. A pesar de existir una demanda real de ayuda por parte de estos pacientes, como indican las prevalencias, y de las indicaciones recogidas en las guías clínicas respecto a que la terapia psicológica debe estar accesible para personas con trastorno mental común (3), el hecho es que esta demanda real de tratamiento tiene que pasar el filtro de AP para poder ser atendida por profesionales especializados, negándose en el 90% de los casos el tratamiento de elección desde este recurso. Incluso, es muy probable que se esté omitiendo la información respecto a las opciones de tratamiento, lo que impide a los usuarios poder elegir entre los fármacos, la lista de espera para una atención especializada, o la atención psicológica privada.

### **Papel del Psicólogo Clínico en AP**

El psicólogo clínico en AP debería tener un papel activo e integrador, en el sentido de participar en estos centros a través de una actividad orientada tanto hacia los pacientes como hacia el resto

del equipo multiprofesional; al tiempo que desarrollar su función como un agente sanitario a nivel institucional y comunitario (6). Deben mantenerse las diferencias propias de la naturaleza de cada disciplina, sin llegar a caer en el error de entender la figura del psicólogo como muy alejada de la del médico de familia o como secundaria a la misma. Con esto no nos referimos a que se infravalore la especialidad, sino a mantener en los CS un pensamiento basado en la tradicional dicotomía mente-cuerpo y una organización asistencial que impide el acceso directo a un profesional de la SM, a pesar de que la identificación del malestar emocional por parte del paciente que solicita asistencia sea clara.

### **Ventajas de la integración de la figura del Psicólogo Clínico en los CS**

En primer lugar, con la inclusión del psicólogo clínico en AP estaríamos dotando a estos servicios de *profesionales cualificados* para atender con calidad la inmensa demanda de personas con problemas psicológicos. Esto implicaría validar el malestar emocional de estos pacientes, asumiendo una coherencia entre la naturaleza del sufrimiento y la solución que se le ofrece desde los agentes encargados de proporcionar ayuda. En este sentido, Joaquín Pastor (11) indica que es un dato consistente, encontrado en diversos estudios, que la mayoría de personas con dificultades psicológicas prefieran un tratamiento psicológico antes que un fármaco tanto en AP como en atención especializada y que la mayor parte de aquellos que prefieren psicoterapia opten por no recibir ningún tipo de tratamiento antes que recibir únicamente medicación. En este sentido, parece que el propio paciente percibe una incompreensión fenomenológica del facultativo médico.

También, el incluir especialistas en SM evitaría la sobrediagnóstico de trastornos mentales, previniendo la iatrogenia que puede suponer para la persona entender su malestar como patológico, apoyada o no esta comprensión por el propio estigma social de la patología mental. De igual modo, el conocimiento experto permitiría una *correcta detección de la psicopatología*, evitando la infradetección diagnóstica frecuente en los centros de AP. Comprensible ésta, teniendo en cuenta la falta de conocimientos de los facultativos médicos y la frecuencia con que la sintomatología psíquica se presenta camuflada por quejas somáticas (depresiones enmascaradas, pseudodemencias, trastornos somatomorfos, trastornos facticios, lenguaje del malestar propio de cada cultura, etc.).

A nivel científico, en la línea de lo ya comentado, «un amplio cuerpo de investigación ha mostrado que los tratamientos psicológicos, fundamentalmente la terapia cognitivo-conductual, son de eficacia y efectividad igual o superior a los tratamientos psicofarmacológicos en los trastornos más prevalentes, y con efectividad superior a largo plazo» (11)(13). Por lo que la inclusión del tratamiento psicológico en AP *umentaría la calidad de la atención y reduciría los efectos adversos* de los psicofármacos.

En relación a los costes sanitarios, la intervención psicológica en AP en colaboración con los médicos *racionalizaría el gasto farmacéutico y reduciría la inversión en recursos sanitarios*, tanto los costes directos (tiempo profesional, medicación o psicoterapia) como los indirectos (bajas laborales, desajustes familiares, etc.) (3).

Por último, al incluir psicólogos clínicos en los CS estaríamos satisfaciendo la *demanda de los profesionales* que trabajan en estos recursos, quienes en general consideran necesaria la figura del psicólogo clínico en sus centros de trabajo. Y también la *demanda de los Psicólogos Internos Residentes* que rotan por estos servicios, y se encuentran con la ausencia de un adjunto de referencia en su especialidad del cual poder aprender y disponer para supervisión de casos.



## ¿Qué patología podría abordar en Psicólogo Clínico en AP?

Dado que el 90% de la atención a los trastornos mentales comunes es asumido por los médicos de familia, la principal intervención de un psicólogo clínico en estos centros iría orientada a esta población diagnóstica. Dentro de la cual podríamos incluir a los trastornos de ansiedad leves-moderados, trastornos depresivos leve-moderados y a todo el conjunto de los trastornos adaptativos. De igual modo, desde AP es posible dar un espacio de escucha y apoyo a las demandas frecuentes en torno a problemas psicosociales (códigos Z). Los cuales en muchas ocasiones son infravalorados o censurados en su expresión emocional, corriendo el riesgo de agravar la pesadumbre, cronificar la situación sufriente, o psicopatologizar en sufrimiento humano recetando fármacos que disminuyen la angustia en vez de gestionarla de una forma más enriquecedora para la persona.

También es muy relevante en AP la atención del psicólogo clínico de los aspectos psíquicos que influyen en problemas o enfermedades físicas, es decir, en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos: trastornos cardiovasculares, trastornos asociados al sistema inmune (cáncer, VIH y SIDA, alergias y problemas de la piel, artritis reumatoide, enfermedades infecciosas), trastornos gastrointestinales (ej. SII), trastornos respiratorios y asma bronquial, diabetes mellitus, dolor crónico disfuncional (fibromialgias, cefaleas, etc.), hipertensión y obesidad. En todos estos problemas físicos se ha observado que los factores psicológicos influyen claramente en su génesis, en su curso y en la adherencia al tratamiento médico, pero rara vez estos pacientes reciben una atención psicológica. Y si la reciben corre a cargo de asociaciones de enfermos (3) o en algunos casos de programas de enlace en hospitales generales impartidos en su mayoría por profesionales no psicólogos clínicos.

Como ya hemos mencionado los trastornos del sueño son bastante prevalentes en AP, recibiendo la mayoría un tratamiento farmacológico que en muchas ocasiones se alarga exageradamente en el tiempo e incluso se mantiene como un tratamiento crónico. Dado que los trastornos del sueño son considerados trastornos mentales y que existen tratamientos psicológicos eficaces, creemos necesario su abordaje por profesionales especializados.

Por último creemos que AP sería un buen espacio clínico para abordar trastornos del control de los impulsos, trastornos somatomorfos, disfunciones sexuales, consumo perjudicial de sustancias o nuevas adicciones y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (14).

## Funciones del Psicólogo Clínico en AP

En el nivel de intervención más macrosistémico nos encontramos con la participación del psicólogo clínico en la *prevención, promoción y educación para la salud*. Esta función se desempeñaría mediante el diseño de programas preventivos dirigidos a la población en general (prevención universal), a individuos o grupos que presenten factores de riesgo biopsicosociales que aumentan la probabilidad de desarrollar un trastorno mental (prevención selectiva) y a personas con alto riesgo por presentar cuadros de sintomatología leve (prevención indicada) que reducen la calidad de vida y requiere de atención sanitaria (8). Respecto a este último tipo de prevención, detectar lo más rápido posible estas dificultades y proporcionar una solución precoz que evite que los cuadros subclínicos evolucionen hacia formas más graves, es una tarea esencial de AP (8). Esta función implica llegar a toda la comunidad, por lo que requiere de un trabajo multiprofesional en diferentes ámbitos sociales (educativo, laboral, espacios sociales) donde la intervención del psicólogo aporte los conocimientos propios de su disciplina a la comprensión holística del complejo salud-enfermedad.



El *tratamiento de los desórdenes emocionales* sería una de las principales funciones del psicólogo en AP junto a su función como *enlace con el servicio de SM*, encargándose en primera persona de las derivaciones y las coordinaciones entre ambos servicios. Esta función favorecería un mejor seguimiento de los pacientes por el médico de familia.

Al respaldar la integración del psicólogo clínico en el los CS asumimos como fundamental su función como un *miembro más del equipo*, formando parte de las reuniones de equipo y coordinación y de los programas y propuestas que se desarrollen en el centro. También supondría el trabajo en individual con cada profesional (asesoramiento, coordinación, intervenciones conjuntas) para favorecer una atención verdaderamente integral del paciente (6).

Por último, no hay que olvidar el papel del psicólogo clínico en el área de *investigación y docencia*. En este sentido, el profesional podría formar parte de las líneas de investigación del CS dada la característica psicósomática intrínseca a toda enfermedad física; al tiempo que fomentar investigaciones psicológicas en función de las características de la población de referencia. Respecto a la docencia, el psicólogo clínico, además de participar en todos los espacios docentes de su centro de trabajo, «deberá realizar actividades formativas sobre temas de su especialidad dirigidos al resto del equipo y de otros equipos cercanos, así como realizar la supervisión de los Psicólogos Internos Residentes de la unidad docente correspondiente» (6).

### Tipo de intervenciones

A nivel de evaluación, se pueden realizar evaluaciones neuropsicológicas, de desarrollo en población infanto-juvenil y del envejecimiento, las cuales permitan una detección precoz de patología y su consiguiente derivación a los servicios especializados. Respecto a la evaluación psicopatológica, destacamos la ayuda que supone para los médicos de familia el clarificar el diagnóstico diferencial de algunos cuadros clínicos (síntomas somáticos de dudosa organicidad, comorbilidad con cuadros físicos).

A nivel de intervención, el abordaje psicológico en AP debe de ofrecer tratamientos con distintos niveles de intensidad, adaptándose a la fenomenología del malestar de cada paciente. En este sentido hablamos de intervenciones psicoterapéuticas, psicoeducativas, de apoyo o acompañamiento, motivacionales, de consejo psicológico, de ayuda a la promoción de estilos de vida saludables e intervención en crisis.

Respecto a la orientación teórica de los profesionales, abogamos por la pluralidad de modelos psicológicos sin priorizar ninguno de ellos, destacando la necesidad de realizar un abordaje adaptado a la idiosincrasia de cada paciente que le ayude a estructurar su experiencia vital, a simbolizar su malestar y a sentirse agente activo de su mejoría y de su proyecto de vida.

Respecto al setting terapéutico creemos conveniente un encuadre temporal limitado, proponiendo tratamientos breves (máximo 12 sesiones), intensivos (posibilidad de frecuencia semanal), con un tiempo de demora de primera consulta no superior a una semana (similar al de las consultas médicas) (14), con una duración de las sesiones similar a la del centro de SM y con un formato de intervención tanto individual, como de pareja, familiar o grupal (pacientes, padres, familiares, multifamiliares, cuidadores, profesionales, comunidad...). Creemos que la intervención grupal, en la medida que la clínica de cada paciente y los recursos de cada CS lo permitan, es el mejor formato de intervención para desarrollar en AP; tanto por resultar una intervención más eficiente que la

consulta individual (reducción de costes sanitarios), como por la potencia terapéutica inherente al formato grupal. En este sentido destacamos su ventaja al proporcionar: un ambiente favorecedor de sentimientos de empatía, que validan y autorizan la expresión emocional; un aprendizaje vicario múltiple; un lugar en donde salir del aislamiento y poder trabajar las dificultades interpersonales; y un espacio donde se explicitan fácilmente las dinámicas interpersonales, lo que permite un nivel mayor de comprensión de cada individuo en un periodo de tiempo muy breve.

## CONCLUSIONES

Actualmente la relación entre los profesionales de salud mental y los Centros de AP se basa en el «*modelo de Derivación*», incluyendo éste en el mejor de los casos reuniones de coordinación entre profesionales de ambos recursos. En algunas localidades a este tipo de colaboración interprofesional se suma el «*modelo de Enlace*» en el cual los facultativos de SM apoyan a los profesionales de AP mediante consultas, supervisiones de pacientes con patología mental o intervenciones puntuales (6)(8). Desde la presente comunicación, creemos que la mejora en la calidad de atención de los problemas psicológicos en la comunidad iría de la mano de la implementación de un «*modelo de Reemplazo*», en el que los psicólogos clínicos se integran como un miembro más en los equipos de los CS. Esta facilitación en el acceso al tratamiento psicológico, además de reducir los costes sanitarios que conlleva la no disposición de tratamientos apropiados en AP para los desórdenes emocionales, ayudaría a una conciencia social menos estigmatizante del malestar emocional.

Finalmente se concluye la necesidad de la figura del psicólogo clínico en AP, derivada de la demanda existente tanto por parte de la población y los diferentes profesionales implicados, como por la necesidad de coherencia con el modelo de salud mental comunitaria, pretendiendo así dar un paso más hacia la realidad contextual del paciente acercando la atención psicológica al espacio social del que nace la petición de ayuda.

## REFERENCIAS

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2007;1–170.
2. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Estrategia De Salud Mental En El Sistema Nacional De Salud. 2013;7(1):93–102. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508\\_spa.pdf?ua=1%5Cnhttp://www.suicidiopreencion.com/pdf/RTM3.pdf%5Cnhttp://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/358%5Cnhttp://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1%5Cnhttp://www.suicidiopreencion.com/pdf/RTM3.pdf%5Cnhttp://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/358%5Cnhttp://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548)
3. Pérez-Alvarez M, Fernández-Hermida JR. Más allá de la salud mental: la psicología en Atención Primaria. Papeles del Psicólogo. 2008;29(3):251–70.
4. Psiquiatría.com [Internet]. Madrid: Psiquiatría.com; 2015 [citado abril 2017]. Disponible en: <https://www.psiquiatria.com/psicologia/la-ratio-de-psicologos-en-la-sanidad-espanola-es-cuatro-veces-menor-a-la-de-la-ue/>.

5. Infocop [Internet]. Madrid: Infocop; 2016 [citado abril 2017]. Disponible en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=6291](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6291).
6. Duro, JC. Psicología clínica en Atención Primaria de salud: ¿por qué, para qué y cómo?. Infocop Online [Internet]. 2017 [citado 17 abr 2017]. Disponible en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=6586](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6586).
7. Copmadrid.org [Internet]. Madrid: COP de Madrid; 2017 [actualizado 28 Feb 2017; citado 1 may 2017]. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/540/presentacion-los-rsultados-preliminares-ensayo-clinico-psicap-psicologia-atencion-primaria>.
8. Gonzalez-Blanch, C. Salud Mental en Atención Primaria: qué tenemos, qué necesitamos y dónde encontrarlo. Papeles del Psicol. 2009;30(2):169–74.
9. Infocop.es [Internet]. Madrid: COP de Madrid; 2013 [actualizado 13 Mar 2013; citado 28 abr 2017]. Disponible en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=4377](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4377).
10. Giménez Ó. Los problemas de salud más frecuentes en atención primaria. 2016;7–14. Disponible en: <http://www.sietediasmedicos.com/actualidad/en-portada/item/6348-los-problemas-de-salud-mas-frecuentes-en-atencion-primaria#.WHiFdvnhDIV>
11. Pastor J. El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. Papeles del psicólogo [Internet]. 2008;29(3):281–90. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1239.pdf%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2728049>
12. Plataforma APPI [Internet]. Madrid: Plataforma APPI; 2017 [citado 17 abril 2017]. Disponible en: <https://plataformaappi.wordpress.com/2017/03/>.
13. Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Madrid: Pirámide; 2003.
14. González-Blanch, C. En busca de la atención psicológica especializada en Primaria: [Diapositiva]. Madrid: ANPIR; 2012. 12 diapositivas.

**VOLVER AL ÍNDICE**

# SÍNTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS DURANTE EL EMBARAZO: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON GRUPOS DE APOYO

**Beatriz Berenguer Rodríguez**

Residente de Psicología Clínica en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

**Ana Moreno Pérez**

Psiquiatra. Coordinadora asistencial del área de gestión clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid

Contacto: [b.berenguer@hotmail.es](mailto:b.berenguer@hotmail.es)

## INTRODUCCIÓN

La depresión tiene una prevalencia de entre el 5 y el 15% en mujeres embarazadas, siendo este trastorno el factor que más se relaciona con el diagnóstico posterior de depresión postparto. Además, los cuadros ansioso-depresivos durante el embarazo se han asociado con complicaciones obstétricas y efectos perjudiciales a largo plazo en la salud del bebé.

En cambio existen muy pocos ejemplos de programas específicos dedicados a la atención de la salud mental perinatal en el Sistema Nacional de Salud, siendo todavía más minoritario que éstos atiendan a las mujeres desde la gestación (y no sólo cuando ya se ha detectado psicopatología en el período postnatal).

La necesidad de instaurar la atención a la salud mental perinatal parece urgente a todos los niveles, tanto en la prevención y promoción, como en la detección de casos y derivación a los profesionales de salud mental con rapidez (dado que la fecha de parto marca los tiempos de una intervención que en condiciones óptimas debería ser intensiva).

En el presente artículo propondremos los Grupos de Apoyo durante el embarazo como una estrategia de atención de primer nivel, justificando su consideración en los programas presentes y futuros de atención a la Salud Mental Perinatal en población normal.

## OBJETIVO

En primer lugar, recabar datos de la literatura científica que justifiquen la necesidad de diseño de programas de atención a la salud mental perinatal que incluyan intervenciones durante el embarazo (tanto con un fin preventivo como de reducción de síntomas) y en concreto, en formato grupal y desde una perspectiva comunitaria. Y en segundo lugar, describir nuestra propuesta de trabajo y línea de investigación abierta.

## MÉTODO

En relación al primer objetivo, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre psicología y psicopatología del embarazo y del puerperio, así como sobre las propiedades y características de los Grupos de Apoyo como una posibilidad de intervención.

Por otra parte, para evaluar el efecto de nuestra propuesta de intervención se ha diseñado un ensayo clínico prospectivo de tipo intervencionista.

## DESARROLLO

El embarazo conlleva una serie de cambios psicológicos normales que incluyen la hipersensibilidad emocional, la hipervigilancia<sup>1</sup> y el aumento de la rumiación de preocupaciones<sup>2</sup>. Estos cambios cognitivos tiene repercusiones fisiológicas que aumentan la probabilidad de que las mujeres gestantes experimenten síntomas ansioso- depresivos. De hecho, la prevalencia de síntomas depresivos en mujeres embarazadas alcanza el 18%<sup>3</sup> y la de síntomas ansiosos el 50%<sup>4</sup>. Cuando se habla de cuadros clínicos, se encuentra que la prevalencia de la depresión durante el embarazo se encuentra entre un 5 y un 15%<sup>5</sup>.

Padecer ansiedad durante el embarazo triplica la probabilidad de presentar cuadros depresivos graves en el puerperio<sup>6</sup>, mientras que retrospectivamente se encuentra que el 50% de las depresiones mayores diagnosticadas con la especificación de *postparto* comenzaron en realidad durante el embarazo<sup>7</sup>.

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de una depresión en el período perinatal son: tener antecedentes de trastorno mental y especialmente de depresión, haber tenido abortos previos, haber sido víctima de abuso sexual, presentar elevada ansiedad durante el embarazo (principalmente en su componente anticipatorio), tener baja autoestima, tener un estilo cognitivo negativo, bajo soporte social percibido, nivel bajo de ingresos, estresores vitales importantes (como enfermedades concomitantes), baja satisfacción en la pareja o que el embarazo presente no sea

deseado por la gestante<sup>8</sup>. Otros autores añaden a esta lista haber tenido embarazos previos con complicaciones obstétricas<sup>(5)</sup> y ser víctima de violencia de género<sup>9</sup>.

En relación a las víctimas de violencia de género embarazadas En España, un estudio realizado en Andalucía señala que hasta el 21% de las mujeres que dan a luz refieren haber sufrido violencia no física por parte de sus parejas en el último año y que el 3.6% refiere violencia física en el mismo período<sup>9</sup>.

En el caso de la ansiedad prenatal se han descrito los siguientes componentes específicos que deben considerarse a la hora de evaluar y tratar en la atención profesional: miedo al parto y las contracciones, miedo a la enfermedad del neonato y preocupación por los cambios de la propia imagen corporal<sup>6</sup>.

Presentar ansiedad y depresión en cualquier momento de la vida tiene efectos nocivos para la salud y conlleva sufrimiento psíquico. Cuando estos cuadros clínicos ocurren durante el embarazo, además deben considerarse las implicaciones nocivas que se han vinculado al momento del parto y en la salud del bebé. En concreto, la depresión materna durante el embarazo parece ser un importante factor de riesgo para los partos prematuros y menor tamaño del feto, y en menor medida, para bajo peso del neonato<sup>10</sup>.

En relación a los efectos en el bebé gestado, se ha encontrado relación entre el estrés materno prenatal y retraso en el desarrollo psicomotor y de la atención de la cría en el caso de estudios con primates<sup>11, 12</sup>. En el caso de estudios con seres humanos, se han observado correlaciones a corto plazo, como malformaciones congénitas en el desarrollo de la cresta neural del bebé cuando la madre ha vivido un evento vital estresante grave durante el período de gestación<sup>13</sup>. Pero también se han encontrado incluso a largo plazo, entre el estrés materno durante el tercer trimestre y alteraciones emocionales y de conducta en el desarrollo del niño, según la teoría de la programación fetal<sup>6</sup>.

En la cultura occidental actual, el embarazo se ha significado como una etapa del ciclo vital de la mujer que debe ser bonita y de disfrute. Sin embargo, transculturalmente se ha evidenciado la necesidad de las mujeres embarazadas de estar en contacto con otras mujeres y/o madres expertas que tranquilicen las inquietudes y preocupaciones que normalmente aparecen en este período previo a la crianza de un hijo<sup>14</sup>.

Cabe esperar que estos espacios de encuentro y relaciones de ayuda entre mujeres no se produzcan con naturalidad en una sociedad individualista, donde en general es difícil para la persona encontrar repuestas colectivas a problemas a los que se le está dando, mayoritariamente, un abordaje exclusivamente médico, ya sea en consultas de atención primaria, psiquiatría u obstetricia. Por ejemplo, se ha encontrado que las madres con ansiedad prenatal solicitan más consultas con el especialista, solicitan en mayor medida la anestesia epidural, paren más por cesárea programada y alargan más el tiempo de trabajo de parto<sup>6</sup>.

Por otra parte, el abordaje farmacológico de los síntomas durante el embarazo con antidepresivos se ha relacionado con un leve incremento del riesgo aborto, malformaciones cardíacas congénitas, parto prematuro, hipertensión pulmonar persistente del recién nacido (PPHN de sus siglas en inglés) y con síntomas transitorios en hasta un tercio de los neonatos<sup>15</sup>. Por esta razón, la literatura científica sugiere que el tratamiento de primera elección en casos de depresión leve- moderada prenatal sea la psicoterapia. A pesar de que aún es necesario que se continúe investigando sobre los formatos más indicados<sup>5</sup>, se han realizado ensayos clínicos de intervención grupal psicológica en población equivalente con resultados satisfactorios<sup>16, 17</sup>.

Sin embargo, si partimos de la idea de que el embarazo constituye un período de cambio vital y no una condición patológica, parece coherente proponer formatos de atención integral a la salud mental de las gestantes que sean de carácter normalizador, preventivo y comunitario.

Éste sería el caso de los Grupos de Apoyo durante el embarazo, que tendría sentido poner en marcha en Centros de Atención Primaria o Centros Municipales de la población atendida.

Algunos autores definen este tipo de grupos como un formato intermedio entre los grupos de terapia y los grupos de autoayuda<sup>20</sup>. Esta idea es complementaria a la ofrecida por autores que tipifican los grupos de apoyo como la primera fase evolutiva de los grupos basados en el apoyo social, que terminarían su desarrollo como grupos de autoayuda<sup>21</sup> (también denominados grupos de ayuda mutua).

Cuando el profesional de Salud Mental encuentra que no existen espacios de encuentro de estas características en la población que atiende, es éste quien puede decidir crearlos para iniciar su configuración y acompañarlo progresivamente hacia la autogestión. De esta manera, realizaría la figura de coordinador y/o consultor externo que iría delegando sus funciones en los participantes; guiando en un proceso de empoderamiento y responsabilidad en la solución de problemas como grupo.

Para evaluar el efecto que estos grupos podrían tener sobre el bienestar emocional de las embarazadas, se ha iniciado un ensayo clínico longitudinal de tipo intervencionista, con una rama experimental y otra control, donde las participantes serán asignadas por aleatorización a los grupos y se tomarán medidas en tres momentos: pretratamiento, post-tratamiento y seguimiento.

Las hipótesis de trabajo son las siguientes:

Principales:

- Acudir a un Grupo de Apoyo durante el embarazo reducirá los síntomas de ansiedad durante el embarazo y el postparto.
- Acudir a un Grupo de Apoyo durante el embarazo reducirá los síntomas de depresión durante el embarazo y el postparto.
- Acudir a un Grupo de Apoyo durante el embarazo reducirá las preocupaciones referidas durante el embarazo y el postparto.
- Acudir a un Grupo de Apoyo durante el embarazo aumentará el apoyo social percibido durante el embarazo y el postparto.
- Acudir a un grupo de apoyo durante el embarazo genera relaciones de ayuda que se mantienen tras el parto.

Secundarias:

- Las siguientes variables funcionarán como factores protectores a la hora de desarrollar sintomatología ansioso- depresiva durante todo el período perinatal, así como en la evolución de la misma: alto nivel de estudios, estabilidad económica, estabilidad laboral, asistencia a grupos relacionados con la maternidad, embarazo deseado, embarazo planificado, presencia de una pareja, no tener antecedentes de depresión.
- Las siguientes variables funcionarán como factores de riesgo a la hora de desarrollar sintomatología ansioso- depresiva durante todo el período perinatal, así como en la evolución de la

misma: bajo nivel de estudios, dificultades económicas, vivencia de acoso laboral relacionada con el embarazo, miedo a perder el empleo, historia obstétrica previa de pérdidas gestacionales y complicaciones, embarazo no deseado, embarazo no planificado, maternidad en familia monoparental, ser víctima de violencia de género, tener antecedentes de depresión, consumo de tóxicos durante el embarazo o de fármacos no prescritos por profesionales, alta puntuación en el rasgo de personalidad neuroticismo.

Siendo la variable independiente, acudir a un Grupo de Apoyo durante el embarazo (descritos en la propuesta de intervención que se incluye en el epígrafe «conclusiones»), las variables dependientes son las siguientes, medidas con los instrumentos que se indican:

- Síntomas de depresión, medidos con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPS)<sup>22, 23</sup>
- Síntomas de ansiedad, medidos con el Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)<sup>24</sup>.
- Preocupaciones del embarazo, medidas con la Escala de Preocupaciones de Cambridge (CWS)<sup>25, 26</sup>
- Apoyo social, medido con el Cuestionario MOS de apoyo social<sup>27, 28</sup>
- Número de relaciones de ayuda creadas en el Grupo de Apoyo que se mantienen tras el parto.
- Dado que se espera que los rasgos de personalidad tengan un papel mediador en los resultados, será empleado el cuestionario de personalidad NEO- FFI<sup>29</sup>

Las variables que se espera funcionen como factores protectores o de riesgo, se recogerán mediante una ficha de datos, elaborada ad hoc. Estos datos se considerarán en la modulación del desarrollo de síntomas ansioso- depresivos durante el embarazo y son: edad, nivel de estudios, dificultades económicas, vivencia de acoso laboral relacionada con el embarazo, miedo a perder el empleo, historia obstétrica previa, deseabilidad y planificación del embarazo, asistencia a grupos relacionados con la maternidad, presencia o no de una pareja, ser víctima de violencia de género, antecedentes en salud mental (especialmente de depresión) y consumo de tóxicos durante el embarazo o de fármacos no prescritos por profesionales.

El itinerario de trabajo será el siguiente:

#### 1º) Derivaciones a evaluación:

Los profesionales que realizan el seguimiento habitual durante el embarazo (enfermera/o especialista obstétrico-ginecológica o ginecóloga/o), ofrecerán a las gestantes la posibilidad de participar en el estudio.

#### • Criterios de derivación a la evaluación con Psicología:

- Tener más de 18 años.
- Estar embarazada de 24 semanas o menos de gestación.
- Referir «nervios», malestar emocional, ansiedad, preocupaciones o tristeza al ser preguntada por el profesional por su estado de ánimo.
- Querer participar en el estudio y ser evaluada por Psicología Clínica.

#### • Criterios de exclusión para derivar a la evaluación con Psicología:

- Estar embarazada de más de 24 semanas de gestación.
- Estar en seguimiento en Salud Mental en la actualidad (tanto en psiquiatría como en psicología, en el ámbito público o privado).



- Seguir tratamiento con psicofármacos en la actualidad: antidepresivos, ansiolíticos y/o antipsicóticos.

Las mujeres embarazadas que debieran ser evaluadas por un profesional de Salud Mental, a criterio del ginecólogo/a o de la matrona, y no cumplieran los criterios de inclusión, serían derivadas a las consultas de Salud Mental siguiendo el circuito habitual de interconsulta entre especialidades médicas.

#### 2º) Evaluación PRE- intervención de las mujeres derivadas:

Las mujeres embarazadas derivadas a Psicología serán citadas para realizar una entrevista semi-estructurada de evaluación en la que el Psicólogo Residente o el Psicólogo Clínico determinará si pasan a formar parte o no del estudio. Si no fuese pertinente que continuara, indicaría el motivo y realizaría la derivación de seguimiento ambulatorio en Salud Mental o atención en Urgencias de Psiquiatría en el caso de que fuera necesario.

#### 3º) Asignación aleatoria de las participantes a uno de los grupos:

##### a. Grupo experimental:

- Recibirá la atención profesional habitual durante el embarazo. Además acudirá a un Grupo de Apoyo durante 8 sesiones semanales.

##### b. Grupo control:

- Recibirá la atención profesional habitual durante el embarazo.

#### 4º) Evaluación POST intervención:

Las mujeres incluidas en el estudio serán evaluadas de nuevo una vez haya finalizado su participación en el Grupo de Apoyo. En el caso del grupo control, esta medida se tomará aproximadamente dos meses después de la primera evaluación; coincidiendo con el período de tiempo transcurrido entre la primera y segunda evaluación en el grupo experimental.

De nuevo, si no fuese pertinente que la participante continuara en el estudio, el profesional indicaría el motivo y realizaría la derivación de seguimiento ambulatorio en Salud Mental o atención en Urgencias de Psiquiatría en el caso de que fuera necesario.

#### 5º) Evaluación de seguimiento:

Las mujeres incluidas en el estudio serán evaluadas de nuevo después del primer mes desde el parto. Se recogerán de nuevo información sobre estresores presentes en el puerperio y se completarán las escalas mencionadas en instrumentos de medida.

El tamaño muestral calculado para el número de mujeres que dan a luz en el Hospital Príncipe de Asturias a lo largo de un trimestre (515 partos atendidos según media diaria) es de 220 participantes según la fórmula de cálculo para una muestra finita. Por lo que 110 participantes serán asignadas a la rama experimental y 110 a la control.

Los grupos serán de un máximo de 15 personas, por lo que se estima que será necesaria la composición de entre 7 y 8 grupos de apoyo para conseguir la potencia estadística deseada.

En concreto, los Grupos de Apoyo durante el embarazo que se organizarán tendrán las siguientes características:

- Serán grupos cerrados de hasta 15 participantes.

- La duración está predeterminada: 8 sesiones semanales de hora y media.
- El grupo se reunirá en un espacio ciudadano normalizado, que no se encuentre en centros sanitarios especializados (en su defecto, también se contempla la posibilidad de su celebración en centros de atención primaria).
- El grupo contará con dos psicoterapeutas y un observador que realizará un registro escrito del contenido tratado y las interacciones entre participantes. Todos los miembros del equipo profesional serán psicólogos residentes de Psicología Clínica, médicos residentes en Psiquiatría o facultativos de Salud Mental (Psicólogos Clínicos o Psiquiatras).
- El equipo profesional se reunirá media hora antes y media hora después del grupo para acordar una línea de intervención común, atender a las necesidades grupales en su evolución y comentar los cambios observados.
- El equipo profesional contará también con la supervisión de un psicoterapeuta experto en terapia de grupo y psicología comunitaria.
- La función del terapeuta será la de fomentar el cuidado de un entorno seguro terapéutico donde todas las participantes se sientan libres de compartir (o no) su experiencia y de expresar emociones de una manera respetuosa. Además el terapeuta tratará de empoderar al grupo y a sus participantes en su capacidad de generar redes de ayuda mutua, siendo no- directivo y estando receptivo a los contenidos emergentes y espontáneos que ocupen al grupo.
- Se animará a las participantes a tener relación fuera del contexto grupal si así lo desean y a mantener esas relaciones en el tiempo.
- Tras las primeras 8 sesiones, el grupo decidirá si quiere continuar reuniéndose y evolucionar progresivamente hacia la autogestión como grupo de ayuda mutua.
- Los terapeutas principales pasarán a ser figuras de coordinación y reducirán su asistencia al grupo en función de los tiempos acordados por el grupo.

## CONCLUSIONES

La revisión de la literatura científica junto a la detección de necesidades derivada de la práctica clínica con la población a la que se hace referencia, nos lleva a proponer la atención de la salud mental de las embarazadas mediante Grupos de Apoyo, así como a emprender un proyecto de investigación en nuestro centro de referencia que constate su eficacia.

Este proyecto trata de ser una propuesta de mejora de la atención sanitaria del embarazo incluyendo la atención psicológica prenatal. El ensayo clínico analizará la eficacia de este tipo de intervención en la prevención de síntomas pre y postnatales, fomentando el trabajo multidisciplinar entre especialidades sanitarias. Además conseguirá aumentar la capacidad de detección de los cuadros ansioso depresivos del período perinatal, que actualmente son cuadros psicopatológicos infradiagnosticados<sup>28, 29</sup> y agilizará las derivaciones de casos a Salud Mental cuando fuera necesario.

En definitiva, el estudio propuesto tiene como último propósito mejorar la calidad de la asistencia a las gestantes promoviendo un plan de atención a la Salud Mental Perinatal no existente hasta ahora en nuestro centro de referencia y realizar una propuesta de intervención eficaz y con sentido en nuestro contexto de trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pearson RM, Lightman SL, Evans. Emotional sensitivity for motherhood: late pregnancy is associated with enhanced accuracy to encode emotional faces. *J Horm Behav.* Nov. 2009; 56(5): 557-63
2. Carmona FJ. Effects of personality on psychiatric and somatic symptoms in pregnant women: the role of pregnancy worries. *Psychology of women quarterly.* 2011; 35(2): 293-302.
3. Altshuler LL et al. en Olza I. Seminario de Psicopatología del embarazo. En III Formación en Salud Mental Perinatal Terra Mater. Madrid. Feb 2017.
4. Lee et al. en Olza I. Seminario de Psicopatología del embarazo. En III Formación en Salud Mental Perinatal Terra Mater. Madrid. Feb 2017.
5. Chatillon O, Even C. Antepartum depression: prevalence, diagnosis and treatment. *Encephale.* Dec 2010; 36(6): 443-51.
6. Olza, I. La Teoría de la Programación Fetal y el Efecto de la Ansiedad Materna durante el Embarazo en el Neurodesarrollo Infantil. Blázquez ed. 2006.
7. Asociación Americana de Psiquiatría. Los trastornos depresivos. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª ed. Panamericana. 2014.
8. Lee et al. y Bronwyn Leigh et al. en Olza I. Seminario de Psicopatología del embarazo. III Formación en Salud Mental Perinatal Terra Mater. Madrid. Feb 2017.
9. Velasco C, Luna JD, Martin A, Caño A, Martin de Las Heras S. (Oct. 2014) Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors. *Acta Obstetricians and Gynecologists Scandinavica.* 2014; 93 (10): 1050-8.
10. Szegda K., Markenson G., Bertone-Johnson E.R., Chasan-Taber L. Depression during pregnancy: a risk factor for adverse neonatal outcomes? A critical review of the literature. *Journal of Maternal-Feta & Neonatal Medicine.* Jun 2014; 27(9): 960-967.
11. Clarke AS, Schneider ML. Prenatal stress has long term effects on behavioural responses to stress in juvenile rhesus monkeys. *Dev Psychobiol.* 1993; 26: 293-304.
12. Schneider M, Moore CF, Roberts AD. Prenatal stress alters early neurobehaviour, stress reactivity and learning in non-human primates: a brief review. *Stress.* 2001; 4: 183-193.
13. Hansen D, Lou HC, Olsen J. Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. *Lancet.* 2000; 356: 875-880.
14. Olza I. Seminario de Psicopatología del embarazo. En III Formación en Salud Mental Perinatal Terra Mater. Madrid. Feb 2017.
15. Pearlstein T. Depression during pregnancy. *Best Practice and Research. Clinical Obstetrics and Gynaecology.* Jul 2015; 5: 754-64.
16. Bowen A., Baetz, M., Schwartz, L., Balbuena, L., Muhajarine, N. Antenatal Group Therapy Improves Worry and Depression Symptoms. *J. Psychiatry Relat. Sci.* 2014; 51(3).
17. Field T, Deeds O, Diego M., Hernandez-Reif M, Gauler A, Sullivan S, Wilson D, Nearing G. Bene-

fits of combining massage therapy with group interpersonal psychotherapy in prenatally depressed women. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. 2009; 13: 297-303.

18. Villalba Quesada C. Los Grupos de Apoyo basados en la autoayuda: una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional. *Psychosocial Intervention*. 1996; 5(15): 23-42.

19. Barrón, A. Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI; 1996.

20. Austin M-P, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatr. Scand*. 2003; 107: 10–17.

21. Declan M., Cox J. Screening for depression during pregnancy with de Edimburgh Depression Scale (EDPS) *Journal of reproductive and infant psychology*. 1990; 8: 99-107.

22. Gunning, MD, Denison FC., Stockley CJ., Ho SP, Sandhu HK, Reynolds, RM. Assessing maternal anxiety in pregnancy with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI): issues of validity, location and participation, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2010; 28(3): 266-273

23. Green, JM, Kafetsios K., Statham HE., Snowdon CM. Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *Journal of Health Psychology*. 2003; 8(6): 753–764.

24. Acoba- Puente, CP., Carmona- Monge, FJ, Marin- Morales, D. Pregnancy worries: a longitudinal study of Spanish women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 90: 1030–1035.

25. Revilla Ahumada L. de la, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*. Abr 2005; 6 (1).

26. Lam N, Contreras H, Cuesta F, Mori E, Cordori J, Carrillo N. Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. *Rev. peru. epidemiol*. Dic 2008; 12 (3).

27. Marín Morales D, Bullones Rodríguez MA, Carmona Monge FJ, Carretero Abellán MI, Moreno Moure MA, Peñacoba Puente C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigación*. Nov- dic 2008; 37.

28. Yonkers KA, Chantilis SJ. Recognition of depression in obstetric/gynecology practices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1995; 173: 632-638.

29. Marcus SM, Flynn HA, Blow RC, Barry RC. Depressive symptoms among pregnant women in obstetric settings. *Journal of Women's Health*. 2003; 12: 373-380.

**VOLVER AL ÍNDICE**

# LA INTERVENCIÓN PARTICIPATIVA COMO MOTOR DEL TRABAJO MULTIDISCIPLINAR: PROYECTO PILOTO POR UNA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL COMUNITARIA

**Cristina Martín-Álvarez**

Médico Interna Residente del Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Carolina García Calvo**

Psicóloga Interna Residente del Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Paloma Vázquez de la Torre Escalera**

Psiquiatra del Hospital Universitario de Fuenlabrada

Contacto: [carol89garcia@gmail.com](mailto:carol89garcia@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define por primera vez la salud como: «Un estado de completo bienestar físico, mental y social». De modo que, desde hace más de 50 años la salud ya es entendida como un conjunto de bienestar y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades físicas. En 1962, la OMS se refiere a la salud mental como: «Un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida en que no perturbe el desarrollo de sus semejantes», dirigiéndose así hacia una concepción biopsicosocial e integradora de aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales, y alejándose simultáneamente de un modelo monolítico que tendería al reduccionismo<sup>1</sup>.

Desde hace décadas la OMS, la Unión Europea y el Consejo de Europa<sup>2</sup>, han reconocido y destacado la importancia de la promoción de la salud en la escuela, tanto en su dimensión física como psicológica y social. En nuestro país, son varios los estudios llevados a cabo para conocer el impacto

de los programas de promoción y educación de la salud en las escuelas<sup>3</sup>, pero es sobre todo en la literatura anglosajona donde se encuentran estudios que analizan específicamente programas de SM llevados a cabo en centros educativos<sup>4</sup>. Por otro lado, se han realizado diversos estudios de investigación que ponen el foco en algún problema psicopatológico específico en el entorno escolar, como el bullying<sup>5</sup> o la violencia de género en adolescentes<sup>6</sup>. Los estudios revisados utilizan primordialmente metodología cuantitativa.

Los métodos cualitativos han permitido el abordaje de realidades complejas<sup>8</sup>, tratando de estudiar los fenómenos de manera conjunta y evitando la cuantificación. Desde paradigmas más hermenéuticos y críticos, la investigación cualitativa aplicada a ciencias de la salud, facilita lo que, en palabras de Sarrado, es el gran reto de la investigación médica: «afrontar el objeto desde el sujeto»<sup>9</sup>. Permiten el estudio de y desde los usuarios y/o los distintos colectivos profesionales, sus percepciones de salud y enfermedad<sup>10,11</sup>, sus relaciones y con los diferentes agentes en la organización sanitaria<sup>12</sup> y social.

Así, se destaca la importancia del uso de investigaciones cualitativas para procesos de toma de decisiones donde se intenta conseguir la inclusión de múltiples visiones y perspectivas de todos los implicados<sup>12,13</sup>. En este sentido, el uso de procesos de acción participativa (AP) permite la colaboración y participación en las áreas claves identificadas de estrés, conduce a reformas sostenidas y/o cambios en la práctica<sup>14,15,16</sup>. De este modo, se podrá construir un conocimiento más pleno y real de las necesidades, dificultades y perspectivas del problema identificado.

También es conocida la importancia de la coordinación y la complementariedad en el trabajo entre salud mental y el resto de instituciones de la comunidad implicadas<sup>17</sup>. Para ello son precisos servicios de salud mental con un enfoque multidisciplinar, integrador y comunitarios, en el desarrollo de las intervenciones terapéuticas. En el equipo de salud mental (SM) de Fuenlabrada siempre se ha intentado no olvidar todos estos aspectos implicados en la salud de la comunidad. Sin embargo, en los últimos años, se han detectado dificultades y mermas en la comunicación entre salud mental y el sistema educativo de Fuenlabrada. Este hecho amenazaba con crear una brecha entre ambas instituciones que podría tener consecuencias negativas directas sobre la atención de los pacientes en seguimiento por SM infanto-juvenil de Fuenlabrada. Por ello, se valoró como necesario el desarrollo de un proyecto de investigación que permitiera comprender y analizar las diferentes perspectivas de estos dos ámbitos.

## OBJETIVOS

Explorar y describir las diferentes perspectivas de los profesionales del Centro de Salud Mental Infanto-juvenil y los orientadores de los centros de educación secundaria obligatoria públicos y concertados de Fuenlabrada, en el abordaje de pacientes adolescentes de SM.

## METODOLOGÍA

Se escoge una aproximación de estudio a través de la investigación cualitativa prospectiva con un diseño participativo no estructurado. La investigación cualitativa pretende conocer experiencias,

percepciones, vivencias y necesidades en las que los participantes son los propios protagonistas, para poder captar su perspectiva. Como ya se ha señalado, trata de estudiar los fenómenos de manera conjunta, ofreciendo preguntas que se centran en experiencias sociales<sup>18,19</sup>. Además utiliza una postura subjetiva y orientada al proceso propia de las disciplinas que tienen como tema de estudio la dimensión holística de lo humano<sup>20</sup>.

Dentro de los estudios cualitativos seleccionamos la AP por ser un método de estudio y acción que busca la adquisición colectiva del conocimiento, sistematización y utilidad social<sup>21</sup> ante una insatisfacción con un estado actual de las cosas como dijo ya Kurt Lewin (autor que acuñó el término «investigación-acción»). Desde este enfoque la solución vendrá dada de forma colectiva por la comunidad a investigar. La incorporación de la experiencia, los conocimientos y la práctica de las personas enriquece el proceso global del método en su retroalimentación y retroacción, entre el equipo técnico y la gente, entre lo que se estudia, diagnostica y programa y la realidad misma sobre la que se actúa<sup>22</sup> con el fin último de «actuar frente a las realidades sociales, transformándolas desde el protagonismo de los actores[...]»<sup>23</sup>. Es importante tener en cuenta que el término «investigador» designa tanto a las personas de la comunidad, como al investigador clásicamente entendido, que en este caso tendrá una figura de facilitador.

La AP así posee una parte de investigación inicial y primeros acercamientos, seguida de una recogida de datos, trabajo de campo y autodiagnóstico participante tras el análisis del contenido, para finalmente llegar a su objetivo: un plan de actuación.

El presente trabajo corresponde sólo a los grupos de discusión realizados en la primera fase de este proyecto. Pensamos que este estudio podría ser el inicio de un proyecto futuro que culmine con un plan de actuación concreto para mejorar el abordaje multidisciplinar, integrador y comunitario de los adolescentes que realizan seguimiento en SM de Fuenlabrada.

Se ha realizado un muestreo intencional y razonado para la selección de sujetos, como es característico de la investigación cualitativa. La muestra del estudio incluye a los orientadores de enseñanza secundaria obligatoria de centros públicos y concertados de Fuenlabrada y a los distintos profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermera, trabajadora social y residentes de psicología y psiquiatría) del equipo de salud mental infanto-juvenil del CSM de Fuenlabrada. Se excluyen del estudio las figuras de gestión de ambos centros y las propias investigadoras por estar involucradas en uno de los grupos profesionales. Por las limitaciones de capital humano y técnico, se han excluido algunos agentes participantes, como son las familias, los menores u otros profesionales involucrados en la atención interdisciplinar. Esta carencia se prevé compensar en futuros estudios.

El diseño incluye 3 fases de recogida de datos: grupos de discusión, árbol de problemas y obtención de posibles soluciones. En el presente trabajo nos referiremos sólo a la fase inicial de recogida de datos, en la que se llevan a cabo 2 grupos de discusión, cada uno con los profesionales de un ámbito (educativo o sanitario). Los grupos de discusión sirve como método de recolección de datos cualitativos<sup>24,25,26</sup>, utilizado para estudiar situaciones inexploradas o que son de difícil acceso a través de otros métodos. Las sesiones se graban en audio, se transcriben literalmente y los datos son analizados por separado por las dos investigadoras. Posteriormente, se realiza una fase de análisis temático<sup>27,28</sup> sistematizado y estructurado de modo inductivo del material obtenido. El análisis temático presenta 3 elementos claves: Reducción fenomenológica, descripción y búsqueda de la esencia del significado<sup>27</sup>. A continuación se hace un análisis interpretativo en base a los primeros resultados del análisis temático. Finalmente se realiza una Validación por participantes, que consistirá en la confirmación de los participantes del material obtenido en la recogida de datos y en el análisis.

Para controlar la calidad del diseño cualitativo, se seguirán las normas establecidas por la Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)<sup>29</sup>. Además, para mantener la credibilidad, la transferibilidad, dependencia y confirmabilidad de los datos se seguirán los criterios de Lincoln & Guba<sup>30</sup>.

## DESARROLLO

A continuación realizaremos la descripción de los resultados del análisis de datos de los grupos de discusión.

Para realizar los grupos de discusión nos pusimos en contacto con la coordinadora del Servicio de la Unidad de Programas Educativos (SUPE) de la Dirección de Área Territorial (DAT) de Madrid-Sur y con la jefa del Servicio de Salud Mental de Fuenlabrada, para así tener acceso a los profesionales con los que queríamos formar los grupos. Al primer grupo del ámbito educativo asistieron 11 orientadores de los 25 que componen el equipo de orientadores de los centros de educación secundaria obligatoria públicos y concertados de Fuenlabrada, uno de los cuales decide finalmente no participar. Al grupo del ámbito sanitario participaron 8 de los 10 profesionales que en aquel momento componían el equipo (dos de ellos residentes) quedando, como se ha explicado, una de las profesionales excluida de los grupos por ser parte investigadora.

En el grupo de discusión del IES el contenido del discurso gira en torno a una descripción sobre la situación actual con los adolescentes con dificultades y problemas de SM en un sentido general, sin necesidad de especificar una psicopatología diagnosticada, sobre todo centrándose en el ámbito educativo, concretamente dentro de los institutos, pero también en el sanitario (especialmente en torno al CSM). Se añaden valoraciones subjetivas muy interesantes de esta situación. Los temas a los que más aluden (temas saturados) son: falta y necesidad de información y diagnósticos, visión crítica del CSM y sensación de sobrecarga como grupo.

Por parte del CSM el discurso se centra en cuestiones políticas, sociales y del sistema, con menor alusión hacia aspectos más próximos a su trabajo y más hacia la teorización de las causas. También se crea una discusión de cómo esto influye sobre la atención a la salud mental, desde diferentes ámbitos: sanitario, educativo y social. Los temas más saturados en el discurso son: la influencia de la política y el sistema sobre la SM, las diversas figuras de educación que intervienen en el abordaje (orientadores, profesorado, educadores) y la hiperespecialización del servicio sanitario frente a un abordaje comunitario escaso.

En el anexo, figura 1, se presenta un cuadro con las categorías y subcategorías extraídas del análisis temático realizado. No es objeto de este trabajo desglosar de forma pormenorizada los resultados del análisis temático que se ha hecho de los grupos de discusión, por lo que exponemos a continuación un resumen de aquellas categorías que resultaron más relevantes.

En cuanto a la visión general de la SM, hay una conceptualización sobre la definición que se realiza desde el IES teniendo en cuenta diagnósticos, con diferente gravedad, mientras que el CSM ve la SM desde un punto de vista más biopsicosocial (funcionamiento, adaptabilidad, ciclo evolutivo...). Se menciona el tabú y la estigmatización y el CSM incluye la idea de una SM más transversal, presente en diferentes ámbitos.



A nivel de clasificación de la psicopatología, el IES habla de sintomatologías alarmantes (conductas hetero o autolíticas, alteraciones conductuales) por oposición a ansiedades tolerables, relacionándolo con cuáles serían susceptibles de ser tratadas. El CSM no especifica en su discurso diagnósticos concretos. Esto podría estar influido por creer que todas las propias profesionales comparten la misma clasificación psicopatológica. En ambos grupos se discute de ciertas agrupaciones diagnósticas que consideran actualmente de moda, como por ejemplo el TDAH.

El origen de la psicopatología lo mencionan en varios niveles del contexto: sociedad, sistema y familia. Ambos grupos consideran dos cuestiones derivadas del binomio sociedad-sistema. Por un lado se considera exigente, demandante y generador de mayor estrés y problemas de salud, por otro se debate sobre la problematización de conductas que otrora eran consideradas normales, teniendo en cuenta la especificidad temporal actual. Se atribuye a los déficits de la sociedad un papel en el surgimiento de la psicopatología. Las familias también se ven como generadoras de conflictiva relacional.

Sobre los agentes que intervienen en el abordaje destaca el binomio previamente descrito de sociedad-sistema, criticando el déficit de recursos y políticas estandarizadas e inadecuadas, donde justamente los adolescentes con dificultades en SM quedan más excluidos. Ambos grupos hacen referencia a la sobrecarga de las instituciones y sus profesionales.

De la institución educativa, los orientadores hacen referencia a diferentes aspectos que conciernen al puesto del orientador, sus limitaciones y las interacciones con otros sectores (tutores, profesorado, profesionales de otros ámbitos como sanidad o servicios sociales) y de la visión de los mismos. Los profesionales sanitarios destacan la capacidad de contención y ayuda sobre la problemática por parte de los profesionales en educación.

En cuanto al sistema sanitario, los orientadores nombran de forma específica al CSM, pensando que favorecería la creación de un recurso más cercano al adolescente. Los profesionales sanitarios mantienen un discurso más centrado en el modelo sanitario actual, especializado y hospitalario, reclamando modelos más multidisciplinares y comunitarios.

Ambos grupos mencionan la conflictiva existente entre los modelos públicos o privados, pero los orientadores hacen reflexión casi exclusivamente del sistema sanitario mientras que los sanitarios lo hacen del educativo.

En cuanto a otros agentes mencionados, los sanitarios centran su discurso en los agentes previamente descritos, no mencionando actores claves que sí son mencionados en el ámbito educativo (adolescentes, familias, recursos sociales...) u otros.

Tras el resumen de los resultados, a continuación pasamos a un discusión sobre la temática que estamos abordando.

En este estudio se analizaron las experiencias relacionadas con el abordaje de pacientes de SM infanto-juvenil, pero para ello se consideró, no sólo la perspectiva de los sanitarios especialistas en SM, sino también de algunos de los profesionales del ámbito educativo. Consideramos que el cuidado de una persona no sólo recae sobre un sistema sanitario o grupo de especialistas, sino que es una tarea donde múltiples agentes intervienen y están necesariamente involucrados. Por ello creemos que el abordaje de la problemática y su análisis no puede venir, como tradicionalmente se ha hecho, de sólo un sector, sino que debe tener en cuenta la visión de muchas otras miradas y perspectivas que están incluidas en el cuidado de nuestros niños y jóvenes. Incluso debería incluir

también a los propios niños y adolescentes. Además si pensamos en modelos sanitario-sociales más multidisciplinares, no podemos obviar la importancia de incluir al otro en el trabajo.

Brevemente explicaremos la relación encontrada entre los elementos extraídos del análisis inductivo (ver figura 2 en los anexos).

Ambos grupos sitúan en un primer eslabón de análisis a la sociedad y al sistema, como elementos indispensables en la comprensión del objeto de estudio. En un segundo nivel estarían las políticas y medidas institucionales tanto en educación como en sanidad. Cabe destacar cómo los profesionales de salud mental presentan un discurso teorizado y especialmente centrado en estos dos primeros niveles. Un tercer nivel corresponde a las propias instituciones (educativas, sanitarias y otras). Los orientadores centran su discurso en este tercer nivel, mencionando a mayor número de participantes de la comunidad en global, por ejemplo, a los servicios sociales, a las familias o a sí mismos. La población constituiría la base común sobre la que descansan los diversos niveles o estructuras que acabamos de mencionar.

Ambos grupos coinciden en considerar que los recursos son insuficientes, lo que genera un sentimiento de sobrecarga institucional (y un sentimiento de sobrecarga personal), tanto en el ámbito educativo como en el sanitario. Así mismo muestran acuerdo en que hay un enfoque de políticas institucionales inadecuado, como hemos mencionado previamente, cuya raíz sitúan en fallas en el primer eslabón: sociedad-sistema, sistema de valores, etc.

Consideramos importante destacar que en ambos grupos se muestra una ausencia de debate sobre la situación de los propios centros, no apareciendo cuestiones que atañen a la propia institución en la que están inmersos, ya sea para hablar de dificultades como de potencialidades. En cambio, sí hablan de estos aspectos cuando se refieren a la otra institución, de forma recíproca, siendo la visión de los IES más crítica sobre los CSM. Creemos que esto puede deberse a que hay una mayor facilidad para reflexionar sobre el otro.

## CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio contribuyen a la comprensión de las necesidades y percepciones de los profesionales y proporciona información sobre cómo se satisfacen actualmente estas necesidades y qué obstáculos existen en el sistema de salud. Los hallazgos pueden informar a las partes interesadas y también a los cargos de gestión de las instituciones y aportar una base de pruebas para las recomendaciones para mejorar la atención de la salud de los pacientes de SM infanto-juvenil, teniendo en cuenta conceptos y prioridades de los participantes.

Destacar que la inclusión en las investigaciones de un mayor grupo de agentes involucrados, como otros profesionales, familias, los propios adolescentes con y sin problemas de salud mental, etc, favorecería una mayor comprensión de la dimensión del problema. Creemos que esto contribuiría positivamente a la creación de políticas más eficaces y más justas a la hora de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Consideramos que sería preciso realizar un estudio a mayor escala y con mayor presupuesto, humano y económico, que incluyese a todos los actores del sociograma.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Belloch, A. Sandín, B. y Ramos, F. (Eda). Manual de Psicopatología. Edición revisada. McGraw-Hill. Madrid 2008; Volumen I.
2. Stewart M, Barnekow V, Rivett D. The European network of health promoting schools. The alliance of education and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. The European Commission, Council of Europe. International Planning Committee; 1999.
3. Davó MC et al. Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española. Una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005. Gac Sanit. 2008;22(1):58-64.
4. Michelle Rones, Kimberly Hoagwood. (2000) School-Based Mental Health Services: A Research Review Clinical Child and Family Psychology Review, Volume 3, Number 4, Page 223.
5. Albores-Gallo L, Saucedo-García JM, Ruiz-Velasco S, Roque-Santiago E. El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. Salud Publica Mex 2011; 53:220-227.
6. Rivera-Rivera L, Allen B, Rodríguez-Ortega G, Chávez-Ayala R, Lazcano-Ponce E. Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). Salud Publica Mex 2006;48 supl 2:S288-S296.
7. Nakkeeran N, Zodpey SP. Qualitative research in applied situations: strategies to ensure rigor and validity. Indian J Public Health 2012;56:4–11.
8. Nakkeeran N. Knowledge, truth and social reality: an introductory note on qualitative research. Indian J Community Med 2010;35:379–81.
9. Sarrado Juan José, Clèries Xavier, Ferrer Marta, Kronfly Eduardo. Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa?. Gac Sanit [Internet]. 2004 Jun [citado 2017 Mayo 21] ; 18( 3 ): 235-244.
10. Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to reading and appraising qualitative research. BMJ 2008a;337:404–9.
11. Weiner BJ, Amick HR, Lund JL, et al. Use of qualitative methods in published health services and management research: a 10-year review. Med Care Res Rev 2011;68:3–33.
12. Centre for Reviews and Dissemination (2009) Chapter 6: incorporating qualitative evidence in or alongside effectiveness reviews. In: Systematic Reviews: CRD's Guidance on Undertaking Reviews in Health Care [Internet]. Available at [http://www.york.ac.uk/inst/crd/systematic\\_reviews\\_book.htm](http://www.york.ac.uk/inst/crd/systematic_reviews_book.htm) (accessed on 19 February 2010).
13. J. A. Swift, V. Tischler . Qualitative research in nutrition and dietetics: getting started. Journal of Human Nutrition and Dietetics December 2010; Vol. 23, Issue 6: 559–566.
14. Koch, T., Kralik, D. Chronic illness: reflections on a community-based action research programme. Journal of Advanced Nursing 2001; 36, 23–31.
15. Koch, T., Selim, P., Kralik, D. Enhancing lives through the development of a community-based participatory action research program. Journal of Clinical Nursing 2002; 11, 109–117.

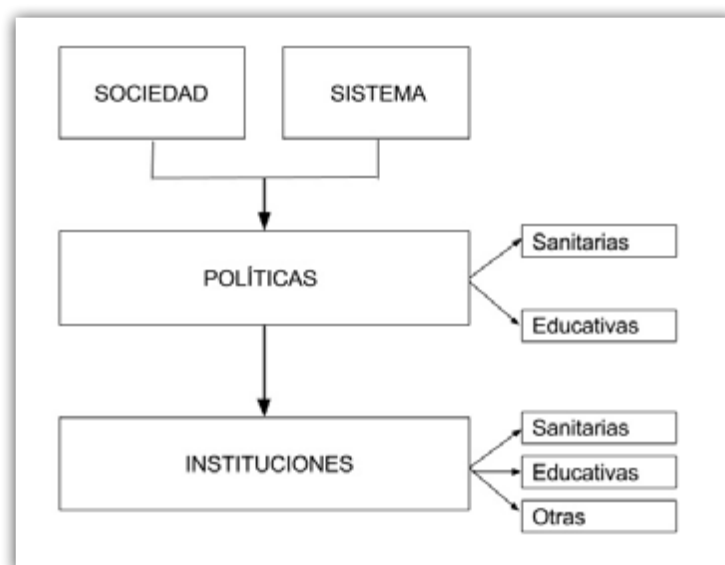
16. Koch, T., Kralik, D. Participatory Action Research in Healthcare. Blackwell Publishing, Oxford, UK 2006.
17. C. Calderón Gómez, I. Mosquera Metcalfe, et al. Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la asistencia sanitaria a las personas con depresión: resultados principales y retos metodológicos de una metarevisión sistemática. Rev Esp Salud Pública 2014; 88: 113133.
18. Cabrero García, L, et al, 1996. En Cano Arana, A., González Gil, T., Palmar Santos A, Luengo González R. Diferentes aproximaciones de investigación en salud: metodología cuantitativa y cualitativa. Educare21 2008; 48.
19. Strauss AL, 1987. En Cano Arana, A., González Gil, T., Palmar Santos A, Luengo González R. Diferentes aproximaciones de investigación en salud: metodología cuantitativa y cualitativa. Educare21 2008; 48.
20. Cano Arana, A., González Gil, T., Palmar Santos A, Luengo González R. Diferentes aproximaciones de investigación en salud: metodología cuantitativa y cualitativa. educare21 2008; 48.
21. Rodríguez Gómez, g., Gil Flores, j. y García Jiménez, e. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga. Ediciones Aljibe 1996.
22. Ezequiel Ander-Egg. En Repensando la Investigación-Acción Participativa.. Grupo editorial Lumen Hvmánitas. Cuarta edición 2003.
23. Moreno Pestaña y Espadas Alcázar. Diccionario crítico de ciencias sociales, Terminología Científico Social, obra dirigida por D. Román Reyes, 3ª Edición (digital), Madrid, UCM 2002.
24. Carpenter C, Suto M. Qualitative research for occupational and physical therapists: a practical guide. Oxford: Black-Well Publishing, 2008.
25. Barbour RS. Making sense of focus groups. Med Educ 2005;39:742–50.
26. Keane S, Lincoln M, Smith T. Retention of allied health professionals in rural new South Wales: a thematic analysis of focus groups discussions. BMC Health Serv Res 2012;12:175.
27. Green J, Thorogood N. Qualitative Methods for Health Research. 2 ed. London: Sage; 2009
28. Carpenter C, Suto M. Qualitative research for occupational and physical therapist: A practical guide. Oxford: Blackwell; 2008.
29. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007; 19(6):349-357.
30. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. Education for Information. 2004; 22: 63-75.

# ANEXOS

Figura 1. Tabla de Categorías y Subcategorías

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
VISIÓN GENERAL DE LA SM	Conceptualización de la SM
	Clasificación de psicopatología
	Origen de la psicopatología
AGENTES QUE INTERVIENEN	Sociedad
	Política y sistema
	Educación
	Sanitario
	Adolescentes y familias
	Otros
PROBLEMAS Y DIFICULTADES	Generales compartidas
	Educación (Orientadores/Tutores, profesorado)
	Sanitario
	Sistema/constructos sociales/política
	Adolescentes
SOLUCIONES Y POTENCIALIDADES	Soluciones generales
	Educación
	Sanitario

Figura 2: Diagrama de la relación entre las categorías



**VOLVER AL ÍNDICE**

# ¿DIFERENTES CONTEXTOS, DIFERENTES ENCUADRES?: REFLEXIONES SOBRE UNA EXPERIENCIA PERSONAL

Victoria Mainar de Paz

Marina Bravo Arráez

Francisco Cadenas Extremera

Cristina Martín Álvarez

Lisi Amaya Lega

Contacto: [vicmainar@gmail.com](mailto:vicmainar@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

El encuadre ha sido una cuestión central de la técnica psicoterapéutica desde sus mismos inicios, existiendo una gran heterogeneidad en los planteamientos propuestos por las distintas perspectivas teóricas. A pesar de estas diferencias, la gran mayoría de los autores coinciden en su papel indispensable para el desarrollo del trabajo terapéutico, dada su función estructurante y sostenedora.

A lo largo de nuestro periodo formativo, hemos tenido la oportunidad de acercarnos a distintos tipos de encuadre desarrollados en diferentes contextos culturales y sociales. Han sido estas experiencias las que nos han permitido interesarnos por la relación entre contexto social y encuadre terapéutico.

## OBJETIVOS

Nos proponemos reflexionar en torno a las distintas aproximaciones teóricas del encuadre y la importancia de su modificación y adaptación a los contextos sociales en los que se desarrolla el proceso psicoterapéutico.

## METODOLOGÍA

Para cumplir estos objetivos, realizamos una revisión bibliográfica del concepto de encuadre en psicoterapia y de los autores de referencia, relacionándolo con las experiencias en los distintos dispositivos de nuestras rotaciones externas: Instituto Superior de Estudios de la Familia (Ciudad de México), Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar (Buenos Aires) y la consulta de Psiquiatría Transcultural de la Asociación MANA (Burdeos).

## DESARROLLO

Dentro de la escuela psicoanalítica el encuadre ha sido entendido como el marco que configura la situación analítica, ejerciendo un rol generador del propio proceso terapéutico.

Aunque Freud nunca habló del término encuadre, muchos autores se refieren al encuadre habitualmente como «el método clásico freudiano». Es en «Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico» (Freud, 1912) y «Sobre la iniciación del tratamiento» (Freud, 1913) donde Freud comienza a plantear el encuadre psicoanalítico, la actitud del terapeuta, los procesos de apertura y cierre del análisis, así como la técnica del uso del diván. No obstante, muchos autores a partir del análisis de los testimonios de sus pacientes, consideran que Freud no impuso un encuadre rígido en sus terapias, aduciendo que se desviaba de la «técnica» que había definido en sus escritos previos, en los que incluso criticaba a sus coetáneos de un error que él mismo cometía.

En contraposición a Freud para quien la interpretación era la herramienta principal en el proceso psicoanalítico, Winnicott dota de gran importancia en sus trabajos teóricos al encuadre, basándose en sus estudios sobre la relación madre-bebé. En palabras del propio autor «En la labor que estoy describiendo [con pacientes en cuya «historia personal precoz no hubo un cuidado infantil suficiente de sus necesidades] el marco cobra mayor importancia que la interpretación». De este modo, el encuadre, como la madre, debería proveer un medio seguro, predecible y confiable, que permita el despliegue del verdadero self. Así, para Winnicott las características deseables en un terapeuta serían la capacidad para conservar la calma, su capacidad para comprender y empatizar y su habilidad para poner en marcha el sistema reflexivo del paciente. La percepción de esta actitud en el analista daría pie, según señala el autor, «a la esperanza de que el verdadero self pueda, por fin, correr los riesgos propios de empezar a experimentar la vida».

Para Bleger, el encuadre es entendido como una «institución» que formaría el no-yo del paciente, quien depositaría en él la parte psicótica de su personalidad, es decir, la parte no diferenciada de los vínculos simbióticos más primitivos. Así, de su inmovilización depende la formación, existencia y discriminación del yo y del objeto. Green no se aleja de Bleger al afirmar que el encuadre se constituye como el tercero que irrumpiría en la relación dual, favoreciendo la construcción de un espacio para la expresión del inconsciente y el despliegue del interjuego transferencia y contratransferencia.

En relación al encuadre, Lieberman introduce una dimensión social exponiendo que tanto el encuadre como los roles del análisis están siempre incluidos en una cultura y entorno social determinado.

Al hilo de sus aportaciones, Etchegoyen resalta la imposibilidad de ignorar los significados añadidos que impone el contexto social sobre la escena analítica, un contexto que no solo nos limita, sino que nos funda como sujetos y da sentido a nuestra acción.

Siguiendo lo anteriormente expuesto, estamos de acuerdo con estos autores en la importancia de ofrecer un encuadre que ofrezca un entorno seguro y contenedor al paciente, a fin de facilitar el cambio psíquico.

A la vez, pensamos que dicho encuadre debería adaptarse a las condiciones sociales y culturales en las que se enmarca, adaptándose a la singularidad del paciente. De igual forma que cada individuo es atravesado por su contexto, el encuadre no puede ser pensado sin considerar la realidad de la que forma parte.

Como mencionábamos previamente, si hablamos de contexto, hablamos ineludiblemente de cultura. La cultura nos provee de una forma particular e individual de sentir, interpretar y relacionarnos con nuestro mundo interno y externo. Nuestro pensar está influido por el contexto al que pertenecemos y, por lo tanto, el malestar psíquico no va a escapar a esta codificación cultural. Fue precisamente la toma de conciencia de esta necesidad la que permitió el surgimiento en el año 1994 de la Consulta de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Maná, en Burdeos (Francia). En ella, se atienden a pacientes de orígenes y culturas distintos que, en la mayoría de los casos, se vieron forzados a iniciar un proyecto migratorio huyendo de la miseria o de la violencia que invadía su país natal.

El encuadre teórico de la consulta sigue el modelo propuesto por George Devereux, fundador del etnopsicoanálisis. En sus escritos ilustra la importancia de la obligatoriedad y de la no simultaneidad del discurso psiquiátrico y antropológico en la práctica clínica transcultural. El trabajo desde esta perspectiva teórica obliga al terapeuta a descentrarse y a trabajar constantemente en estos dos niveles, el cultural y el individual, pero sin confundirlos, aunque con una mirada atenta ante las interacciones, a veces conflictivas, que se plantean entre ambos.

Aunque en determinados casos se propone un abordaje individual, la mayor parte de las consultas se desarrollan en grupo multidisciplinar. El paciente acude solo o acompañado por su familia, pero también en ocasiones por profesionales del ámbito médico o social, quienes casi siempre son los que realizan la demanda de ayuda. El proceso migratorio implica la pérdida del contexto cultural externo que actúa como un sostén importante y de la estructura psíquica del sujeto. El encuadre grupal propuesto, con la presencia de diversos profesionales en la consulta (psiquiatras, psicólogos, antropólogos y, en ocasiones, acompañantes espirituales o rotantes externos) permite restituir la función sostenedora del grupo de pertenencia cultural del paciente. Además, el grupo constituye el medio sanador en gran parte de las sociedades llamadas tradicionales, en las que la enfermedad es entendida como una señal de que algo marcha mal en la comunidad y pone en peligro la estabilidad de la misma. La enfermedad es por lo tanto cosa del grupo y será este en su conjunto el que asumirá la curación. Otra de las funciones importantes del grupo es la de favorecer la circulación y el intercambio de la palabra, no solo entre terapeuta y paciente, sino entre el resto de miembros presentes. El silencio va a ser mal percibido, ya que en determinadas culturas es interpretado como algo amenazador, como una forma de ocultar malas intenciones hacia el paciente o su entorno, por



lo que el terapeuta principal invita a todos los asistentes a participar en momentos determinados en la sesión. De este modo, los distintos terapeutas ponen en común a lo largo de las sesiones representaciones, culturales o psíquicas, favoreciendo así el trabajo asociativo del paciente y la construcción y elaboración de su propia narrativa.

La capacidad de lenguaje también está influenciada por el contexto cultural. De esta manera, resulta crucial la presencia de intérpretes en la consulta, quienes facilitarán al paciente la utilización de su lengua materna, permitiendo el abordaje y la emergencia de representaciones culturales propias para las que a veces no existe un equivalente en nuestra cultura. Pero también el intérprete actuará como figura de identificación, ejemplificando cómo la situación de migración precisa el mantenimiento de la identidad previa y cómo esta identidad es compatible con la adaptación a su nuevo contexto cultural externo.

En definitiva, nos encontramos por lo tanto con un encuadre de geometría variable, es decir, en constante adaptación a las características clínicas, pero también socio-culturales de los pacientes que acuden a la consulta. Solo ofreciendo un encuadre abierto a la comprensión y a la escucha de las representaciones culturales internas del paciente, podremos acceder a su enfermar y por lo tanto acompañarle en el camino hacia su curación.

Otro abordaje que considera el grupo como elemento de trabajo terapéutico principal, es el Psicoanálisis Multifamiliar al que tuvimos la oportunidad de acercarnos en la rotación en el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar de Buenos Aires (Argentina). Se trata de un enfoque terapéutico psicodinámico definido y desarrollado por el psiquiatra argentino Jorge García Badaracco. Sus bases teóricas integran los trabajos de diversos autores psicoanalíticos como Freud, Melanie Klein o Winnicott y diferentes vertientes psicoterapéuticas como el psicoanálisis, la terapia sistémica o la Gestalt. El mismo García Badaracco se formó y analizó con miembros de la escuela psicoanalítica francesa como Jaques Lacan durante los primeros años de su carrera. Sin embargo, es ya en Buenos Aires trabajando como psiquiatra en el Hospital Psiquiátrico José Tiburcio Borda, por aquel entonces un manicomio multitudinario de varios cientos de internos, donde empieza a gestar las prácticas a partir de las cuales desarrollaría su teoría.

El encuadre en Psicoanálisis Multifamiliar se caracteriza por ser grupal y ampliado no solo al paciente designado, sino también a los miembros relevantes de su familia. Todos están llamados a realizar un proceso terapéutico propio sin el cual, la mejoría y curación potencial del paciente se considera muy difícil o prácticamente imposible. Tanto el marco teórico como el encuadre poseen una gran flexibilidad en cuanto a frecuencia y normas de las sesiones, así como el rol de los pacientes y terapeutas. Un miembro del grupo podría acudir tan solo a una sesión y ya podría ser curativa. Aunque se presupone que cuanto mayor sea el número y más frecuentes sean las sesiones, más probable será la curación. Además, este mismo miembro podrá realizar un rol de enfermo para, ya sea en otra o en esa misma sesión, adoptar un papel de coterapeuta y así, debido a la relación de marcada horizontalidad entre paciente y terapeuta que define el Psicoanálisis Multifamiliar, un terapeuta podrá hacer autorrevelaciones y pasar a un papel más de enfermo cediendo el lugar de conductor a otro compañero. De esta forma, la terapia se va ajustando a las necesidades del paciente que irá evolucionando tanto clínicamente como estructuralmente en paralelo en sus necesidades hacia la curación total. Una curación a la que se llega desde un encuadre que sirve de laboratorio o taller donde reparar aquellas interdependencias recíprocas patógenas, y desmontar las identificaciones invasivas asfixiantes del verdadero yo del paciente que generan y mantienen la psicopatología productora de sufrimiento. Todo lo descrito ocurre mediante la interacción entre los

miembros del grupo, ya sea con aquellos de su familia original junto a los cuales se construyeron inicialmente las dinámicas patológicas, o en su defecto, con otros miembros del grupo externos a su familia original que los representaran. De hecho, en ocasiones esta segunda posibilidad será un paso preliminar y que facilite llegar a la primera.

Para el Psicoanálisis Multifamiliar la principal e imprescindible práctica terapéutica sucede en un encuadre grupal. Sin embargo, considera de potencial utilidad una terapia individual complementaria.

Si consideramos que la familia es el grupo primario inicial, no podemos obviar el encuadre sistémico, en el cual se incluye también de manera intrínseca el contexto social y cultural. De esta manera se pretende entender en profundidad la problemática presentada desde diferentes ópticas que facilitan un abordaje integral a la familia, manteniendo siempre una mirada sobre la complejidad, y pudiendo integrar las diferentes posiciones de los miembros de la familia para una modificación de los patrones relacionales.

La sintomatología del individuo es considerada según su significado y medio social general, por tanto el contexto es una parte constitutiva y constituyente del proceso. El pensamiento sistémico sugiere trabajar con varios contextos interrelacionados. La relación terapeuta-sistema familiar se co-construye con significados enmarcados dentro de la sociedad y cultura a la que pertenecen. La propia labor terapéutica es considerada un producto social, en los que se deben tener en cuenta elementos estructurales del contexto como por ejemplo la clase social, cultura, etnia, orientación sexual, género y ciclo vital. La terapia familiar debe basarse en la expansión del contexto terapéutico tradicional, para entender la conducta individual dentro del significado para la familia y su medio social.

El setting con espejo unidireccional actúa como diafragma entre sistema terapeuta-familia y sistema supervisor-grupo. El terapeuta de este modo está incluido dentro del sistema familiar. Los dos sistemas terapéuticos están comunicados durante la sesión y son complementarios, permitiendo diferentes visiones de la sesión desde diferentes distancias emocionales.

En la primera sesión se encuadra el contexto colaborativo de la misma, en el que todos los miembros son dignos de la misma atención, alejándose de la idea de paciente identificado. Se presta atención a los elementos no verbales (quien solicita la primera sesión, como se colocan en el espacio), tanto como al modo y estilo relacional entre los miembros de la familia y con el terapeuta. Se recoge información a través de preguntas circulares que incluyan a todos los miembros del sistema, intentando que la información recoja y reproduzca la complejidad de la problemática de los individuos.

El Instituto Superior de Estudios de la Familia, en Ciudad de México, es un dispositivo ambulatorio abierto a la comunidad que atiende a familias con diversas problemáticas a través de un enfoque sistémico. Debido al escaso desarrollo de la red pública de salud mental, basada en una atención hospitalocéntrica y con escasos recursos en red, el dispositivo se organiza como una asociación civil independiente a la que tiene acceso cualquier persona de la comunidad. Los pacientes pueden ser derivados desde diferentes recursos, con frecuencia desde centros de atención a la familia, servicios sociales, otros dispositivos de salud mental o desde los colegios en el caso de las derivaciones de infantil. Los horarios de atención son flexibles, así como los honorarios que se ajustan a las posibilidades económicas de los pacientes atendidos, no siendo obligatorios en todos

los casos. De esta manera, se pretende ser accesible a un mayor número de población, y especialmente a aquellas personas con dificultades para el acceso a una terapia familiar tanto en ámbito público como privado.

En general se trata de terapia familiar, aunque según las características de los demandantes y de la problemática se puede realizar un abordaje como terapia de pareja o grupal. En este sentido, se establece un programa específico sobre violencia intrafamiliar (CAVIDA) que atiende a personas víctimas de violencia y también personas que ejercen violencia. La atención grupal se organiza en dos grupos de hombres y mujeres para atender de forma concreta algunas problemáticas que tienen relación con la concepción cultural y social de los roles de género. Se pretende clarificar, contextualizar y explicitar las situaciones violentas y trabajar sobre cómo evitar los patrones relacionales que las perpetúan. También se realiza una exploración transgeneracional de las relaciones de violencia y abuso y se pretende ofrecer reflexiones que puedan conllevar el planteamiento y refuerzo de nuevos patrones relacionales basados en el respeto y las directrices de los derechos humanos universales.

## CONCLUSIONES

El encuadre constituye uno de los pilares fundamentales en nuestra actividad como terapeutas. No debería ser casual que, en un país como Francia, con una trayectoria migratoria amplia que la define como una sociedad multiculturalmente consolidada, hayan surgido espacios terapéuticos que ofrezcan un enfoque transcultural y un acceso por lo tanto a las distintas formas de enfermar del paciente y al conocimiento de las experiencias traumáticas que por desgracia tan frecuentemente atraviesan a estos pacientes.

Por otro lado, podríamos pensar que algunas características de la sociedad mexicana, como por ejemplo la elevada incidencia de violencia y las desigualdades sociales, así como la propia estructura deficitaria de la red de salud pública, condicionan la problemática vital y el acceso a diversos recursos de los pacientes y sus familias, terminando por influir de manera inevitable en el planteamiento del encuadre y desarrollo de la terapia familiar.

De una manera similar, en otro país de Latinoamérica como Argentina, en el que las familias suelen ser extensas y muy cohesionadas, y juegan un papel muy relevante en la sociedad, no es de extrañar que surja una terapia que se plantee un encuadre multifamiliar de base psicoanalítica, siendo Argentina un país en el que esta teoría tiene una larga tradición.

Por tanto, concluimos que resulta imprescindible la adaptación del encuadre terapéutico al contexto social y cultural en el que se desarrolla.

## REFERENCIAS

Nemirovski C. Encuadre, salud e interpretación: Reflexiones alrededor de conceptos de D.W. Winnicott. Revista Aperturas Psicoanalíticas nº13; 2003.

Forster L. El encuadre. Revista En Clave Psicoanalítica nº2 ; 2009.

Bleger J. Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. Simbiosis y Ambigüedad; 237-249.

Baubet T, Moro MR. Psychopatologie transculturelle. 2<sup>e</sup> édition. France: Elsevier Masson; 2009.

Andolfi M. Terapia familiar: Un enfoque interaccional. Paidos; 1984.

Minuchin S. El arte de la terapia familiar. Paidos; 1998.

Minuchin S. Evaluación de familias y parejas: Del síntoma al sistema. Paidos; 2011.

Badaracco JE. Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar. Ed. Julián Yébenes; 1990.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# EL PROCESO DE TERMINACIÓN: LA DISOLUCIÓN DEL VÍNCULO Y LA DESPEDIDA EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE UNA RESIDENTE DE SALUD MENTAL

**Rocío Paricio del Castillo**

MIR-3 Psiquiatría, Hospital Ramón y Cajal

**Cristina Polo Usaola**

Psiquiatra especialista de área, jefa Centro de Salud Mental de Hortaleza.

**Contacto: [roparicio@gmail.com](mailto:roparicio@gmail.com)**

## INTRODUCCIÓN

La terminación de un proceso terapéutico en Salud Mental es una fase de importancia capital en el mismo, no exenta de dificultades, y que implica tanto al paciente como al terapeuta. Los profesionales noveles (que, en nuestro medio, somos fundamentalmente los residentes de Psiquiatría y Psicología), nos enfrentamos con especial frecuencia a esta disolución de la relación terapéutica, dado el carácter temporal y rotatorio de la asistencia que ofrecemos en distintos dispositivos a lo largo de nuestra formación como especialistas. Estos plazos temporales tan delimitados provocan que, en muchos casos, la fase de terminación sea precipitada e incluso artificiosa, ya que a menudo la disolución de la relación no va pareja a la finalización del tratamiento y el paciente debe continuar su proceso terapéutico con otro profesional. Por lo tanto, a las dificultades habituales que supone realizar un buen cierre, debemos añadir las carencias que derivan de nuestra propia inexperiencia y el hecho de que nuestra despedida, en muchas ocasiones, no va unida al alta del paciente. Esta circunstancia que supone salirnos de un proceso terapéutico inconcluso, «a medias», puede llevarnos a experimentar sentimientos de culpa y percepción de abandono hacia el paciente.

A pesar de la frecuencia y el peso de esta problemática, apenas existe bibliografía al respecto. Autores como Safran y Muran han estudiado ampliamente la generación de vínculos en la alianza terapéutica y su importancia capital en la evolución del paciente y la eficacia del tratamiento. No obstante, la disolución de los mismos no ha recibido idéntica atención, siendo a menudo descuidada por los terapeutas noveles.

Resulta reseñable que, frente a la amplia formación que se nos procura dar a los residentes sobre la necesidad de establecer un buen vínculo terapéutico con los pacientes (lo que sería la fase de iniciación del tratamiento), apenas recibimos entrenamiento sobre las fases intermedias y finales del proceso terapéutico. En cuanto al mantenimiento de pacientes que precisan un seguimiento prolongado, nuestras carencias son evidentes, dado el carácter temporal de nuestro paso por los distintos dispositivos, y darían para varias discusiones respecto a las posibles deficiencias de nuestro sistema formativo, que se salen del propósito de esta comunicación. Sin embargo, sí quisiera abordar las dificultades intrínsecas del proceso de finalización, al que los residentes debemos enfrentarnos continuamente.

La terminación de la relación terapéutica, como toda finalización de vínculos, supone un proceso de duelo con connotaciones emocionales para el paciente, pero también para el profesional. Esto sucede especialmente cuando el terapeuta ha de cerrar una gran cantidad de relaciones terapéuticas al mismo tiempo, como sucede en los cambios de rotaciones que atraviesa el residente a lo largo de su formación como especialista. Por ello, es necesario hacer una preparación esmerada de la fase de finalización del tratamiento, previendo la despedida con la antelación suficiente y tomando en consideración las posibles dificultades que experimentará el paciente, así como nuestro propio autocuidado.

## OBJETIVOS

Mi objetivo es valorar, desde el punto de vista del residente en formación en Salud Mental, cómo se vivencia la terminación de las relaciones terapéuticas y la despedida de los pacientes al finalizar una rotación, y qué dificultades pueden surgir en este contexto. He considerado pertinente escribir al respecto puesto que, en conversaciones mantenidas con otros residentes y diversos profesionales de la Salud Mental, he apreciado una serie de dificultades comunes en los cambios de rotaciones formativas muy ligadas tanto a las complicaciones asociadas a la despedida de los pacientes como al propio proceso de duelo del residente migrante. Esta evaluación de la despedida terapéutica y los problemas que pueden surgir en ella pretende incentivar una mayor conciencia sobre la importancia de la formación de los residentes al respecto, así como alentar a la investigación y la publicación acerca de la disolución de las relaciones terapéuticas.

## METODOLOGÍA

Se trata de una valoración subjetiva de mi propia experiencia vivida durante la fase de terminación de mi rotación formativa como residente de Psiquiatría en el Centro de Salud Mental (CSM) de Hortaleza. En mi calendario de formación, esta rotación tenía una duración de diez meses, y,

entre los objetivos de capacitación que se contemplaban en ella, se incluía la evaluación inicial y el seguimiento posterior de un cierto número de pacientes, con el fin de potenciar el aprendizaje del manejo terapéutico desde una perspectiva ambulatoria y comunitaria. Durante dicha rotación, he coincidido con otros residentes, tanto de Psiquiatría como de Psicología, a los que he visto atravesar por las mismas dificultades en las fases finales de la rotación y con los que he podido intercambiar impresiones y reflexiones personales que me han ayudado a enriquecer mi visión al respecto.

## DESARROLLO

Tal y como he expuesto previamente, mi rotación en CSM tuvo una duración de diez meses, por lo que, aconsejada por los facultativos especialistas del centro, y también por otros residentes, opté por dedicar los dos últimos meses de la misma a mi propia fase de terminación con los pacientes. De este modo, durante las últimas semanas no realicé valoraciones de pacientes nuevos a los que no iba a poder ofrecer un seguimiento, y organicé mi agenda con las citas de los pacientes con los que ya tenía iniciado un proceso terapéutico para preparar con ellos la despedida.

De manera espontánea, dividí a los pacientes en dos categorías: aquellos en los que el proceso terapéutico se hallaba en fases avanzadas y la resolución natural previsible era una despedida con alta del CSM (lo que yo, *a priori*, consideraba las «despedidas sencillas»), y aquellos en los que el proceso terapéutico se encontraba todavía en fases iniciales o intermedias e intuía que iban a precisar de una continuación del seguimiento con otro profesional (las «despedidas complicadas», pues implicaban preparar el tránsito hacia el nuevo profesional). He de decir, no obstante, que fallé en mi previsión, puesto que muchas de las despedidas de pacientes de alta fueron más complicadas que las de los pacientes que continuaron el seguimiento en el centro, como comentaré después. Comencé a avisarles en las citas de mi marcha del CSM y a evaluar, conjuntamente con ellos, cómo les afectaba la finalización de la relación terapéutica.

Por aquella época, aumenté los espacios de supervisión con adjunto, lo que me ayudó a enfocar un gran número de situaciones que yo no había previsto con antelación. Percibí, repentinamente, que muchos de mis pacientes más estabilizados empeoraban inexplicablemente de sus síntomas (fundamentalmente, con aumento de su clínica ansiosa) e intentaban negociar un mayor número de citas conmigo. Algunos, incluso, se mostraron abiertamente irritados y disconformes con el hecho de que me marchara, llegando a personalizar mi partida hacia ellos mismos. Esta circunstancia me generó durante unos días una importante inseguridad, sentimientos de culpa y la percepción de que me había equivocado en la orientación diagnóstica y pronóstica de muchos de mis pacientes (*«¡si hasta los que creía que habían evolucionado bien ahora están fatal!»*). En una de las supervisiones se contempló con la adjunta esta situación desde la perspectiva de un posible duelo por parte de los pacientes. También contemplamos la manera en la que yo misma estaba afrontando el cierre de la rotación, lo que supuso un punto de inflexión en mi percepción de la experiencia. Hablamos de cómo la previsión de la pérdida de una relación segura, como es la relación terapéutica, podía generar un aumento temporal y anticipatorio de síntomas ansiosos en muchos pacientes, y de la importancia de realizar con ellos una adecuada metacomunicación con la que poder normalizar sus vivencias al respecto. Además, abordamos lo que suponía para mí realizar un gran número de cierres terapéuticos y despedidas en un lapso de tiempo relativamente corto, y cómo esto podía estar afectándome en mi papel de terapeuta.

Efectivamente, yo también estaba atravesando mi propio duelo al respecto. Sabemos que, según la descripción realizada por Kübler-Ross, el duelo se caracteriza por cinco etapas, que, aunque progresivas, pueden darse simultáneamente e incluso de manera desordenada: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. En las primeras semanas de los dos meses de finalización, a pesar de que sabía que la rotación se estaba terminando, no inicié la preparación del cierre (no redacté informes, pensando que «ya habría tiempo»), y apenas mencioné mi marcha a los pacientes, o lo hice sólo de pasada y en aquellos casos que consideraba de baja dificultad. Podría decirse que estaba en fase de negación. Después, cuando tomé conciencia del poco tiempo que me restaba y la cantidad de asuntos pendientes que tenía que arreglar antes de mi marcha, me enfadé conmigo misma (por no ser más previsora), e, incluso, con algunos pacientes. Me irritaba cuando los pacientes insistían en mantener el seguimiento conmigo a pesar de haberles explicado que eso no era posible, o cuando personalizaban mi marcha con su propia situación (un paciente con el que había mantenido un seguimiento muy estrecho, dada la gravedad de sus síntomas, llegó a decirme que *«me marchaba para no tener que seguir atendiéndole»*). Esta fase la identifico con la etapa de ira. En algunos momentos, tuve la tentación de entrar en la negociación y aumentar el número de citas en aquellos pacientes que me lo solicitaban. También pensé en continuar el seguimiento con algunos de los pacientes con los que más vínculo tenía. No obstante, comprendí enseguida que aquella consideración era inviable, puesto que en mi siguiente rotación, de ámbito hospitalario, yo no tendría infraestructura ni supervisión adecuada para continuar el seguimiento. Lo mejor, por el bien de los pacientes, era que continuaran con los profesionales del CSM. Y, aunque con sentimientos de tristeza (fase de depresión) por finalizar una rotación que tanto me había aportado a nivel formativo y personal, los últimos días los viví de manera muy positiva, intentando compartir con los pacientes y con el resto del equipo mi agradecimiento por el aprendizaje que me habían permitido (fase de aceptación).

En cuanto a los pacientes, puedo asegurar que aprendí mucho de sus despedidas y del modo en que terminamos la relación terapéutica conjuntamente con cada uno de ellos. Algunos pacientes (sobre todo, del grupo en el que acordamos el alta tras la despedida) empeoraron de sus síntomas en las últimas citas. Abordamos lo que podía estar sucediendo, explicitando los miedos ante el alta. Varios refirieron temores respecto a que el alta no se debiera a su mejoría clínica, sino a mi marcha, mostrando una gran inseguridad respecto a su desvinculación del CSM. Tras trabajar estos miedos, la mayoría acabaron mostrándose confiados en su mejoría y considerando el alta como la mejor resolución al proceso terapéutico que habíamos mantenido.

Respecto a los pacientes que debían continuar el seguimiento, intenté, en la medida de lo posible, que conocieran a su profesional de referencia antes de mi partida para facilitar la transferencia del vínculo terapéutico. Tratamos, además, los sentimientos de abandono que se habían desencadenado en algunos de ellos. En la cita de despedida, evalué con cada uno de los pacientes qué era lo que le había aportado en el tratamiento y si creía que había aspectos que podrían haberse abordado mejor. En general, considero que fue una experiencia muy positiva recoger su devolución.

Por supuesto, también hubo despedidas menos gratificantes. Algunos pacientes, por lo general cumplidores con sus citas, no acudieron a la última sin avisar de que iban a faltar. Un paciente me dejó una nota argumentando que *«no iba a venir porque prefería acudir ya a la cita con el profesional asignado a mi marcha»*. Otra paciente me llamó telefónicamente para despedirse porque *«le gustaba más hacerlo de ese modo»*. Hubo también una paciente que en la última cita, a la que acudió, se mostró distante, diría que incluso irritada; al día siguiente me escribió al correo institu-



cional del centro con un sentido agradecimiento por nuestro trabajo en consulta, explicando que le costaba expresar emociones ante las despedidas.

En definitiva, cada despedida con cada paciente requirió de una evaluación y un trabajo distintos que, curiosamente, me enseñaron muchos aspectos sobre ellos que no había percibido durante el trabajo habitual de seguimiento.

## CONCLUSIONES

La terminación de la relación terapéutica implica muchos factores (técnicos, clínicos, burocráticos e incluso personales) que nos obligan a no desatenderla. Cuando esta terminación no surge de manera natural y viene dada por un cambio de actividad laboral del profesional (como es el caso de los residentes), surgen nuevas dificultades que pueden unirse al duelo del propio profesional que abandona el centro y que debe finalizar, simultáneamente, todas las relaciones terapéuticas que mantiene, así como, en parte, las relaciones profesionales y personales que había desarrollado en su lugar de trabajo.

No cabe duda de que la fase de finalización de un tratamiento puede afectar de manera decisiva a su resultado global y tiene características propias que deben ser tenidas en cuenta. Distintos enfoques terapéuticos que están ganando preponderancia en los últimos años, como el modelo ecléctico propuesto por Larry Beutler, consideran la terminación del proceso como una fase, más que como un final. Asimismo, Klerman, padre de la terapia interpersonal, habla de la importancia de explicitar la sesión final del tratamiento al menos dos sesiones antes de que ocurra, para dar espacio a los problemas que puedan surgir en relación al cierre terapéutico. Por tanto, cada vez existe mayor evidencia respecto a la necesidad de formar a los residentes de Salud Mental no sólo en habilidades de entrevista, pericia diagnóstica y establecimiento de vínculos terapéuticos, sino también en la adecuación a las distintas fases del tratamiento y en el trabajo de cierre del mismo.

Se han descrito los distintos problemas que pueden surgir en los pacientes al anticipar la finalización de la terapia, relacionados, fundamentalmente, con el duelo ante la figura del terapeuta y la ansiedad que esta pérdida genera. Estas dificultades suelen encontrarse dentro de las respuestas habituales ante el final de la relación terapéutica, y son de fácil resolución si se explicitan y se hace un trabajo de normalización de las mismas con el paciente. Sin embargo, no debemos menospreciar tampoco el propio duelo que puede generar en nosotros la necesidad de disolver al mismo tiempo un gran número de relaciones en un contexto laboral (tanto hacia pacientes como hacia compañeros de trabajo), como sucede a los residentes en un cambio de rotación. En mi caso, el proceso de duelo se hizo más llevadero cuando, tras compartir mis experiencias con otros residentes y con los adjuntos, me transmitieron la normalidad de estas vivencias y me hicieron sentir muy acompañada durante las despedidas.

En mi experiencia personal, considero que la fase de cierre terapéutico ha sido una parte importante en todas mis rotaciones, pero donde más peso ha tenido ha sido, sin lugar a dudas, en la rotación por CSM. Probablemente sea debido a que se trata de la rotación más larga en nuestro programa formativo como residentes, que da pie a un seguimiento prolongado en el tiempo de los pacientes y a una mayor vinculación.

Considero que sería muy interesante abrir la puerta de la investigación y la bibliografía en este tema, pues tan importante es generar vínculo con el paciente en la fase inicial y cuidarlo en el seguimiento, como aprender a disolverlo en la fase final para que el paciente sea capaz de retomar su autonomía sin experimentar vivencias de abandono. Además, encuentro conveniente reforzar la formación ofrecida a los residentes respecto a las fases del tratamiento y la terminación del mismo. Dada la frecuencia con la que el residente se enfrenta a las terminaciones, se hace para él un tema primordial. Además, una formación más completa de los profesionales redundará siempre en una mejor atención hacia los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

Botella, L. Corbella, S. La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. Barcelona: Universidad de Murcia; 2003.

Fernández Liria, A. Rodríguez Vega, B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. 4ª edición. Bilbao: Editorial Desclée; 2002.

Fernández Liria, A. Rodríguez Vega, B. La práctica de la Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. 2ª edición. Bilbao: Editorial Desclée; 2001.

Kübler-Ross, E. Kessler, D. Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga. 2006.

Safran, J. Muran, C. La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional. Buenos Aires: Paidós; 2005.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE SUPERVISIÓN MEDIANTE VÍDEO CON PACIENTE Y TERAPEUTA (*INTERPERSONAL PROCESS RECALL*)

**Pau Sánchez Rotger**

Residente de Psicología Clínica, Hospital Universitario La Paz

**Tamara Soto López**

Residente de Psicología Clínica, Hospital Universitario La Paz

**Sara Izquierdo Pérez**

Psicóloga Clínica en Centro de Salud Mental Tetuán, Área 5,  
Hospital Universitario La Paz

Contacto: [tamarasotolopez@gmail.com](mailto:tamarasotolopez@gmail.com).

## INTRODUCCIÓN

Uno de los principales factores predictores de resultados en psicoterapia es la alianza terapéutica o de trabajo (AT), que se conceptualiza como el grado de acuerdo entre terapeuta y paciente sobre las metas, los medios y la calidad de la relación entre ambos durante el proceso terapéutico<sup>1</sup>. En varios meta-análisis<sup>2, 3, 4, 5</sup>, se ha obtenido una correlación entre la AT y el resultado que explica porcentajes de variabilidad de hasta el 8%, con resultados consistentes para distintos instrumentos de medida de AT, y al efectuar dicha medida en momentos iniciales de la terapia<sup>5</sup>. La magnitud de efecto de la AT es especialmente relevante si se compara con el tipo de terapia empleada, cuyas diferencias pueden explicar hasta el 1% de los resultados, en meta-análisis de estudios que comparan tratamientos activos<sup>6</sup>.

Las características que componen la AT destacan por su naturaleza dinámica: tanto la calidad de la relación, como el acuerdo sobre las metas de la terapia y los medios para lograr dichas metas

pueden variar a lo largo del proceso, e incluso de una sesión a otra. Numerosos estudios ponen de manifiesto la importancia de la contribución del terapeuta a la AT en la díada paciente-terapeuta <sup>7, 8, 9</sup>, de modo que es fundamental para el proceso terapéutico que éste pueda detectar tempranamente dificultades o rupturas en la AT y poner en marcha estrategias de reparación. Es en este contexto donde adquiere relevancia la obtención del feedback del paciente sobre todos aquellos aspectos que influyen en el proceso, como su sintomatología y progreso, su percepción de la relación con el terapeuta, así como su valoración de la terapia a nivel global e intra-sesión. Los métodos tradicionales de obtención de esta información en la práctica clínica diaria son de carácter informal, siendo en la mayoría de los casos preguntas rutinarias durante la sesión <sup>10, 11, 12</sup>. No obstante, se ha observado una tendencia por parte de los terapeutas a infraestimar la posible falta de mejoría en el malestar psicológico de sus pacientes a lo largo de la terapia <sup>13</sup>, en consonancia con un sesgo favorable al desempeño global del propio terapeuta <sup>14</sup>. Es por esa razón por la que se han desarrollado numerosos métodos formales de obtención de feedback, como el empleo de escalas de monitorización de los resultados y la AT <sup>15, 16</sup>, así como de encuestas y entrevistas de satisfacción global con la atención recibida al final de la terapia <sup>17, 18</sup>. Estos métodos constituyen un esfuerzo para corregir los sesgos inherentes a la obtención informal de feedback y para incrementar la conciencia del terapeuta de sus propias dificultades y recursos que influyen en la calidad de la AT. A pesar de la creciente literatura sobre los beneficios del empleo de dichas escalas o entrevistas <sup>19, 20</sup>, una limitación de su uso es que dependen del recuerdo que tiene el paciente de una determinada sesión o proceso terapéutico. Dicho recuerdo, aunque altamente relevante, está también sujeto a sesgos, como la interferencia retroactiva (el recuerdo de información reciente puede verse afectado por la información aprendida previamente), así como a la tendencia a dar respuestas de carácter vago o ambiguo que pueden resultar poco operativas para introducir cambios. Un recurso útil para solventar las dificultades mencionadas es el empleo de grabaciones de la sesión, para el posterior visionado de las mismas por parte del terapeuta y/o del paciente. Este recurso de supervisión es característico del método denominado «Interpersonal Process Recall» (IPR).

El IPR es un método de supervisión en psicoterapia desarrollado en los años 80 por Norman Kagan <sup>21</sup>. Los objetivos principales son incrementar la conciencia del terapeuta sobre los pensamientos y emociones de sí mismo y del paciente que permanecen ocultos durante la sesión, expresarlos en el aquí y ahora sin consecuencias negativas y, en última instancia, profundizar en la relación terapéutica y los otros componentes de la AT. La teoría subyacente al IPR se basa en la idea de que la percepción selectiva de los aspectos superficiales de la terapia por parte del terapeuta constituye el principal obstáculo para el esfuerzo y mejora de su desempeño, al no poder acceder a información relevante en el momento de la sesión <sup>22</sup>. De este modo, a pesar de que las interacciones entre el paciente y el terapeuta ocurren en varios niveles, ambos solo pueden identificar un rango limitado de las mismas. De este modo, el IPR ayuda a poder identificar aquellos aspectos significativos de la terapia a un nivel de análisis más específico y molecular, complementando los métodos de obtención de feedback formal mencionados anteriormente, que inciden en aspectos más globales del proceso.

El proceso de IPR consiste en el visionado (o escucha) de una sesión por parte del terapeuta y el paciente (separada o simultáneamente), con uno o varios supervisores. Los supervisores proporcionan un clima no amenazante y exploratorio, facilitando el aprendizaje por descubrimiento de aquellos aspectos de la experiencia de los que el supervisado (paciente o terapeuta) no era consciente. El protocolo de IPR consta de los siguientes pasos <sup>23</sup>: a) el supervisor revisa el audio o video de la sesión antes de la sesión de supervisión, selecciona momentos con mayor carga inter-

personal o le pide al supervisado que los seleccione él mismo; b) presenta la sesión al supervisado, enfatizando el propósito de reflexionar sobre pensamientos y emociones del terapeuta y paciente durante la sesión que se va a reproducir; c) comienza la reproducción de la sesión, durante la cual el supervisado deberá detenerse en los momentos que considere relevantes, las razones de ello y los pensamientos y emociones que estaban ocurriendo en dichos momentos de la sesión; d) durante la sesión, el supervisor debe evitar adoptar un rol de experto o aconsejar sobre cosas que el terapeuta podría haber hecho de otro modo; en su lugar, deberá facilitar la expresión de la experiencia tal y como es vivida por parte del supervisado, atendiendo especialmente a aspectos que puedan pasarle desapercibidos (como por ejemplo incongruencias entre su respuesta verbal y no verbal en la sesión...).

## OBJETIVO

Ilustrar el método de supervisión «*Interpersonal Process Recall*» (IPR) a través del análisis de una sesión utilizando dicha metodología.

## METODO

Se lleva a cabo la grabación de una sesión con una paciente de 37 años, con sintomatología ansioso-depresiva en seguimiento por Psicología Clínica en Centro de Salud Mental Comunitario. Tras la sesión, se realiza una entrevista de valoración tanto a la paciente como al terapeuta. Tres días después, tiene lugar un análisis del video por parte de un observador externo con paciente y terapeuta por separado, donde se registran los acontecimientos relevantes ocurridos en la sesión, (aquéllos que los propios participantes señalan durante el visionado). Posteriormente, se lleva a cabo un análisis cualitativo de las concurrencias y discrepancias entre el terapeuta y la paciente, en función del momento temporal de la valoración.

## DESARROLLO

En las entrevistas posteriores a la sesión, cabe destacar que la paciente realiza una valoración más positiva de la consulta que el terapeuta, tanto respecto a la satisfacción como a la utilidad percibida. La paciente no identifica momentos de no ayuda en la sesión, mientras que el terapeuta alude a posibles errores técnicos en algunas de sus intervenciones. Como elementos centrales de ayuda, la paciente identifica la percepción de validación y comprensión por parte del terapeuta, así como sus señalamientos sobre su capacidad de gestión del propio malestar. El terapeuta alude igualmente a intervenciones relativas a los recursos personales puestos en marcha por la paciente. Algo destacable en las entrevistas llevadas a cabo con la paciente es que, mientras que inmediatamente después de la sesión ella atribuye la utilidad de la sesión a las intervenciones del terapeuta («me hizo ver por qué estaba mal y cómo lo he manejado»), tres días después de la sesión realiza atribuciones más personales sobre la utilidad de la consulta («me di cuenta de lo que me estaba

pasando y que a pesar de haber pasado malos momentos estoy pudiendo salir adelante»).

En cuanto a la grabación en video, en su visionado el terapeuta señala 16 acontecimientos relevantes ocurridos en la sesión, de los cuales 6 tienen que ver con críticas hacia la propia labor terapéutica, en lo relativo a aspectos técnicos en las intervenciones realizadas. La paciente señala 8 momentos, sin que identifique momentos de escasa percepción de ayuda en el terapeuta.

Se encuentran 4 momentos de la sesión señalados como significativos para ambos. El primero de ellos alude a la expresión emocional por parte de la paciente, quien va en ese momento profundizando en cómo se siente, mientras al principio de la sesión expresaba mayor ambigüedad y desconocimiento acerca de su estado emocional. En el segundo momento, ambos hacen referencia al incremento en la toma de conciencia por parte de la paciente de la relación entre acontecimientos externos (problemas de carácter interpersonal) y su estado anímico en los días previos; partiendo de una situación inicial en la que expresaba que no había ocurrido nada relevante que tuviese relación con el empeoramiento que sentía.

Por otra parte, los dos señalan un momento en que la paciente verbaliza su propia capacidad para afrontar el malestar, que ella relaciona con una intervención previa del terapeuta. Además, ambos coinciden en la importancia de un cuarto momento, en el cual la paciente se autoafirma en su capacidad para afrontar las dificultades, si bien relaciona su significación con la intervención del terapeuta, mientras que éste percibe que es importante por la afirmación de sí misma que realiza la paciente.

La paciente señala además otro momento en el que ambos se ríen, que valora como un momento de complicidad entre ambos. El último momento que ella considera relevante se produce al final de la sesión, cuando ella anuncia su intención de seguir trabajando en los contenidos tratados en la consulta.

Los restantes acontecimientos relevantes señalados por el terapeuta hacen referencia a su percepción de un mayor insight por parte de la paciente, así como a los cambios que percibe en el tono emocional de ella (contención del llanto, emotividad, focalización en recursos personales).

## CONCLUSIONES

El presente trabajo plantea el método de supervisión IPR a través de la grabación de una sesión de psicoterapia por Psicología Clínica en un Centro de Salud Mental, y la exposición al visionado de la sesión tres días después, por parte del terapeuta y la paciente por separado con la supervisora. Del análisis cualitativo de dichas entrevistas se extraen las siguientes conclusiones:

Se señalan 4 momentos de la sesión que tanto la paciente como el terapeuta consideran relevantes, enmarcados en las siguientes unidades de significado: «expresión emocional de la paciente», «relación entre su estado emocional y los acontecimientos interpersonales recientes», «conciencia sobre sus recursos para gestionar el malestar» y «autoafirmación».

El terapeuta señala un mayor número de acontecimientos relevantes que la paciente, cuyo contenido se centra principalmente en aspectos críticos con su desempeño, mientras que la paciente no identifica ningún momento de crítica o cuestionamiento hacia el terapeuta.

El terapeuta se centra en mayor medida en elementos de carácter técnico, mientras que la paciente alude más frecuentemente a aspectos emocionales de la sesión.

Respecto al contenido de los momentos significativos por parte de paciente y terapeuta, las unidades de significado encontradas pueden ser agrupadas en lo que Elliott llama por una parte «aspectos relacionales y afectivos», categoría a la que pertenecen tanto la «expresión emocional de la paciente» como la «relación entre su estado emocional y los acontecimientos interpersonales recientes»; y por otra parte «aspectos de tarea o solución de problemas», categoría que engloba «conciencia sobre sus recursos para gestionar el malestar» y «autoafirmación» 24. Para Elliott, los factores de mayor ayuda expresados por parte del paciente podrían agruparse en sendas categorías, hipótesis compatible con lo obtenido en el presente artículo. Por otra parte, Timulak clasifica los momentos significativos en sesión en torno a las categorías de «cambios en la conducta», «resolución de problemas», «toma de conciencia», «empoderamiento», «experiencia emocional» y «comprensión de las emociones» 25. Las unidades de significado del presente trabajo son compatibles con las cuatro últimas categorías propuestas por Timulak, y es probable que un análisis de más sesiones encontrase unidades coincidentes con resolución de problemas y cambio de conducta.

<b>Taxonomía de Elliott <sup>24</sup></b>	<b>Unidades de significado de la sesión</b>
Aspectos relacionales y afectivos	Expresión emocional
	Relación entre su estado emocional y los acontecimientos interpersonales recientes
Aspectos de tarea o solución de problemas	Conciencia sobre sus recursos para gestionar el malestar
	Autoafirmación

Atendiendo a las discrepancias entre paciente y terapeuta, tanto respecto al número de momentos considerados como relevantes como a su contenido y valencia positiva o negativa, el presente estudio ejemplifica la importancia de obtener un feedback de la experiencia del paciente en sesión y de contrastarlo con la experiencia del terapeuta. En este caso, la identificación de un gran número de momentos críticos por parte del terapeuta respecto a su desempeño contrasta con lo percibido por parte de la paciente. La primera hipótesis explicativa de esta discrepancia es que las respuestas de la paciente estén condicionadas por la deseabilidad social, ya que la paciente sabe que el terapeuta será informado de sus valoraciones. La deseabilidad social es un sesgo que el IPR comparte con otros métodos de feedback formal, especialmente con aquellos en los que el paciente evalúa la calidad de la atención recibida con el terapeuta presente y en el momento de la sesión. Sin embargo, existe evidencia preliminar de que la deseabilidad social no influye en la evaluación del paciente sobre la AT, obtenida en un ensayo clínico en el que no se encuentran diferencias entre las evaluaciones a las que el terapeuta accede de aquellas a las que no accede <sup>26</sup> (Reese et al 2013). Otra posible explicación de esta discrepancia es que el visionado del desempeño por parte del terapeuta estimule una mayor capacidad de autocrítica de la que se esperaría en caso de que se recurriese al simple recuerdo de la sesión. Esta hipótesis es congruente con el propósito del IPR, a saber, el poder estimular el contenido relevante al que no se puede acceder durante la sesión por falta de recursos atencionales. De hecho, la estimulación de autocrítica profesional, ya sea mediante IPR u otro recurso de feedback o supervisión, puede contribuir a la corrección de sesgos favorables al terapeuta, y a una mejora de los resultados terapéuticos <sup>27</sup>. De este modo, las discrepancias encontradas entre lo que el terapeuta recuerda y lo que ve en el video, y entre sus propias respuestas y las del paciente de los momentos significativos, pueden ser de gran utilidad en el fortalecimiento

de la AT. De este modo, dichas discrepancias permiten al terapeuta contrastar sus propias hipótesis sobre su desempeño y sobre el paciente, respectivamente.

Se han desarrollado otras líneas de supervisión similares al IPR en lo que respecta al análisis de la experiencia del paciente sobre los momentos más significativos en la terapia<sup>28, 29, 30, 31</sup>. Respecto a trabajo sobre IPR, Viklund, Holmqvist y Nelson emplearon el análisis conversacional para obtener estructuras de los momentos significativos, con 8 díadas paciente-terapeuta y focalizándose en las expresiones de desacuerdo entre paciente y terapeuta durante la sesión<sup>32</sup>. De este modo, se analizó la interacción entre ambos en los momentos de desacuerdo y las estrategias que el terapeuta empleaba para hacer frente a la discrepancia. Por su parte, Timulak, Belicova y Miler utilizaron un procedimiento similar al del presente estudio, repitiendo el protocolo en cada sesión a lo largo de un caso<sup>33</sup>. Durante el proceso terapéutico, se encontró un incremento estable en la percepción que el paciente tenía del terapeuta y de la relación. Además, los momentos de más ayuda para el paciente durante la terapia se agrupaban en torno al aumento de su autoconciencia y auto-aceptación como individuo, lo cual coincide con lo encontrado en el presente estudio. Por último, Levitt y Piazza-Bonin emplearon el mismo procedimiento con sesiones individuales de cuatro díadas paciente-terapeuta, encontrando un amplio número de convergencias entre los momentos que tanto terapeuta como paciente consideran relevantes<sup>34</sup>.

La principal limitación del presente trabajo se debe a su naturaleza ilustrativa, ofreciendo los resultados de una sola sesión con una díada paciente-terapeuta. Por tanto, el análisis cualitativo de la entrevista con vídeo mediante IPR y sus conclusiones deben de tenerse en cuenta de manera tentativa. De hecho, en contraste con el amplio cuerpo de literatura respecto a la AT y la investigación en feedback formal mediante escalas, el IPR o procedimientos similares han sido objeto de un número comparativamente limitado de análisis en estudios, con un tamaño muestral muy pequeño. Es probable que esto se deba a la naturaleza cualitativa del IPR, siendo difícil la implementación y evaluación de su eficacia en términos objetivos. No obstante, el uso de IPR u otros procedimientos de feedback sobre los momentos relevantes para paciente y terapeuta sesión a sesión ofrecen una oportunidad de contribuir al fortalecimiento de la AT, así como de que el terapeuta pueda reflexionar y contrastar hipótesis sobre su trabajo con el paciente y a nivel general. Tanto el IPR como los métodos de feedback mediante escala, utilizados de forma complementaria, constituyen una línea base sobre la que el terapeuta puede evaluar su desempeño a nivel cuantitativo y cualitativo, ofreciendo así una oportunidad para reducir las discrepancias entre lo que ocurre en sesión y lo que se recuerda, y aumentando la conciencia del terapeuta sobre la subjetividad de la experiencia paciente.

## REFERENCIAS

<sup>1</sup>Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3), 252-260

<sup>2</sup>Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149.

<sup>3</sup>Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223–233.



- <sup>4</sup>Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- <sup>5</sup> Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9–16.
- <sup>6</sup>Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H.-n. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, «all must have prizes». *Psychological Bulletin*, 122, 203–215
- <sup>7</sup>Baldwin, S. A., Wampold, B. E., Imel, Z. E. (2007), Untangling the Alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the Alliance. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 75, 842-852
- <sup>8</sup>Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F., Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and Alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (3), 334-354
- <sup>9</sup>Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., Wampold, B. E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 681-697.
- <sup>10</sup>Gilbody, S., House, A., & Sheldon, T. (2002). Psychiatrists in the United Kingdom do not use outcomes measures. *British Journal of Psychiatry*, 180, 101\_103.
- <sup>11</sup> Hatfield, D. R., & Ogles, B. M. (2004). The current climate of outcome measures use in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 485\_491.
- <sup>12</sup>Zimmerman, M., & McGlinchey, J. B. (2008). Why don't psychiatrists use scales to measure outcome when treating depressed patients? *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1916-1919.
- <sup>13</sup>Hannan, C., Lambert, M., Harmon, C., Nielsen, L. S., Smart, D. W., & Shimokawa, K. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61, 155–163.
- <sup>14</sup>Walfish, S., Mcalister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110, 639–644.
- <sup>15</sup>Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249\_258.
- <sup>16</sup>Miller SD, Hubble MA, Chow DL, Seidel JA. The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*. 2013;50(1):88–97.
- <sup>17</sup>Ruggeri, M., «Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement», *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1994, 29, 212-227
- <sup>18</sup>Hansen BP, Lambert MJ, Vlass EN. Sudden gains and losses in the clients of a «supershrink»: 10 case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*; 2015, 11(3), Article 1, 154-201
- <sup>19</sup>Goodman, J., McKay, J., & DePhilippis, D. (2013). Progress monitoring in mental health and addiction treatment: A means of improving care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44, 231–246.

- <sup>20</sup>Miller, S., & Schuckard, E. (2014). *Psychometrics of the ORS and SRS. Results from RCT's and meta-analyses of routine outcome monitoring & feedback. The available evidence [Slides]*. Retrieved
- <sup>21</sup>Kagan, N. (1980). Influencing human interaction-Eighteen years with IPR. In A.K. Hess (Ed.), *Psychotherapysupervision: Theory, research, and practice* (pp. 262-283). New York: Wiley
- <sup>22</sup>Bernard, J.M. (1989). Training supervisors to examine relationship issues using IPR. *The Clinical Supervisor, 7*, 103-112
- <sup>23</sup>Bernard, J.M., Goodyear, R. K. (1992): *Fundamentals of clinical supervisión*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon
- <sup>24</sup>Elliot, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research, 20*, 123-135.
- <sup>25</sup>Timulak, L. (2007). Identifying core categories of cliente identified impact of helpful events in psychotherapy. A qualitative meta-analysis,
- <sup>26</sup> Reese, RJ., Gillaspay, JA Jr., Owen, JJ., Flora, KL., Cunningham, LC., Archie, D., Marsden, T. (2013). The influence of demand characteristics and social desirability on clients` ratings of the therapeutic alliance. *Journal of Clinical Psychology; 69 (7): 696-709*
- <sup>27</sup>Nissen-Lie, H., Rønnestad, M., Høglend, P., Havik, O., Solbakken, O., Stiles, T., & Monsen, J. (2015). Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*
- <sup>28</sup>Paulson, BL., Truscott, D., Stuart, J. (1999). Client`s perceptions of helpful experiencies in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 317-324
- <sup>29</sup>Levitt, H., Butler, M., Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy. Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology, 3*, 314-324
- <sup>30</sup>Martin, J., Stelmaczonek, K. (1988). Participants` identification and recall of important events in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 35*, 358-390
- <sup>31</sup>Wilcox-Matthew, L., Ottens, A., Minor, C. (1997). An analysis of significant events in counseling. *Journal of Counseling and Development, 75*, 282-291
- <sup>32</sup>Viklund, E., Holmqvist, R., Zitterqvist Nelson, K. (2010). Client-identified important events in psychotherapy: Interactional structures and practices. *Psychotherapy Research, 20*, 151-164
- <sup>33</sup>Timulak, L., Belicova, A., Miler, M. (2010). Client identified significant events in a successful therapy case: The link between the significant events and outcome. *Counseling Psychology Quarterly, 23*, 317-386
- <sup>34</sup>Levitt, H., Piazza-Bonin, E. P. (2001). Therapists` and clients` significant experiencies underlying psychotherapy discourse. *Psychotherapy REsearch, 21*, 70-85

**VOLVER AL ÍNDICE**

# UN AÑO DE EXPERIENCIA DEL TALLER DE POESÍA DE LA UHB DEL HUIC DE PARLA

**Miriam Baquero Leyva**  
Residente psiquiatría HUIC

**Lucía Aparicio Abad**  
Terapeuta ocupacional psiquiatría HUIC

**Cristina Del Álamo Jiménez**  
Jefa del servicio psiquiatría HUIC

**Ignacio Vera López**  
Adjunto psiquiatría HUIC

**Ana Conseglieri Gámez**  
Adjunta psiquiatría HUIC.

**Contacto:** [miriambaqueroleyva@hotmail.com](mailto:miriambaqueroleyva@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

En Enero de 2016 iniciamos el proyecto del taller de poesía en la UHB del HUIC de Parla. Tras un año de experiencia, planteamos nuestras primeras observaciones y reflexiones sobre el mismo.

Haremos inicialmente unas consideraciones sobre el proceso creativo y su función en la salud mental de los individuos. Consideraríamos de entrada que la dimensión creativa es inherente al ser humano, teniendo este la capacidad innata de hacer surgir representaciones, deseos y afectos no existentes previamente. Así mismo, se coincide por lo general en que el arte supone una vía de introspección para el individuo que le permite hacer emerger de sí mismo algo auténtico y genuino.

Si se tiene en cuenta entonces que los actos creativos representan el surgimiento de algo verdadero del sujeto, se podría pensar en la promoción de las diferentes formas creativas con la finalidad de hacer emerger la espontaneidad del self de los individuos.

Si partimos de nuestra primera infancia, obtendremos que es la creatividad la que nos hace salvar el trauma primero: la vivencia de abandono por parte de la figura materna ante un mundo desconocido y agresivo y el no ser saciados siempre de forma inmediata de las agresiones de nuestro propio mundo interno. Ante esto, el niño crea, imagina, su propia experiencia, mitigando lo doloso y traumático de la realidad desde los objetos transicionales, la zona transicional que diría Winnicott y de la cual él mismo afirmarían surgen todas las obras artísticas. En esta misma línea afirmarían Freud: «El poeta hace lo mismo que el niño que juega, crea un mundo fantástico y lo toma en serio: esto es, se siente íntimamente ligado a él, aunque sin dejar de diferenciarlo resueltamente de la realidad».

Ante los posteriores traumas vitales también el proceso creativo tendría un papel. El trauma provocaría en el sujeto una escisión, una disociación, por la intensa energía psíquica que provoca en el individuo, el cual no es capaz de elaborarla, no puede inicialmente representarla, simbolizarla. Al igual que el síntoma, o el delirio, el proceso creativo serviría al sujeto como vía alternativa en la que colocar todo ese afecto. El objeto creado (pintura, escritura, ...) sería el elemento intermedio en el que apoyarse para representar una vivencia que le es imposible admitir dentro del mundo real, colocándola inicialmente en el imaginario, en el juego, en el personaje, en el poema. Todo esto le permitiría al sujeto esa distancia necesaria para entender lo ocurrido sin «desintegrarse». Puesto en palabras de Rimbaud: «Tu memoria y tus sentidos no serán sino el alimento de tu impulso creador. ¿Y en qué se habrá convertido el mundo cuando salgas? En cualquier caso, no tendrá el aspecto actual». Consideraría Freud que el artista en la lucha entre el deseo y la realidad, no renunciaría a la satisfacción ya que sublimaría en la obra creada el principio del placer para volver, sano y salvo, al principio de realidad.

Lacan diría que el arte no elimina el síntoma pero opera con lo traumático en su desamparo simbólico, la construcción creativa de una identidad textual y vivencial simbólica reparadora. Esta característica de «crear símbolos» permitiría de alguna manera considerar la utilidad del proceso creador en cualquier tipo de estructura frente a las voces que consideran a la psicosis incapaz de simbolizar y con ello incapaz del arte.

Podemos decir por tanto que una importante función terapéutica existente en el proceso creador es la de permitir al artista el conocimiento y reparación de su herida, estimulando en él mecanismos de defensa como la sublimación o «la disociación funcional» colocando los conflictos en la «figura de autor» (Lola López Mondejar, *Una espina en la carne*, 2015). Además, el mero hecho del ejercicio de catarsis que se da en la expresión artística ya permite una liberación de las tensiones psíquicas.

Pero en el arte no tenemos sólo un individuo con una herida. Si consideramos como señalaba Freud, que la evolución del yo consiste en un alejamiento del narcisismo primario, la omnipotencia, y a su vez una tendencia a buscar conquistarlo de nuevo, la búsqueda del artista en su obra podría ser recuperar aquel paraíso perdido a través de sus momentos de creación, de la obra creada, de su identidad de autor distinta a la propia. Tendríamos por tanto al yo herido (esa parte de dolor a elaborar) y al yo que se cree investido, fuerte, que potencia la inmersión en la tarea creativa para recuperar el narcisismo perdido. En palabras de Pessoa: «es un gran poder en la debilidad».

Consideraremos a continuación la otra cara de toda esta experiencia, el impacto que tiene el arte en quien lo recibe, tanto a nivel individual, por un mecanismo de identificación, como dentro del grupo social. En el estudio sobre «El moisés de Miguel Ángel», Freud se preguntaría sobre el motivo por el cual unas obras nos conmueven y otras no, más allá de la perfección de la técnica. Concluirá que: «Sé muy bien que no puede tratarse tan sólo de una aprehensión meramente intelectual; ha de ser suscitada también nuevamente en nosotros aquella situación afectiva, aquella constelación psíquica que engendró en el artista la energía impulsora de la creación». La obra nos conmueve en tanto que satisface nuestras necesidades emocionales o fantasías inconscientes.

Sobre su función dentro del grupo social hablaría Pichon-Rivière en algunos de los trabajos compilados en «El proceso creador». Consideraría la idea de la obra artística como un emergente del grupo social, siendo el artista un ser en anticipación. Así, una obra sería ensalzada o atacada por el grupo social en tanto que busca un cambio del mismo, movilizándolo las ansiedades depresivas y paranoides, el temor a lo que se pierde con el cambio y el temor a los peligros a afrontar desde la nueva posición. Considera en este fenómeno patente la relación entre el objeto estético original y la locura, pues sería la locura otra forma de emergente del grupo social que señalaría aspectos patológicos de dicho grupo.

Sin embargo, Pichon-Rivière hablaría del artista alienado como un artista que está impulsado a crear con el fin de transformar su mundo real. No buscaría un público ni trataría de comunicarse. Trataría de reparar el objeto destruido durante la depresión desencadenada por la enfermedad. Hablaría del proceso creativo como una continua reparación de lo fragmentado y disgregado dando lugar a una nueva forma, siendo, en sus propias palabras «el triunfo de la vida sobre la muerte, de la salud sobre la locura».

Por último, recordar que son múltiples los escritos de personas, ya sean artistas reconocidos o desconocidos, que han hablado desde el sufrimiento mental aportándonos conocimiento sobre los aspectos psicopatológicos desde el interior de quien los vivencia, así como sobre su visión del abordaje de los mismos, de su situación en la sociedad, de aspectos históricos, ... Ejemplo claro de ello es «Memorias de un neurópata» de Daniel Paul Schreber, texto que supuso el acercamiento iniciático del psicoanálisis a la psicosis: «casi constantemente se reunían sobre mi cabeza otros hombrecitos(...) se movían por allí como si fueran de paseo, curiosos por enterarse de si en mi cabeza se había producido algún nuevo deterioro por vía de milagros».

## OBJETIVOS

Trabajar con los contenidos de los poemas como vehículo a través del cual se facilite la expresión emocional.

Incentivar el entendimiento entre las distintas perspectivas que el paciente puede aportar o recibir de sus compañeros al realizarse trabajo individual y trabajo colectivo.

Ofrecer al paciente una herramienta de conocimiento de su mundo interior y su biografía.

Crear un espacio nuevo de acercamiento con el paciente psiquiátrico en situación de crisis aguda.

Estudio de los contenidos extraídos de la experiencia con el fin de conocer mejor la vivencia del paciente desde su propio foco.

## METODOLOGÍA

Realización de un análisis del contenido del material escrito de los pacientes así como las observaciones llevadas a cabo por la coordinación durante el desarrollo de las sesiones realizadas hasta la fecha.

## DESARROLLO

Se realizan sesiones de una hora de duración (inicialmente fueron semanales, actualmente son quincenales) a las que pueden asistir los pacientes que lo deseen de entre los ingresados en dicha fecha en la UHB del HUIC de Parla. Dado que se realizan los miércoles a primera hora de la tarde, los lunes la terapeuta ocupacional de la unidad, quien es una de las coordinadoras, pregunta a los pacientes por temas o autores que les puedan interesar para leer en el taller. También la propia coordinación elige textos que pueda considerar interesantes aportar.

Hay dos coordinadoras y el espacio se divide en dos tiempos. El primero consiste en la lectura del material, del cual se aporta a cada paciente una copia para facilitar seguir la lectura (en la cual ellos mismos participan leyendo quien desea diferentes fragmentos). Sobre ese material los pacientes tienen un espacio para expresar sus ideas del texto, de qué consideran que habla, sobre qué sentimientos les hace pensar, ... En dicho diálogo surgen ideas y material de la intimidad del paciente con el soporte de estar colocado sobre el «texto de un otro». Es importante que el contenido que aparece en esta parte quede cerrado en la misma sesión dado que cada taller inicia y finaliza en una sesión (por las características que supone realizar este tipo de actividad en una UHB donde los pacientes participantes varían en cada sesión). A continuación pasan a un segundo tiempo en el que de manera individual escriben sobre los temas trabajados en la primera parte. Pueden al finalizar compartirlo o no con sus compañeros.

El material escrito por los pacientes es recogido por las coordinadoras y, tras obtener una copia del mismo con el consentimiento de los participantes, se deja en la taquilla de cada paciente el original junto a una copia del material leído inicialmente. Se reserva un espacio posterior para que la coordinación comparta las observaciones sobre el desarrollo del taller ese día.

## CONCLUSIONES

Las dudas con que lo iniciamos han quedado paliadas ante la buena acogida y respuesta de los pacientes al taller. Incluso cuando en ocasiones se presentan a sí mismos como poco conocedores del lenguaje poético, participan del mismo con una escucha atenta y de respeto, implicándose y expresándose. Hay en este sentido no obstante gran heterogeneidad entre los diferentes talleres dada la variabilidad de los participantes en cada uno de ellos. Un aspecto observado sobre la participación es que generalmente quienes se expresan más en el diálogo inicial en muchas ocasiones no escriben y viceversa, los más callados inicialmente suelen quedarse posteriormente escribiendo. Es no obstante una mera observación y no podría generalizarse, ello nos da simplemente la idea de importancia en cuanto a preservar los dos tiempos de que consta el taller para favorecer la expresión de los diferentes perfiles de participantes.

Una de nuestras impresiones ha sido que en esta intervención se ha creado un espacio muy singular de acercamiento para los pacientes y para con las terapeutas ya que, durante el mismo, el objetivo está puesto en la creación y el foco centrado, más que en los síntomas como tal, en la expresión de emociones que son universales para cualquier individuo. Incluso en las temáticas en las cuales el propio contenido pudiera imponer una obligada distancia de posiciones (temas sobre los tratamientos farmacológicos, las medidas coercitivas, ...) el clima en el que se desarrolla ha facilitado mucho el entendimiento y encuentro entre los participantes y la coordinación.

Respecto a los contenidos que se han trabajado y analizando en los textos de los pacientes, uno de los más frecuentes ha sido el del destino, tanto llevándolo a su situación de enfermedad como a la esperanza de salir de ella. Muchos pacientes consideran que siempre estuvieron marcados o destinados a esta situación y otros muchos señalan la trayectoria familiar previa y sus deseos de romper con la misma, de romper este destino y cambiarlo por otro. Y sin duda el más recurrente ha sido el tema del amor, en todas sus caras y siempre en contrapartida con el tema de la soledad. La soledad recogida como algo positivo y elegido, o como un peso, una causa de depresión y un sentimiento de encarcelamiento. El amor en su mayor frecuencia referido a los familiares, ya sea con agradecimiento o por su carencia. Y en elevada frecuencia contado como una utopía (con respecto al amor romántico principalmente). Al abordar estos aspectos ha habido ocasiones más contadas en las que han hablado de la esfera sexual, haciendo hincapié en el efecto de la medicación sobre la misma.

Otros temas recurrentes son la libertad, especialmente la privación de ella (dado que se encuentran en una situación de hospitalización suele involucrase por lo concerniente al ingreso). Sin embargo pueden hacer referencia a situaciones en el exterior, a la falta de libertad que sienten tras muchos de los diagnósticos por encontrarse más «controlados» o «dependientes» de sus familiares. En relación a ello el tema de la autonomía. Búsqueda de contenidos esperanzadores como la superación, la amistad, el conocerse a sí mismos, planes de futuro, deseos propios, pasados idealizados, ... Frente a temas como la sumisión, la duda, el suicidio, los límites, dificultades biográficas propias, las pérdidas, ... Incluso aparecen aspectos respecto a la propia convivencia entre ellos dentro de la unidad. Y, dado que se encuentran en una situación de crisis aguda, todo lo previo se ve influido por la clínica del paciente (añadiéndose a los escritos contenidos de tinte delirante principalmente, o determinadas estructuras de lenguaje, ...). No obstante es más frecuente que en este espacio busquen salir de lo sintomático centrándose en un contenido tan universal como la literatura puede ofrecer.

Hablando sobre sus sentimientos con respecto a la enfermedad y su vivencia del estigma, señalan el momento de recibir el diagnóstico como una «verdad que resulta insoportable», unos defendiendo la necesidad de ella, otros resistiéndose a ello. El término «loco» y lo que supone en su vida cuando así les designan, tanto por el sufrimiento como por la dificultad para con ello cambiar dinámicas establecidas que les hacen sentir alejados de la sociedad «sana» y mermadas sus posibilidades vitales dentro de ella. En relación a esto se ha recibido de los pacientes la impresión de valorar el espacio en parte por la situación de normalidad y capacitación en la que les coloca, viéndose a sí mismos como autores de textos que son recibidos y aplaudidos por sus compañeros.

Dada la importancia del propio proceso creativo en la salud mental de todos los individuos, lo consideramos una herramienta de utilidad a aportar a los pacientes. Y esta ha sido recibida con un buen acogimiento por parte de los mismos creándose un clima muy favorable durante los talleres. No quita esto que en ocasiones hayan surgido conflictos o contenidos que por la elevada carga

emocional, hayan resultado complicados de contener y reconducir. En todo ello influye las características de lugar y tiempo (durante un momento de crisis en una unidad de agudos) y el encuadre del propio taller (sesiones concebidas como únicas cada una sin una perspectiva longitudinal). La situación clínica en que se encuentran, para bien por un lado y para mayor dificultad por otro, amplifica la intensidad emocional.

Para las coordinadoras ha supuesto un medio muy interesante de acercamiento al conocimiento de la psicopatología del paciente así como al conjunto de sus características personales, sus experiencias y opiniones o su momento vital, valorándose la importancia que dicha información pudiera tener dentro del conjunto del proceso terapéutico del paciente y la mejor manera de compartirlo con el equipo sin con ello perderse el sentimiento de confianza y confidencialidad que se ha establecido con los pacientes.

En conclusión, por el momento está resultando una experiencia percibida como útil y grata en general por ambas partes (pacientes y coordinadoras), así como en constante reconstrucción a raíz de las dificultades y matices que surgen a lo largo de la propia experiencia. El espacio generado así como la participación y la riqueza de los contenidos, es el aspecto para nosotras más destacable. Como dijo en una ocasión uno de nuestros pacientes resumiendo el taller: «la creatividad es la loca de la casa».

## REFERENCIAS

Obras completas Sigmund Freud. Traducción Lopez-Ballesteros. Editorial Biblioteca Nueva. 1934-1950.

El proceso creador. Del psicoanálisis a la psicología social (III). Enrique Pichon-Rivière. Ediciones Nueva Visión. 1991.

Una espina en la carne. Psicoanálisis y creatividad. Lola López Mondéjar. 1ª edición Psimática Editorial, Septiembre 2015.

Realidad y juego. Donald Winnicott. Gedisa. 1990.

El sinthome. Seminario 23. Lacan. Paidós. 2006.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)



# PSICOLOGÍA DE LA EMIGRACIÓN: APLICACIONES DEL MODELO ECOLÓGICO SISTÉMICO

**Lourdes Mayor Álvaro**

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

**Beatriz Berenguer Rodríguez**

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

**María Villacañas Blázquez**

Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo

**Lia Carimati Roberta**

Hospital Luís Alcanyis, Valencia

**Magdalena Mariño Campos**

Roberto Clemente Center, NYC, USA

**Contacto: [b.berenguer@hotmail.es](mailto:b.berenguer@hotmail.es)**

## INTRODUCCIÓN

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española<sup>1</sup>, el concepto de migración hace referencia al «desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales». Las migraciones han formado parte de la historia y la cultura del ser humano desde sus orígenes, motivadas en su inicio por la búsqueda de la supervivencia. En la actualidad, encontramos diversas razones que pueden impulsar al inmigrante a afrontar este reto, concebidas como deseos y/o necesidades. El deseo de una mejora profesional o el acceso a una mejor formación académica de alguien que ya disfruta de una situación de base favorable, o bien la prisa de

aquel que sufre dificultades en su país de origen, como es el caso mayoritario, ya sean a nivel social, político o económico...

La inmigración masiva a España comienza en el año 2000 y ha cambiado notablemente en la última década. Actualmente casi un 10% de la población que reside en el país es de origen extranjero, encontrándose que la población de origen marroquí es la más numerosa. Le siguen los originarios de Rumanía, que han superado a los colombianos en los últimos años, y finalmente las personas de origen chino<sup>2</sup>.

Según datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística<sup>3</sup>, durante el primer trimestre del año 2016, un total de 186.059 extranjeros abandonaron su país de origen y tomaron España como lugar de residencia. Por otro lado, 155.555 españoles se instalaron en algún otro país extranjero, mientras que fueron Marruecos, Rumanía y Colombia los principales países de origen de los inmigrantes extranjeros que han trasladado su residencia en el último año. Sin embargo, es la población latinoamericana la que resulta mayoritaria en este colectivo si se considera la suma conjunta de personas de diferentes nacionalidades (mayoritariamente de Ecuador, Colombia, Bolivia, República Dominicana y Perú). Las comunidades autónomas que han reflejado un mayor flujo migratorio en este último año han sido las Islas Baleares, Canarias y la Comunidad de Madrid. Respecto a los países receptores de emigrantes de origen español, encontramos Reino Unido, Francia y Alemania. Si bien, cabe resaltar los casos de Ecuador y Colombia, teniendo en cuenta que la población española que emigra no son personas nacidas en España, sino población que ha adquirido la residencia española y que regresan a sus países de origen. En estas cifras, observamos la influencia de la crisis económica que hemos vivido en los últimos años, obteniendo un saldo negativo durante 6 años consecutivos que ha cambiado de valencia en el último año, con un dato positivo de 30.504 personas.

En el caso de la población latinoamericana, la gran mayoría procede de entornos socioeconómicamente empobrecidos, por lo que la decisión de emigrar normalmente se presenta como un sacrificio que tiene como objetivo mejorar la situación vital las próximas generaciones. Por tanto, el proyecto migratorio no impacta únicamente en la vida de aquel que emigra, ya sea un individuo o un grupo familiar, sino que también cambia el guión pensado para los familiares que se quedan en el país de origen y los que nacerán en el país de acogida. La migración cambia la vida de varias generaciones, provocando una necesidad de ajuste y adaptación completa del sistema familiar. En este proceso, los factores culturales, comunitarios, familiares e individuales juegan un papel fundamental en la superación de los retos del mismo. Un proyecto vital que comienza con pérdidas que abarcan más allá de aquellas a nivel interpersonal, y que incluye también las relacionadas con la ecología social: el clima, las costumbres, los valores, los sabores...

A lo largo de la historia, los modelos psicológicos han evolucionado desde enfoques fundamentalmente intrapsíquicos, como el psicoanálisis freudiano de principios de s. XX, hasta perspectivas de índole relacional; y es en este contexto, en el que surge el modelo sistémico familiar en la década de los años 50. La comprensión del ser humano desde la aplicación de la Teoría general de sistemas (Bertalanffy, 1940) dotó de mayor complejidad la comprensión de los procesos psicológicos que explican la conducta y los afectos de las personas, que siempre ocurren en relación a un otro.

Sin embargo, algunos autores señalaron posteriormente la necesidad de dar un paso más allá a la hora de abordar de manera holística las experiencias del proceso de inmigración; incluyendo la consideración del contexto (en su sentido más amplio) en el que ocurren las interacciones descritas. De estas premisas nace el modelo sistémico ecológico propuesto por el Dr. Jaime Inclán<sup>4, 5, 6, 7, 8</sup>.

Dicho modelo permite la comprensión del duelo que supone la experiencia migratoria del individuo y su sistema familiar. Enfatiza la necesidad de que el terapeuta mantenga una mirada que abarque desde lo micro hasta lo macrosistémico, considerando el contexto como factor imprescindible. De este modo, el terapeuta requerirá de empatía social para conseguir acercarse al lenguaje, normas y valores del sistema que traiga el paciente a consulta; lo que se ha definido como «el nivel de familiaridad, validación, aceptación e identificación del terapeuta con la realidad histórica, material y social del paciente».

## OBJETIVOS

Realizar una síntesis de las aportaciones del modelo sistémico ecológico en el abordaje psicoterapéutico con población inmigrante latinoamericana así como de las herramientas específicas empleadas para evaluar e intervenir en la práctica clínica diaria. Así mismo, plantear las aplicaciones que este modelo podría tener en España con dicha población y qué adaptaciones precisaría a la hora de intervenir con inmigrantes procedentes de otras culturas del mundo.

## MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica del modelo sistémico ecológico propuesto por J. Inclán y desarrollado través de la práctica clínica con inmigrantes latinoamericanos en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos, atendidos en Institute for Family and Community Care Roberto Clemente Center. Además, se revisan otros modelos teóricos desarrollados en relación a la migración en España, con el objetivo de encontrar puntos comunes y divergentes que señalen las aportaciones novedosas con las que este modelo puede complementar el trabajo existente en nuestro país.

La reunión del equipo de autoras, que realizaron parte de su formación como residentes de Psicología Clínica en el centro mencionado, ha permitido integrar el cuerpo teórico desarrollado por el autor con las reflexiones compartidas en seminarios y sesiones clínicas, así como de la propia experiencia derivada de la práctica clínica realizada y supervisada en el Centro Roberto Clemente con población inmigrante latinoamericana.

## DESARROLLO

Existen diferentes tipos de emigración en función de los tiempos en los que viajen los miembros de una familia. El traslado podría ocurrir en un único momento en familia o bien, como es más frecuente, en etapas y de manera progresiva. El primero constituiría un factor protector respecto al segundo si tenemos en cuenta la ruptura y discontinuidad que genera el hecho de que unos miembros se trasladen en primer lugar, mientras que los otros se mantienen en el país de origen hasta que se puede dar la reunificación familiar. Según Inclán<sup>4</sup>, cuando esto sucede el proceso familiar migratorio se produce en pantalla dividida. Esto supone que las vivencias de unos miembros y otros se dan en dos escenarios diferentes, con mayor o menos conexión entre los mismos, dificultando

así una co-evolución. En estos casos, es frecuente que sean los progenitores quienes emigran en un primer momento, dejando a los niños al cuidado a algún otro familiar con quien suelen establecer un fuerte vínculo. Normalmente pasan años hasta que los niños se trasladan también y la familia puede reunirse de nuevo. Cuando esto sucede, los niños pueden reactivar la vivencia de abandono en forma de problemas anímicos y alteraciones de conducta, existiendo incluso la posibilidad de que se genere una vivencia traumática. En este contexto, los padres no perciben un reconocimiento del sacrificio que han realizado para poder ofrecer a sus hijos una mejor situación económica, sintiéndose frustrados en el proyecto migratorio y generando una mayor presión en los menores. Conflictos respecto a las lealtades familiares entre las figuras cuidadoras que quedan en el país de origen y los padres que emigraron dificultan la armonía familiar. El modelo sistémico ecológico propone como abordaje el crear un espacio común en el que compartir la narrativa<sup>7,9</sup> y validar la experiencia emocional de cada uno de los miembros de la familia a ambos lados de la «pantalla», rescatando a su vez el vínculo afectivo previo a la migración a través de recuerdos primarios de la relación paternofiliar: cumpleaños, nacimiento, despedida, etc...

Si consideramos las etapas por las que puede pasar un inmigrante en relación a su inclusión en la sociedad de acogida, encontramos los siguientes momentos. En primer lugar, surge una etapa preparatoria de la migración, en la que uno de los miembros o bien la pareja, se plantea el proyecto de emigrar abarcando múltiples cuestiones y expectativas: emigramos juntos o primero los padres, con quién dejamos a los hijos, cuándo podremos reunificar la familia...

Una vez realizado el traslado de un lugar a otro, el ajuste al proceso migratorio consta de varias fases. La primera etapa constituiría lo que Inclán<sup>4</sup> identifica como «el establecimiento de la cabeza de playa», término que hace referencia al área que ocupan las fuerzas militares invasoras en un país invadido, dotando así de seguridad a los propios soldados. En el caso del inmigrante esto se traduce en lo que conocemos comúnmente como «guetos» o zonas en las que se afincan personas que tienen un mismo origen o cultura. Pese a la posible connotación negativa del término, se plantea que, preservar lo familiar y lo conocido en un lugar extraño, a través del lenguaje y las tradiciones, genera una sensación de seguridad que facilita el mantenimiento y adaptación de la propia identidad. Así, las redes de apoyo mutuo generadas a nivel comunitario en los guetos, resultan un factor protector en este proceso de ruptura y pérdida.

En la segunda etapa, el inmigrante comienza a salir de la zona de seguridad e internalizar lo nuevo. Este proceso se ve facilitado con la evolución de los niños a adolescentes ya que éstos suelen aprender el idioma, construir redes sociales fuera de lo familiar, e incluso incluir aspectos de la nueva cultura en su propia identidad con mayor facilidad que los propios adultos. En esta etapa pueden surgir conflictos en relación a la distancia cultural que empieza a tejerse entre padres e hijos, de la cual en muchas ocasiones ni siquiera son conscientes generando así una sensación de incompreensión entre ambos. Esta brecha también puede darse a nivel de pareja, atendiendo al choque entre los roles de género tradicionales y los de la nueva cultura. En el caso de los latinoamericanos que emigran a países como EEUU o España, se encuentran una mayor consideración de la equidad entre géneros y la incorporación de la mujer al mundo laboral. En este nuevo contexto, cuando la mujer empieza a realizar ciertos cambios, el hombre tiende a sentirse desplazado y trata de mantener una actitud tradicional. Esta etapa de crisis precisa de negociaciones y de un trabajo a nivel macrosistémico, atendiendo así a los valores culturales que están influyendo en la relación de pareja.

En conclusión, no todos los miembros de una familia que emigra realizan el proceso de ajuste e

inserción en la nueva cultura a la misma velocidad y en el mismo grado, lo cual puede resultar una fuente de estrés tanto a nivel intergeneracional como en la propia pareja.

El Centro Roberto Clemente de Nueva York en el que tiene lugar el desarrollo del modelo sistémico- ecológico, comienza su trabajo con población inmigrante latina en 1982, sosteniendo en los comienzos las intervenciones sobre el marco de la psicología sistémica (así como de sus antecedentes, como la Teoría General de Sistemas de Von Bertalanffy (1940) o la teoría del apego de Bowlby desarrollada por Main y Ainsworth en la década de los 70 del siglo pasado) y en concreto, de la psicoterapia sistémico estructural desarrollada por Minuchin (1976).

Los retos de la práctica clínica pronto situaron otros aspectos en un lugar central de los focos de trabajo psicoterapéutico, como son la exclusión social, la pobreza, la diversidad cultural, los duelos migratorios y las características propias de las dinámicas familiares de las familias latinoamericanas que residían en Nueva York. Esta situación condujo a la revisión y asimilación de conceptos propios de la teoría ecológica de Bonfenbrenner (1986). Además, se consideró importante responder a una demanda recurrente de las familias atendidas en el centro: tratar con terapeutas que hablaran su idioma y comprendieran su cultura.

El modelo sistémico ecológico propone una mirada holística que atienda simultáneamente factores microsistémicos y macrosistémicos, así como estrategias específicas para el abordaje de los conflictos propios del proceso migratorio, abriendo las posibilidades de intervención a los múltiples niveles de la ecología social de las familias.

El terapeuta debe contar con una habilidad de escucha imprescindible, que es la empatía social. Ésta excede los límites de la empatía interpersonal, mediante la cual uno puede comprender la experiencia interna del otro, requiriendo también de compasión y sensibilidad por la situación del grupo social al que el otro pertenece (por ejemplo, como pueblo colonizado a lo largo de la historia, o por tener su emplazamiento en barrios deprimidos sin acceso a recursos sociales o sanitarios, por profesar una religión con sus ritos y tradiciones, por contemplar mandatos implícitos de género o de jerarquía, etc).

De este modo, la empatía social del terapeuta constituye el factor del terapeuta que mejor predice el «enganche» o compromiso de las familias con la terapia. El trabajo con estas familias puso también de manifiesto que el paciente se muestra más dispuesto a compartir sus experiencias cuando cree conocer parte de «la persona del terapeuta» y no tanto en función de los méritos académicos y/o profesionales del mismo.

Por otra parte, se describen fuerzas dinámicas familiares que afectan a las familias: de tipo vertical (en el tiempo, como ocurre con los legados familiares, los conflictos no resueltos de generaciones anteriores o los proyectos vitales de los miembros de la familia); y de tipo horizontal (a su vez, pertenecientes al macro, meso y microsistema que están ocurriendo en el presente). Cuando el terapeuta tiene este marco conceptual en mente, posibilita su detección y trabajo sobre las mismas. En concreto, el modelo propone como ejes del tratamiento tres de ellas: el marco de valores de la familia y la cultura de origen, las diferencias culturales y de clase social respecto a la población que reside en el lugar de acogida, y por último, el proyecto migratorio como un gran reto al que toda la familia como sistema, debe dar una respuesta.

Herramientas específicas:

- La ya mencionada empatía social del terapeuta.

- El encuadre: trabajo con todos los miembros del sistema familiar que quieran participar y trabajo en recursos comunitarios. Fomento de la convivencia a través de los espacios. Orientación hacia la lucha colectiva en la conquista de derechos como grupo, así como en el fomento de la creación de redes de apoyo horizontales.

- Terapeutas que hablen la lengua del país de origen (y preferiblemente, que hayan tenido la experiencia de inmersión en la cultura en caso de que no fueran también inmigrantes a su vez).

- «Reframing» o resignificación: contextualizar los conflictos familiares en el proceso migratorio. Definir la situación como un reto para la familia entera, reforzar los recursos y potenciar la capacidad de cambio. Para esto el terapeuta puede emplear el concepto de «triangulación» para que dos personas en conflicto se orienten hacia el reto común que interfiere en su relación. Este es el de la emigración y adaptación del sistema. Por ejemplo, «tu hija no está intentando dejarte fuera de las conversaciones al hablar en inglés, parece que tú te estás esforzando por mantener el idioma «de casa» y ella se está esforzando por ser una adolescente neoyorkina más. Tenéis en común el reto de adaptaros a vivir en este lugar y cada una lo está haciendo lo mejor que puede».

- Uso de metáforas (empleando referentes que denoten familiaridad):

- Vivencia del proceso migratorio en «pantalla dividida», que se puede escenificar en consulta dividiéndola en dos espacios separados por una mampara o similar. Se promoverá la escucha de la narrativa de cada uno de los miembros de la familia y validación de las diferentes experiencias emocionales.

- Migración como proceso de «trasplantar una planta de una maceta a otra». Ejemplo que se utiliza para hablar de la importancia de trasladar con las raíces un trocito de la tierra en la que antes vivías para sobrevivir en el nuevo emplazamiento.

- Metáfora de las termitas que estropean las estructuras de las casas de madera si no se cuidan cada año con barniz. Ejemplo que se emplea para hablar de la necesidad de tener cuidados emocionales (como compartir en grupo y revisar experiencias vividas) para que nuestras estructuras no se dañen y debiliten.

## CONCLUSIONES

El ejercicio de la psicoterapia en países desarrollados necesita de modelos sensibles a las diferencias entre sujetos que sólo se pueden explicar atendiendo a la historia de sus grupos primarios de origen a diferentes niveles, desde la familia a la historia de sus pueblos. En el caso de los inmigrantes es imprescindible para no caer en el error de valorar la salud mental desde los criterios normativos del país de acogida. Señalamos por tanto la importancia de la empatía social del terapeuta y de las aportaciones de la Psicología Transcultural.

Estudios actuales arrojan datos contradictorios respecto a la posible relación entre psicopatología e inmigración<sup>10, 11</sup>, si bien queda claro que el proceso migratorio supone un reto en ajuste individual y familiar, el cual merece abordar desde una mirada holística y atendiendo a las necesidades específicos que estos plantean.

Cuando se plantea el traslado del modelo sistémico- ecológico a nuestro país, España, aún con población latinoamericana surge a nuestro parecer un hándicap añadido. Y es que podría parecer

que el proceso de aculturación y la adaptación a un país con el mismo idioma va a suponer una tarea más sencilla que la que se podría desarrollar en otros destinos con otros idiomas. Esta expectativa podría diferir mucho de la realidad encontrada tras el viaje, pues como se viene señalando, la lengua es sólo el código por el que se transmite y entiende todo el bagaje cultural que el individuo lleva consigo generación tras generación. Por tanto, el terapeuta deberá hacer muchas preguntas para entender y escuchar la narrativa cultural, familiar e individual en cada caso.

Parece posible la aplicación del modelo sistémico- ecológico a diferentes poblaciones que residen actualmente en países diferentes a los de origen. En España, nos planteamos el reto de dilucidar cuáles serían los aspectos clave a considerar en el trabajo psicoterapéutico con otras poblaciones de inmigrantes a la latina y que tienen gran representación en nuestro país. Por ejemplo, con personas procedentes de comunidades con gran representación actualmente en nuestra sociedad, como Marruecos, países del este europeo como Rumanía o Bulgaria, China y países subsaharianos como Senegal, así como es el caso especial de los refugiados de guerra procedentes de Siria.

Los procesos de duelo y la clínica afectiva que se podrían observar en consulta son cualitativamente diferentes cuando el inmigrante ha decidido emprender esta aventura a cuando se ha visto forzado a realizarla. En este último caso, más obvio en el caso de los refugiados, resulta importante evaluar la vivencia traumática del duelo, la huida, la sensación de seguridad, etc. que describen un evento traumático y la psicopatología posterior que potencialmente se relaciona con él. Otro ejemplo, menos obvio, de persona forzada a emigrar, son los hijos de la primera generación de inmigrantes, muchas veces niños y adolescentes a los que no se les explicó cómo iban a cambiar sus vidas. En estos casos la validación de la narración de su experiencia es muy importante y ayudará a los padres a conocer mejor a sus hijos. En definitiva, cada proceso migratorio es único, por lo que precisará de un abordaje particular adaptado a los retos y necesidades que éste conlleve.

Por otra parte, nos parece igual de importante la exportación de modelos ecológicos y contextuales a otros países desarrollados, que doten de importancia el posible impacto de la migración en la vida de las personas y su salud mental. En este sentido, el trabajo en red y coordinado con recursos comunitarios vinculados a la cultura de origen se convierte en imprescindible para una intervención eficaz, como espacio y personas que vehiculen las ayudas y normalicen procesos de adaptación comunes a un grupo.

El contacto con asociaciones de inmigrantes, «casas de la cultura» de los países de origen, etc. podrán poner al profesional en contacto con las dificultades que las personas de un grupo tienen en común y ayudarle a entender los obstáculos en la adaptación individual y familiar, así como a «empaparse» del nicho cultural con el que sus pacientes se identifican. La inmersión cultural y lingüística, desde la experiencia, permitirá la incorporación de la empatía social entre sus herramientas terapéuticas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rae.es [Internet] Madrid: Real Academia Española; [actualizado 2017; citado 18 May 2017] Disponible en <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=migraci%C3%B3n>
2. Delle Femmine L, Alameda D. La metamorphosis de España. Internacional El País [Prensa on-line] 1 mar 2017 [consultado el 18 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://internacional.elpais.com/internacional/2017/02/27/actualidad/1488194732\\_820452.html](http://internacional.elpais.com/internacional/2017/02/27/actualidad/1488194732_820452.html)

3. Ine.es [Internet] España: Instituto Nacional de Estadística; [actualizado 16 Dic 2016; citado 18 May 2017] Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np1010.pdf>
4. Inclán J. Terapia de Familia con Inmigrantes Latinoamericanos: Un modelo Sistémico-Ecológico. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*. 2009; 22: 43-62.
5. Inclán J, Mariño M. Terapia Ecológico- Sistémica con familias inmigrantes. En Moreno A. *La práctica de la terapia sistémica*. Madrid: Desclee de Brower; 2017.
6. Inclán J. Contribuciones al enfoque sistémico: Modelo Ecológico Roberto Clemente/ Inmigrantes. En Medina R, Laso E, Hernández E. *Pensamiento Sistémico*; 2014. 47-71.
7. Inclán J, Castaner M, Pascual X. Adolescencia e inmigración: una perspectiva sistémico-ecológica. *Redes*. 2012; 27: 9-58.
8. Inclán J, Ferran E. Poverty, politics, and family therapy: A role for systems theory. En M.P. Mirkin. *The Social and Political Contexts of Family Therapy*. Boston: Allyn and Bacon; 1990: 193 –213.
9. Sluzki CE. Transformations: a blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*. 1992; 31: 217-223.
10. Collazos F, Qureshi F, Antonín M, Tomás-Sábado J. Estrés aculturativo y la salud mental en la población inmigrante. *Papeles del psicólogo* [Internet]. 2008. [7 May 2017] Vol. 29(3), pp. 307-315. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1613.pdf>
11. Delgado Ríos, P. Emigración y psicopatología. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud* [Internet]. 2008. [7 May 2017] Vol 4, pp 15-25. Disponible en [http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS\\_4\\_esp\\_15-25.pdf](http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_4_esp_15-25.pdf)

**VOLVER AL ÍNDICE**



# EXPERIENCIA DEL GRUPO DE DESCUBRIMIENTO (MODELO TIDAL) EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE CÁDIZ

**Milagrosa Sánchez Benítez**

Enfermera de Unidad Hospitalaria de Salud Mental  
de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental  
del Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz

**Emma Requena Álvarez**

Terapeuta Ocupacional de Unidad Hospitalaria de Salud Mental  
de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental  
del Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz

**Josefa Guerra Arévalo**

Enfermera Coordinadora de Cuidados de la Unidad de Gestión Clínica  
de Salud Mental del Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz

**María José García del Río**

Enfermera Supervisora de Unidad Hospitalaria de Salud Mental  
de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental  
del Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz

Contacto: [saltodelcabrero@gmail.com](mailto:saltodelcabrero@gmail.com)

## INTRODUCCION

La incorporación de la perspectiva de la recuperación en el ámbito de la Salud Mental, señala una nueva visión organizativa para los servicios de Salud Mental en muchos países occidentales, y se está convirtiendo en los últimos años en un enfoque clave de dentro de nuestra Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental del Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz (ASNC) y por ende de la Unidad Hospitalaria.

La recuperación en el contexto de la psiquiatría no supone necesariamente la curación de la enfermedad mental, sino en enseñar al enfermo a identificar y usar intencionalmente los recursos sociales y personales que desarrolla ante su enfermedad. No se trata de curar, sino de que la persona prosiga, cuanto antes, con su proyecto vital, a pesar de las limitaciones que conlleva una enfermedad mental. Esto implica diferenciar la recuperación social de la recuperación clínica. Una persona puede insertarse normalmente en su contexto social sin una recuperación clínica de la salud.

El paradigma de la recuperación, se aparta de la búsqueda de etiquetas de patologías y se centra, en optimizar recursos propios de las personas que padecen trastorno mental para lograr el bienestar como, autogestión, empoderamiento, o recuperación social y en definitiva, el recobrar el control activo sobre la propia vida por parte de la persona afectada.

El abordaje de estas personas debe ser integral para responder a necesidades complejas. Se requiere, un mayor desarrollo de intervenciones psicosociales basadas en la evidencia y una visión y orientación de los procesos de atención, desde la perspectiva de la recuperación, más allá del control de la enfermedad y los síntomas. Estos tratamientos se centran en los «objetivos de la vida», como tener un lugar para vivir, donde sentir seguridad y protección y tener posibilidades de ocio, educación y trabajo significativo. Así mismo, es fundamental que la persona tenga amistades y personas de confianza y de apoyo, y que participe plenamente en las decisiones que afectan a su vida, como se recoge en las líneas estratégicas del último Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020.(PISMA)

Todo ello requiere por parte de los profesionales la sensibilización hacia la importancia de respetar la opinión de las personas usuarias, facilitando la toma de decisiones compartidas y el acompañamiento en las dificultades que presente la persona durante su proceso mental, abandonando actitudes sobreprotectoras, centrándose en reconocer los recursos internos del individuo y generando esperanzas, de tal manera que se promueva la implicación activa de los pacientes corresponsabilizándose de su cuidado como instrumento imprescindible para la recuperación de la propia vida.

Se hace hincapié en implementar modelos de recuperación del proyecto de vida de las personas con enfermedades mentales mediante intervenciones grupales que usen herramientas que permitan evaluar su eficacia y por supuesto que entre los objetivos de este tipo de intervenciones se incluya la disminución de las dosis de fármacos.

El modelo de intervención elegido en la UGC para la Recuperación se fundamenta en la aproximación filosófica Tidal, que tiene por objeto el descubrimiento y recuperación de las historias de vida de las personas. Tidal fue ideado por Phil Baker, enfermero en psiquiatría, describe la recuperación como el arte de cuidar. El modelo se revela como una alternativa idónea para cumplir las líneas estratégicas del Plan de Salud Mental de Andalucía. Este modelo, no fundamenta sus intervenciones en la asistencia o el tratamiento de la enfermedad mental, sino en atender a la

persona de forma holística, es decir, atender al proyecto de vida narrado por cada enfermo más que a la enfermedad que padece. Este enfoque, por tanto, no descarta el trastorno sino que busca entender la situación actual en el contexto de la experiencia de angustia de la persona y lo que esto podría significar en términos de lo que necesita la persona.

En cuanto, a cómo se trabaja la recuperación desde el trabajo en grupo del modelo Tidal, Baker reproduce la universidad de la vida con grupos informales donde las personas van a aprender sobre ellos mismos y sobre otras personas con las que van a compartir su mundo de experiencia. Propone ayudar a las personas con enfermedad mental a desarrollar conocimientos sobre aspectos de su vida que no estén rotos ni defectuosos. Estas fortalezas de gran valor van a jugar un papel vital en la recuperación. Fortalecer sus recursos personales a través de conversaciones estructuradas entre otros pacientes y también con los profesionales. Este enfoque requiere de los profesionales una cualificación que va más allá del conocimiento de enfermedades; se necesitan conocimientos multidimensionales del desarrollo del ciclo vital. Estos conocimientos pueden convertirse en estrategias concretas de actuación para centrarse en las necesidades de la persona más que en sus enfermedades. La finalidad del plan de intervención holística en la Unidad hospitalaria de la UGC de Salud Mental de Jerez, es conseguir la reducción de la carga de sufrimiento de las personas que padecen trastorno mental mediante herramientas que le permitan recuperar su proyecto de vida.

El Grupo de Descubrimiento que se presenta en este trabajo es uno de los instrumentos empleados en nuestra unidad que va a proporcionar a las personas ingresadas el poder hablar sobre sí mismas, sobre aspectos de su vida desarrollando, de esta forma, su habilidad de compartir con otras personas que también reciben cuidados, y con miembros del personal. Se genera a través de la conversación, un entorno de gran apoyo y un aumento en la autoestima, al ser consciente de su propia valía y del poder de influir en otros, de una manera sencilla pero gratificante y esperanzadora.

Las habilidades se centran en el modo de conversar sobre uno mismo como persona capaz, con proyectos de vida, así como la capacidad de escucha, y en el desarrollo de la empatía hacia otras personas que están en una situación similar y hacia los profesionales por los que son atendidos y que les acompañan durante este proceso. Favoreciendo también la disminución del estigma y autoestigma.

Los beneficios que podían obtener los pacientes ingresados y la interesante propuesta de cambio en las relaciones terapéuticas, siendo los pacientes los expertos en su proceso y los profesionales compañeros de recorrido, nos llevó a la puesta en marcha de este grupo a finales del año 2016, como parte de la oferta del Programa de Actividades Terapéuticas.

## OBJETIVOS

Implementar Grupo de Descubrimiento del modelo Tidal, en la UHSM de la UGC de Salud Mental de Jerez, a los pacientes ingresados, proporcionando un marco de recuperación, a través del desarrollo de una conversación desenfadada, que permita hablar sobre sí mismo y los aspectos de la vida en un ambiente de gran apoyo, favoreciendo la autoestima y el desarrollo de habilidades de compartir con otros, de una manera sencilla pero gratificante y esperanzadora.

## Objetivos específicos:

Compartir sus experiencias, dificultades o sufrimiento así como alegrías y momentos divertidos y aprender de ellas.

Ganar el apoyo de los otros del grupo.

Propiciar seguridad y confianza.

Ver los problemas a través de otros y conocer otras realidades que pueden enriquecernos

Mostrar la experiencia de la ayuda mutua o apoyo a otros.

Poner en valor sus experiencias y vidas.

Generar un aumento de las relaciones entre los pacientes

Crear una relación de confianza entre los pacientes y los profesionales

## METODOLOGÍA

Criterios de inclusión: todas las personas ingresadas en la Unidad de Hospitalización de Jerez

Criterios de exclusión: pacientes cuya descompensación psicopatológica no permita su inclusión en un momento determinado. Podrán ser incluidos posteriormente.

Lugar: sala de actividades ocupacionales

Periodicidad de las sesiones: 2 veces por semana en horario de mañana de 12:00 a 13:00h.

Participantes: un mínimo de 3 pacientes

Modalidad: grupo abierto

Evaluación: comentarios por escrito de los participantes definiendo cómo se han sentido durante el desarrollo del grupo.

## DESARROLLO

Se realiza una invitación personalizada a participar en el grupo de descubrimiento a primera hora de la mañana, junto con el programa de Buenos Días, detallando lugar y hora. Es importante que el Grupo de Descubrimiento se realice a media mañana, ya que facilita temas interesantes sobre los que conversar durante la hora de la comida. La enfermera y/o la terapeuta ocupacional son los facilitadores, con el objetivo de ayudar a que la conversación fluya, además de dar ejemplo del valor de hablar de uno mismo. Los facilitadores se presentan y explican los objetivos del Grupo de Descubrimiento y en qué consiste. La actividad se inicia con la presentación de tres bandejas que portan sobres de colores con preguntas que faciliten conversar sobre uno mismo. El color del sobre indica el grado de dificultad. Por ejemplo, en nuestro caso el sobre de color morado contiene preguntas más sencillas (¿Qué libro te llevarías a una isla desierta?, ¿Qué regalo recibido es el que más te ha gustado?), el sobre rojo más retadoras (¿Cómo te gustaría ser en el futuro? , ¿Qué no harías nunca por dinero?) y el de color azul de pequeño alivio (¿Qué te gustaría preguntar a todo

el grupo?, ¿Qué te gustaría preguntar a una persona del grupo?). La significación del color de los sobres se les explica a los participantes antes de elegir la bandeja.

Seguidamente, un voluntario escoge un sobre y saca la tarjeta que contiene tres preguntas. De estas tres preguntas, elige la pregunta a la que le gustaría responder y posteriormente la formulará a todo el grupo, leyéndola en voz alta. Después de que la primera persona responda a la cuestión los facilitadores animan al resto a participar, incluido estos últimos. El que los profesionales participan como uno más en el grupo, ayuda a los pacientes a darse cuenta de que todos los miembros del grupo somos personas con necesidades e intereses.

Es importante que los participantes se sientan cómodos, para ello antes de comenzar se subraya que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Cada uno de los participantes acumula una experiencia personal, que puede ser una fuente de aprendizaje para todos los participantes, y es de gran valor dado que tienen en común el estigma de la enfermedad mental. Compartir cómo se enfrentan a sus conflictos personales considerando su sufrimiento, proporciona a los participantes ampliar recursos en su vida.

A partir de estas preguntas se pretende que los participantes recuerden sus vivencias experiencias. Las respuestas a estas preguntas no se juzgan, lo que se pretende es simplemente que los participantes hablen de su vida con el fin de que se conozcan.

Las preguntas sirven de herramienta para activar el recuerdo de los participantes sobre vivencias de las diferentes etapas de su vida y el modo de afrontamiento. Por consiguiente, puede ocurrir que el participante tras la sesión del Grupo siga recordando y descubra detalles que inciten a entender mejor el porqué de su actuación, en definitiva a conocerse mejor y si lo comparte, lo que Baker define como el Dominio del Mundo, a que los otros también le conozcan. Es importante remarcar que las respuestas diferentes a preguntas iguales sobre un episodio concreto del ciclo vital de una persona, está marcada por su idiosincrasia. En la sesión se pide a los participantes que identifiquen las variables que explican las diferencias en las respuestas.

Es importante resaltar que el grupo de Descubrimiento pone el foco en ayudar a descubrir cosas sobre ellos mismos y las personas con las que comparten su vida. Este foco es constructivo, esperanzador y optimista, por ello, sería inapropiado hablar y o tratar problemas. En el caso de que alguien durante el Grupo exponga su deseo de hablar de ello, los facilitadores animarán a la persona a tratar este tema en otro encuadre. Desde nuestra unidad de hospitalización ofrecemos el Grupo de Encuentro donde los pacientes exponen sus dificultades del día a día compartiendo aspectos de su historia personal a través de experiencias con el fin de explorar soluciones desde el punto de vista y las circunstancias de los pacientes.

La sesión del grupo de Descubrimiento finaliza cuando se responden a todas las preguntas elegidas de los sobres y seguidamente, se invita a los pacientes a dar su opinión sobre el Grupo y a dejar por escrito lo que han sentido durante el desarrollo del mismo. Estas opiniones nos sirven para evaluar la experiencia y atender las propuestas de mejora, en algunos casos ha existido también la solicitud de preguntas que no se encuentren recogidas en los sobres.

## CONCLUSIONES

Los resultados previos de la experiencia ponen de manifiesto que el Grupo de Descubrimiento es eficaz dado que los participantes han expresado por escrito y abiertamente que se han sentido bien y que el Grupo les ha gustado.

«Me he sentido muy bien, cómodo con las personas que están aquí. Me ha encantado hacerlo. Me he relajado con el ambiente. Me he sentido más satisfecho»

«La actividad que hemos realizado con el grupo ha sido muy gratificante y satisfactoria, me siento muy bien. Y mucho mejor para estar con los demás y convivir. Buen trato con los enfermeros y con los pacientes buenas afinaciones».

Se observa que los que se inician en la actividad grupal, se encuentran algo inquietos y cohibidos ante la incertidumbre de las preguntas, a medida que sienten que la conversación es distendida y que no existe presión ante sus respuestas porque las preguntas son fáciles de contestar, se encuentran más relajados. Tras participar varias veces en el grupo, son capaces de sonreír, de bromear e incluso se permiten y aceptan comentarios sobre sus respuestas.

Las relaciones entre los pacientes han aumentado y son de mayor calidad, aunque muchos de ellos entran al grupo con creencias limitantes, y tienen miedo a lo que piensen los otros, al compartir respuestas parecidas ante una misma pregunta han descubierto a personas con las mismas dificultades. Ante respuestas diferentes, han contemplado otras perspectivas expresadas en el grupo para utilizar como apoyo en ese momento. En otras ocasiones se han sentido tan a gusto que han llegado a descubrir a los demás experiencias que nunca antes habían compartido.

Hay preguntas que aun siendo sencillas de contestar remueven sentimientos que les hace reflexionar sobre sus dificultades actuales y sobre las posibles fortalezas que poseen y hasta ahora no habían sido conscientes.

El Grupo de Descubrimiento da la oportunidad a los pacientes y a los profesionales a implicarse en una labor conjunta, contribuyendo así al cuidado y tratamiento.

Como resultado de esta práctica hemos vivido un impacto real y positivo en la relación terapéutica de la díada paciente-profesional, comprobando que la relación se ha nivelado. Todos somos personas con nuestras vidas.

Por otro lado al involucrar a los profesionales hablando de sí mismo evidencia la humanidad compartida y los pacientes comprueban que hay similitud en las experiencias de ambos

## REFERENCIAS

1. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2016.
2. Barker P, Buchanan-Barker P. El Modelo Tidal. Salud Mental, Reivindicación y Recuperación. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2015.

3. Shepherd G, Boardman J, & Burns M. Implementando la recuperación. Un nuevo marco para el cambio organizativo. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2009.
4. Shepherd G, Boardman J, & Slade M. Hacer de la recuperación una realidad. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2008.
5. Baker P. Psychiatric and Mental Health Nursing. The craft of caring; 2008

**VOLVER AL ÍNDICE**



**SUJETOS A EXPERIENCIAS  
EN DISPOSITIVOS  
DE REHABILITACIÓN**





# TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN REHABILITACIÓN

Mariola Vitutia

Contacto: [mariola.vitutia@intress.org](mailto:mariola.vitutia@intress.org)

## INTRODUCCIÓN

Ha sido documentado el potencial uso terapéutico de animales de compañía para proporcionar beneficios fisiológicos y psicológicos en el ser humano (5). Actualmente se han propuesto mecanismos como los atributos intrínsecos y únicos de los animales o perspectivas que hacen hincapié en el valor de estos como instrumentos vivos como los responsables de los cambios positivos. Además, se cuenta con un amplio apoyo empírico que justifica la inclusión de animales en distintos contextos de intervención y una acogida mayoritaria entre profesionales socio-sanitarios (2, 11). A pesar de ello es muy poca la investigación que evalúa la eficacia de la inclusión de un programa de Terapia Asistida con Animales (TAA) como intervención aplicada en programas de rehabilitación (3, 4, 7, 9, 15, 16, 26). Los profesionales encontramos en las personas que atendemos multitud de problemas clínicos, psicosociales y cognitivos. Las intervenciones han estado muy centradas en el tratamiento neuroquímico y rehabilitador de síntomas y contenidos psicóticos (13, 21), combinando tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos para reducir el número de recaídas y hospitalizaciones y si bien este abordaje se muestra necesario no es suficiente (23) y por ello la rehabilitación psicosocial se dirige a atender las necesidades emocionales, físicas, intelectuales o sociales, con el objetivo de mejorar capacidades, restablecer competencias y facilitar recursos para un adecuado funcionamiento diario, social y laboral en la comunidad con el menor número de apoyos profesionales. Esta intervención requiere de un enfoque multidisciplinar con variedad de estrategias de tratamiento y de rehabilitación adaptado a las características de la persona, a sus fortalezas, dificultades y medios disponibles.

A pesar de los tratamientos actuales las personas con trastornos psicóticos continúan teniendo grandes dificultades y resulta de gran importancia continuar investigando e incluyendo nuevas perspectivas de intervención como la TAA para conseguir una mejora en su calidad de vida y asegurarles una reincorporación plena en su entorno socio-laboral por lo que se seguirá investigando en esta línea.

## OBJETIVOS

El objetivo principal del presente trabajo es determinar la eficacia de incorporar un programa de TAA sumado al plan individualizado de rehabilitación. Este objetivo se concreta a través de dos estudios en evaluar la mejora relativa en variables clínicas, psicosociales y cognitivas, centrándose en el segundo estudio principalmente en estas últimas.

Se realizará un contraste que permita comparar las medias de las puntuaciones de cada grupo para ver si los dos conjuntos de datos proceden de poblaciones con la misma media.

En un primer estudio se plantea que los cambios en las puntuaciones de variables clínicas, psicosociales y cognitivas del grupo con TAA serán mayores y significativos entre evaluaciones pre y post y frente a las del grupo sin TAA.

El segundo estudio se centra en que la mejora en las puntuaciones de problemas físicos, personales y sociales asociados al trastorno y de los dominios cognitivos del grupo con TAA serán mayores y significativos entre evaluaciones pre y post y frente a las del grupo sin TAA.

## METODOLOGÍA

Participan un total de 202 personas atendidos en diferentes Servicios de Salud Mental y derivados a once centros (en Arganzuela, Carabanchel, Chamberí, Getafe, Navalcarnero y Villaverde) de la red pública de atención social a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid, gestionados por El Instituto de Trabajo Social y de Servicios Sociales, Intress.

Para seleccionarlos se realiza un muestreo no probabilístico y son los profesionales de referencia de los centros los encargados de asignar meticulosamente a las personas accesibles para participar en la condición de grupo con TAA o GE (grupo experimental) o grupo sin TAA o GC (grupo control). Los criterios de inclusión aplicados tanto al GE como al GC fueron: (1) edades comprendidas entre los 18 y 68 años, (2) diagnósticos de «esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes» según criterios CIE 10 (18), (3) participar en el programa individualizado de rehabilitación consensuado con su centro, y (4) seguir tratamiento farmacológico prescrito. Las personas con características que pudieran impedir la realización de las pruebas o alteraran sus resultados cumplirán criterios de exclusión en el momento de la evaluación. En esta investigación estos criterios son: (1) diagnóstico de retraso mental, (2) consumo de tóxicos, (3) no participar en tratamiento farmacológico y rehabilitador, (4) presentar un trastorno mental grave diferente a los de inclusión, (5) presentar enfermedad o condición médica que pudiese limitar su adherencia y su participación, (6) miedos y fobias a los perros, (7) no querer participar. El diagnóstico es aportado en los informes de derivación remitidos a los recursos de rehabilitación por los psiquiatras de cada Centro de Salud Mental en los que es atendido cada participante para seguimiento de su tratamiento. Todos los participantes fueron informados del objetivo del estudio y dieron su consentimiento para la administración de las pruebas, así como para la recogida y tratamiento de los resultados de estas, pudiendo abandonarlo en cualquier momento.

En el primer estudio tras el muestreo de expertos 99 personas fueron informadas de los objetivos de esta investigación y firman el consentimiento y se cuenta con 89 personas para el estudio (49 en el grupo con TAA y 40 en el de sin TAA). En los diagnósticos por categorías el 80, 50% es de

esquizofrenia, 13, 80% de trastornos esquizoafectivos y con porcentajes mucho menores el resto de categorías diagnósticas de esta muestra.

Se comprobó si existían diferencias significativas entre los dos grupos (con TAA-sin TAA) con respecto a la edad ( $t = -0,704$ ;  $gl = 85$ ;  $p = ,483$ ) y al género ( $\chi^2 = 1,23$ ;  $gl = 1$ ;  $p = ,267$ ). Los datos recogidos no permiten asumir que los grupos difieran en dichas variables. Si dividimos el estudio por sexo no se encontró evidencia para asumir diferencias estadísticamente significativas en la latencia de acceso al recurso de rehabilitación entre hombres y mujeres ( $t = 0,13$ ;  $gl = 84$ ;  $p = ,90$ ). Con un rango de edad comprendido entre los 22 y los 68 años la media de edad de los participantes es de 44,60 años (DT = 9,71). Por grupos, la media de edad de los participantes en el GE es de 45,24 años (DT = 10,23) y en el GC es de 43,76 años (DT = 9,04). Más de la mitad de los participantes, un 71,27%, tienen más de 40 años y un tercio del total supera los 50 años. La muestra se compone de 56 hombres (64,40%) y 31 mujeres (35,60%). En el caso del diagnóstico de esquizofrenia el número de hombres (45 hombres) casi duplica al de mujeres (25 mujeres). En las personas con trastornos esquizoafectivos las cifras están más igualadas como en el resto de diagnósticos de esta muestra. Los participantes llevan procesos de evolución y tratamiento muy largos con medias de 18,96 años de evolución (DT 8,91), 4,85 años de estancia en el recurso (DT 3,15) y 14,11 años de «latencia de acceso» (DT 8,02) o media en años entre que comienza la atención en un centro de salud mental, hasta que comienzan su proceso en el centro de rehabilitación.

En el segundo estudio tras el muestreo de expertos un total de 103 personas fueron informados y firman el mismo consentimiento que en el primer estudio contando con los datos de 90 personas, 45 en cada grupo. Por categorías diagnósticas en más de la mitad (63,05%) el diagnóstico se es de esquizofrenia, seguido del 27,17% de personas con trastorno esquizoafectivo. Se comprobó si existían diferencias significativas entre los dos grupos (con TAA-sin TAA) con respecto a la edad ( $t = -0,225$ ;  $gl = 90$ ;  $p = ,823$ ) y al género ( $\chi^2 = 0,263$ ;  $gl = 1$ ;  $p = ,608$ ). Los datos recogidos no permiten asumir que los grupos difieran en dichas variables. Con un rango de edad comprendido entre los 22 y los 68 años la media de edad de los participantes de este segundo estudio en el GC es 44,87 años (DT = 10,15) y en el GE es 45,34 años (DT = 10,08). Más de la mitad de la muestra, un 65,21%, tienen más de 40 años y algo más de un tercio (34,78%) del total supera los 50 años. Se cuenta con el doble de hombres (66,30%), que de mujeres (33,70%). En la distribución de los distintos trastornos considerados por sexo duplica el de esquizofrenia y hombres (42 personas) al número de mujeres y esquizofrenia (16 personas). Los procesos de evolución y tratamiento son muy largos con medias de 19,00 años de evolución (DT 9,91), 3,79 años de estancia (DT 2,24) y 15,21 años de latencia de acceso (DT 9,99). Por sexo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la latencia de acceso a recursos de rehabilitación entre hombres y mujeres ( $t = -2,71$ ;  $gl = 90$ ;  $p = ,01$ ). El tiempo es mayor en las mujeres (5,78 meses más) que en los hombres a la hora de acudir a un recurso de rehabilitación.

## DISEÑO

En ambos estudios se utiliza un diseño cuasi-experimental con dos grupos (grupo experimental y grupo control) formados por personas sin asignación aleatoria. Hay dos factores: tratamiento (con dos niveles: intervención estándar e intervención estándar más TAA) y tiempo (con dos niveles: antes y después de la terapia).

## ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de la eficacia de la intervención se realizaron ANOVAS 2x2. La eficacia de la intervención viene indicada por la eficacia del efecto del factor intersujeto o grupo de tratamiento (TAA y GC) y el factor intrasujeto o momento de evaluación. Cuando los resultados de la interacción son significativos se incluye un análisis de los efectos simples. Para realizar estos análisis se ha utilizado el programa IBM SPSS 21.0 (2012).

Las variables y pruebas de evaluación utilizadas en el primer estudio son: (1) la gravedad psicopatológica y las dimensiones psicótica, desorganizada, negativa y emocional con la adaptación española validada por Peralta y Cuesta (19) de la Escala breve de evaluación psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) en su versión ampliada de 24 ítems, (2) los problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental se evalúan con la Escala de Resultados de Salud y Funcionamiento Psicosocial (Health of the Nation Outcome Scales HoNos) en su versión española (22), (3) el grado en que las personas del estudio perciben, interpretan y procesan señales sociales, así como su capacidad para responder a las mismas se mide con una escala auto-aplicada validada en España por el grupo GEOPTe, la Escala de Cognición social para la psicosis (Scale of social cognition for psychosis)., y (4) cuatro medidas (toma de perspectiva, preocupación empática, sufrimiento personal y fantasía) y la tendencia empática (más cognitiva o más emocional) se mide con un auto-informe, el Índice de Reactividad Interpersonal (Interpersonal Reactivity Index, IRI) en su versión española (20).

En el segundo estudio se evalúan los problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental, como en el estudio anterior, con la Escala HoNos en la versión española de Uriarte et al. (22) y con la Batería consensuada sobre procesos cognitivos, MATRICS (Consensus Cognitive Battery, MCCB) se evalúan dominios cognitivos.

En ambos estudios se aplica un Cuestionario de Satisfacción elaborado para estos estudios y se analiza la percepción que sobre la TAA tienen participantes y profesionales

## DESARROLLO

Cada programa de TAA es aportado por la Fundación Canis Majoris consta de 24 sesiones dirigidas a trabajar objetivos cognitivos, psicomotores, sensoriales y psicoafectivos dentro de los objetivos ya consensuados en cada recurso con cada participante. Es impartido durante 4 meses complementando el programa individual de rehabilitación de los participantes del GE, con dos sesiones semanales en días alternos con una duración media de 50 minutos y grupos de unas 6 personas. Durante el desarrollo de todas las sesiones programadas de TAA participan un perro adiestrado, un adiestrador y un profesional del recurso. En estos meses los participantes del GC continúan su programa individualizado de rehabilitación. Tras los 4 meses tanto los participantes de los dos grupos (GE y GC) como los profesionales de los recursos cumplimentaron un cuestionario de satisfacción. Todos los participantes continúan con su seguimiento en sus centros de salud mental de referencia y reciben tratamiento con neurolépticos.

En el primer estudio en la dimensión negativa de la escala BPRS se observa un efecto significativo de la interacción ( $F(1, 76) = 6,919; p < ,001; \eta^2 = ,083$ ) lo que indica que la relación entre estas

puntuaciones para cada grupo (con TAA-sin TAA) no es la misma antes y después de la intervención. En la comparación de los efectos simples en el momento previo a la intervención las puntuaciones del grupo con TAA son más altas que las del grupo sin TAA ( $p < , 01$ ). Se detecta un incremento de estas puntuaciones en los sujetos del GC ( $p < , 01$ ), mientras que los datos no permiten concluir que los sujetos del GE varíen sus puntuaciones a lo largo del tiempo ( $p = , 22$ ). Al terminar la intervención los datos no permiten concluir que existan diferencias en las puntuaciones de ambos grupos ( $p = , 23$ ). Este aumenta entre la primera evaluación y la evaluación a los 4 meses

implica un empeoramiento de las personas de este grupo sin TAA que se puede traducir en un aumento del retardo en destrezas cognitivas como el lenguaje o destrezas motoras como el caminar, un descenso de cualquier signo de expresión de afecto y un aumento en su alejamiento de todo y de todos, concentrándose más en sí mismos, en sus recuerdos y en sus pérdidas. Por el contrario, en el grupo con TAA no hay variaciones en las puntuaciones, con lo que esta dimensión se mantiene en los mismos niveles. Además, se parte de una diferencia previa en la que los participantes del grupo con TAA tienen peores puntuaciones en esta dimensión en la evaluación previa, en comparación con las puntuaciones previas del grupo sin TAA, y se han igualado a las puntuaciones de este GC en la evaluación a los 4 meses. Esto podría deberse a que las personas del grupo con TAA no han sufrido un empeoramiento en sus puntuaciones gracias a contar con el apoyo de esta terapia junto a la intervención habitual.

Desde las teorías centradas en los atributos intrínsecos de los animales la teoría del apego puede explicar este mantenimiento ya que el perro ha estado disponible y expresa de manera convincente su afecto y puede conseguir que no se sientan más vulnerables y que no descienda su sensación de protección. Las teorías de la mediación social explican que los animales pueden haber tenido un efecto amortiguador, estableciendo un apoyo social indirecto que les ha protegido de los efectos negativos de otras variables, principalmente situaciones de estrés, que han podido influir sobre su bienestar. La percepción que sobre sus dificultades tienen las personas de estos grupos es un elemento que ha podido influir al estar sufriendo y necesitar aceptarse y ser aceptados frente a prejuicios sociales y etiquetas que les desvalorizan. También la presencia del perro puede haber actuado de objeto transicional proporcionando a la persona la oportunidad de olvidarse de su dolor y sus problemas, no empeorando en esta dimensión negativa gracias a la participación en la TAA. Los participantes han podido tomar los atributos deseados y proyectarlos a través de la interacción con el perro. El animal proporciona afecto, no contradice verbalmente los aspectos proyectados sobre ellos, siendo lo que los participantes desean y atribuyéndose derechos sobre él, sirviendo de vehículo para proyectar las características que la persona echa en falta a su alrededor y redefiniendo el mundo de las relaciones.

Desde las teorías que hacen hincapié en el valor de los animales como instrumento las teorías cognitivas refieren una relación recíproca continua entre las cogniciones, el medio y el comportamiento. Un aprendizaje de comportamientos apropiados puede no haber empeorado su autopercepción desde la observación, la imitación y la instrucción directa en la interacción con los animales. Desde las teorías del aprendizaje social las personas aprendemos de los miembros de nuestra especie y si la familia o amigos de los participantes en la TAA han interactuado con un perro, han jugado con él o le han acariciado, ellos han podido aprender que un animal puede ser querido, cariñoso y valioso y se involucren más en la sesión, regulen su afectividad y obtengan gratificación táctil en el contacto físico con el perro lo que ha podido conseguir que su expresión de afecto no empeore. La TAA también les puede haber proporcionado un rol de maestro o cuidador al entrenar

al animal, al alimentarle y al cepillarle, lo que puede dar lugar a cambios positivos cubriendo su necesidad de sentirse útil, valorado o respetado. En las sesiones se establecen turnos para pasear al perro, para ponerle agua, etc., lo que puede permitir que no descienda en la persona la confianza en sí mismo, su coordinación, seguridad o sensación de control.

Hay trabajos publicados que muestran resultados positivos en esta variable (6, 14, 15, 17) aunque es difícil la comparación por la falta de uniformidad y rigor de método, instrumentos y diseños en las investigaciones existentes.

Siguiendo con los resultados en la escala BPRS se observa un efecto significativo de la interacción ( $F(1, 76) = 4,651$ ;  $p < ,001$ ;  $\eta^2 = ,058$ ) lo que indica que la relación entre las puntuaciones del BPRS para cada grupo (GE-GC) no es la misma antes y después de la intervención. En la comparación de los efectos simples en el momento previo a la intervención no se puede asumir que existan diferencias entre las puntuaciones de ambos grupos ( $p = ,45$ ). Se detecta un decremento en las puntuaciones para los sujetos del grupo con TAA ( $p < ,01$ ), mientras que los datos no permiten concluir que los sujetos del GC varíen sus puntuaciones a lo largo del tiempo ( $p = ,50$ ). Al terminar la intervención los datos no permiten concluir que existan diferencias en las puntuaciones de ambos grupos ( $p = ,32$ ). Por lo tanto la TAA se puede esperar que sea eficaz a la hora de mejorar el estado mental general y el funcionamiento global de estas personas.

Este resultado se puede explicar desde los mecanismos de acción que se centran en los beneficios intrínsecos de los animales. La teoría de la biofilia explica que los animales pueden contribuir a que la persona perciba seguridad y calma en presencia de animales lo que ha podido ocurrir con las sesiones de TAA contribuyendo a un menor deterioro. Desde la teoría del apego se puede explicar el fuerte vínculo que los participantes han podido crear con el perro generándoles sensaciones de seguridad, mejora en emociones y percepciones y expectativas más aptas para enfrentarse al día a día. Gracias a la TAA pueden haber desarrollado mejores aptitudes para controlar el estrés, haber formado relaciones más saludables y mejorado su autoestima, lo que se reflejará en una mejora en su sintomatología. Las teorías de la mediación social explican que el perro ha podido establecer una relación directa entre apoyo social y bienestar dando a la persona un sentido de pertenencia, seguridad, recursos, reconocimiento de la propia valía e incremento de su autoestima. También se ha podido dar un efecto amortiguador ante la posible presencia de elementos estresantes (como los relativos al auto-estigma) pudiendo el perro reducir el riesgo de empeorar. El animal en las sesiones de TAA puede haber ejercido de objeto transicional en su interacción con el participante. El perro ha mostrado un afecto activo, no ha contradicho lo que los participantes han deseado que fueran y los participantes han ejercido derechos sobre el perro haciendo de este un puente con el que conseguir una mejora general en las dimensiones psicótica, desorganizada, negativa y emocional. Centrándonos en las teorías que hacen referencia a que los perros son una herramienta en la TAA para conseguir mejoras las teorías del aprendizaje explican como una actividad que es placentera, como son las actividades desarrolladas en la TAA, será reforzante en sí mismo y será más probable que ocurra en el futuro.

Hay estudios que utilizaron también escalas de valoración psicopatológica como la escala BPRS para evaluar la eficacia de la inclusión de un perro de terapia en la intervención con personas con esquizofrenia con resultados similares a los de este trabajo. Mayol-Pou (14) y Villata-Gil et al. (24) utilizaron la versión española (19) de la Escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) y Nathans-Barel et al. (17) utilizaron la Escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) y la Escala de evaluación de síntomas negativos (SANS). Los trabajos de Mayol-Pou (14) y de Villata-Gil et al. (24)

revelan una mejora significativa en síntomas positivos y negativos y en la sintomatología general. Por el contrario, en el trabajo de Nathans-Barel et al. (17) no detectaron diferencias significativas en la post-intervención en las puntuaciones de los síntomas negativos, la psicopatología general y los síntomas positivos entre el grupo con intervención y el grupo control, si hubo un modesto grado de mejoras estadísticas y hubo una mejora clínica positiva y significativa en lo referente a síntomas negativos con mejora del comportamiento socialmente independiente y retraído.

Aunque con resultados similares hay diferencias entre los estudios indicados y esta investigación referentes a las muestras, más allá del diagnóstico de los participantes que es similar y los programas de intervención.

Cumplimentaron el cuestionario de satisfacción 39 participantes en la TAA (24 mujeres y 14 hombres), percibiendo cambios positivos 34 de ellos y sintiéndose satisfechos 13 personas y muy satisfechos 25 personas. Refieren haber aprendido a relacionarse, a expresar sus sentimientos, a relajarse y a concentrarse. En lo referente a la satisfacción de los profesionales han contestado 45. De ellos 33 si perciben cambios positivos gracias a la intervención con la TAA y 11 no los perciben.

Como en esta investigación la percepción subjetiva de participantes y profesionales, utilizando cuestionarios de satisfacción, se ha realizado en algunos de los estudios analizados (2-4, 24) refiriendo mejoras en diferentes aspectos relacionados con la calidad de vida gracias a la TAA.

En el segundo estudio en la sub-escala problemas sociales de la escala HoNos se observa un efecto significativo de la interacción ( $F(1, 88) = 4,283; p < ,001; \eta^2 = ,046$ ) lo que indica que la relación entre las puntuaciones de la escala para cada grupo (con TAA y sin TAA) no es la misma antes y después de la intervención. En la comparación de los efectos simples en el momento previo a la intervención se han encontrado diferencias entre las puntuaciones de ambos grupos ( $p < ,05$ ) a favor del grupo con TAA. Los datos no permiten concluir una variación en el tiempo en ninguno de los grupos (GE ( $p = ,18$ ); GC ( $p = ,12$ )). Al terminar la intervención los datos no permiten concluir que existan diferencias en las puntuaciones de ambos grupos ( $p = ,31$ ). Esto parece indicar que la intervención del grupo de TAA es un elemento crucial para que estas puntuaciones sean las mismas en lo referente a la autonomía de funcionamiento en el medio residencial y ocupacional de la persona a través de los ítems: relaciones sociales, funcionamiento general, problemas de residencia, y problemas ocupacionales, que es lo que engloba la variable problemas sociales.

Centrándose en las teorías que pueden explicar este resultado la teoría de la biofilia indica que el perro ha podido influir en el conocimiento y bienestar de los participantes no empeorando sus dificultades gracias a la incorporación de la TAA. Los perros han podido ser también una base segura ejerciendo funciones de seguridad emocional y de protección como figura de apego desde la que mantener su funcionamiento general y su forma de relacionarse. De igual modo el perro ha podido proporcionar a la persona un vínculo que le ha dado un sentido de pertenencia, proporcionando la TAA herramientas y recursos que permiten que no aumenten sus problemas en su incorporación social. También el mantenimiento en el resultado de problemas sociales gracias a la TAA puede deberse a que el perro como objeto transicional les ha permitido mantener su funcionalidad y proceder social. Con las teorías que entienden el valor del animal como instrumento se puede explicar que el programa de TAA ha permitido a la persona interactuar con el perro en las sesiones generando un aprendizaje positivo de conductas y sentimientos, así como un rol activo que hace que no empeore su práctica social.



El grueso de la literatura (1, 3, 4, 8, 10, 12, 24, 26) sobre TAA en personas con diagnóstico de esquizofrenia se ha centrado en analizar la mejora en la funcionalidad y en las relaciones sociales desde una relativa rigurosidad obteniendo resultados significativos.

Uno de los objetivos principales de este segundo estudio es la evaluación de los diferentes dominios cognitivos al considerar el creciente interés que se ha dado en los últimos años en lo referente a los problemas cognitivos en las personas con síntomas psicóticos y su relación con los síntomas negativos y positivos y con la funcionalidad. Al analizar los resultados en lo referente a los 7 dominios cognitivos evaluados con la batería MATRICS no se ha encontrado ninguna mejora con la utilización de la TAA en estos dominios cognitivos.

Como medida de resultado se ha examinado también la percepción subjetiva de participantes y profesionales utilizando cuestionarios de satisfacción. Los han cumplimentado 16 participantes (8 mujeres y 8 hombres) y se han encontrado opiniones y experiencias que reflejan una alta satisfacción y percepción de mejora tanto en dominios psicosociales, relacionales, de bienestar y cognitivos por parte de los participantes. De los profesionales 9 (7 mujeres y 2 hombres) han contestado el cuestionario y han percibido los mismos cambios con la TAA 4 de ellos y no los han percibido 5 profesionales, no percibiendo cambios en el resto de usuarios del recurso 8 de los profesionales.

Algunos de los estudios analizados (2-4, 24) también han utilizado cuestionarios de satisfacción en los que refieren mejoras en diferentes aspectos relacionados con la calidad de vida gracias a la TAA.

## CONCLUSIONES

Por los resultados obtenidos en variables psicopatológicas y problemas sociales se puede esperar que sea eficaz a la hora de mejorar el estado mental general y de no empeorar el funcionamiento global, las relaciones sociales y los problemas residenciales y ocupacionales de las personas con programas de rehabilitación. Además, los análisis cualitativos de los datos obtenidos en los cuestionarios de satisfacción indican, tanto por parte de los participantes en la TAA, como de los profesionales de los recursos, mejoras muy importantes. Los profesionales han percibido cambios positivos en adherencia al recurso y a la TAA, mejora en el estado de ánimo, en expresividad, en habilidades de comunicación y en participación. Los participantes en la TAA refieren sensaciones de mejora en el estado de ánimo y en variables relacionales y cognitivas (atención, concentración, memoria).

Por todo lo expuesto se puede recomendar la TAA como tratamiento complementario en rehabilitación para mejorar la calidad de vida de las personas que atendemos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Barak, Y., Savorai, O., Mavashev, S., y Beni, A. Animal-assisted therapy for elderly schizophrenic patients: a one-year controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. c2001. 9(4): 439-442.
2. Berget, B., Ekeberg, O., Pedersen, I., y Braastad, B. Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders: effects on anxiety and depression, a randomized controlled trial. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2011 feb; 27(1): 50-64.



3. Berget, B., Ekeberg, O., y Braastad, B.O. Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders: effects on self-efficacy, coping ability and quality of life, a randomized controlled trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. [Internet]. abr 2008 [citado 1 jun 2017]; 4: 9. Disponible en: <http://cpementalhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-0179-4-9>.
4. Chu, C.I., Lin, J., Liu, C.Y., y Sun, C.T. The effect of animal-assisted activity on inpatients with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2009 dec; 47(12):42-48.
5. Fine, A., y Beck, A. Understanding our kinship with animals: input for health care professionals interested in the human/animal bond. Editado por: Aubrey H. Fine. *Handbook on Animal-Assisted Therapy: theoretical foundations and guidelines for practice*. 2ª Ed. San Diego, CA: Academic Press; 2010. p. 3-15.
6. Francis, G., Turner, J.T., y Johnson, S.B. Domestic animal visitation as therapy with adult home residents. *International Journal of Nursing Studies*. c1985; 22(3): 201-206.
7. Gutiérrez, G., Granados, D.R., y Piar, N. Interacciones humano-animal: características e implicaciones para el bienestar de los humanos. *Revista colombiana de psicología*. 2007 ago;16: 163-218.
8. Haughie, E., Milne, D., y Elliott, V. (1992). An evaluation of companion pets with elderly psychiatric patient. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. c1992; 20(4):362-372.
9. Kazuhiko, I., Waga, C. y Ohta, M. Questionnaire on animal-assisted therapy (AAT): The expectation for AAT as a day-care program for japanese schizophrenic patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2007 Jan; 11(4): 291-293.
10. Kovács, Z., Kis, R., Rózsa S., y Rózsa, L. (2004). Animal-assisted therapy for middle-aged schizophrenic patients living in a social institution. A pilot study. *Clinical Rehabilitation*. c 2004; 18(5): 483-486.
11. López-Cepero, J., Rodríguez-Franco, L., Perea-Mediavilla, M.A., Blanco, N., Tejada, A. y Blanco, A. Animal-assisted interventions: review of current status and future challenges. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2014 Mar; 14 (1): 85-101.
12. Marr, C.A., French, L., Thompson, D., Drum, L., Greening, G., Mormon, J., y Hughes, C.W. Animal-assisted therapy in psychiatric rehabilitation. *Anthrozoös*. c2000; 13(1): 43-47.
13. Martindale, B.P. Effect of animal-assisted therapy on engagement of rural nursing home residents. *American Journal of Recreation Therapy*. c2008; 7(4): 45-53.
14. Mayol Pou, A. *Terapia Facilitada per animals de companyia en pacients psicòtics greument deteriorats*. [Tesis Doctoral] Facultat de Psicologia, Universitat de les Illes Balears; 2002.
15. Moretti, F., De Ronchi, D., Bernabei, V., Marchetti, L., Ferrari, B., Forlani, C., et al. Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics*. 2011 jun; 11(2):125-129.
16. Muñoz-Lasa, S., Máximo-Bocanegra, N., Valero-Alcaide, R., Atín Arratibel, M.A., Varela-Donoso, E., y Ferreiro, G. Animal assisted interventions in neurorehabilitation: a review of the most recent literatura. *Neurología*. 2015 feb; 30 (1): 1-7.
17. Nathans-Barel, I., Feldman, P., Berger, B., Modai, I., y Silver, H. Animal-assisted therapy ameliorates anhedonia in schizophrenia patients: a controlled pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*. c2005; 74(1): 31-35.

18. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª ed. Rev. Washington D.C., U.S.A.; 2003.
19. Peralta, V., y Cuesta, M.J. Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Journal of Psychiatry Research*. 1994 jul; 53(1): 31-40.
20. Pérez Albéniz, A., Paúl, J., Etxeberría, J., Montes, M.P., y Torres, E. Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*. c2003; 15(2): 267-272.
21. Read, J., Mosher, L.R., y Bentall, R. *Models of madness: psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. New York, U.S.A.: Brunner-Routledge. 2004.
22. Uriarte, J.J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J.K., Beevor, A.S., y Curtis, R. Presentación de la traducción al castellano de la escala HoNos (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*. c1999; 11(4): 93-101.
23. Vázquez, C., Nieto-Moreno, M., Cerviño, M.J., y Fuentenebro, F. Efectos del incremento de la demanda cognitiva en tareas de atención sostenida en los trastornos esquizofrénicos y la esquizotipia. *Psicothema*. c2006; 18(2): 221-227.
24. Villalta Gil, V., Roca, M., González, N., Doménech, E., Cuca, Escanilla, A., Asensio, M.R., Esteban, M.E., Ochoa, S., y Haro, J.M. Dog-assisted therapy in the treatment of chronic schizophrenia inpatients. *Anthrozoös*. 2009 jun; 22(2): 149-159.
25. Zimolag, U., **Krupa T**. Pet Ownership as a Meaningful Community Occupation for People With Serious Mental Illness **American Journal of Occupational Therapy**. 2009 mar; 63: 126-137.
16. Zisselman, M.H., Rovner, B.W., Shmueli, Y., y Ferrie, P. A pet therapy intervention with geriatric psychiatry inpatients. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1996 jan; 50(1): 47-51.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# PROGRAMA DE INTERCAMBIO VACACIONAL PARA PERSONAS USUARIAS DE RESIDENCIAS DE DIFERENTES COMUNIDADES DE ESPAÑA

## **Leire Cabodevilla Galera**

Educadora. Residencia Hogar y Centro de Rehabilitación Psicosocial Félix Garrido. Centro propiedad del Gobierno de Navarra. Avánvida

## **Miren Garmendia Celayeta**

Terapeuta Ocupacional. Centro de Rehabilitación Psicosocial Arga, centro concertado con el Gobierno de Navarra. Avánvida.

## **Ana Pérez Zabalza**

Psicóloga Clínica. Centro de Rehabilitación Psicosocial Arga, centro concertado con Gobierno de Navarra. Avánvida.

## **Elisa Vázquez Subirats**

Formadora Laboral. Residencia Hogar y Centro de Rehabilitación Psicosocial Félix Garrido. Centro propiedad del Gobierno de Navarra. Avánvida.

Contacto: [fg.flaboral@avanvida.net](mailto:fg.flaboral@avanvida.net)

## INTRODUCCIÓN

Desde el modelo de Recuperación en el que sustentamos nuestro trabajo<sup>1,2</sup>, se pretenden fomentar las capacidades, la autonomía y la toma de decisión de las personas usuarias. La recuperación se define<sup>3</sup> como la construcción de un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona con valor independientemente de los síntomas o problemas. Así pues, nos alejamos de la patología, la enfermedad y los síntomas para acercarnos a la salud, la fortaleza y bienestar.

Desde este modelo la recuperación también está estrechamente relacionada con los procesos de inclusión social, cobrando especial relevancia las acciones que impliquen interacción social.

En este contexto, surge la idea de poner en marcha el Programa de Intercambio Vacacional. Este programa nace tras la propuesta de una persona residente que plantea la posibilidad de intercambiar su plaza de Residencia-Hogar Félix Garrido en Sarriguren (Navarra) con otra que viva en un alojamiento similar en otra Comunidad Autónoma, para unas vacaciones.

Así nace este programa, en el cual el respeto, la curiosidad y una mentalidad abierta son los valores esenciales a lograr a través del intercambio de las plazas residenciales.

## OBJETIVOS

El planteamiento del programa, es ofrecer a las personas usuarias a las que atendemos la oportunidad de poder disfrutar de unas vacaciones económicas en otros recursos de otras comunidades del país de características similares al suyo, donde queden cubiertas sus necesidades básicas.

Sin embargo, esta propuesta se nos presenta como una oportunidad única para poner en práctica todas aquellas áreas de rehabilitación psicosocial que se trabajan en nuestros centros, desde una perspectiva acorde a los principios del modelo de Recuperación.

Así pues, además del objetivo inicial de disfrutar de unas vacaciones diferentes y conocer otras residencias de características similares, nos propusimos otros objetivos a trabajar de manera transversal, que pasamos a explicar en más detalle a continuación:

Favorecer la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones sobre su propia vida. Este objetivo se enmarca dentro de uno de los pilares básicos de la recuperación: el empoderamiento de la persona usuaria<sup>3</sup>. El empoderamiento se define como el grado de elección, influencia y control que los usuarios de los servicios de Salud Mental pueden ejercer en los acontecimientos que se producen en sus vidas.

Fomentar logros vitales aumentando así su sentimiento de valía personal. Este objetivo es fundamental para el restablecimiento de una identidad positiva, especialmente tras las pérdidas ocurridas como consecuencia del diagnóstico y los fuertes sentimientos de minusvalía que suelen ir asociados, además de crisis de identidad en muchas ocasiones.

Impulsar la autonomía personal. Este objetivo también se asocia con el empoderamiento y la asunción de responsabilidad y control sobre la propia vida, que es el objetivo siguiente:

Desarrollar capacidades de compromiso y responsabilidad.

Promover la vivencia de nuevas experiencias a través del intercambio cultural y despertar nue-

vos intereses de ocio, favoreciendo el desarrollo de las capacidades para la relación social. Está ampliamente demostrada la importancia de la red social en todo proceso de recuperación. Según Shepherd, Boradman & Slade<sup>4</sup>, las personas no se recuperan solas; el proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social, y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido. Así, el fomento de la socialización en el contexto de unas vacaciones nos brinda una buena oportunidad para trabajar en este aspecto.

## METODOLOGÍA

La experiencia de intercambio vacacional es un programa innovador en Salud Mental, desarrollado entre la Comunidad Foral de Navarra y la provincia de Vizcaya.

Se ha llevado a cabo entre la Residencia-Hogar Félix Garrido, propiedad de Gobierno de Navarra y gestionada por la empresa Avanvida, y la Residencia Begoñalde gestionada por la Fundación Argia en Vizcaya, durante los años 2015 y 2016.

El programa consiste en que las personas participantes acudan de intercambio durante cinco días vacacionales a un nuevo centro, residiendo allí y teniendo la oportunidad de participar de sus actividades. Posteriormente se recogen las valoraciones de logros alcanzados.

El papel del/a profesional se caracteriza por ofrecer los apoyos necesarios para que los/as participantes del programa puedan disfrutar de una estancia lo más agradable posible en el recurso, conviviendo con los demás compañeros y compañeras y disfrutando de la nueva ciudad y de las oportunidades de disfrute que ésta ofrezca.

El acceso al programa de intercambio de vacaciones se realiza por iniciativa de las propias personas residentes; se recoge su demanda y se valora en el equipo la adecuación de la misma. Se hace en función de los criterios de inclusión y exclusión que exponemos a continuación:

CRITERIOS DE ACCESO	CRITERIOS DE IDONEIDAD	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN/ DESFAVORABLES
VOLUNTARIEDAD PARA HACER EL INTERCAMBIO	Presentar voluntariedad y motivación para participar en el intercambio. Haber participado de manera activa en el proceso de solicitud.	No decidirlo voluntariamente.
ESTABILIDAD PSICOPATOLÓGICA	Ausencia de ingresos hospitalarios por descompensación en los últimos 6 meses. Abstinencia de consumo de tóxicos.	Situación de desestabilización psicopatológica. Consumo activo de tóxicos.
RESPONSABILIDAD HACIA EL TRASTORNO Y SU TRATAMIENTO	Ser autónomo en la toma de medicación.	No seguir pautas farmacológicas de manera correcta.
CUMPLIMIENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES O CUIDADOS PARA LA SALUD	No presentar una patología médica que requiera atención sanitaria continua.	Negativa a seguir prescripciones médicas o pautas sobre el mantenimiento de hábitos saludables, en el caso de requerirlos (ej. No pincharse insulina, no seguir dieta prescrita en caso de padecer diabetes, consumir alimentos hacia los que se presenta algún tipo de alergia...)
GRADO RAZONABLE DE AUTONOMÍA EN REALIZACIÓN DE CUIDADOS BÁSICOS	Ser autónomo para en actividades básicas de la vida diaria (aseo, higiene, vestido, alimentación).	Ser dependiente en la mayor parte de las áreas de auto-cuidados y requerir asistencia de manera continuada por parte del personal.
GRADO RAZONABLE DE AUTONOMÍA EN EL MANEJO DEL ENTORNO	Ser autónomo en el manejo del transporte Ser autónomo en la utilización del teléfono Ser autónomo en el manejo de dinero Ser autónomo en las tareas de cuidado del hogar (lavandería, tareas de comedor, limpieza de habitaciones)	Presencia de grave deterioro cognitivo y alta dependencia que requiera asistencia de terceras personas para desenvolverse en el medio.
CONDUCTA	No presentar alteraciones de conducta que interfieran en la convivencia	Presencia de alteraciones de conducta que interfieran en la convivencia.

Una vez valorada la decisión en el equipo profesional, se transmite a la persona interesada. En el caso de haber más personas candidatas interesadas que plazas disponibles, es el equipo profesional quien determina la idoneidad de las personas beneficiarias del intercambio de vacaciones.

Hasta la actualidad, el programa de intercambio de vacaciones sólo se ha realizado con un recurso (Residencia Begoñalde), estando abiertos a que participen todos los servicios interesados. Para valorar la idoneidad de los servicios, se tienen en cuenta los aspectos contenidos en la siguiente tabla.

ALOJAMIENTO	<p>La persona usuaria se alojará en una habitación individual con baño.</p> <p>Será responsable de su habitación, para lo cual dispondrá de una llave personal e intransferible, asumiendo la responsabilidad de mantenerla cerrada en su ausencia, así como las consecuencias derivadas de no hacerlo.</p> <p>Deberá de encargarse del orden y mantenimiento de su habitación durante la estancia vacacional.</p> <p>Tanto por higiene y salud propias, como por respeto a los/as compañeros/as, es imprescindible guardar las más elementales normas de aseo personal.</p>
MANUTENCIÓN	<p>El centro ofrecerá 5 comidas al día establecidos según horarios del servicio.</p> <p>La persona usuaria participará en las tareas de comedor que le correspondan con el resto de los compañeros/as</p>
LAVANDERÍA	<p>La persona usuaria podrá hacer uso de la lavandería un día a la semana según los horarios establecidos en el centro.</p> <p>El cambio de sábanas y toallas se realizará un día a la semana según los horarios establecidos en el centro (o siempre que sea necesario)</p>
RECEPCIÓN Y CONTROL DE SALIDAS	<p>La persona usuaria podrá salir del centro previo aviso al personal de la residencia. Para ello se dispone de una hoja de control de entradas y salidas a disposición de las personas usuarias.</p>
PROGRAMA DE ACTIVIDADES	<p>La persona usuaria podrá participar voluntariamente en las actividades del CRPS (excepto el mes de julio que permanecerá cerrado) y en las actividades de ocio y tiempo libre organizadas des la Residencia-Hogar.</p>

Lo que se pretende es que la atención residencial ofrezca un servicio que permita a las personas desenvolverse de la forma más autónoma posible, tanto en el destino vacacional como en el entorno comunitario.

Consideramos que la experiencia de «vivir como la gente local» puede enriquecer el conocimiento de otras culturas y puede enseñarnos diferentes maneras de funcionar más enriquecedoras. Ayuda en el aprendizaje de uno mismo, y ayuda a superar nuevos retos que suponen el desplazarse a un lugar diferente al habitual y tener que desarrollar capacidades de adaptación para desenvolverse en el nuevo entorno. Creemos que este proyecto puede contribuir en la auto-realización personal y puede influir positivamente en la mejora de la autoestima de las personas diagnosticadas de Trastorno Mental Grave.

Se trata de un programa pionero en España, no se han encontrado experiencias de este tipo en población con trastorno mental grave, sin embargo, sí se han hallado experiencias en tercera edad<sup>5</sup> donde los residentes de asilos pueden intercambiar con otros ancianos sus residencias o incluso alquilar habitaciones a precio reducido en hogares con plazas vacantes.

## DESARROLLO

La idea surgió de una persona usuaria de la RH Félix Garrido como alternativa a unas vacaciones ordinarias. Esta persona, expresó su deseo de intercambiar su plaza de la Residencia-Hogar durante las vacaciones con otra persona que viviese en un alojamiento de características similares en otra comunidad de España.

Teniendo en cuenta que uno de los principios básicos de nuestro recurso consiste en empoderar a las personas usuarias<sup>1, 2</sup>, se decidió dar respuesta a su idea y poner en marcha el que hoy es el Programa de Intercambio Vacacional.

Este programa se ha llevado a cabo durante dos años consecutivos, 2015 y 2016, con la intención de mantenerlo en el tiempo en los próximos años. Han participado un total de 8 personas, algunas repitiendo experiencia, y se ha propuesto la posibilidad de exportarlo a otras comunidades.

Destacar que, con este programa, además del disfrute de unas vacaciones diferentes, se han trabajado y conseguido aspectos tan importantes como el derecho a tomar decisiones, la capacidad de compromiso y responsabilidad, siendo la persona parte activa e implicada en todo el proceso de manera voluntaria. Simultáneamente, se ha promovido la autonomía personal ya que todas las personas participantes han demostrado habilidades para desenvolverse en el entorno, utilizar los transportes públicos y gestionar su dinero. Además, han establecido nuevas relaciones sociales en el lugar de destino y expresan interés en realizar intercambio con otras residencias de ámbito nacional.

Los resultados obtenidos en estos dos años, son los siguientes:

PROGRAMA INTERCAMBIO VACACIONAL			
	2015	2016	
FECHA	29-09-2015 al 05-10-2015	15-12-2016 al 19-12-2016	
COMUNIDAD Y LUGAR DE INTERCAMBIO	Vizcaya, Residencia Begoñalde	Vizcaya, Residencia Begoñalde	
ENTIDAD ORGANIZADORA Y COLABORADORA	Organiza RH Félix Garrido (Avanvida) en colaboración con Fundación Argia	Organiza RH Félix Garrido (Avanvida) en colaboración con Fundación Argia	
Nº PARTICIPANTES	2 personas residentes de la RH Félix Garrido y 2 personas residentes de la Residencia Begoñalde	3 personas residentes de la RH Félix Garrido y 3 personas residentes de la Residencia Begoñalde.	
GRADO DE SATISFACCIÓN	Encuestas de satisfacción Personas usuarias Félix Garrido y Begoñalde Con las vacaciones: 9.5/10 Con las actividades: 9/10 Con los/as profesionales: 10/10 Con las instalaciones: 9/10 Con la convivencia y los/as compañeros/as: 9.75/10 Valoración Global: 9.45/10	Encuestas de satisfacción, personas usuarias Félix Garrido Con la organización de las vacaciones: 3.7 /5 Con el apoyo profesional: 4.7/5 Con las instalaciones: 1.3 /5 Con la Ubicación: 5/5 Con la duración: 2.3/5 Con el horario: 3.7/5 Valoración global: 2.9/5	Encuestas de satisfacción, personas usuarias Begoñalde Con la actividad realizada: 4.7 /5 Con las personas responsables: 5/5 Con la organización: 5/5 Con el lugar: 5/5 Con la duración y el horario: 4.7/5 Valoración global: 2.9/5

El programa de intercambio vacacional, como se observa en la tabla anterior, se ha llevado a



cabo durante dos años consecutivos. Se pone en marcha por primera vez en septiembre de 2015 y la experiencia se vuelve a repetir en octubre de 2016. En ambas ocasiones el intercambio se ha realizado entre la RH Félix Garrido (Navarra) y la Residencia Begoñalde (Vizcaya).

El número total de participantes a lo largo de los dos años ha sido de 8 personas: 5 personas de la RH Félix Garrido y 3 personas de la Residencia Begoñalde. De estas últimas 3 personas, 2 han repetido la experiencia ambos años. En 2015 participaron 2 personas usuarias de la RH Félix Garrido, y otras 2 personas de la Residencia Begoñalde. Y en el año 2016 el número de participantes aumentó, siendo de 3 personas usuarias por cada recurso.

En el año 2015 el grado de satisfacción recogida fue muy elevado. Como se observa en la tabla, los aspectos más valorados fueron: Los profesionales con 10 puntos, convivencia y compañeros/as con 9.75 puntos y vacaciones en general con 9.5 puntos. Por el contrario los aspectos menos valorados fueron: Actividades e instalaciones ambas con 9 puntos. A la valoración global del programa se le atribuyeron 9.45 puntos.

En el año 2016 el sistema de valoración se mejoró. Para ello, cada entidad decidió pasar un cuestionario de satisfacción propio y diferente, más acorde a los servicios y actividades ofrecidas por cada centro. Debido a esta modificación, no es posible realizar una comparativa estricta de la satisfacción del total de personas participantes. Ya que cada herramienta valora unos ítems diferentes. Sin embargo, si realizamos un análisis más cualitativo y cuantitativo de los datos, se puede observar que pese a que parezca que el grado de satisfacción en algunos aspectos es más elevado por parte de las personas participantes de la Residencia Begoñalde, la valoración global del programa es la misma para las personas participantes de ambos recursos (2.9 puntos de 5).

Del total de las 8 personas participantes, 5 repetirían la experiencia (62.5%). Las otras 3 personas sólo volverían a participar en el caso de tener la posibilidad de hacerlo en otra Comunidad Autónoma.

En ambos años se han recogido sugerencias de mejora. Exponemos las más destacables a continuación:

Solicitan lugares de intercambio que tengan espacios abiertos como jardines y terrazas.

Sugieren que se adhieran al programa residencias ubicadas en zonas costeras como San Sebastián y Barcelona.

Expresan que les gustaría tener una persona usuaria de referencia en el lugar de destino durante el periodo vacacional.

Refieren que disfrutarían más del programa si el periodo vacacional fuera más largo, 10 días como mínimo.

También se han recogido testimonios en primera persona que nos parece interesante mostrar:

«Todo ha estado bien hecho por parte de los profesionales en la otra Residencia».

«Han estado siempre muy atentos con nosotros y hemos estado muy bien acompañados».

«He sentido mucho apoyo».

«Me he sentido súper apoyado y acogido. Me fueron a buscar. Me acuerdo de los nombres de todos».

«He disfrutado mucho, me he sentido como en una residencia pero de vacaciones. Lo he pasado muy bien, me he sentido con libertad».

«Más días, mínimo 12 días».

«Genial, todos me han apoyado».

«Me hubiera gustado estar más días».

## CONCLUSIONES

Frecuentemente en nuestros centros nos encontramos con que muchas de las personas usuarias tienen dificultades relacionadas con la falta de iniciativa, falta de motivación, aislamiento social, rigidez en sus rutinas y dificultad de adaptación a los cambios. El éxito del programa de intercambio vacacional pone de relieve la posibilidad de mejorar en estos aspectos trabajando de una manera transversal, y potenciando las fortalezas y capacidades, y lo que es más importante, con gran disfrute de los/as participantes. Además, el hecho de que sea una iniciativa propuesta por uno/a de ellos/as proporciona aún mayores posibilidades de mejoría si tenemos en cuenta los principios de Recuperación arriba expuestos. El programa de intercambio vacacional se ha convertido en una actividad rehabilitadora en la que convergen múltiples beneficios. Las propias personas usuarias se convierten en actores principales de su proceso de rehabilitación, teniendo la oportunidad de demostrar que están muy capacitados/as para decidir sobre su proyecto de vida. Aunque hasta ahora no habíamos encontrado experiencias de este tipo en población con trastorno mental grave (solo en tercera edad)<sup>5</sup>, consideramos que esta iniciativa puede resultar una buena práctica a implantar en otros dispositivos de Salud Mental.

## REFERENCIAS

1. Sheperd G, Boardman J, Burns M. Policy Paper: Implementando la recuperación. Una metodología para el cambio organizativo [Internet]. Centre for Mental Health; 2009. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Implementandorecuperacion.pdf>
2. Sheperd G, Boardman J, Slade M. Documento estratégico: Hacer de la recuperación una realidad [Internet]. Sainsbury Centre for Mental Health; Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/42/Hacer\\_Realidad\\_la\\_Recuperaci%C3%B3n.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/42/Hacer_Realidad_la_Recuperaci%C3%B3n.pdf)
3. World Health Organization. Empoderamiento del usuario de salud mental – declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. Disponible en: <http://www.ascane.org/docs/Empoderamientosaludmental.pdf>
4. Shepherd G, Boardman J, Slade M. El movimiento de la Recuperación (Recovery). 2008
5. EFE/Liublana. Vacaciones de ancianos: una red social permite intercambiar plaza de residencia. ABC. 20/10/2015; Turismo tercera edad. Disponible en: <http://www.abc.es/viajar/20130426/abci-turismo-tercera-edad-residencias-201304261739.html>

**VOLVER AL ÍNDICE**

# CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL Y TRASTORNO MENTAL GRAVE: EXPERIENCIA Y SEGUIMIENTO DE USUARIOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

**Raúl Naranjo Valentín**

CRL Retiro. Línea de Rehabilitación Psicosocial  
de Hermanas Hospitalarias (LRHP)

**Fernando Cobo Martínez**

CRL Vallecas. Línea de Rehabilitación Psicosocial  
de Hermanas Hospitalarias (LRHP)

**Carlos Rebolleda-Gil**

CRPS Aranjuez. Línea de Rehabilitación Psicosocial  
de Hermanas Hospitalarias (LRHP)

**Eduardo González-Fraile**

Instituto de Investigaciones Psiquiátricas  
de Hermanas Hospitalarias (IIP)

**Equipo de investigación  
Centros de Rehabilitación Laboral LRHP**

Contacto: [rnaranjo.sanmiguel@hospitalarias.es](mailto:rnaranjo.sanmiguel@hospitalarias.es)

## INTRODUCCIÓN

La inserción laboral es una de las metas fundamentales en el tratamiento de personas diagnosticadas de trastorno mental grave<sup>1</sup>. En base a la definición y principios de la «recuperación»<sup>2, 3</sup> la atención se ha focalizado en la inserción en empleos normalizados, lo cual supone una mejora directa sobre el rol social y los ingresos económicos del individuo<sup>4, 5</sup>. Igualmente, un empleo estable puede producir mejoras en el control de la sintomatología<sup>6, 7</sup>, autoestima y calidad de vida<sup>8-10</sup>, así como, en el funcionamiento global<sup>6</sup> de las personas con enfermedad mental.

Para conseguir la inserción laboral de personas con trastorno mental grave se han utilizado técnicas de entrenamiento prelaboral, así como de empleo con apoyo. Las primeras están más centradas en talleres en los que se trabajan habilidades específicas relacionadas con el desempeño laboral en entornos simulados, la segunda, está dirigida a una rápida búsqueda de empleo acompañada de apoyo individualizado y continuado en el propio puesto de trabajo. En 2011 se publicó la revisión de la *Cochrane Collaboration*<sup>11</sup> en la que señalaba el empleo con apoyo como la metodología más efectiva. Desde entonces, numerosos estudios controlados<sup>12-18</sup>, revisiones y metaanálisis<sup>19, 20</sup> se centraron en el estudio del empleo con apoyo refrendando los hallazgos previamente mencionados. Entre estas investigaciones, cabe mencionar, la llevada a cabo por Burns et al<sup>21</sup>, en la que tras un periodo de intervención de 18 meses, encontraron que un 55% de las personas que recibieron un programa de empleo con apoyo obtuvieron trabajo. Por su parte, este resultado suponía una diferencia significativa respecto al 28% que obtenían empleo tras la aplicación de entrenamiento prelaboral.

Los estudios de Saiyers et al<sup>22</sup> y de Becker et al<sup>23</sup> analizaron esta misma situación de manera retrospectiva, estudiando el estado actual de ex usuarios que 10 años antes habían recibido programas de empleo con apoyo. Utilizando un cuestionario *ad hoc*, preguntaron a los sujetos acerca de su actividad laboral, ocupacional, social y psicopatológica en los últimos años. Ambos estudios coincidieron en sus resultados, encontrando una tasa de empleo superior al 75%. Sin embargo, sus resultados discreparon respecto al tiempo de duración de los trabajos. Saiyers et al<sup>22</sup> encontraron que el 33% de los sujetos habían tenido algún tipo de ocupación laboral durante, al menos, la mitad del tiempo evaluado, mientras que Becker et al<sup>23</sup> obtienen un valor del 71% para esta misma medida. Ambas investigaciones llegan a conclusiones muy parecidas respecto a los beneficios asociados al mantenimiento de un empleo, encontrando mejoras en autoestima, esperanza, relaciones sociales, control del consumo de tóxicos, sintomatología y habilidades de afrontamiento, entre otras.

Estos efectos positivos también han sido encontrados en diferentes países y bajo condiciones económicas diferentes<sup>20</sup>. Ejemplo de esto son los estudios llevados a cabo en Australia<sup>18</sup>, Japón<sup>16</sup>, Holanda<sup>15</sup>, Suecia<sup>12</sup> o Suiza<sup>14, 17</sup>. Incluso, cuando el crecimiento del producto interior bruto es menor al 2%, el empleo con apoyo muestra aun mayor diferencia en cuanto a su eficacia respecto al entrenamiento prelaboral<sup>20</sup>.

En el caso de España, país que se ha visto azotado por una fuerte crisis económica desde el año 2008, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la tasa de empleo de las personas con discapacidad desde el año 2008 al 2014 se ha reducido un 2, 3%, mientras que en el caso de las personas sin discapacidad fue mucho mayor, concretamente de un 12, 3%. Estas diferencias, en cualquier caso, se han debido más a la destrucción de empleo en la población sin discapacidad que a la creación de empleo en la población con discapacidad. En el año 2014 las personas con discapa-

cidad tenían una tasa de empleo del 25,7%, frente al 58,2% del resto del conjunto de la población. El porcentaje de empleo en personas con trastorno mental grave fue del 15,8%<sup>24</sup>.

Para paliar esta situación, en la Comunidad de Madrid, existen los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL). Estos recursos, creados en el año 1991, y dependientes de la Consejería de Políticas Sociales y Familia, tienen la finalidad de ayudar a personas con trastorno mental grave a recuperar o adquirir los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral, así como apoyar su integración y mantenimiento en el mismo. Para ello, se sirven de una metodología de intervención mixta y flexible en la que se combinan el empleo con apoyo y el entrenamiento prelaboral, entre otros. Los CRL trabajan en estrecha coordinación con los Servicios de Salud Mental, encargados de la atención psiquiátrica y seguimiento de estas personas, y con el conjunto de recursos de formación y empleo. Su capacidad de atención por centro se sitúa en torno a 50 usuarios<sup>25</sup>.

Como señala Valmorisco- Pizarro<sup>26</sup>, las fases por las que puede llegar a pasar un usuario cuando acepta incorporarse a un CRL, de forma resumida, son: acogida, evaluación, elaboración del Plan Individualizado de Recuperación Laboral (PIRL), intervención, seguimiento y alta. Si bien, existen dos posibles rutas diferenciadas, la primera de ellas tiene que ver con personas que acuden al CRL y no tienen empleo, mientras que la segunda se lleva a cabo con aquellas personas que acuden al recurso con un puesto de trabajo y precisan de herramientas para mantenerlo. Las personas atendidas que se encuentran en este segundo itinerario no acuden a los talleres prelaborales, pero se les propone un PIRL y se les ofrece apoyo directo o indirecto en el puesto de trabajo, así como, si se considera conveniente, algunos de los programas propios de cada centro. Por lo tanto, no hablamos de un itinerario lineal, sino que en la práctica ofrece bastante flexibilidad, de modo que, si así lo aconsejan las circunstancias, una persona puede pasar del PIRL a la fase de entrenamiento en talleres prelaborales o directamente al empleo.

Señalar que a lo largo del año 2014, los CRL atendieron un total de 1313 personas, de las cuales el 47,4% mantuvieron o consiguieron un empleo<sup>26</sup>. Si bien, aunque es posible conocer datos de la eficacia de los CRL durante el proceso de intervención<sup>26</sup>, se desconoce la evolución de los usuarios tras su salida del recurso, ya que no se realiza un seguimiento sistemático y exhaustivo de los mismos.

El objetivo principal de este estudio fue describir la situación laboral de los ex usuarios de los CRL tras su paso por el dispositivo. Como objetivo secundario, se analizaron las variables independientes (sociodemográficas, clínicas, y asistenciales) que pudieran estar relacionadas con la obtención de empleo. Para ello, se hizo una comparación entre los sujetos que tuvieron una actividad laboral tras su salida del centro y los sujetos que no la tuvieron.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Muestra:** Para reclutar a la muestra del presente estudio se realizaron contactos telefónicos con ex usuarios del CRL de Retiro y del CRL de Vallecas durante los meses de Septiembre y Diciembre de 2014.

La muestra estaba compuesta por 70 participantes de ambos sexos, los cuales se dividieron en dos grupos en base a los resultados en la variable de «actividad laboral tras salida del dispositivo». El primer grupo denominado grupo de casos lo formaban 24 sujetos que tuvieron al menos un tra-

bajo desde su salida del CRL. El grupo cuasi-control estaba formado por 46 sujetos que no tuvieron trabajo tras su salida del dispositivo.

Como criterios de inclusión, los participantes debían: a) aceptar participar libremente en el estudio mediante la firma del consentimiento informado, b) haber finalizado el proceso de evaluación y tener elaborado el denominado Plan Individualizado de Recuperación Laboral (PIRL), c) que desde su CRL o desde su Servicio de Salud Mental (SSM) no se estimara inconveniente alguno en la participación del ex usuario.

Todos los participantes firmaron el consentimiento informado en el que se les explicaba los objetivos del estudio, la información que se iba a recoger, la voluntariedad de su participación, y uso y manejo de los datos. Previamente, el estudio fue presentado y aprobado por un Comité de Bioética, por la Comisión de Investigación de la Línea de Rehabilitación Psicosocial de Hermanas Hospitalarias, y por los responsables técnicos de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera, organismo dependiente de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. El estudio contó con el asesoramiento metodológico del Instituto de Investigaciones Psiquiátricas perteneciente a Hermanas Hospitalarias ([www.fundacion-iip.org](http://www.fundacion-iip.org)).

**Diseño:** Estudio transversal «*ex post facto*» retrospectivo con grupo cuasi-control. El grupo de casos estaba formado por los sujetos que habían tenido un empleo desde su salida del CRL. El grupo control correspondía a los sujetos que no habían encontrado empleo desde su salida del CRL.

**Variables:** Para la recogida de datos y evaluación de la muestra se utilizó un cuestionario semiestructurado diseñado ad hoc específicamente para el estudio. Las variables pueden agruparse en cuatro apartados:

1.- Datos sociodemográficos y clínicos al ingreso: Referidos a edad, sexo, estado civil, hijos, ingresos económicos, experiencia laboral previa, etc. Como aspectos clínicos se consideraron el diagnóstico, años de evolución de enfermedad, consumo de sustancias e ingresos psiquiátricos.

2- Datos asistenciales durante la estancia en el CRL: Información acerca de los programas y actividades que el usuario recibió durante su estancia en el CRL: «talleres prelaborales», entrevistas de «orientación vocacional», «entrenamiento en habilidades sociales», «intervenciones con familias», «búsqueda activa de empleo», «preparación curricular y entrevistas», «apoyo directo en el puesto» y seguimiento («apoyo indirecto») para aquellos usuarios que ya estaban trabajando. Además se recogió información referida al tiempo de estancia del usuario en el CRL y el tipo de salida del mismo: abandono, alta o baja. Más concretamente, se entiende por abandono cuando el usuario decide dejar el tratamiento en el CRL de forma unilateral; por alta, el momento en el que el usuario consigue un empleo o alcanza de forma satisfactoria los objetivos propuestos en su PIRL; mientras que, se entiende por baja, el momento en el que el usuario, tras no conseguir los objetivos de su PIRL, es derivado a otro recurso más adecuado a sus necesidades o, debido a un cambio de domicilio, continua con su tratamiento en otro CRL.

3- Situación laboral tras salida de CRL: Se entrevistó a los ex usuarios para conocer su situación a nivel laboral desde su salida del dispositivo. En este apartado podían indicar qué trabajos habían desempeñado, durante cuánto tiempo y en qué condiciones de contratación. A fin de poder homogeneizar el registro de los empleos señalados, estos se clasificaron según las categorías de ocupaciones del INE (24).

4- Uso de recursos y satisfacción personal tras salida del CRL: En este apartado se les preguntó

a los ex usuarios acerca del uso de recursos asistenciales (ingresos hospitalarios, uso de servicios de salud mental, asistencia a otros dispositivos, etc.) y aspectos referidos a su satisfacción personal a nivel laboral sentimental, social, mental y física. La satisfacción personal se midió a través de una escala tipo Likert con un rango de 1 a 7, (1=«*Muy insatisfecho*», 2=«*Bastante insatisfecho*», 3=«*Algo insatisfecho*», 4=«*Indiferente*», 5=«*Algo satisfecho*», 6=«*Bastante satisfecho*», 7=«*Muy satisfecho*»).

Los datos de los apartados 1 y 2 se obtuvieron a través de los registros asistenciales previos del CRL, mientras que los datos de los apartados 3 y 4, al requerir la colaboración directa del ex usuario, se aplicaron mediante entrevista presencial en el mismo centro. En el caso de los ex usuarios interesados en colaborar a los que, por diferentes motivos, no les fue posible acudir al centro, esta entrevista se administró telefónicamente.

**Análisis:** Los análisis descriptivos se representan mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como, medias y desviaciones típicas para las variables continuas.

Previo a la realización de las comparaciones entre grupos, se comprobó la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Para la comparación de variables categóricas se hizo uso de los estadísticos de ji-cuadrado de Pearson (12). Para la comparación de medias para muestras independientes se utilizó la T de Student (prueba paramétrica) o la U de Mann Whitney (prueba no paramétrica).

Todos los análisis fueron efectuados de manera independiente por el equipo del Instituto de Investigaciones Psiquiátricas de Hermanas Hospitalarias (IIP), mediante el uso del software estadístico SPSS v.21.

## RESULTADOS

Para el estudio se consiguió reclutar un total de 70 sujetos ex usuarios del CRL. En el momento del ingreso en el dispositivo, el perfil sociodemográfico predominante era de un sujeto varón (72, 9%), con una edad media de 35, 7±7, 47 años, soltero, que convive con su familia, y con un nivel educativo bajo-medio. A nivel clínico, los participantes mayoritariamente presentaban diagnóstico de psicosis (57, 1%), con un grado de discapacidad superior al 65%, sin apenas consumos de sustancias tóxicas (20%) y con escasos ingresos hospitalarios (en torno a 1-2). A nivel laboral, el 90% tenían algún tipo de experiencia previa, de la cual la mayoría había sido superior al año (75, 7%). En el momento del ingreso en el dispositivo, la fuente de ingresos económicos mayoritaria eran las pensiones (60%) (Tabla 1).

Durante su estancia en el dispositivo, los usuarios recibieron a una media de 2, 82±1, 81 programas, de los cuales los más demandados fueron los talleres prelaborales (75, 7%), orientación vocacional (60, 3%) y preparación de CV y entrevista (58, 2%). El tiempo medio de estancia en el CRL fue de 2, 51±1, 7 años. El motivo principal de salida del dispositivo fue baja (37, 1%), seguido de alta (34, 3%) y, por último, abandono (28, 6%). El tiempo medio transcurrido desde su salida del CRL a la aplicación del cuestionario fue de casi 5 años (4, 55±2). Por su parte, la mayor tasa de integración laboral se dio en el caso de los usuarios que habían sido dados de alta (por cumplimiento de objetivos de su PIRL o por integración laboral) (79, 2%), mientras que el 12, 5% de los que consiguieron trabajo habían abandonado la intervención y el 8, 3% habían sido bajas (cambio de dispositivo



o cambio de domicilio). Por otro lado, respecto a aquellos usuarios que no consiguieron ningún empleo en el periodo de tiempo transcurrido hasta la evaluación, un 37% habían dejado el centro por abandono de la intervención, el 52, 2% de habían sido baja del dispositivo y el 10, 9% habían sido dados de alta. (Tabla 2)

Tras la salida del centro, un 34, 28% (N = 24) de usuarios declararon haber desempeñado algún tipo de trabajo. Por su parte, un 31, 43% (N= 22) refirieron encontrarse trabajando en el momento en el que se efectuó la entrevista. El grupo de sujetos activos consiguió un total de 41 contratos laborales. La media fue de 1, 7 empleos por sujeto, la moda de 1 y el máximo de 5. De estos 41 contratos, la mayoría se correspondían con empleos «no cualificados en el sector servicios» (29, 26%), seguido de empleos como «operadores de instalaciones y maquinarias fijas, y montadores» (24, 3%) y empleos «de oficina sin atención al público» (21, 95%). La mayoría de contratos fueron a jornada completa (73, 17%), en régimen temporal (41, 46%) e indefinido (34, 14%). El tiempo medio de contratación fue de dos años aproximados, siendo el máximo de 99 meses y el mínimo de 20 días. El motivo de finalización de los contratos fue generalmente por fin de obra (75%). (Tabla 3).

En el momento de la recogida de los datos, los usuarios indican un grado general de satisfacción mínimamente positivo («algo satisfecho»), siendo las áreas familiar (4, 98±1, 85) y laboral (3, 80±1, 94) las que presentan un mayor y menor grado de satisfacción respectivamente (Tabla 4).

En la comparación entre el grupo de sujetos que habían tenido empleo tras su salida del CRL y los sujetos que no habían trabajado, se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la variable sociodemográfica referida a la fuente de ingresos económicos previos a la entrada del dispositivo ( $\chi^2=14, 15$ ,  $gl=2$ ,  $p=0, 001$ ). Dentro de las variables clínicas, el consumo de sustancias tóxicas ( $\chi^2=5, 72$ ,  $gl=1$ ,  $p=0, 017$ ) y el número de ingresos hospitalarios ( $\chi^2=8, 27$ ,  $gl=3$ ,  $p=0, 041$ ) presentaron valores estadísticamente significativos. (Tabla 1).

Atendiendo a las variables relacionadas con el programa de intervención de los CRL destacan, a favor de aquellas personas que consiguieron empleo tras su salida del recurso, las variables de tiempo de estancia en el dispositivo ( $t=2, 21$ ,  $gl=68$ ,  $p=0, 03$ ), la asistencia a los programas de búsqueda activa de empleo ( $\chi^2=5, 59$ ,  $gl=1$ ,  $p=0, 018$ ), entrenamiento en CV y entrevista ( $\chi^2=7, 5$ ,  $gl=1$ ,  $p=0, 006$ ), y apoyo en el empleo, directo ( $\chi^2=6, 31$ ,  $gl=2$ ,  $p=0, 043$ ) e indirecto ( $\chi^2= 14, 88$ ,  $gl=1$ ,  $p=0, 00$ ). Y, por último, la variable tipo de salida del centro ( $\chi^2= 32, 91$ ,  $gl=2$ ,  $p=0, 00$ ). (Tabla 2). En las cuestiones referidas a la satisfacción personal tras la salida del dispositivo, únicamente la satisfacción en vida laboral ( $t=2, 51$ ,  $gl=66$ ,  $p=0, 014$ ) reflejó una clara diferencia a favor del grupo que obtuvo trabajo tras su salida del dispositivo (Tabla 4).

## DISCUSIÓN

Los resultados muestran que un 34, 28% de los antiguos usuarios de CRL tuvieron alguna actividad laboral en los años siguientes. Este porcentaje indica que el efecto de inserción laboral o acceso al empleo se mantiene tras la salida del dispositivo para una parte de la muestra. Un posible cuestionamiento de este dato es que el este porcentaje se debiese en gran parte al efecto inmediato de continuidad (aunque solo fuese de un día) de aquellos usuarios que salieron del dispositivo trabajando. Sin embargo, además de medir si el sujeto había tenido empleo durante todo el periodo desde la salida, en el estudio se midió también si los sujetos tenían empleo en el momento



de realización de la entrevista, evidenciándose que los datos sobre empleo actual (31, 43%) no distan en exceso de los de empleo en el periodo desde la salida (34, 28%), por lo que el porcentaje de empleo tras la salida es consistente a lo largo del tiempo, en este caso, varios años después.

Si comparamos estos datos con las tasas de empleo del INE, observamos que la tasa de empleo de la muestra estudiada es superior a la encontrada en personas con discapacidad por trastorno mental grave en el año 2013 (15, 7%) y 2014 (15, 8%)<sup>24</sup>. Si bien, conviene aclarar que, a diferencia de la muestra empleada en el presente estudio la cual incluye personas con y sin certificado de discapacidad, la muestra empleada por el INE únicamente hace referencia a personas poseedoras de certificado de discapacidad.

En cuanto a las características de los empleos encontrados, muestran un nivel de calidad similar al registrado en aquellos empleos obtenidos durante el proceso de rehabilitación laboral. En general, son empleos de baja cualificación (trabajadores no cualificados en servicios y operadores de instalaciones y maquinaria fijas, y montadores, según categorías del INE) y empleos en el ámbito de la administración y la oficina (empleados de oficina sin atención al público). Por otro lado, son en su mayoría en jornada completa (73, 17%), con un porcentaje considerable en contratación indefinida (34, 14%), casi la mitad en empleo ordinario (48, 78%) y el 75% de los casos finalización por fin de obra.

El nivel de satisfacción en las diferentes áreas vitales (trabajo, familia, sentimental, social, mental y física) resulta discreto, situándose entre las categorías «indiferente» y «algo satisfecho», lo cual sustenta la necesidad de intervención y apoyo a esta población en múltiples áreas. Por otro lado, el hecho de tener un empleo mostraba una mejora significativa de la satisfacción en el área laboral frente al grupo que no obtuvo empleo, pero esta mejora no se daba en el resto de áreas, lo que podría indicar que en muchas ocasiones la obtención de empleos no ha aportado cambios sustanciales en otras áreas vitales (social, familiar, emocional, etc.) que permitiesen aumentar la satisfacción con las mismas.

En cuanto al análisis de las variables independientes que presentaron diferencias significativas entre los grupos, destaca el tipo de salida del dispositivo. El 79, 2% de los sujetos que habían encontrado empleo habían sido dados de alta, este dato parece apuntar a que los procesos de rehabilitación laboral exitosos logran mantener sus resultados en el tiempo en un alto porcentaje, incluso cuando el periodo de evaluación es prolongado (media 4, 55±2 años desde la salida del recurso). Por otro lado, solo un 20, 8% de los sujetos que lograron tener alguna actividad laboral habían salido del CRL por otros motivos diferentes al alta (abandono o baja). Así pues, el tipo de salida del CRL parece un posible indicador de la evolución futura de estos usuarios en términos de empleo.

Otra variable que presentaba diferencias estadísticamente significativas entre grupos fue la fuente de ingresos económicos a la entrada al CRL. Los resultados iniciales indicaron que los usuarios que percibían ingresos económicos ligados a algún tipo de pensión tuvieron peores resultados de empleo tras la salida del CRL. Se observó que la mayor parte de las pensiones de este grupo estaban relacionadas con el cuidado de un familiar menor o con pensiones no retributivas debidas a discapacidades mayores del 65%. Estos datos van en la línea de la idea bastante generalizada de que el cobro de pensiones afecta negativamente a la motivación para el empleo y a la disposición de los sujetos para aceptar condiciones laborales, por la gran precariedad salarial, que en muchas ocasiones no mejoran sustancialmente las prestaciones que ya reciben. Existe además un temor por parte de los sujetos y de sus familiares a que el empleo ponga en riesgo el mantenimiento de las pensiones que reciben. Pero en cualquier caso, esta relación necesitaría ser estudiada de forma

específica en futuros estudios, ya que puede haber otras variables que la expliquen como, por ejemplo, el que los usuarios con discapacidad reconocida y mayor del 65% presenten un peor nivel de funcionamiento que aquellos con discapacidades menores o sin discapacidad.

A nivel clínico, un menor número de ingresos hospitalarios previos a la entrada al dispositivo, así como un menor porcentaje de consumo de sustancias tóxicas, son circunstancias que favorecen la obtención y mantenimiento de los trabajos.

Con respecto a las variables del propio proceso rehabilitador, los sujetos que permanecen más tiempo en el dispositivo presentan mayor porcentaje de empleo tras la salida. Podría pensarse que hacer el proceso más largo (la media en el grupo de empleo tras la salida es de más de 3 años) favorecería el éxito en la intervención y el empleo a largo plazo. Sin embargo, también cabe una lectura inversa, en el sentido de que aquellos sujetos que van obteniendo resultados positivos en el proceso rehabilitador, están más dispuestos a continuar en el dispositivo.

Los programas de intervención que más estuvieron relacionados con la obtención de trabajo tras la salida del recurso, resultaron ser el entrenamiento en búsqueda activa de empleo, el programa de preparación curricular y entrenamiento en entrevistas y el apoyo en el empleo (directo e indirecto), mientras que otros programas como el entrenamiento prelaboral, la orientación vocacional, el entrenamiento en habilidades sociales o las intervenciones con familias no mostraron diferencias significativas.

Estas diferencias en cuanto a los programas pueden deberse a varios motivos. Por un lado, los programas que muestran una correlación significativa parecen estar muy vinculados a la actividad laboral en si misma o a la preparación inmediata para ella. Esto podría indicar que el factor que correlaciona con el empleo futuro es la obtención de empleo durante el proceso de rehabilitación y por ende, aquellos programas relacionados con este.

Por otro lado, como ya se indica en la parte introductoria, el modelo de abordaje que se lleva a cabo en los CRL no supone un itinerario lineal, sino que ofrece flexibilidad. Por lo tanto, existen itinerarios diferenciados en el caso de los usuarios que acuden a los CRL, de modo que, si lo aconsejan las circunstancias, una persona puede pasar del PIRL a la fase de entrenamiento en talleres prelaborales o directamente al empleo<sup>26</sup>. Si bien, es muy frecuente que los usuarios que acuden al CRL no cuenten con un trabajo en el momento de la entrada y muestren necesidades relacionadas con un primer entrenamiento en un entorno simulado (talleres prelaborales) o a nivel vocacional (orientación vocacional), o un entrenamiento en habilidades sociales, lo cual, a su vez, conlleva a que estos talleres habitualmente den cabida a un elevado porcentaje de usuarios de los que entran en CRL, algunos de los cuales, a lo largo de este proceso, abandonan el mismo o cambian de recurso. Esto supone una diferencia con aquellos programas en los que se da cabida tanto a los usuarios que finalizan con éxito su entrenamiento prelaboral como aquellos que, tras el proceso de evaluación, se valora que están preparados para la búsqueda e inserción en el empleo sin necesidad de esos programas o entrenamientos previos o, incluso, a aquellos usuarios que ya acuden al CRL con un empleo con el fin de adquirir estrategias y apoyos necesarios para su mantenimiento. Esto nos indica que, a nivel de posibilidades de integración laboral, no es semejante la población atendida en programas como el entrenamiento prelaboral o la orientación vocacional con aquellos en los que se dan las diferencias previamente señaladas.

El estudio realizado presenta también algunas limitaciones. El diseño no experimental del estudio nos permite hacer comparaciones entre los diferentes grupos y observar diferencias entre

ellos, sin embargo, no permite establecer relaciones de causalidad. La metodología retrospectiva y el periodo de estudio de 5 años implican posibles riesgos de confusión difíciles de controlar. El tamaño de la muestra es menor de lo deseado, lo cual puede suponer una debilidad estadística a la hora de hacer inferencias o de realizar posibles análisis más complejos de predicción o de modelaje. Igualmente, hubiese sido deseable poder haber efectuado un mayor número de mediciones y que estas hubieran incluido otras variables referidas al tiempo, frecuencia y continuidad de asistencia a los programas. Por último, respecto a la eficacia de los programas, cabe señalar las diferencias, a nivel de posibilidades de integración laboral, que presentan los usuarios que se incluyen en algunos programas (entrenamiento prelaboral u orientación vocacional) con los que se incluyen en otros (entrenamiento en búsqueda activa de empleo, programa de preparación curricular, entrenamiento en entrevistas y apoyo en el empleo), lo cual supone una limitación a tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados obtenidos.

Pese a estas limitaciones, la escasez de estudios que analizan la evolución de usuarios tras su salida de programas de rehabilitación laboral<sup>22, 23</sup>, pone en valor los resultados mostrados en este estudio. Si uno de los objetivos principales es que los usuarios sean capaces de interiorizar y generalizar los avances y desarrollos que logran en su estancia en el dispositivo, parece lógico y necesario que exista alguna medida objetiva de hasta qué punto esos logros se mantienen tras la salida del mismo. Este estudio pretende realizar una primera aportación en este sentido y servir de base a sucesivas investigaciones sobre la evolución y el progreso de los usuarios a largo plazo. Por ello, es importante señalar la necesidad de nuevos estudios que permitan comprender mejor el proceso de rehabilitación, así como conocer los elementos que favorecen su efectividad.

## REFERENCIAS

1. New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final Report. DHHS Pub. No. SMA-03-3832. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2003
2. Clevenger N. In favor of science. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 31: 277–279. doi: <http://dx.doi.org/10.2975/31.4.2008.277.279>
3. Saks E. *The Center Cannot Hold: My Journey Through Madness*. New York: Hyperion; 2007
4. Cook JA. *Promoting mental health recovery through evidence-based supported employment: Independent Living Research Utilization Program*. Houston, TX: Institute for Rehabilitation and Research; 2008
5. Drake RE, Skinner JS, Bond GR, Goldman HH. Social Security and mental illness: Reducing disability with supported employment. *Health Affairs* 2009; 28(3): 761-770. doi: 10.1377/hlthaff.28.3.761
6. Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koletsi M, Fioritti A, et al. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of Individual Placement and Support. *Schizophr Bull* 2009; 35: 949–958. doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn024>
7. Kukla M, Bond GR, Xie H. A prospective investigation of work and nonvocational outcomes

in adults with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200: 214–222. doi: 10.1097/NMD.0b013e318247cb29

8. Bond GR, Resnick SG, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 489–501. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.3.489>

9. Mueser KT, Becker DR, Torrey WC, Xie H, Bond GR, Drake RE et al. Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 419–426.

10. McHugo GJ, Drake RE, Xie H, Bond GR. A 10-year study of steady employment and non-vocational outcomes among people with serious mental illness and co-occurring substance use disorders. *Schizophr Res* 2012; 138(2): 233-239.

11. Crowther R, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD003080. doi: 10.1002/14651858.CD003080.

12. Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. Individual Placement and Support in Sweden—A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry* 2015; 69(1): 57-66. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/08039488.2014.929739>

13. Bond GR, Kim SJ, Becker DR, Swanson SJ, Drake RE, Krzos IM, et al (2015). A controlled trial of supported employment for people with severe mental illness and justice involvement. *Psychiatric Services* 2015; 66(10): 1027-1034. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400510>

14. Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 2014; 171(11): 1183-1190. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13070857>

15. Michon H, van Busschbach J, van Vugt M, Stant A, Kroon H, Wiersma D, et al. Effectiveness of the Individual Placement and Support (IPS) model of vocational rehabilitation for people with severe mental illnesses in the Netherlands. *Psychiatrische Praxis* 2011; 38(S 01): OP26\_EC. doi: 10.1055/s-0031-1277830

16. Oshima I, Sono T, Bond GR, Nishio M, Ito J. (2014). A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2014; 37(2):137-143. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000085>

17. Viering S, Jäger M, Bärtsch B, Nordt C, Rössler W, Warnke I et al. supported employment for the reintegration of disability pensioners with mental illnesses: a randomized controlled trial. *Frontiers in public health* 2015; 3: 237. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00237>

18. Waghorn G, Dias S, Gladman B, Harris M, Saha S. (2014). A multi-site randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness. *Australian occupational therapy journal* 2014; 61(6): 424-436. doi: 10.1111/1440-1630.12148

19. Marshall T, Goldberg RW, Braude L, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS et al. Supported employment: assessing the evidence. *Psychiatric Services* 2014; 65(1): 16-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201300262>

20. Modini M, Tan L, Brinchmann B, Wang MJ, Killackey E, Glozier, N et al. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry* 2016;115:bjp-bp\_doi:10.1192/bjp.bp.115.165092
21. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2007; 370(9593): 1146-1152.
22. Salyers MP, Becker DR, Drake RE, Torrey WC, Wyzik PF. Ten-year follow up of clients in a supported employment program. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 302–308. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.55.3.302>
23. Becker DR, Whitley R, Bailey EL, Drake RE. Long-term employment outcomes of supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2004; 58: 922–928.
24. Instituto Nacional de Estadística. El empleo de las personas con discapacidad. Explotación de la encuesta de población activa y de la base estatal de personas con discapacidad. Año 2014. Notas de Prensa [revista electrónica] 2015; 1(1) [consultado 14-10-2016]. doi: <http://www.ine.es/prensa/np956.pdf>
25. Comunidad de Madrid. Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención. Madrid: Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales 14; 2001
26. Valmorisco-Pizarro S. Los centros de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid: un recurso para el empleo en tiempos de crisis (2008-2012)», *metodos. revista de ciencias sociales* 2015; 3(1): 7-18. doi: <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v3i1.64>

**Tabla 1. Descripción de variables sociodemográficas y clínicas previas al ingreso en el CRL comparadas por grupos.**

Variables	Total (N=70)	Empleo desde salida		p valor
		Si (n=24)	No (n=46)	
<b>Sexo, frecuencia (%)</b>				
Hombre	51 (72,9)	18 (75)	33 (71,7)	,520
Mujer	19 (27,1)	6 (25)	13 (18,3)	
<b>Edad, media (±)</b>	35,7 (7,47)	34,54 (7,58)	36,3 (7,42)	,353
<b>Estado civil, frecuencia (%)</b>				
Soltero	61 (87,1)	22 (91,7)	39 (84,8)	,437
Casado/pareja de hecho	3 (4,3)	0	3 (6,5)	
Divorciado/separado	6 (8,6)	2 (8,3)	4 (8,7)	
<b>Hijos, frecuencia (%)</b>				
No	61 (87,1)	21 (87,5)	40 (87)	,949
Si	9 (12,9)	3 (12,5)	6 (13)	
<b>Convivencia, frecuencia (%)</b>				
Familia	59 (84,3)	17 (70,8)	42 (91,3)	,098
Piso protegido	1 (1,4)	1 (4,2)	0	
Solo	6 (8,6)	3 (12,5)	3 (6,5)	
Otros	4 (5,7)	3 (12,5)	1 (2,2)	

<b>Nivel educativo, frecuencia (%)</b>				
Bajo	29 (41,4)	8 (33,3)	21 (45,7)	
Medio	33 (47,1)	13 (54,2)	20 (43,5)	,604
Alto	8 (11,4)	3 (12,5)	5 (10,9)	
<b>Fuente de ingresos económicos, frecuencia (%)</b>				
No	9 (12,9)	3 (12,5)	6 (13)	
Pensión	42 (60)	8 (33,3)	34 (73,9)	,001*
Trabajo	19 (27,1)	13 (54,2)	6 (13)	
<b>Experiencia laboral, frecuencia (%)</b>				
No	7 (10)	1 (4,2)	6 (13)	
Inferior a un año	10 (14,3)	1 (4,2)	9 (19,6)	,079
Superior a un año	53 (75,7)	22 (91,7)	31 (67,4)	
<b>Diagnóstico principal, frecuencia (%)</b>				
Neurosis	12 (17,1)	7 (29,2)	5 (10,9)	
Psicosis	40 (57,1)	11 (45,8)	19 (63)	,142
Trastorno de personalidad	18 (25,7)	6 (25)	12 (26,1)	
<b>Discapacidad, frecuencia (%)</b>				
No	14 (20)	7 (29,2)	7 (15,2)	
Inferior al 65%	15 (21,4)	7 (29,2)	8 (17,4)	,114
Superior al 65%	41 (58,6)	10 (41,7)	31 (67,4)	
<b>Consumo de sustancias, frecuencia (%)</b>				
No	56 (80)	23 (95,8)	33 (71,7)	,017*
Si	14 (20)	1 (4,2)	13 (28,3)	
<b>Ingresos hospitalarios, frecuencia (%)</b>				
0	31 (44,3)	15 (62,5)	16 (34,8)	
1-2	20 (28,6)	5 (20,8)	15 (32,6)	,041*
3-5	16 (22,9)	2 (8,3)	14 (30,4)	
>5	3 (4,3)	2 (8,3)	1 (2,2)	

\* Estadísticamente significativo.

**Tabla 2.** Descripción de variables referidas al programa asistencial durante la estancia en el CRL comparadas por grupos.

	Total (N=70)	Empleo desde salida		P valor
		Si (n=24)	No (n=46)	
Tiempo de estancia en CRL, media ( $\pm$ )	2,51(1,70)	3,12 (2,19)	2,19 (1,49)	,030*
<b>Asistencia a talleres, frecuencia (%)</b>				
Apoyo indirecto	36 (51,4)	20 (83,3)	16 (34,8)	,000*
Apoyo directo	17 (24,6)	10 (41,7)	7 (15,6)	,043*
Prelaboral	53 (75,7)	17 (70,8)	36 (78,3)	,492
Búsqueda activa de empleo	33 (47,1)	16 (66,7)	17 (37)	,018*
Orientación vocacional	41 (60,3)	17 (73,9)	24 (53,3)	,101
CV y entrevista	39 (58,2)	18 (81,8)	21 (46,7)	,006*
Habilidades Sociales	25 (39,1)	12 (54,5)	13 (31)	,066
Familias	7 (11,1)	2 (9,5)	5 (11,9)	,777
Número total de talleres, media ( $\pm$ )	2,82(1,81)	3,41 (1,81)	2,52 (1,76)	,500
Tiempo desde salida CRL (años),media ( $\pm$ )	4,55 (2)	4,60 (1,89)	4,45 (2,24)	,771
<b>Tipo de salida de centro, frecuencia (%)</b>				
Abandono	20 (28,6)	3 (12,5)	17 (37)	
Alta	24 (34,3)	19 (79,2)	5 (10,9)	,000*
Baja	26 (37,1)	2 (8,3)	24 (52,2)	

\* Estadísticamente significativo.

**Tabla 3.** Descripción de los contratos conseguidos por los ex usuarios tras su salida del CRL.

<b>Empleo en el momento de la entrevista</b>	
Si	22(31,42)
No	48(68,57)
<b>Categoría profesional, frecuencia (%)</b>	
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza	1 (2,43)
Empleados de oficina que no atienden al público	9 (21,95)
Empleados de oficina que atienden al público	3 (7,31)
Trabajadores de los servicios de restauración y comercio	1 (2,43)
Trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de personas	4 (9,75)
Trabajadores cualificados de la construcción, excepto operadores de máquinas	1 (2,43)
Operadores de instalaciones y maquinaria fijas, y montadores	10 (24,3)
Trabajadores no cualificados en servicios (excepto transportes)	12 (29,26)
<b>Jornada laboral, frecuencia (%)</b>	
Completa	30 (73,17)
Parcial	11 (26,82)
<b>Tipo de contrato, frecuencia (%)</b>	
Indefinido	14 (34,14)
Interinidad	2 (4,87)
Obra y servicio	3 (7,31)
Sin contrato	5 (12,19)
Temporal	17 (41,46)
<b>Tipo de empresa, frecuencia (%)</b>	
Ordinaria	20 (48,78)

Protegida	21 (51,21)
<b>Motivo de la finalización del contrato, frecuencia (%)</b>	
Abandono	3 (15)
Fin de contrato	15 (75)
Despido	1 (5)
Baja por incapacidad temporal	1 (5)
<b>Duración del contrato en meses, media (±)</b>	<b>25,15 (24,56)</b>

\* Categorías utilizadas por el INE (Instituto Nacional de Empleo)

**Tabla 4.** Grado de satisfacción de los usuarios tras su salida del CRL comparados por grupos.

	Total (N=70)	Empleo desde salida		P valor
		Si (n=24)	No (n=46)	
Vida laboral	3,80 (1,94)	4,58 (1,86)	3,38 (1,88)	,014*
Vida familiar	4,98 (1,85)	5,12 (1,8)	4,91 (1,9)	,652
Vida sentimental	4,45 (1,76)	4,39 (1,77)	4,48 (1,77)	,831
Vida social	4,76 (1,79)	4,79 (1,61)	4,75 (1,90)	,937
Salud Mental	4,32 (1,88)	4,70 (1,73)	4,11 (1,95)	,217
Salud física	4,50 (1,76)	4,75 (1,56)	4,37 (1,86)	,407

\* Estadísticamente significativo

**VOLVER AL ÍNDICE**



# OPORTUNIDADES DE CO-PARTICIPACIÓN: EL PAPEL DEL USUARIO/A EN SU PLAN INDIVIDUAL DE SOPORTE SOCIAL

Rubén Andreo Cánovas

Rosa María de Castro Aguado

Carolina Coto de Salas

Ana Isabel Masedo Antón

Irene Vera Poveda

Contacto: [carolina.coto@grupo5.net](mailto:carolina.coto@grupo5.net)

## INTRODUCCIÓN

En los Centros de Día de Soporte Social (CD), pertenecientes a la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera, dependientes de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, se ofrecen actividades de mejora de la autonomía y soporte social para personas afectadas por enfermedad mental grave y duradera.

Más concretamente, está dirigido a las personas que presentan mayores niveles de deterioro psicosocial, dependencia y más riesgo de aislamiento y marginación.

Para ello se desarrolla por un lado, un amplio programa de actividades grupales de soporte, de integración sociocomunitaria y de mejora del funcionamiento psicosocial; y por otro, una intervención, acompañamiento y apoyo individual y personalizado para cada persona atendida. Los planes individuales de soporte social (PISS) articulan y recogen por escrito la planificación y operativización de los objetivos de soporte social y rehabilitación psicosocial individuales y personales, en base a las necesidades, circunstancias, dificultades, fortalezas e intereses detectados y recogidos en la evaluación previa y procurando siempre el máximo consenso y participación de las personas atendidas.

Sin embargo, no siempre es fácil conseguir que esta participación sea real, comprendida y asumida por la persona que siente, en muchos casos, que hace tiempo ha perdido el control de su vida, o al menos sobre los tratamientos y apoyos que recibe.

La OMS en su *Declaración sobre el significado de Empoderamiento de Usuarios/as y Cuidadores/as en Salud Mental* define el empoderamiento en el contexto de salud mental como el «(...) grado de elección, influencia y control de los usuarios de los servicios de salud mental pueden ejercer en los acontecimientos que se producen en sus vidas».

La participación de la persona en las decisiones es un aspecto esencial en el proceso de empoderamiento y está especialmente recomendada desde organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Mundial de psiquiatría (WPA) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU), entre otras.

Presentamos a continuación la experiencia desarrollada por el equipo del CD de Alcobendas, gestionado por Grupo 5 Acción y Rehabilitación psicosocial, en la implementación de un sistema de participación activa de las personas usuarias en todas las fases de intervención.

En el análisis y evaluación de los primeros cinco años de actividad en el centro concluimos que era necesario introducir cambios para evitar ciertos efectos o dinámicas establecidas en el centro (pasividad, usuario como receptor de cuidados, menor implicación y comprensión de los objetivos, dependencia de profesionales para generar cambios) y potenciar los procesos de aprendizaje en usuarios y equipo para co-participar en el diseño de los planes individuales, mediante un sistema que multiplica las oportunidades, espacios y apoyos para acompañar a las personas en el proceso de aprender a participar y empoderarse. Tanto las personas usuarias del centro como los profesionales muestran dificultades para ello. Observamos usuarios sin muchas experiencias previas de participación activa en sus tratamientos, desempoderados, con distintos niveles de miedo y desconfianza a las repercusiones por no «cumplir» con lo esperado por los profesionales. También hay usuarios con un importante deterioro psicosocial, autoestigma, aislamiento social, dificultades para expresarse, alteraciones del discurso, de la memoria y otras secuelas derivadas del curso de la enfermedad y el tratamiento. Es importante entonces adaptar el medio, las oportunidades y los espacios de relación y de toma de decisiones para facilitar que se produzca cada vez más la participación y toma de decisiones en sus objetivos vitales.

Pero también existen limitaciones en los equipos profesionales a la participación activa de usuarios y usuarias. Cada vez más se está debatiendo sobre las resistencias de los profesionales para escuchar, respetar ciertas decisiones y no ejercer paternalismo y/o coerción, en el mejor de los casos la «coerción blanda» (Carmona Osorio y VVAA, 2016).

## OBJETIVOS

General: Potenciar los procesos de coparticipación en los planes individuales de soporte social entre usuarios/as y equipo de profesionales.

Específicos:

Generar espacios conjuntos y periódicos de diálogo, reflexión, análisis y diseño conjunto de los objetivos de rehabilitación de las personas atendidas.

Apoyar a las personas atendidas en el proceso de aprender a participar y empoderarse.

Fomentar la percepción de protagonismo y control sobre las propias decisiones.

Generar narrativas alternativas en el equipo de profesionales y personas atendidas, de voluntariedad, aceptación, respeto e individualización de la intervención.

Mejorar la percepción del usuario/a del centro, del equipo y de la rehabilitación psicosocial en sí, así como de su propio proceso de cambio:

- mejorar la comprensión de sus fortalezas
- mejorar la comprensión de sus fuentes de apoyo y puntos débiles de manera que pueda clarificarse lo que puede mejorar y los recursos de apoyo que pueden ayudarle a hacerlo
- mejorar la comprensión de sus objetivos
- mejorar la conciencia de rehabilitación y recuperación.

## METODOLOGÍA

El contexto metodológico en el que iniciamos este sistema es fruto de las distintas formaciones y lecturas realizadas por el equipo en torno a distintos modelos de intervención actuales, como son el modelo de recuperación, los proyectos en primera persona, el modelo del Open Dialogue, los grupos multifamiliares y otros.

De ellas parte la reflexión y análisis en el equipo que deriva en el diseño en el año 2014 de un sistema específico para aumentar la participación activa de los usuarios/as del centro.

Se establecen tres vías paralelas y complementarias: la administrativa-formal (buzón de sugerencias, medición del grado de satisfacción, recogida repetida de sugerencias, etc.), la grupal (talleres y grupos específicamente diseñados) y la individual.

Nos centramos en este escrito en la vía individual y en el papel de de los usuarios y usuarias en su Plan Individual de Soporte Social (PISS), pero consideramos necesario mencionar que también a nivel grupal y administrativo/ formal se ha hecho un importante esfuerzo en estos tres años en el camino de la participación activa, aumentando progresivamente el número de grupos y personas participantes (4 actividades en el 2014 que actualmente son ya 7), la recogida de información y sugerencias, así como ampliando los métodos de evaluación del grado de satisfacción, etc.

Pero el cambio principal y más relevante se centra en la incorporación del usuario/a en todas las fases de intervención. Existen espacios que habitualmente concentraban la participación individual y toma de decisiones de la persona usuaria (acogida, devolución de objetivos, etc.) y se realizaban con la tutora asignada en el centro. La novedad metodológica consiste en aumentar sus oportunidades incorporándose con el equipo al completo a las Juntas de evaluación y planificación de la intervención y las juntas de revisión anual. De esta forma la persona usuaria tiene un espacio en todas y cada una de las fases de intervención desde la acogida, evaluación, planificación de la intervención, revisiones anuales y semestrales y seguimiento continuado.

## NUEVO SISTEMA DE PARTICIPACIÓN Y TOMA DE DECISIONES DEL USUARIO EN TODAS LAS FASES DE LA INTERVENCIÓN



Dado que el empoderamiento es un proceso, el aumento de espacios oportunidades así como la frecuencia de apoyo por parte del equipo para acompañar a las personas facilita un progresivo aprendizaje de participación y toma de decisiones.

Cada uno de los encuentros de la persona con el equipo es una nueva oportunidad de manifestar, aportar y decidir no sólo para el usuario/a, sino también para cada miembro del equipo, son espacios frecuentes, dirigidos y reservados a la co-participación.

Diseñamos un protocolo (ANEXO I) que recoge la descripción de actuaciones del sistema, los aspectos esenciales a considerar en cada fase y las pautas para profesionales.

Es esencial generar en cada encuentro un clima emocional de acogimiento, positivo y exento de juicios o exigencias. Para ello es necesaria la preparación previa y el ajuste de expectativas que realiza la profesional de mayor confianza en el centro. Todo el lenguaje y discurso utilizado se adapta al nivel cognitivo, cultural y educativo de la persona para que sea accesible.

En el propio encuentro, utilizamos la cercanía, el humor, las referencias a situaciones cotidianas y las preguntas generales iniciales con la finalidad de contrarrestar la ansiedad propia de la situación. Se repasa el objetivo de la sesión, la disponibilidad del equipo y se cuida cualquier muestra de incomodidad o nerviosismo abordándolo directamente. En todos los encuentros conjuntos con el equipo completo se recoge explícitamente cómo se ha sentido la persona y qué le ha parecido. Igualmente una vez se han recogido las aportaciones en la reunión, la tutora responsable recoge lo acordado y se pone en común tanto con el resto del equipo como con el usuario individualmente (nueva devolución de objetivos tras cada revisión conjunta).

## DESARROLLO

Iniciamos este sistema en el año 2014 y por lo tanto toda la información aquí expuesta se refiere a estos tres años de experiencia hasta el 2016.

Presentamos los datos generales de atención en la siguiente tabla. Las tutorías e intervenciones individuales se diferencian fundamentalmente en que en las primeras sobre la asistencia al centro y a actividades, seguimiento general y detección de posibles nuevas necesidades y apoyo social y familiar inicial. En las intervenciones individuales se trabaja con un objetivo específico y definido, se

atienden demandas concretas y por lo tanto es realizada por el profesional pertinente (terapeuta ocupacional, psicóloga, educadoras sociales).

Aunque el número de personas atendidas se mantiene con pequeñas diferencias a lo largo de los tres años, y el número de tutorías tampoco presenta ningún cambio relevante, el número de intervenciones casi se ha triplicado. Este efecto puede explicarse, al menos en parte, en que el sistema de participación implantado ha modificado la percepción de usuarios y profesionales, centrándonos más en los objetivos decididos conjuntamente.

<b>Datos generales de atención</b>			
	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Personas atendidas	39	43	41
Tutorías	619	709	629
Intervenciones individuales	310	508	891

Respecto a aquellas actuaciones introducidas como nuevas en el 2014, en la siguiente tabla se recogen los datos generales de atención realizados.

Hasta el momento se han realizado 122 encuentros con las personas usuarias para diseñar, pensar, reflexionar y decidir sobre los objetivos personales e individuales, de los cuales 72 se han producido con varios o todos los miembros del equipo.

<b>Nuevas actuaciones coparticipadas introducidas en 2014</b>				
	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>TOTALES</b>
Juntas para el diseño inicial del PISS	1	4	5	10
Juntas para la revisión anual del PISS	10	26	26	62
Revisiones semestrales del PISS (tutora- usuario)	0	28	22	50
<b>TOTALES</b>	<b>11</b>	<b>58</b>	<b>53</b>	<b>122</b>

En estos encuentros se han producido todo tipo de situaciones, de las cuales sintetizamos aquí las más significativas:

- Observamos una tendencia generalizada a tener una expectativa negativa respecto a la cita a pesar de la preparación y ajuste de expectativas previo. Muchas personas refieren ansiedad antes del encuentro, sensación de ir a ser valorados o «reprendidos» por algún incumplimiento. Algunos usuarios ha expresado su malestar al sentirse inicialmente intimidados por la presencia del equipo. Sin embargo, esta sensación desaparece en una amplia mayoría de los casos a lo largo de la sesión.

- Rechazo o no asistencia: en una ocasión se produjo la negativa explícita a participar mientras que en aproximadamente 10 ocasiones la persona no ha asistido a la cita de las cuales sólo 2 veces fue de forma injustificada, mientras que en el resto de casos las personas no pudieron trasladarse al centro (enfermedad, ingresos u otros).

- El nivel y profundidad de debate o intercambio entre las personas participantes depende mucho del caso y situación. En ocasiones se ha hecho patente las distintas dificultades de comunicación y entendimiento y las juntas se han limitado en profundidad, calidad y significación de lo tratado. En otras ocasiones se han producido debates sumamente interesantes, con aportaciones, ajustes y negativas por parte de las personas usuarias hacia el equipo, toma de decisiones, consensos, nego-

ciaciones, puestas en común y expresión de desacuerdos o contradicciones (afortunadamente no siempre entre usuario- profesional, sino también entre los distintos profesionales). En ocasiones puntuales se ha tenido que desarrollar la junta en dos o tres sesiones distintas por no poder finalizar en una única ocasión por problemas para decidir o concretar.

- A pesar de ello todas las personas usuarias describen objetivos e ideas, la mayoría de las veces oportunos e interesantes. En el caso de que no haya acuerdo entre equipo y usuario en un objetivo expresado, se procura una mayor comprensión mutua, reformulación del mismo y consenso. Si aún así no hay acuerdo, se respeta siempre la voluntad de la persona. Un ejemplo clarificador de esto es el trabajo con la familia. Algunas personas piden explícitamente que no se intervenga con su familia más allá del apoyo y seguimiento general habitual, en cuestiones más específicas como reorganización de tareas o similar. Explorados y analizados los motivos de esta negativa, si la persona no lo desea, no se hace. Puede que en otro momento acceda o quizá nunca.

- Al preguntarles al final de la sesión como se han sentido, todas las personas que han participado en las sesiones de trabajo conjuntas han verbalizado que bien y han mostrado su agradecimiento por la oportunidad al finalizar la sesión. Sin embargo esto puede ser efecto de deseabilidad social.

Aunque no hemos hecho un estudio exhaustivo de los efectos y resultados del sistema aún, si hemos introducido dos medidas de evaluación y satisfacción con el sistema, una para usuarios y usuarias y otra para profesionales. Ambas medidas pretenden ser primeras aproximaciones que se ampliarán y depurarán en el futuro, con registros sistemáticos, grupos de discusión y cuestionarios específicos.

## La valoración de los usuarios y usuarias:

Realizamos una rápida recogida de datos a modo de primer acercamiento de evaluación, con el objetivo de aclarar el punto de vista de los usuarios sobre su participación en las juntas de realización y revisión del PISS.

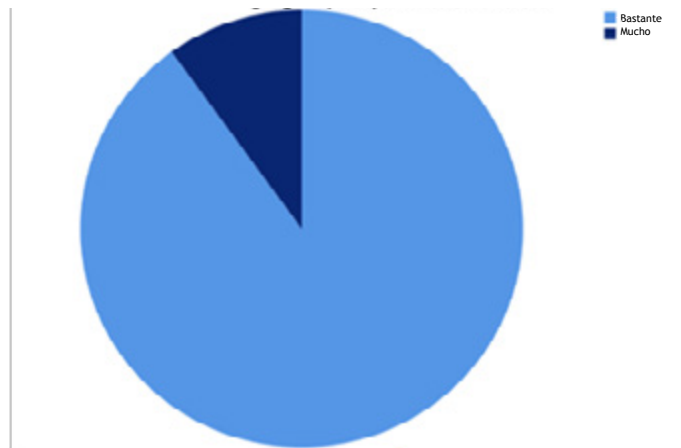
Hemos utilizado una entrevista estructurada (ANEXO II), con una muestra estadística de 10 usuarios/as, de tipo cuestionario aplicado por una persona ajena al equipo principal (estudiante de prácticas en el centro) pero conocedor del sistema y las personas. El cuestionario fue explicado verbalmente con el fin de reducir posibles dificultades de incomprensión.

Se componía de 6 preguntas con respuestas semánticamente automáticas, la primeras 3 muy generales sobre la valoración de la juntas, los efectos percibidos y el grado en que les gusta participar, las últimas 3 más específicas para medir los niveles de preocupación, ansiedad, confianza y satisfacción percibidos en 3 momentos: antes, durante y después las juntas.

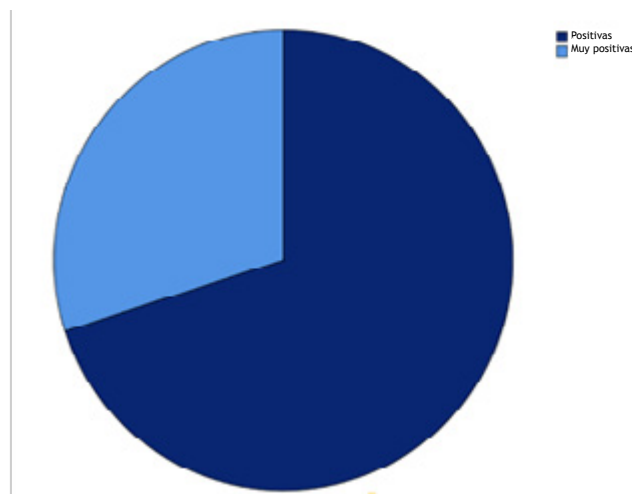
Los resultados muestran que:

- A todas las personas les gusta participar en las Juntas de diseño y revisión de objetivos.
- Todas las personas valoran las Juntas como positivo o muy positivo (percepción positiva).

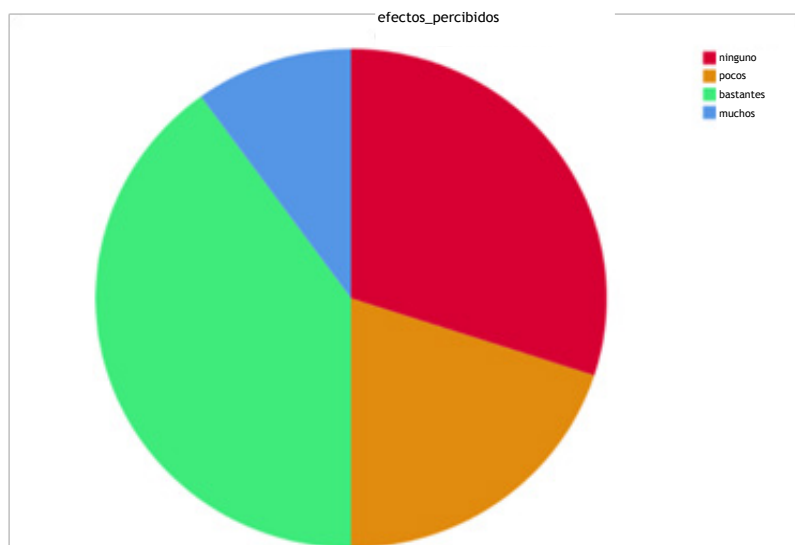
¿Te gusta participar en estas reuniones?



¿Cómo valoras juntas para planificar o revisar objetivos?



- No hay una tendencia común en los efectos percibidos, la mitad perciben bastantes o muchos efectos, mientras que el resto sólo pocos o incluso ninguno. Este aspecto necesita investigaciones más elaboradas y profundas.



- Por lo que respecta a las emociones percibidas antes, durante y después, se ha detectado una relación significativa (0.048) con el nivel de confianza, con un aumento del mismo durante las reuniones, que se mantiene después al finalizar.

- No se han detectado otras relaciones significativas, sin embargo parece que hay la presencia de ciertas «pautas» diferentes, por las que parece necesaria una investigación más elaborada y sobre todo con una muestra estadística más amplia. Por ejemplo: Nivel de preocupación percibida en la que sobre la muestra de 10 personas:

- 3 muestran una evolución «U invertida» con un aumento que se produce solo durante las reuniones.

- 4 no perciben cambios.

- 3 refieren mismos niveles de preocupación antes y durante las reuniones y cambios significativos después (2 en negativo con una subida de preocupación y 1 en positivo).

En conclusión, el objetivo de esta entrevista era recoger una perspectiva muy general sobre las experiencias de los usuarios sobre el tema, experiencias que parecen ser positivas y optimistas.

Algunos resultados no están claros, por esta razón consideramos que en el futuro sería necesaria una investigación más exhaustiva y a largo plazo, de hecho hemos medido las emociones percibidas basándonos sobre los recuerdos de los usuarios, cuando sería más eficaz y apropiado medirlas en el momento.

## La valoración del equipo:

Aplicamos en el equipo un cuestionario escrito individual (ANEXO III) sobre sus opiniones y efectos percibidos. Consiste en 6 preguntas abiertas que exploran los aspectos positivos y negativos, las dificultades y los efectos percibidos sobre el sistema.

Los aspectos mejor valorados por las personas del equipo son: La posibilidad de que la persona decida en primera persona y marque los tiempos que necesite, que aumenta la probabilidad de que las personas se impliquen y responsabilicen de su mejoría y finalmente la idea de que es un sistema más justo y honesto con las personas que atendemos.

Todos los miembros del equipo resaltan como efecto beneficioso del sistema la libertad de los usuarios para expresarse y pedir apoyos directamente así como un mayor control de su vida y la individualización de los procesos de cambio. También existe la creencia entre algunos de los profesionales de que este sistema de coparticipación en el PISS desmitifica al equipo, como un ente poderoso y unánime, frente al usuario para construir una imagen de cada una de las personas que lo componen y como estas pueden ayudarle.

Respecto a la utilidad y efectos en los propios profesionales destaca la sensación de que la relación con cada persona usuaria se refuerza, se entiende más y se conocen mejor las demandas y necesidades y sentimientos de trabajar con las personas y no para ellas. Los profesionales refieren en el cuestionario sensación de más coherencia y refuerzo de los planteamientos técnicos y valoran mucho el aumento del consenso en el equipo.

El sentimiento durante y después de las sesiones, claramente predominante en los miembros del equipo es el agradecimiento. También aparecen en los sentimientos de inseguridad sobre hasta qué punto se ejerce presión sobre las personas, hasta qué punto posponer o respetar decisiones más desajustadas (según criterio técnico) o en un mal momento emocional de la persona, cuestiones todas relacionadas con las dificultades de establecer relaciones realmente horizontales con las personas que atendemos.



Las mejoras propuestas del sistema tienen que ver generalmente con la preparación previa del equipo en el aspecto metodológico, previniendo situaciones iatrogénicas, cuidar los aspectos simbólicos como el lugar o el horario que pueda ser decidido también por el usuario y no siempre necesariamente en el CD en las horas de reunión de equipo. Por último existe una clara propuesta de mejora respecto al registro de información y evaluación de resultados.

## CONCLUSIONES

Este sistema permite un aprendizaje progresivo de horizontalidad y coparticipación. La satisfacción general con el sistema es muy buena tanto en profesionales como usuarios.

Ha mejorado la comprensión del recurso y del equipo por parte de usuarios, ha aumentado el consenso intraequipo, la coherencia y el conocimiento de las personas atendidas, el sentimiento mutuo de alianza y agradecimiento. También se ha producido mayor complementariedad en el trabajo diario entre figuras profesionales con competencias y puntos de vistas diferentes.

Observamos un aumento en la implicación sobre los objetivos de cambio y recuperación tanto en usuarios como en profesionales (aunque no hay suficientes datos ni resultados concluyentes en cuanto a un mayor grado de cumplimiento de los mismos) lo que se traduce en un importantísimo aumento de las intervenciones centradas en objetivos.

Las personas que atendemos son más conscientes de la responsabilidad sobre su mejoría y el equipo es más respetuoso con los tiempos y decisiones propias. Los objetivos son más concretos y realistas, la individualización de los planes es mayor.

Sin embargo aún existen algunas dificultades, referidas por usuarios y equipo que en ocasiones generan cierta ansiedad y desconcierto: a) La preparación previa de los encuentros: reducción de ansiedad y expectativas negativas en usuarios/as; dudas de encuadre y participación de los miembros del equipo y b) Sentimientos por parte del equipo contradictorios respecto al debate en las sesiones (grado de exposición, profundidad, confrontación y evaluación de nuestras intervenciones, etc.) y cierta inseguridad metodológica.

El sistema se encuentra en evolución y mejora continua para un mayor aprovechamiento por todas las personas participantes, usuarios y profesionales.

Es indudable que es el momento de sistematizar el registro de datos e información para poder evaluar mediante indicadores de resultados, indicadores de empoderamiento, de cumplimiento de objetivos, de adecuación y sincronía en las personas implicadas, etc.

Igualmente se requiere un importante esfuerzo de flexibilidad y revisión metodológica por parte del equipo y el pleno reconocimiento del derecho a equivocarse.

Esperamos que la formación, la experiencia en nuestro propio centro y el intercambio con otros equipos profesionales y personas atendidas nos ayuden en el camino de la coparticipación reduciendo todos los sentimientos y efectos negativos.

Queremos acabar con un fragmento del texto del equipo del Sainsbury Center for Mental Health (Sheferd, G. Boardman J, Slade, M., Burns, M, 2013) que recoge nuestra intención y deseo como equipo.

«(...) También es necesario que redefinamos la participación de las personas usuarias. No se trata de un colectivo (los profesionales) «implicando» al otro (los usuarios). Ambos grupos deben trabajar juntos en una asociación tan equitativa como sea posible. El propio debate sobre cómo hacer que participen las personas usuarias es una forma de alejarlas del centro del proceso asistencial, ya que se refuerzan las distinciones entre «ellos» y «nosotros». En realidad las personas usuarias ya participan. La pregunta más importante es: «¿Cómo podemos trabajar todos juntos como compañeros de forma más eficaz, para ayudar a las personas a construir sus vidas de la forma que deseen?»».

## REFERENCIAS

AEN. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Madrid. AEN. Cuadernos técnicos nº6. 2002.

Carmena Osorio MJ. y VVAA. Luces y sobras en rehabilitación psicosocial. . Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, Boletín semestral nº2 noviembre. págs. 21-29. 2016

Cooke, A. Comprender la psicosis y la esquizofrenia ¿Por qué las personas oyen voces, creen cosas que a otros les parecen extrañas o parecen estar fuera de la realidad y qué es lo que puede ayudarles?. The British Psychological Society. 2014

Ferrandiz Munariz, M. Editorial: Sin ti no soy nada. Participación de usuarios en Salud Mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., vol. 33 (118), 239-242. 2013.

Geekie, J y Read, J. El sentido de la locura. Barcelona. Herder Editorial. 2012

Gómez Beneyto, M., La participación de los usuarios: ¿qué opinan los profesionales?. En: Carmona, J. y del Río Noriega, F., Eds. Gestión Clínica en Salud Mental. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría; Pp. 161-72. 2009.

Grupo de Trabajo de la Sección de Rehabilitación de la AEN. Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial. Madrid. AEN Cuadernos Técnicos 16, 2012.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad. 2006.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Regional para Europa. Declaración Europea de Salud Mental. 2005.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Regional para Europa. Empoderamiento del usuario de salud mental. 2010.

Ramos Vidal, C. [et al.]. Participación de usuarios en planificación, formación e investigación en salud mental: una revisión de la literatura. Gestión clínica en salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 2009.

Seikkula J, Arnik TE. Diálogos terapéuticos en la red social. Edición 1. Barcelona. Herder Editorial. 2016

Sheferd, G. Boardman J, Slade , M. Hacer de la recuperación una realidad. Sainsbuty Center for Mental Health. 2008.

Sheferd, G. Boardman J, Slade , M., Burns, M. Implementando la recuperación. Un nuevo marco para el cambio organizativo. Sainsbuty Center for Mental Health. 2013

Sheldon, K. Harding, E. Good practice guidelines to support the involvement of service users and carers in clinical psychology services. Leicester: The British Psychological Society, 2010.

Sobрино, T y Rodríguez, A. Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas. Colección Análisis e Intervención Social nº 10. Madrid. Editorial Síntesis. 2007.

## **ANEXO I. PROTOCOLO DE PARTICIPACIÓN DEL USUARIO EN SU PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN Y RECUPERACIÓN. CD ALCOBENDAS**

Este protocolo describe el sistema implantado en el centro para multiplicar las oportunidades, espacios y apoyos prestados a las personas usuarias en su proceso de aprender a tomar decisiones, participar y empoderarse.

Descripción de actuaciones y espacios formales para la participación individual y toma de decisiones del usuario en su propio Plan Individual de Soporte social (PISS):

### **1. Acogida: primeras tomas de decisiones.**

El estilo de atención del equipo ha de verse reflejado en cada uno de los contactos que se establezcan con el usuario/a y por supuesto en las primeras impresiones también. Por eso, nuestro protocolo de acogida recoge esta primera toma de decisiones:

- Primera llamada directamente al usuario (ni familiares ni otros profesionales).
- Se informa de que puede venir a la primera cita sólo o acompañado de quien considere.
- Se centra la cita en recoger información: explorar expectativas, demandas y motivaciones. Énfasis en la escucha y recogida de información, reducir la cantidad y complejidad de la información aportada.
- Se presentan las distintas actividades grupales y es la persona la que decide en ese momento a qué y cuándo desea empezar a acudir (elección de actividades, días y horarios), explicando que los horarios iniciales pueden ampliarse o modificarse según sus intereses y también previa propuesta por parte del equipo.

### **2. Evaluación: análisis de perspectivas de futuro, planes, objetivos en el centro y en su domicilio o medio.**

En la evaluación interdisciplinar es importante incorporar el presente y el futuro, y no tan sólo recoger información sobre el pasado. Los planes y expectativas vitales, los deseos de cambio, los objetivos (centro-domicilio-medio) se abordan en la evaluación.

Pautas:

- Procurar recoger información lo más concreta y personal posible, evitando las generalidades o los objetivos «prestados» por familia u otros equipos de tratamiento.
- Identificar aquellos aspectos positivos, identificar fortalezas y reforzadores que la persona considere para poner en marcha los cambios o planes.
- En ausencia de planes o motivaciones, explorar aspectos/personas/actividades que les han sentir bien (identificar reforzadores) e intereses amplios actuales o pasados (cine, fútbol, bailar...)

### 3. Tutorías

Las tutorías son el espacio natural y de mayor confianza y frecuencia en el que pueden aparecer peticiones y sugerencias. Es en las tutorías donde se revisa y modifica el horario de asistencia, el cumplimiento de normas y pautas. Con frecuencia es el espacio en el que se introducen o plantean los cambios para luego ser abordados desde las distintas áreas de intervención.

Pautas:

- Registrar, tomar en consideración y comunicar al equipo las peticiones, propuestas y cambios que desee realizar la persona.
- Explorar y revisar motivaciones y estado en el centro de día con relativa frecuencia. No conviene plantearse constantemente lo que se está haciendo pero sí es un espacio adecuado para abordar la relación de cada persona con centro, equipo y compañeros.
- Cuando la persona plantee dudas, dificultades o carencias o bien avances, cambios y buenas experiencias respecto a un determinado aspecto de su vida, conviene que la tutora o tutor proporcione feedback y recuerde o relacione el tema tratado con los objetivos acordados.

### 4. Incorporación del usuario a la Junta de Evaluación.

En la Junta de evaluación el equipo analiza, propone y define los objetivos a trabajar para cada persona con la información recogida en la evaluación. Tras una primera parte de lectura de evaluación de cada área de intervención en la que participa el equipo exclusivamente se incorpora la persona a la sesión para que proponga, describa y defina junto con el equipo sus objetivos de rehabilitación.

Pautas:

- Citar y explicar previamente (tutora) en qué va a consistir la cita y para qué.
- No se presentan objetivos previamente definidos para su consentimiento sino que cada participante aporta los objetivos que considera prioritarios y se definen conjuntamente. Presentar y hacer hincapié sobre la importancia de sus aportaciones (lo que quiere hacer y conseguir, sobre en qué podemos apoyarle, etc.), describirle como protagonista y responsable (deberes y derechos) de su rehabilitación.
- Si se considera necesario presentar o introducir los objetivos para los que fue derivado y los que planteamos desde el equipo.
- Es importante tener en cuenta el deterioro o las dificultades que cada persona presenta para

adaptar el contenido y la exigencia en cada caso así como prestar apoyo específico que necesite (miedo a las evaluaciones, deterioro cognitivo, dificultades de expresión, etc.).

- No alargar en exceso la sesión, procurando no entrar con mucha profundidad a analizar o negociar los objetivos propuestos por todas las partes, convirtiendo la sesión en una intervención.

## **5. Devolución y firma del Plan Individual de Soporte Social al usuario o Revisión del mismo**

Con la información propuesta por ambas partes en la Junta de evaluación o de revisión se redactan los objetivos del PISS o de la revisión definitivos y se vuelve a citar a la persona para que validen y firmen ambos (usuario y tutora) el documento de devolución de objetivos.

Pautas:

- Señalar aquellos objetivos o actuaciones introducidos gracias a su incorporación en la sesión.
- Negociar-eliminar-posponer objetivos o acciones en caso de que exista desacuerdo y analizar las causas por las que no se expuso tal desacuerdo en la Junta.

## **6. Incorporación del usuario a las revisiones anuales.**

Se sigue la misma metodología y sistema que en la incorporación a su PISS, aunque no hay un espacio previo exclusivo para profesionales ya que no hay lectura de informe evaluación, la valoración y evaluación de cada profesional en los objetivos pertinentes se vuelca en la propia junta de revisión anual. Al tener una periodicidad anual, este espacio es el que proporciona más posibilidades de cambio.

Pautas:

- Citar y explicar previamente (tutora) en qué va a consistir la cita y para qué.
- Presentar información sencilla y concreta de cada uno de los objetivos (profesional responsable o tutora) y decidir conjuntamente con el usuario/a si se considera cumplido, no cumplido o en proceso según los indicadores definidos.
- Presentar los objetivos generales o las actuaciones cuando sean novedosos (propuestas), existan dudas sobre sus deseos (objetivos no alcanzados o falta de consenso en el equipo) o estén relacionados con sus propios planteamientos (refuerzo de sus propuestas).
- Eliminar o posponer aquellas en las que exista una clara y argumentada negativa, estemos o no de acuerdo.
- Valorar la pertinencia de mantener los objetivos no cumplidos y las causas del no cumplimiento.
- Es importante tener en cuenta el deterioro o las dificultades que cada persona presenta para adaptar el contenido y la exigencia en cada caso así como prestar apoyo específico que necesite (miedo a las evaluaciones, deterioro cognitivo, dificultades de expresión, etc.).
- No alargar en exceso la sesión, procurando no entrar con mucha profundidad a analizar o negociar los objetivos propuestos por todas las partes, convirtiendo la sesión en una intervención.

## ANEXO II. ENTREVISTA SOBRE LA JUNTAS Y LOS EFECTOS QUE TIENEN SOBRE LOS USUARIOS

1. ¿Cómo valoras las juntas para planificar o revisar objetivos?

Muy negativas	Negativas	Neutrales	Positivas	Muy positivas
---------------	-----------	-----------	-----------	---------------

2. ¿Ha tenido algún efecto sobre ti?

Ningún	Muy pocos	Pocos	Bastantes	Muchos
--------	-----------	-------	-----------	--------

3. ¿Te gusta participar en estas reuniones?

Absolutamente No	No	Me da igual	Si	Absolutamente si
------------------	----	-------------	----	------------------

4. ¿Cómo te sientes antes de las reuniones?

Preocupado/a

Mucho	Bastante	Poco	Muy poco	No
-------	----------	------	----------	----

Ansioso/a

Mucho	Bastante	Poco	Muy poco	No
-------	----------	------	----------	----

Confiado/a

Mucho	Bastante	Poco	Muy poco	No
-------	----------	------	----------	----

Satisfecho/a

Mucho	Bastante	Poco	Muy poco	No
-------	----------	------	----------	----

5. durante

Preocupado/a

Mucho	Bastante	Poco	Muy poco	No
-------	----------	------	----------	----

Ansioso/a

Mucho	Bastante	Poco	Muy poco	No
-------	----------	------	----------	----

Confiado/a

Mucho	Bastante	Poco	Muy poco	No
-------	----------	------	----------	----

Satisfecho/a

Mucho	Bastante	Poco	Muy poco	No
-------	----------	------	----------	----

6. después

Preocupado/a

Mucho	Bastante	Poco	Muy poco	No
-------	----------	------	----------	----

Ansioso/a

Mucho	Bastante	Poco	Muy poco	No
-------	----------	------	----------	----

Confiado/a

Mucho	Bastante	Poco	Muy poco	No
-------	----------	------	----------	----

Satisfecho/a

Mucho	Bastante	Poco	Muy poco	No
-------	----------	------	----------	----

¿Has encontrado algunas mejoras en los siguientes aspectos?:

- Percepción de tus objetivos
- Comprensión de tus fuentes de apoyo y recursos
- Comprensión de los aspectos que puedes mejorar
- Comprensión de tu rehabilitación
- Relación con el equipo
- Relación con tus compañeros

## ANEXO II. CUESTIONARIO DE VALORACION DEL SISTEMA DE PARTICIPACION ACTIVA DEL USUARIO EN EL PISS

¿Qué es lo que más te gusta de este sistema?

¿Para qué te sirve a ti como profesional? ¿Qué efectos tiene en ti?

¿Y al usuario? ¿Qué le aporta?

¿Cuáles son las principales dificultades de este sistema?

¿Cambiarías algo en el modo en que lo hacemos? ¿Cómo podría mejorar?

¿Cómo te sientes en las reuniones? y después?

**VOLVER AL ÍNDICE**

# RESIDENCIAS Y EMANCIPACIÓN

Noelia de Madrid Robleño

José Carlos Sánchez Prieto

Contacto: [la.noelio@gmail.com](mailto:la.noelio@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, a nivel internacional, se están cuestionando desde la psiquiatría y la psicología el papel de los profesionales en la vida de las personas con trastorno mental grave. El modelo biomédico, cuya asistencia se centra en los síntomas y en la enfermedad, es el que más se está analizando y enjuiciando ya que resta importancia a los contextos culturales y sociales de los pacientes, y, por tanto, a sus vivencias (1).

Además de la creación, a nivel mundial, de diversos movimientos de usuarios y de redes de apoyo y autoayuda, se está investigando acerca de la perspectiva conocida como modelo de recuperación (1) que no descarta la rehabilitación, sino que la complementa. Mientras que la rehabilitación habla desde el déficit, desde lo que hay que cambiar y sitúa al profesional como experto, la recuperación habla desde el empoderamiento para tomar el control de todos los aspectos de la vida y sitúa al otro como experto.

Dentro de todo este clima de transformación y escepticismo hacia el trabajo profesional con personas con trastorno mental grave, vimos necesario investigar sobre cómo ven los usuarios el trabajo diario de los educadores sociales dentro de una Residencia, eligiendo la «emancipación» como fin, debido a los aspectos positivos que ésta lleva implícitos.

Con la investigación se pretende tomar conciencia de que las intervenciones de los profesionales siempre tienen consecuencias y algunas pueden resultar negativas aunque lleven el adjetivo «rehabilitador» (1). Por otro lado se hace imprescindible saber si los usuarios conocen las razones de las intervenciones o programas y si para ellos tienen una utilidad. Debemos ser críticos con nuestro trabajo y crear espacios donde se cuestione nuestra práctica diaria.

La metodología cualitativa como herramienta en las investigaciones en salud mental es un recurso que ha sido utilizado en diferentes estudios en los últimos años siendo los grupos de discusión junto con las entrevistas los más empleados.



En 2007 en la comunidad de Madrid se llevó a cabo una investigación, dentro del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007, en colaboración con la Universidad Complutense de Madrid; tenía como fin conocer las representaciones sociales y prejuicios que la sociedad tiene de la problemática de las personas con enfermedad mental y sus consecuencias e impacto sobre éstas y sus familias, con el objetivo de elaborar propuestas de actuaciones que disminuyeran el estigma y aumentaran la sensibilización (2).

El estudio utilizó estrategias cuantitativas y cualitativas, dentro de estas últimas la entrevista y los grupos de discusión. Con el objetivo de recoger datos que aportasen a la investigación realizados aspectos cualitativos que ayudasen a comprender el fenómeno del estigma, se utilizó una metodología de tipo cualitativo a través de grupos de discusión con personas con enfermedad mental grave y persistente y a sus familias. La opinión que se tiene sobre el autoestigma, el estigma y las relaciones sociales o en el ámbito laboral, necesita de una investigación cualitativa; en este estudio ven la necesidad de incluirla, además de la cuantitativa, ya que la transcripción del grupo de discusión es un conjunto de opiniones, actitudes y experiencias de estigmatización procedentes de las narraciones de los participantes muy valioso.

Otras investigaciones de tipo cuantitativo se han preocupado por el impacto del trabajo de los profesionales en los usuarios de las residencias para personas con enfermedad mental:

En 2003 se llevó a cabo una investigación en la «Llar-residencia Roger de Llúria» en la ciudad de Barcelona. El objetivo de ese trabajo fue realizar un estudio de valoración de los servicios residenciales a partir de los datos recogidos en esa Residencia basados en su efectividad, entendida ésta como medida en que este programa consigue sus objetivos (3).

En el 2014, se lleva a cabo otra investigación en Cataluña con el objetivo de evaluar la evolución de los residentes ingresados en las residencias Roger de Llúria (protagonista del anterior estudio), Tres Pins y Begur (gestionadas por la Fundación de Salud Mental CPB), en sus dos primeros años de ingreso en el centro y poder definir los aspectos de mejoría en los usuarios (4).

Otro ejemplo más es el llevado a cabo en una Comunidad Terapéutica de pacientes con trastornos psicóticos en Huelva que ofreció la oportunidad a sus usuarios de valorar los programas de rehabilitación en cuanto a la utilidad que éstos tienen en su recuperación (5).

El presente estudio, al preguntarles directamente por el trabajo de los educadores, nos sirve también para evaluar de manera indirecta los programas y talleres que llevamos a cabo en el recurso, ver si los usuarios les ven algún tipo de utilidad para su proceso de rehabilitación, y más concretamente, para los objetivos que ellos se van marcando. Esto, para nosotros como profesionales, tiene que ver con la calidad de nuestras intervenciones, en tenerla siempre presente como aspiración. Además nos cuestionamos qué tipo de residencia somos, ¿favorecemos la emancipación o la institucionalización? ¿tenemos una función de mero alojamiento o somos un recurso rehabilitador?

Debido a que no hay un consenso claro y definido sobre cómo evaluar el proceso de rehabilitación psicosocial con personas con TMG (6), la preparación hacia la emancipación puede ser un predictor o no de la calidad de nuestras intervenciones, al menos nos dice hacia dónde van y cómo lo perciben los usuarios; si no hay estándares fijos de evaluación consensuados, el enfoque hacia la emancipación puede ser una opción más tan válida como cualquiera.

¿Por qué les preguntamos por emancipación? No pretendemos en ningún momento afirmar que emancipación sea sinónimo de recuperación pero queremos averiguar si nuestro trabajo como

educadores favorece la autonomía de los usuarios, esto es clave para la rehabilitación psicosocial, la (re)construcción de capacidades.

## OBJETIVOS

### Objetivo General:

Analizar la percepción de los usuarios del impacto del trabajo realizado en la residencia sobre su proceso de emancipación.

### Objetivos específicos:

Saber si los usuarios perciben cambios positivos que puedan favorecer la emancipación en algún área de su vida una vez que entran a vivir en la residencia.

Averiguar cuáles son las áreas de intervención en las que los usuarios perciben más cambios positivos una vez que comienzan a residir en el recurso.

Determinar cuáles son, según los usuarios, las áreas de intervención más necesarias para conseguir una plena emancipación.

Conocer las expectativas que los usuarios tenían del recurso antes de residir en él.

Examinar las ideas de los usuarios acerca de su futuro y si se asemejan estas al concepto de emancipación.

## METODOLOGÍA

La investigación se llevó a cabo en Octubre del 2016 en la Residencia Carmen García de Gúdal; es un Recurso de Atención Residencial perteneciente al Plan de Atención Social para personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid desarrollado por la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. El estilo de Atención Social se fundamenta en la Rehabilitación Psicosocial y el Apoyo a la Integración Social. Fue inaugurada en mayo del 2011.

Está situada en el barrio Arroyo Culebro perteneciente a Leganés, un entorno vecinal normalizado con acceso a todo tipo de servicios comunitarios. Su tamaño se podría considerar pequeño, 30 plazas, permitiendo así un entorno funcional lo más parecido a un auténtico hogar y favoreciendo la individualidad de cada residente. La estancia puede ser indefinida o temporal, dependiendo de cada caso.

La Residencia cuenta con un equipo multidisciplinar compuesto por educadores sociales, psicóloga, directora, terapeuta ocupacional y monitores de noche que aseguran el cuidado, atención y rehabilitación con una supervisión de 24 horas. La atención médico-psiquiátrica y de salud mental es realizada por los servicios de salud mental que efectúan las derivaciones al recurso, en este caso los CSM de Fuenlabrada o Leganés.

A partir de los objetivos establecidos y con el fin de responder las preguntas de investigación planteamos como metodología de investigación la organización de un grupo de discusión. Consideramos que esta metodología cualitativa resulta la más adecuada ya que constituye una práctica flexible y fácil de organizar basada en la conversación entre usuarios orientada y planeada por los educadores/investigadores.

La idea del grupo de discusión es generar una conversación alrededor de un asunto en particular y observar las actitudes de los participantes (7).

Como herramienta básica diremos que se basa esencialmente en el diálogo y conversación entre las personas. Lo que se busca es que los componentes del grupo a estudiar intercambien opiniones con el fin de conocer su punto de vista sobre un tema concreto para posteriormente sacar las conclusiones de la investigación (8).

Cabe destacar que es una técnica de investigación sencilla que se puede llevar a cabo sin requerir recursos materiales adicionales por parte de la Residencia ni un esfuerzo excesivo por parte de usuarios y educadores al poderse realizar en una única sesión (9).

Tras informar sobre los objetivos de la investigación con anterioridad, la asistencia fue voluntaria y garantizando el anonimato.

La sesión fue grabada, tras autorización previa de cada uno de los asistentes, para permitir la transcripción. Los profesionales encargados de guiar el grupo fueron dos, ambos educadores sociales, el moderador que hacía las preguntas y reconducía el tema y el observador que recogía la información relevante que las limitaciones de una grabadora no puede capturar.

La duración de la misma fue de 35 minutos y el espacio elegido, una sala cerrada dentro de la residencia donde los participantes se sentían cómodos debido a la familiaridad del lugar. «Es importante un ambiente cálido donde la persona se sienta aceptada, no criticada ni censurada por su conducta» (9). Además aprovechamos el vínculo terapéutico que existía.

Siete fue el número de participantes (tres hombres y cuatro mujeres), todos usuarios de la Residencia Carmen García de Gúdal, y no se tuvo en cuenta la variable edad para la muestra ya que fue aleatoria (ellos decidieron participar voluntariamente).

## DESARROLLO

A continuación ofrecemos los resultados de las ideas recogidas en el grupo de discusión, éstas aparecen divididas según las preguntas que nos planteamos al principio, cuando llevamos a cabo la redacción del proyecto:

¿Qué concepto de emancipación tienen los usuarios?

En general el concepto de «emancipación» tiene una connotación muy positiva para ellos, es algo a conseguir, un objetivo:

«mis expectativas al ir desarrollando eran para valerme para mí misma...»

«a mí sí que me gustaría emanciparme pero más a largo plazo»

«yo creo que el concepto de «emancipación» como dices tú es hacer una vida por cuenta propia o por cuenta ajena que eso yo creo que estaría bien...»

Todos coinciden que esta meta es a largo plazo. En este plazo que se ponen ellos (en cada caso de más o menos duración) hay implícitos una serie de objetivos que según ellos deben conseguir para alcanzar dicha emancipación, como una serie de pasos a seguir. Estos objetivos son una buena gestión económica (hablan de no derrochar y saber ahorrar) buen manejo de las Avd's tanto de las que tienen que ver con la limpieza del hogar como de las que tienen que ver con el autocuidado y la imagen. Las etapas para alcanzar esta emancipación coinciden con las áreas trabajadas en la residencia o con el trabajo llevado a cabo en la red de recursos de salud mental (CD, CRL, Pisos, etc.) que se consideran valiosos para conseguir un empleo.

Emancipación es «valerte por ti mismo» «dejarte hacer tus propias cosas y gestionarte tú» «que te sepas valer por tu propia cuenta» «autonomía en todos los sentidos». Cuando hablan de «valerte por ti mismo sin depender de nadie» este «nadie» engloba a familia (padres o hermanos) y a los recursos residenciales:

«el concepto de emancipación o significado es si tú por ejemplo te pones el caso que vives con tus padres y quieres hacer una vida fuera, fuera de la familia, vives tú solo pero tú te haces cargo de ti mismo»

Casi todos ven el trabajo como un medio esencial para conseguir dicha emancipación, autonomía es sinónimo de empleo.

¿Creen que el trabajo realizado por los educadores de la Residencia contribuye a lograr esa emancipación?

Todos los participantes coinciden en que el trabajo realizado por los educadores de la Residencia contribuye a lograr esa emancipación. Cada uno de ellos justifica esta afirmación con las áreas que ellos trabajan actualmente y día a día en el recurso. Vuelven a hablar de avd's, habilidades sociales, preparación para el empleo y gestión económica:

«Conseguir un trabajo para poder mantenerme y pagar mis deudas viendo que se me ha podido ayudar los profesionales en eso bastante»

» y de hecho aquí se prepara para aumentar la autonomía uno mismo de ser encargado de la leche, subir la leche, subir los zumos....cada uno se hace encargado de una cosa»

«sí autonomía en todos los sentidos, como dices tú autonomía económicamente, no derrochar dinero, saber ahorrarlo y cosas así».

Conciben este trabajo como un todo formado por diferentes áreas, las mencionadas anteriormente, y el hecho de alcanzar unas metas saben que les llevará a otras, es un continuo que finaliza en la emancipación, cada uno la imagen que de ésta se tenga.

» Yo por ejemplo, los primero días de estar aquí lo veía como que era misión imposible que no se me iban a dar por ejemplo oportunidades y después de pasar este tiempo he visto que han sido cosas positivas hacia mí sino que ya estoy en acercamiento a pisos»

«hay cosas por ejemplo que sí se trabajan aquí que nunca por ejemplo no nos ha dado por realizarlas y poco a poco ir adquiriendo conocimientos»

También destacan la flexibilidad del día a día donde ellos sienten una adaptación del recurso a su vida, no al contrario, que les permite desarrollarse en otros ámbitos:

«Ah sí y puedes salir y entrar siempre que avises, ellos te dejan tranquilamente o sea que hay aquí una flexibilidad y una libertad que pienso yo bastante buena».

Dentro de las funciones del educador social engloban también aquellas dirigidas a motivar para el desarrollo de ideas propias y participar en la vida del recurso:

«y de hecho aquí se prepara para aumentar la autonomía uno mismo de ser encargado de la leche, subir los zumos...»

«y explotas más tus habilidades o sea que por ejemplo cuando quieres animar a alguien, cuando quieres animar a tus compañeros a hacer algo, lo que sea, de echo los educadores no te ponen trabas, te animan».

«Me levantan el ánimo y quieras que no con esas cosas vas saliendo también adelante, eso hace mucho»

Por otra parte, valoran el protagonismo que tienen en sus tareas diarias y cómo éste contribuye a mejorar su autoestima:

«hacia delante, para valerte por ti misma y de la enfermedad también te ayuda porque si tienes la autoestima bajita, sabes lo que te quiero decir? Ver que lo puedes hacer todo, luchando por ti mismo, eso te sube la autoestima, no? no sé si lo sabéis, y entonces eso te ayuda más»

Por último, destacan también la labor del educador en lo referente al vínculo con el CSM pues este trabajo mediador se ve imprescindible también a la hora de emanciparse:

«Si siguiera en mi casa no me tomaría las pastillas ni iría al psicólogo ni nada, ni atención de los educadores, ni asamblea, ni nada».

¿En qué áreas valoran más positivo el trabajo?

Todo el tema de las AVD'S lo consideran imprescindible para «valerse por sí mismos» sobre todo las áreas que tienen que ver con la cocina, limpieza de espacios personales, higiene y autocuidado y gestión económica:

«yo ahora, según me encuentro, a corto plazo porque he evolucionado mucho, ahora me sé vestir mejor, y cosas así»

«sí, autonomía en todos los sentidos, como dices tú autonomía económicamente, no derrochar dinero, saber ahorrarlo y cosas así; autonomía por ejemplo a la hora de ducharse y cosas así y tener la casa limpia, cosas que son evidentemente fundamentales para el día de mañana»

«lavarse los dientes, ir al dentista, o pesarme....todo eso, vivir en el futuro más independiente».

Cuando se les pregunta si están trabajando las habilidades sociales la respuesta afirmativa es unánime; El respeto, la capacidad de negociación, gestión de conflictos, asertividad y regulación emocional son las más trabajadas de este área.

«Yo que me voy a ir a vivir con mi pareja, hombre, tendré conflictos porque todos discutimos, no? Quién no va a discutir en una convivencia/exactamente, que lo vas a necesitar saber solucionar tus conflictos»

«las asambleas, las asambleas son muy buenas para realizar nuestros conflictos en común»

«y también el respeto entre el uno sobre el otro. Eso lo que ha dicho ella es más bien para poder dar un ejemplo de que ha tenido un conflicto con un compañero y no ha sabido responderla de la manera correcta y eso ha generado una mala educación hacia su persona, le ha hecho mucho daño, por eso lo ha dicho»

¿Están satisfechos con el trabajo en la residencia?

En general valoran muy satisfactorio el trabajo en la residencia y su estancia en ella y lo reflejan con expresiones muy claras y directas:

«Sí sí, lo que te he dicho, ¿quién me iba a decir antes que iba a estar tan bien como ahora?»

«yo sí estoy satisfecha porque he mejorado mucho, he mejorado mucho, gracias a mis compañeros y gracias a los profesionales»

«yo creo que adquieres muchos valores positivos»

Conciben el trabajo que llevan a cabo en la residencia como un proceso de duración indeterminada, dependerá del área y de la persona, pero sin idea de estancamiento, en mayor o menor medida son conscientes de sus grandes o pequeños logros.

«yo no me estanco, yo estoy progresando»

«yo pienso que no es un estancamiento como tú bien dices, sino que cada persona necesita su tiempo y por ejemplo, hay algunos que es a corto plazo, otros que es a largo pero al final esas metas se acaban consiguiendo»

«los primeros días de estar aquí lo veía como que era misión imposible que no se me iban a dar por ejemplo oportunidades y después de pasar este tiempo he visto que han sido cosas positivas hacia mí sino que ya estoy en acercamiento a pisos».

Algunos de los participantes reconocen que, si no vivieran en el recurso, existiría en ellos un sentimiento de indiferencia hacia áreas que tienen que ver con el autocuidado relacionado con la higiene o la correcta toma de medicación.

«no me tomaría las pastillas ni iría al psicólogo ni nada, ni atención de los educadores, ni asamblea, ni nada»

Esta sensación de satisfacción y de «no estancamiento» es debido también al hecho de que son capaces de poner en práctica los conocimientos adquiridos, utilizar el nuevo aprendizaje en experiencias recientes y ser conscientes de ello.

«yo por ejemplo lo que pienso es que hay cosas por ejemplo que sí se trabajan aquí que nunca por ejemplo no nos ha dado por realizarlas y poco a poco ir adquiriendo conocimientos de ello, no? Pues uno también lo pone en práctica»

«yo pienso que es bueno porque aparte de coger autonomía aprendes a valerte por ti mismo fuera de la residencia tanto como a nivel de usuario como persona y también adquirir una vida más común»

Por último resaltar la sensación de tranquilidad y bienestar que les provoca la vida en el recurso.

«porque estoy más tranquilo, y a parte, que no me como tanto la cabeza»

«cuando vine aquí y vi que los profesionales como eran y como me han tratado y me siguen tratando así cariñosamente, no sé, eso hace mucho también. Me levantan el ánimo y quieras que no con esas cosas vas saliendo también adelante, eso hace mucho»

¿Los usuarios consideran a la Residencia como un recurso asistencial o emancipador?

El único apunte que refleja el concepto de residencia como un recurso asistencial lo tuvo una participante en lo referente a la mediación de conflictos entre usuarios:

«Muchas veces cuando hay un conflicto yo pienso que antes de llamar a los educadores hay que intentar resolverlo solo, por ti mismo, con educación y con respeto».

Por último señalar que tras el debate se creó un espacio informal, ya relajados y sin tener delante la grabadora, que nos permitió recoger sus reflexiones sobre la experiencia resultando ser ésta muy positiva. Transmitieron que les había gustado que les preguntaran qué pensaban, que no les importaría tener que participar más veces y que se sintieron cómodos y escuchados.

## CONCLUSIONES

Podemos afirmar que los participantes del grupo de discusión consideran la Residencia Carmen García de Gúdal de Leganés un recurso emancipador. Para ellos la rehabilitación es un proceso cuyo fin último es «valerte por ti mismo fuera de la residencia» y las áreas que se trabajan en el recurso les ayudan a conseguirlo pues los conocimientos adquiridos se pueden extrapolar a una vida fuera. El usuario se siente protagonista de su propio proceso y la flexibilidad y libertad son características presentes en la metodología de trabajo. Queda demostrado que dicho centro no sólo sirve como recurso para provisión de alojamiento y para cubrir las necesidades básicas, se trabaja con un compromiso de proceso de rehabilitación que va desde los profesionales a los usuarios (6). Además, para muchos de los residentes, la Residencia pasa a convertirse en red social y, aunque no en todos los casos, ésta se puede llegar a establecer como una red de soporte social si la persona tiene la posibilidad de intercambiar comunicaciones íntimas y existe la presencia de solidaridad y confianza (10).

Si comparamos esta investigación con algunas de las publicaciones a nivel nacional que han evaluado los programas de rehabilitación llevados a cabo en diferentes recursos residenciales (sin usar la emancipación como objeto de estudio) se constata que la labor y esfuerzo tanto de los usuarios como de los profesionales favorece la calidad de vida y autonomía de los primeros; por otro lado, también hay una clara coincidencia en la importancia que se da a determinadas áreas de intervención.

Los datos de las dos investigaciones llevadas a cabo en Cataluña (3) (4) reflejaron que los residentes consideraban que su estabilidad clínica había mejorado, así como su autonomía, calidad de vida y su responsabilidad. Los resultados indican que la estancia en las residencias favorece la estabilidad clínica del usuario, reduciendo el número de ingresos y su tiempo de estancia. El residente mejora en el funcionamiento general de las AVD, hábitos de salud y relaciones personales, recuperando su estatus de ciudadano, más activo y autónomo.

Uno de los programas de rehabilitación más valorados en la Comunidad Terapéutica de Huelva (5) fue el programa de aseo dentro de las Avd's. Al igual que en los resultados del presente estudio, los residentes evalúan de forma muy positiva este tipo de actividades destinadas al autocuidado y a la imagen.

Otras investigaciones a nivel internacional como la llevada a cabo en Santiago de Chile en 2014 (11) nos revelan que al igual que en la nuestra, la flexibilidad y un ambiente menos rígido contribuyen a aumentar el nivel de funcionamiento de los usuarios.

Ahora que tenemos una visión global de los resultados de la investigación sería interesante preguntarse ¿podríamos considerar la emancipación dentro del constructo complejo de la Recuperación? La idea de emancipación como proyecto vital nos hace pensar que sí, no sólo teniendo en cuenta el producto final sino todo el proceso que puede llevarnos, o no, ahí.

Es importante preguntarse esto porque «la orientación hacia la recuperación no es algo inherente a los dispositivos de rehabilitación, sino que es una filosofía y modo de trabajo de los rehabilitadores lo que ha de cultivarse activamente» (6).

Además, si en nuestras intervenciones pretendemos dejar el modelo biomédico de lado, debemos preguntarnos si colocamos al usuario, y no a la enfermedad, en el centro de atención, y ligado a esto, si garantizamos sus derechos y fomentamos su participación en la toma de decisiones (12). Aunque para cerciorarnos de todo esto se necesitaría hacer una investigación mucho más completa



y exhaustiva que ésta, los resultados sí nos revelan que los entrevistados sienten estar trabajando para conseguir una autonomía y que la filosofía de individualidad y flexibilidad, que guía nuestra práctica, les favorece.

Decidir qué objetivos quiero trabajar y comprometerme a ello e intentar seguir los pasos para alcanzarlos implica una responsabilidad personal dentro del proceso de rehabilitación (10). Querer conseguir un empleo, ser capaz de gestionarte o mantener unas relaciones sociales significativas lleva implícito el restablecimiento o la creación de roles y funciones; puede ser que éstos se acerquen a los que ya poseían antes de la aparición del trastorno o pueden ser distintos, lo relevante es que esto ocurra y esto sí es Recuperación. «Nadie habla de recobrase de la enfermedad ni de que los síntomas desaparezcan, hablan de un cambio de valores, objetivos, habilidades y roles» (6).

Por supuesto nos queda mucho por hacer, ni siquiera deberíamos aceptar la filosofía de rehabilitación ni de recuperación como solución para todo. Hay que evaluar constantemente nuestra praxis y seguir investigando de la mano de los verdaderos protagonistas, las personas con TMG, que son los auténticos expertos, y ser conscientes de la influencia trascendental que tienen nuestras intervenciones en la vida de una persona. «La rehabilitación psicosocial es un proceso continuo, y los cambios que induce a través del tiempo siguen un patrón característico en función no sólo de las variables personales y sociales, sino también del tipo de tratamiento que la persona recibe» (6).

Los resultados de esta investigación son sólo pinceladas de algunos de los grandes aspectos que envuelven el proceso emancipatorio para una persona con TMG; para una visión más completa deberíamos valorar el papel de los factores ambientales, las implicaciones culturales y la influencia de las desigualdades económicas, aquello que siempre debemos considerar si queremos tener una perspectiva integral de la persona. «Pensamos que la transformación del modo en que se atiende el sufrimiento psíquico en la sociedad requiere un cambio social, cultural, económico profundo. No va a venir de la mano de cambios en nuestras técnicas. O al menos, no solamente de esto» (12).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortíz Lobo A. *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Grupo 5; 2013.
2. Muñoz M, Pérez E, Crespo M, Guillén A. *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense; 2009.
3. Lascorz D, Serrats E, Pérez V, Fábregas J, Vegué J. Estudio comparativo coste-eficiencia en un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2009 [citado 20 May. 2017];29(1):191-201. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352009000100014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000100014)
4. Lascorz D, Serrats E, Ruíz B, Córdoba MJ, Vegué J. Las residencias para personas con Trastorno Mental Grave como un recurso Terapéutico-Rehabilitador. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* [Internet]. 2014 [citado 20 May. 2017];34(123):521-538. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352014000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000300006)
5. Feria Martín E, Fuentes-Márquez S, Martínez-Anguita MA. Evaluación de los programas de una comunidad terapéutica de pacientes con trastornos psicóticos. *Rehabilitación psicosocial*. 2015;2(1):4-10.



6. Fernández A. Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. [Internet]. Valladolid: FEARP. 2009 [citado 20 May. 2017]. Disponible en: <http://www.youblisher.com/p/715591-Evaluacion-en-Rehabilitacion-Psicosocial/>
7. Gil Flores J. La metodología de investigación mediante grupos de discusión. An. Inte. Dida. 1992;(10-11):199-214.
8. Arboleda LM. El grupo de discusión como aproximación metodológica en investigaciones cualitativas. Rev. Fc. Nac. Sal. Púb. 2008;26(1):69-77
9. Bisquerra R. Metodología de la investigación educativa. Madrid: La Muralla; 2004
10. Rodríguez A. Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Psicología Pirámide; 2006
11. Tapia C, Grandón P, Bustos C. Relación entre el funcionamiento de un hogar/residencia protegida para personas con trastorno mental severo, el apoyo social del cuidador y las habilidades de la vida diaria de los residentes. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2014 [citado 20 May. 2017]; 52(1):20-28. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272014000100003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000100003)
12. Alonso Suárez M. Reflexiones sobre el modelo de recuperación en salud mental. 24 Sep. 2016 [citado 20 May. 2017]. En: AMSM [Internet]. Disponible en: <https://amsm.es/2016/09/24/reflexiones-sobre-el-modelo-de-recuperacion-en-salud-mental-por-maria-alonso-suarez/>

**VOLVER AL ÍNDICE**

# MEDIDAS DE RESULTADO MÁS UTILIZADAS EN PROGRAMAS DE INSERCIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Jesús Martí Esquitino

Unidad de Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico «Román Alberca»  
Murcia

Correo: [jesus.marti@carm.es](mailto:jesus.marti@carm.es)

## INTRODUCCIÓN

La salud mental influye indudablemente en el estado laboral de las personas. Se ha relacionado con frecuencia la aparición de un trastorno mental con la Incapacidad Laboral Transitoria (ILT), la pérdida de años de trabajo y con el desempleo (1). Esto es especialmente significativo en las personas que sufren trastornos mentales graves o persistentes. El trastorno mental grave (TMG) se define como el trastorno que sufren las personas identificadas por tres factores: el diagnóstico (esquizofrenia, psicosis afectiva, trastornos graves de personalidad, etc.), la duración prolongada y la discapacidad (2, 3).

En una revisión basada en ocho estudios controlados se vio que el desempleo en personas con esquizofrenia rondaba el 60% en países industrializados (4), es decir que el desempleo tiene niveles mucho más altos en las personas con TMG que en la población general, llegando a tasas de más del 80% (4). De hecho, incluso en países con altas tasas generales de empleo, las personas con TMG tienen solo una tasa del 10% al 20% de empleo (1). Esta circunstancia de desempleo tan generalizado se ha atribuido en parte al TMG, pero también refleja la discriminación, respecto a otros grupos con discapacidad y la escasa atención prestada al tema desde los servicios de atención a la salud mental. Estos datos contrastan con el hecho de que la mayor parte de las personas con TMG desean trabajar (5).

## Programas de inserción laboral

El objetivo de la «recuperación» es central en la atención comunitaria a personas con TMG. Así, el empleo es clave porque: a) es un indicador o medida de resultado de la recuperación; y b) es un factor clave en el proceso de recuperación personal, si tenemos en cuenta tanto los efectos medibles de los programas de rehabilitación vocacional y empleo, como los efectos más personales (6). Además, existe abundante evidencia en la literatura sobre la adecuación y eficacia de los programas de apoyo al empleo para una parte importante de personas con TMG (7).

### Definición

Los programas de empleo para personas con trastorno mental grave incluyen un conjunto de intervenciones y dispositivos que tienen como objetivo general aumentar la cantidad y calidad de empleo mediante el mantenimiento en el empleo de aquellos que lo tienen pero pueden llegar a perderlo como consecuencia de la enfermedad y su proceso de atención y facilitando el acceso al mismo de los que lo perdieron o no lo han tenido nunca, pero quieren y pueden llegar a tenerlo (6).

Hay, al menos, tres tipos básicos no excluyentes de inserción laboral en esta población (6):

1. Los programas de rehabilitación vocacional, entre los que se incluyen los centros de rehabilitación psicosocial y los específicos laborales. Se basan en que muchas personas con TMG carecen de habilidades necesarias para acceder a un empleo y que dichas habilidades pueden adquirirse con programas específicos y con apoyo en los momentos iniciales.

2. Programas de empleo con apoyo, siendo el más conocido y contrastado el *Individual Placement and Support* (IPS) (8). Actualmente ha mostrado su eficacia en numerosos estudios (7, 8). Se basa en los siguientes principios:

- Una orientación clara, directa e inmediata hacia el «empleo competitivo», entendido este como el que se encuentra en el mercado.

- Se centra más en encontrar un empleo rápido adaptado a los deseos de la persona y menos en la preparación y formación previa, que se realiza con frecuencia cuando ya se ha incorporado al empleo.

- En la elección del empleo es importante la motivación, preferencias y experiencia previa de la persona.

- El seguimiento es a largo plazo y flexible, incluyendo apoyo en el trabajo y a la empresa.

- Las empresas sociales (cooperativas sociales o centros especiales de empleo), que han generado claras oportunidades de empleo para personas con discapacidad o dificultades sociales y, entre ellas, con TMG, pero sin que hasta el momento haya dado lugar, pese a su extensión, a estudios de evaluación con diseños experimentales (9). Estas empresas buscan equilibrio de cuentas y tienen objetivos sociales, son más flexibles con los empleados y suelen tener personal de apoyo para las personas con más dificultades.

3. Per-support, que no ha recibido apoyo empírico todavía (Club house y similares), empresas formadas y dirigidas por personas con TMG, que suelen tener algún tipo de subvención gubernamental, funcionan como ONGs o cooperativas sociales pero están formadas solo por personas con diagnóstico.

## Medidas de resultado

A pesar de existir 3 grandes grupos de intervenciones para la inserción laboral, hasta la llegada del IPS ha sido complicado valorar los resultados de estas intervenciones debido a la gran variabilidad de las mismas y de las medidas. Tras la puesta en marcha del IPS se crearon algunas herramientas para medir la fidelidad en su aplicación (10)»container-title»:»Psychiatric Services (Washington, D.C. y se facilitó enormemente la comparación entre estudios. Hasta la fecha no se ha realizado ninguna recopilación de las escalas y medidas más utilizadas en la implementación de IPS u otros programas de inserción laboral para personas con TMG.

## OBJETIVOS

Analizar la bibliografía científica publicada respecto a las medidas de resultado en la implementación de programas de inserción laboral para personas con enfermedad mental.

## MÉTODO

### Diseño

Para el diseño metodológico se ha utilizado una revisión sistemática y se ha seguido la guía PRISMA (Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analysis of Studies That Evaluate Health Care Interventions) (11, 12).

Los criterios seguidos para la selección de los estudios fueron los siguientes:

Estudios clínicos y clínicos aleatorizados que hubieran tenido como objetivo analizar intervenciones de inserción laboral para personas con enfermedad mental desde el inicio de los registros hasta el 10 de Marzo de 2017. Sin limitaciones de idioma. Se excluyeron, por tanto, revisiones sistemáticas y meta-análisis, comentarios, editoriales, revisiones narrativas y estudios cuasi-experimentales.

### Fuentes de información y búsqueda

Para la búsqueda se han utilizado las siguientes bases de datos: a través de EBSCOhost: MEDLINE, MEDLINE complete, PsycARTICLES, PsycCRITIQUES, PsycINFO, Social Sciences Full Text, SocINDEX full text. Se ha buscado en las bases de datos de acceso libre para alumnos de las universidades Jaime I de Castellón y Murcia. La **tabla 1** muestra los criterios de búsqueda más específicos.

Tabla 1: Criterios de búsqueda utilizados para la revisión

#	Consulta	Limitadores y ampliadores	Último acceso realizado a través de	Resultados
S4	(rct OR «randomi#ed controlled trial» OR «clinical trial» OR randomized controlled trial) AND (S1 AND S2 AND S3)	Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Interfaz - EBSCOhost Research Databases Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada Base de datos - MEDLINE;MEDLINE Complete;PsycARTICLES;PsycCRITIQUES; PsycINFO;Social Sciences Full Text (H.W. Wilson);SocINDEX with Full Text	193
S3	rct OR «randomi#ed controlled trial» OR «clinical trial» OR randomized controlled trial	Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Interfaz - EBSCOhost Research Databases Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada Base de datos - MEDLINE;MEDLINE Complete;PsycARTICLES;PsycCRITIQUES; PsycINFO;Social Sciences Full Text (H.W. Wilson);SocINDEX with Full Text	441, 684
S2	«supported employment» OR ( «individual placement and support» ) OR vocational employment OR sheltered workshop*	Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Interfaz - EBSCOhost Research Databases Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada Base de datos - MEDLINE;MEDLINE Complete;PsycARTICLES;PsycCRITIQUES; PsycINFO;Social Sciences Full Text (H.W. Wilson);SocINDEX with Full Text	8, 647
S1	psychos?s OR «severe mental illness» OR mental disease	Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Interfaz - EBSCOhost Research Databases Pantalla de búsqueda - Búsqueda avanzada Base de datos - MEDLINE;MEDLINE Complete; PsycARTICLES;PsycCRITIQUES;P sycINFO;Social Sciences Full Text (H.W. Wilson);SocINDEX with Full Text	211, 944

## Proceso de recogida de datos y características codificadas

Se seleccionaron los estudios clínicos aleatorizados (ECAs), los protocolos de ECA y los análisis secundarios sobre ECA respecto a dos o más intervenciones de inserción laboral para personas con TMG.

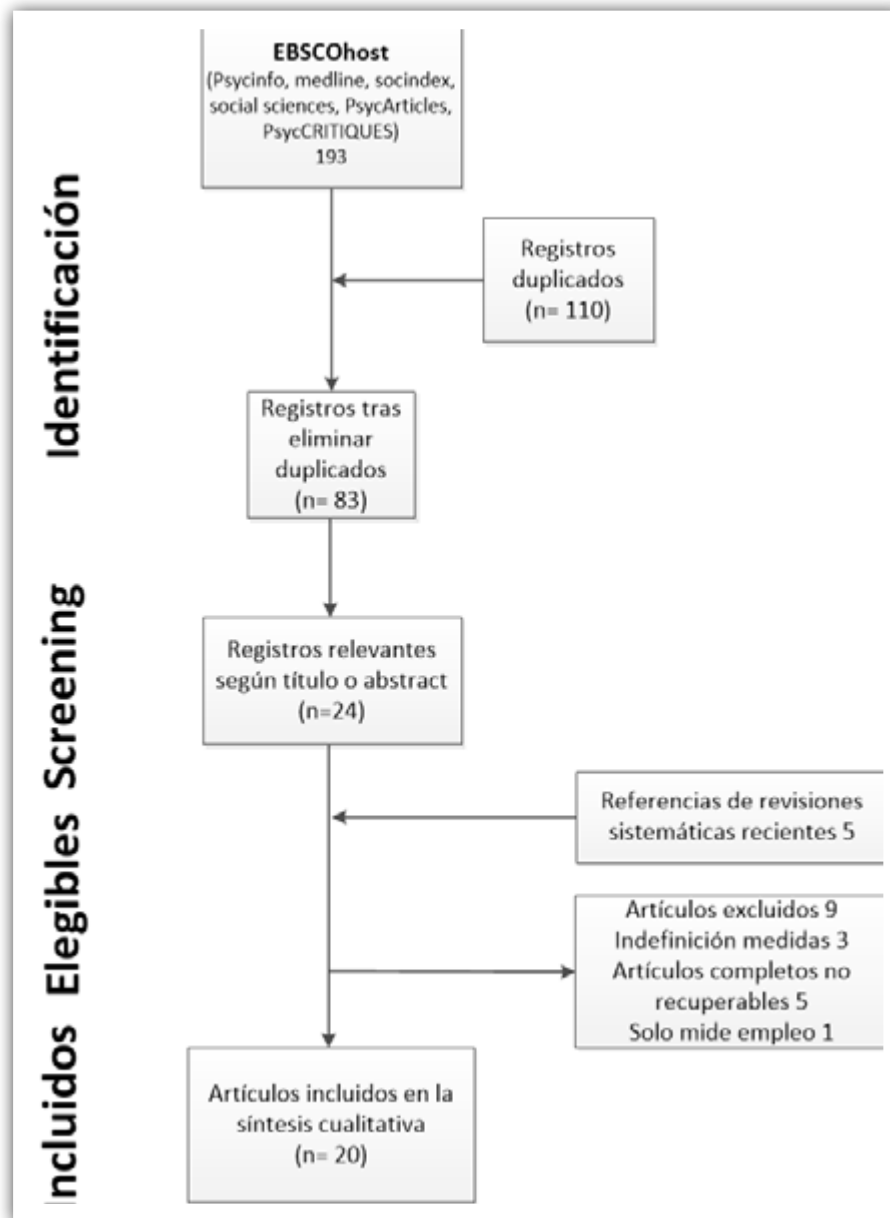
Para la extracción de datos de los artículos seleccionados, se utilizó una hoja de datos desarrollada específicamente para la revisión, y que ha incluido los siguientes ítems:

1. Estudio
2. Tipo de estudio
3. Número de participantes
4. Medida síntomas y diagnóstico
5. Medida de calidad de vida
6. Medida de funcionamiento general
7. Medida de autoestima
8. Medidas sociales
9. Medida de necesidad de cuidado
10. Medida de uso de drogas
11. Medida de recaídas y uso de servicios
12. Medida de discapacidad y aspectos ocupacionales
13. Otras medidas

## Selección de los estudios

La búsqueda en las bases de datos antes mencionadas dio como resultado 193 artículos originales. Del total de 193 artículos encontrados, 110 artículos fueron registros duplicados que fueron eliminados por lo que quedaron 83 artículos para revisar. Se excluyeron 59 registros por ser irrelevantes para los objetivos de esta revisión según el título o resumen. Los motivos principales fueron: poblaciones específicas como pacientes judiciales, ancianos, latinos, primeros episodios psicóticos, población rural, etc; medida solo del empleo o inclusión de intervenciones de entrenamiento cognitivo como variable principal. En el siguiente paso se incluyeron 5 referencias de la última revisión sistemática y metanálisis publicado en 2016 (7). También se eliminaron 9 artículos, 3 por no definir adecuadamente las medidas de resultado, 5 de los que no se pudo recuperar el artículo completo y 1 que tras leer el artículo completo se comprobó que solo medía empleo. En total, se incluyeron en la revisión sistemática 20 estudios. El proceso seguido para la selección de estudios se muestra a través del diagrama de flujo de la *figura 1*.

Figura 1: Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios



## Características de los estudios

### Métodos y participantes

De los 20 estudios incluidos finalmente en la revisión, 2 fueron protocolos para el posterior desarrollo de ECAs, 5 fueron estudios internacionales, 6 estudios multicéntricos y el resto ECA de una sola área sanitaria o geográfica. El rango de participantes varió entre 100 (13) y más de 2000 (14). Todos fueron publicados en inglés, con un total de 4519 pacientes, teniendo en cuenta que 531 se utilizaron para dos estudios. Todos los estudios incluyeron intervención IPS (15) y compararon esta intervención con otros tipos de rehabilitación vocacional. La asignación de los participantes fue aleatoria y se especificaron las pérdidas. Para la valoración del empleo se siguió en la mayor parte de los estudios, las recomendaciones de Bond (4).

La mayoría de los estudios fueron llevados a cabo en diferentes países europeos o Estados Unidos. Uno de ellos se realizó en Asia, adaptando las escalas a su idioma y cultura (16).

## Intervención

La mayoría de los estudios tomaron como medida de seguimiento, 24 meses, pero también hubo estudios a 3 años (16) e incluso a 5 años (17). En general todos los estudios dieron como resultado que el IPS es superior a otras intervenciones, salvo en uno (18).

## Medidas de resultado

Las medidas de empleo fueron muy heterogéneas por lo que no se han detallado en la tabla de estudios, en su conjunto incluyeron: porcentaje de pacientes con trabajo, momento de adquisición, duración, tipo de empleo (tiempo completo, parcial) salario total mensual, semanal, anual, número de días desde el inicio del estudio hasta el inicio de empleo, información sobre días de baja, beneficios por discapacidad, desempleo, apoyo financiero, actividades educativas, historia laboral previa, estado vocacional, horas trabajadas por semana, porcentaje de pacientes empleados más de 20 horas semanales. En general siguieron las indicaciones de (19) aunque algunos estudios utilizaron una medida estandarizada y validada (16, 20). Todos los estudios midieron variables sociodemográficas, algunos como el de Killackey (21) midieron variables más detalladas como la búsqueda de empleo actual, ingresos no relacionados con el trabajo, contacto con la justicia, fechas importantes, medicación, adherencia, historia familiar psiquiátrica, etc.). La medida del uso de los servicios también difirió según estudios. Para facilitar la clasificación, se han agrupado las escalas en función de áreas:

## Síntomas/diagnóstico

Todos los estudios midieron los síntomas psicóticos y confirmaron el diagnóstico de TMG de alguna forma. Las escalas más utilizadas para los síntomas fueron la BPRS y la PANSS. Las pruebas más utilizadas para el diagnóstico fueron: la entrevista estructurada SCID, el SCAN y una entrevista llamada OPCRIT, esta último en tres estudios, dos liderados por la misma autora (22–24)»container-title»:»Schizophrenia Bulletin», »page»:»949-958», »volume»:»35», »issue»:»5», »source»:»EBSCOhost», »archive»:»mdc», »archive\_location»:»18403375», »abstract»:»Background: Concerns are frequently expressed that working might worsen the mental health of people with severe mental illness (SMI. Todas son medidas validadas y frecuentemente utilizadas en los ámbitos clínico y de investigación. Uno de los protocolos propone el uso de la HSCL-25 como forma de medir los síntomas clínicos (25). Asimismo, también se utilizaron medidas de depresión (CES) (21), ansiedad (HADS) (22, 23)»container-title»:»Schizophrenia Bulletin», »page»:»949-958», »volume»:»35», »issue»:»5», »source»:»EBSCOhost», »archive»:»mdc», »archive\_location»:»18403375», »abstract»:»Background: Concerns are frequently expressed that working might worsen the mental health of people with severe mental illness (SMI y cuestionarios generales como el Mental Health Inventory (26).



## Calidad de vida

Se midió en 16 de los 20 estudios, principalmente a través de tres pruebas, la Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP) tanto en su versión completa como en la corta, llamada MANSA; la Quality of Life Interview de Lehman y la Winsconsin Quality of Life Index (W-QLI). Uno de los estudios utilizó el EQ-5D (27), un cuestionario de 5 ítems sobre calidad de vida general, otro estudio utilizó la BREF (21) y otro, además del W-QLI, usó el Recovery Process Inventory (17).

## Funcionamiento general

La medida más frecuente de funcionamiento general fue la GAF, con sus variantes GAF-D y GAF-S según el informador. Un estudio también utilizó la Multnomah Community Ability Scale (MCAS) (28).

## Autoestima/autoeficacia

De los 20 estudios, 8 midieron la autoestima o la autoeficacia de algún modo. La escala utilizada en todos los casos salvo en el estudio chino (16) fue la Rosenberg Self-esteem scale.

## Medidas sociales

Los aspectos sociales fueron medidos por diferentes escalas en cada estudio aunque la más utilizada fue la Groningen Social Disability Scale (GSDS) (22–24)»container-title»:»Schizophrenia Bulletin», »page»:»949-958», »volume»:»35», »issue»:»5», »source»:»EBSCOhost», »archive»:»mdc», »archive\_location»:»18403375», »abstract»:»Background: Concerns are frequently expressed that working might worsen the mental health of people with severe mental illness (SMI).

## Medidas sobre necesidades

Con las medidas sobre las necesidades de las personas ocurrió algo similar a la autoestima, se utilizó mayoritariamente la Camberwell Assessment of Need (CAN) versión corta en 4 estudios donde se midió este aspecto (18, 23, 24, 29).

## Uso de drogas

El consumo de tóxicos se midió en 5 de los 20 estudios. En tres utilizaron el Alcohol use scale y el drug use scale (20, 23, 28) mientras que uno midió específicamente el uso de opiáceos y otro estudio utilizó el AUDIT-C y el DUDIT (27).

## Recaídas/uso de servicios

Las recaídas se midieron a través de los criterios fijados por van Os (30) para la remisión de la esquizofrenia y el uso de los servicios se midió a través de indicadores de consultas en urgencias/CSM/rehabilitación, y con el CSRI Client Service Receipt Inventory (29).

## Discapacidad/ocupacional/quejas de salud

Las escalas utilizadas en estos aspectos fueron la Profile of occupational engagement (POES) (31, 32), la WHODAS 2.0 (27), la Social and Occupational Functioning Assessment Scale, la B-IPQ y el Subjective health complaints inventory (SHC) (27).

## Otras

Otras medidas incluyeron: la fatiga (25), las habilidades de afrontamiento (13, 27), el valor social del rol desempeñado (33), el deseo de trabajar (34), funciones neuropsicológicas y sociales (21), el empoderamiento (31), la valoración del contacto con el trabajo (23, 24), la satisfacción (20, 29, 35) y el bienestar personal (16).

La tabla 2 muestra el esquema de los estudios y las medidas de resultado extraídas mientras que el anexo I muestra las fuentes bibliográficas de origen de los estudios revisados.

**Tabla 2: Resumen de datos de los estudios seleccionados para la revisión**

Estudio	Tipo	Muestra	Síntomas Dx	Calidad de vida	Funcionamiento General	Autoestima /autoeficacia	Social	Necesidades	Uso Drogas	Recaídas/ uso servicios	Discapacidad /Ocupacional /quejas	Otras
Sveinsdottir et al, 2016	Protocolo RCT	-	HSCL-25	EQ-5D más EQ-VAS	-	-	Social Support Inventory	-	AUDIT-C y DUDIT	-	WHODAS 2.0, Subjective health complaints inventory (SHC), B-IPQ	Fatiga: CFQ Afrontamiento: TOMCATS
Bejerholm et al, 2015	RCT	120	BPRS	MANSA (LQoLP Short)	-	-	-	-	-	-	Profile of Occupational Engagement in persons with SMI	-
Waghorn et al, 2014	RCT multi-site	208	SAPS, SANS	-	-	-	-	-	-	-	-	Socially-valued role classification scale
Michon et al, 2014	RCT	151	Mental Health Inventory	MANSA	-	Rosenberg Self-esteem scale	-	-	-	-	-	-
Hoffman et al, 2014	RCT	100	PANSS	Wisconsin Quality of Life Index (W-QLI) y Recovery Process Inventory	GAF	-	-	-	-	-	-	Retorno social de la inversión
Craig et al, 2014	RCT internacional	134	PANSS	-	GAF	-	-	-	-	-	-	Deseo de trabajar: ad-hoc
Kukla M.; Bond G., 2013	RCT	187	PANSS	Quality of Life Interview de Lehman	-	-	Social Network Scale (SNA)	-	-	sí	-	-
Killackey et al, 2013	Protocolo RCT	-	SCID, BPRS y CES	BREF	-	-	Social Inclusion Measure Cognición social: Tareas de falsa creencia y las historias ilusorias, tarea de secuenciación de fotografías, Hinting Task, Diagnostic Analysis of Nonverbal Accuracy	-	Opiate Treatment Index	-	Social and Occupational Functioning Assessment Scale	Neurocognición: Wide Range Achievement Test (WRAT), subtests del WAIS-III, Trail Making Test A y B, Symbol Digit Modalities Test, The Rey Auditory Verbal Memory Test, figura compleja de rey, Controlled Oral Word Association and Animal Fluency
Drake et al, 2013	RCT multi-site	2055	12-item Short-form Health Survey	Quality of Life Interview de Lehman	-	-	-	-	-	-	-	Satisfacción con trabajo: Indiana Job Satisfaction Scale

Areberg C. & Bejerholm U.; 2013	RCT	120	-	MANSA	-	-	-	-	-	-	Profile of occupational engagement (POES)	Empowerment Scale
Hoffman et al, 2012	RCT internacional	100	PANSS y BPRS	Wisconsin Quality of Life Index (W-QLI)	GAF	-	-	-	-	Frecuencia de contacto entre trabajo y salud mental	-	Afrontamiento: Stress-management questionnaire
Estudio	Tipo	Muestra	Síntomas/Dx	Calidad de vida	Funcionamiento General	Autoestima /autoeficacia	Social	Necesidades	Uso Drogas	Recaídas/ uso servicios	Discapacidad /Ocupacional /quejas	Otras
Heslin et al, 2011	RCT multi-site	219	SCAN 13, BPRS	MANSA	GAF	Rosenberg Self-steem scale (RSE)	Client Service Receipt Inventory (CSSRI)	Camberwell Assessment of Need (CAN) short	-	Utilización de recursos y costes	-	-
Catty et al, 2011	RCT internacional	312	PANSS, Hospital Anxiety and Depression Scale y OPCRIT	Lancashire Quality of life profile (LQoLP-EU)	GAF	Rosenberg Self-steem scale (RSE)	Groningen Social Disability Scale (GSDS)	Camberwell Assessment of Need (CAN) short	-	-	-	Valoración trabajo: HAS-V y HAS-K
Tsang et al, 2010	RCT multi-site	189	Hoja de datos ad-hoc	-	-	Chinese General Self-efficacy scale	-	-	-	-	-	Bienestar personal: Personal Well-being Index
Howard, 2010	RCT multi-site	219	SCAN y BPRS	MANSA	GAF	-	-	Camberwell Assessment of Need (CAN) short	-	CSRI Client Service Receipt Inventory	-	Satisfacción: Indiana Job Satisfaction Scale
Burns et al, 2009	RCT Internacional	312	PANSS, HADS, OPCRIT	Lancashire Quality of life profile (LQoLP-EU)	GAF-S y GAF-D	Rosenberg Self-steem scale (RSE)	Groningen Social Disability Scale (GSDS)	-	-	Criterios van OS	-	-
Catty et al, 2008	RCT Internacional	252	PANSS, HADS, OPCRIT, SCID	Lancashire Quality of life profile (LQoLP-EU)	GAF-D y GAF-S	Rosenberg Self-steem scale (RSE)	Groningen Social Disability Scale (GSDS)	Camberwell Assessment of Need (CAN) European Version	Alcohol use scale and the Drug use scale (AUS Y DUS)	Criterios van OS	-	Relación terapéutica: HAS (helping Alliance Scale) y HAS-v y HAS-p.
Bond et al, 2007	RCT	312	SCID, Positive and Negative Syndrome Scale	-	-	-	-	-	Alcohol use scale and the Drug use scale (AUS Y DUS)	-	-	Satisfacción: Indiana Job Satisfaction Scale
Latimer et al, 2006	RCT	150	SCID y BPRS	Canadian version of W-QLI	GAF y Multnomah Community Ability Scale (MCAS)	Rosenberg Self-steem scale (RSE)	Social provision Scale	-	AUS y DUS	-	-	-
Drake et al, 1999	RCT multi-site	150	SCID, BPRS	Quality of Life Interview de Lehman	GAF	Rosenberg Self-steem scale (RSE)	-	-	-	-	-	Satisfacción: Indiana Job Satisfaction Scale

# CONCLUSIONES

## Resumen de las evidencias

Los resultados obtenidos sugieren que se dispone de un amplio número de escalas y entrevistas para valorar la efectividad de las intervenciones de inserción laboral en personas con TMG. El empleo se mide con bastante consistencia siguiendo los indicadores sugeridos por Bond, cuando no se amplían con otra información pertinente (19, 36).

Las medidas más utilizadas se centran en la calidad de vida, el funcionamiento general, la autoestima, el funcionamiento social y las necesidades; para ello se utilizan principalmente las escalas PANSS y BPRS en la medición de síntomas, la LQoLP y su versión corta MANSA para la medición de calidad de vida, la GAF en cuanto al funcionamiento general y la RSE para la autoestima. Por último la GSDS es la más utilizada en los aspectos sociales y la CAN para los aspectos de valoración de necesidades. También se valoran el uso de drogas (AUS y DUS), la frecuencia de recaídas (criterios van OS), el funcionamiento ocupacional (POES), las habilidades de afrontamiento (TOMCATS) y la satisfacción con la IJSS.

La mayoría de las escalas utilizadas, a excepción de las que miden el empleo, están validadas y traducidas a varios idiomas. La mayoría de los estudios se ha realizado en EEUU pero en los últimos años se han publicado artículos importantes en países asiáticos y europeos, con adaptaciones de la IPS a diferentes culturas y también a poblaciones específicas.

## Limitaciones

Las limitaciones más importantes de este estudio son: la limitación de bases de datos disponibles y de artículos con texto completo disponibles (se han desechado 5 estudios por imposibilidad de recuperar el artículo con texto completo). Se ha buscado tan solo en la literatura publicada, omitiéndose los estudios no publicados por lo que podría influir un sesgo de publicación. No obstante el objeto de estudio no incluye los resultados de los propios estudios sino las medidas realizadas; en este sentido y al haber utilizado escalas validadas, el riesgo de sesgo podría ser bajo.

Por otra parte, no ha habido limitación de idioma o temporal y las bases de datos consultadas (Psycinfo, Social Sciences Index y medline) están entre las más completas en el ámbito de la salud, la psicología y el área social. Además, se han utilizado numerosos términos de búsqueda, y, habiendo seguido ejemplos de alta calidad como una revisión Cochrane (8) o un metanálisis reciente (7), es poco probable haber pasado por alto estudios recientes importantes.

## Conclusiones y líneas futuras

El objetivo principal de esta revisión sistemática, que fue valorar las escalas más utilizadas en la evaluación de las intervenciones de inserción laboral en personas con TMG, se ha cumplido. Tras valorar los criterios de selección, se identificaron 20 estudios de calidad, con más de 4500 participantes estudiados, en las bases de datos científicas actualmente más relevantes en esta área de conocimiento.

Los resultados de la revisión indican que se han realizado numerosos estudios clínicos aleatorizados con resultados concluyentes, que han utilizado pruebas estandarizadas y adaptadas a diversas culturas. Se han medido aspectos relacionados con el empleo competitivo, la salud mental, la calidad de vida, el funcionamiento general, la autoestima, la discapacidad social y las necesidades de los participantes. Asimismo se han utilizado otras escalas para medir distintos aspectos como la fatiga, el retorno social de la inversión, el deseo de trabajar, el empoderamiento o la satisfacción con el trabajo.

Esta es, probablemente, la primera revisión sistemática centrada en las escalas usadas para las intervenciones de inserción laboral, principalmente IPS, y supone un primer paso para desarrollar proyectos bien estructurados, aplicables, prácticos, eficientes y sobre todo, comparables entre países, y puede servir de guía para el establecimiento de protocolos de realización de estudios clínicos, como también lo han sido dos de los estudios analizados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T, et al. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* julio de 2007;191:30-7.
2. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. *Propuestas desde Andalucía. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* 2007;27(99):187-223.
3. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry.* 1 de agosto de 2000;177(2):149-55.
4. Bond GR. Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatr Rehabil J.* 2004;27(4):345-59.
5. Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1995;21(4):645-56.
6. López M, Laviana M, González S. Rehabilitación laboral y programas de empleo. En: Pastor A, Blanco A, Navarro D, editores. *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave.* Madrid: Síntesis; 2010. p. 511-37.
7. Modini M, Tan L, Brinchmann B, Wang M-J, Killackey E, Glozier N, et al. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* julio de 2016;209(1):14-22.
8. Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, et al. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 13 de septiembre de 2013;(9):CD008297.
9. López M. El empleo y la recuperación en personas con trastornos mentales graves. *La experiencia de Andalucía. Norte Salud Ment.* 2010;VIII(36):11-23.
10. Bond GR, Peterson AE, Becker DR, Drake RE. Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). *Psychiatr Serv Wash DC.* agosto de 2012;63(8):758-63.

11. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Med.* 21 de julio de 2009;6(7):e1000100.
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, for the PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ.* 21 de julio de 2009;339(jul21 1):b2535-b2535.
13. Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, Kupper Z. A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatr Scand.* febrero de 2012;125(2):157-67.
14. Drake RE, Frey W, Bond GR, Goldman HH, Salkever D, Miller A, et al. Assisting Social Security Disability Insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work. *Am J Psychiatry.* diciembre de 2013;170(12):1433-41.
15. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet.* 5 de octubre de 2007;370(9593):1146-52.
16. Tsang HWH, Fung KMT, Leung AY, Li SMY, Cheung WM. Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness. *Aust N Z J Psychiatry.* enero de 2010;44(1):49-58.
17. Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 1 de noviembre de 2014;171(11):1183-90.
18. Heslin M, Howard L, Leese M, McCrone P, Rice C, Jarrett M, et al. Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* junio de 2011;10(2):132-7.
19. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry.* febrero de 2012;11(1):32-9.
20. Bond GR, Salyers MP, Dincin J, Drake R, Becker DR, Fraser VV, et al. A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol.* diciembre de 2007;75(6):968-82.
21. Killackey E, Allott K, Cotton SM, Jackson H, Scutella R, Tseng Y-P, et al. A randomized controlled trial of vocational intervention for young people with first-episode psychosis: method. *Early Interv Psychiatry.* agosto de 2013;7(3):329-37.
22. Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koletsi M, Fioritti A, et al. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophr Bull.* septiembre de 2009;35(5):949-58.
23. Catty J, Lissouba P, White S, Becker T, Drake RE, Fioritti A, et al. Predictors of employment for people with severe mental illness: Results of an international six-centre randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* marzo de 2008;192(3):224-31.
24. Catty J, White S, Koletsi M, Becker T, Fioritti A, Kalkan R, et al. Therapeutic relationships in voca-

tional rehabilitation: Predicting good relationships for people with psychosis. *Psychiatry Res.* 15 de mayo de 2011;187(1-2):68-73.

25. Sveinsdottir V, Løvvik C, Fyhn T, Monstad K, Ludvigsen K, Øverland S, et al. Protocol for the effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS): a randomized controlled multicenter trial of IPS versus treatment as usual for patients with moderate to severe mental illness in Norway. *BMC Psychiatry.* 18 de noviembre de 2014;14:307.

26. Michon H, van Busschbach JT, Stant AD, van Vugt MD, van Weeghel J, Kroon H. Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in the Netherlands: A 30-month randomized controlled trial. *Psychiatr Rehabil J.* junio de 2014;37(2):129-36.

27. Sveinsdottir V, Tveito TH, Bond GR, Grasdahl AL, Lie SA, Reme SE. Protocol for the SEED-trial: Supported Employment and preventing Early Disability. *BMC Public Health.* 15 de julio de 2016;16:579-579.

28. Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, Drake RE, Duclos I, Piat M, et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a Canadian randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* julio de 2006;189(1):65-73.

29. Howard LM, Heslin M, Leese M, McCrone P, Rice C, Jarrett M, et al. Supported employment: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mayo de 2010;196(5):404-11.

30. van Os J, Burns T, Cavallaro R, Leucht S, Peuskens J, Helldin L, et al. Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* febrero de 2006;113(2):91-5.

31. Areberg C, Bejerholm U. The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: a randomized controlled trial. *Scand J Occup Ther.* noviembre de 2013;20(6):420-8.

32. Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. Individual placement and support in Sweden- a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry.* enero de 2015;69(1):57-66.

33. Waghorn G, Dias S, Gladman B, Harris M, Saha S. A multi-site randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness. *Aust Occup Ther J.* diciembre de 2014;61(6):424-36.

34. Craig T, Shepherd G, Rinaldi M, Smith J, Carr S, Preston F, et al. Vocational rehabilitation in early psychosis: cluster randomised trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* agosto de 2014;205(2):145-50.

35. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, Becker DR, Harris M, Bond GR, et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Arch Gen Psychiatry.* julio de 1999;56(7):627-33.

36. Bond GR, Xie H, Drake RE. Can SSDI and SSI beneficiaries with mental illness benefit from evidence-based supported employment? *Psychiatr Serv.* noviembre de 2007;58(11):1412-20.



## ANEXO I. REFERENCIAS DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS TRAS EL CRIBADO

<p>Areberg, C., &amp; Bejerholm, U. (2013). The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: a randomized controlled trial. <i>Scandinavian Journal Of Occupational Therapy</i>, 20(6), 420-428. <a href="https://doi.org/10.3109/11038128.2013.765911">https://doi.org/10.3109/11038128.2013.765911</a></p>
<p>Bejerholm, U., Areberg, C., Hofgren, C., Sandlund, M., &amp; Rinaldi, M. (2015). Individual placement and support in Sweden - a randomized controlled trial. <i>Nordic Journal Of Psychiatry</i>, 69(1), 57-66. <a href="https://doi.org/10.3109/08039488.2014.929739">https://doi.org/10.3109/08039488.2014.929739</a></p>
<p>Bond, G. R., Salyers, M. P., Dincin, J., Drake, R. E., Becker, D. R., Fraser, V. V., &amp; Haines, M. (2007). A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, 75(6), 968-982. <a href="https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.968">https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.968</a></p>
<p>Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletsi, M., Fioritti, A., ... Lauber, C. (2009). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. <i>Schizophrenia Bulletin</i>, 35(5), 949-958. <a href="https://doi.org/10.1093/schbul/sbn024">https://doi.org/10.1093/schbul/sbn024</a></p>
<p>Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., ... Burns, T. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: Results of an international six-centre randomised controlled trial. <i>The British Journal of Psychiatry</i>, 192(3), 224-231. <a href="https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.041475">https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.041475</a></p>
<p>Catty, J., White, S., Koletsi, M., Becker, T., Fioritti, A., Kalkan, R., ... Burns, T. (2011). Therapeutic relationships in vocational rehabilitation: Predicting good relationships for people with psychosis. <i>Psychiatry Research</i>, 187(1-2), 68-73. <a href="https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.018">https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.018</a></p>
<p>Craig, T., Shepherd, G., Rinaldi, M., Smith, J., Carr, S., Preston, F., &amp; Singh, S. (2014). Vocational rehabilitation in early psychosis: cluster randomised trial. <i>The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science</i>, 205(2), 145-150. <a href="https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.136283">https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.136283</a></p>
<p>Drake, R. E. , robert. e.drake@dartmouth.ed., Frey, W., Bond, G. R. , Goldman, H. H. , Salkever, D., Miller, A., ... Milfort, R. (2013). Assisting Social Security Disability Insurance Beneficiaries With Schizophrenia, Bipolar Disorder, or Major Depression in Returning to Work. <i>American Journal of Psychiatry</i>, 170(12), 1433-1441.</p>
<p>Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G. R., &amp; Quimby, E. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. <i>Archives of General Psychiatry</i>, 56(7), 627-633.</p>
<p>Heslin, M., Howard, L., Leese, M., McCrone, P., Rice, C., Jarrett, M., ... Thornicroft, G. (2011). Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. <i>World Psychiatry: Official Journal Of The World Psychiatric Association (WPA)</i>, 10(2), 132-137.</p>
<p>Hoffmann, H, Jäckel, D., Glauser, S., &amp; Kupper, Z. (2012). A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>, 125(2), 157-167. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01780.x">https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01780.x</a></p>
<p>Hoffmann, Holger, Jäckel, D., Glauser, S., Mueser, K. T., &amp; Kupper, Z. (2014). Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. <i>The American Journal of Psychiatry</i>, 171(11), 1183-1190. <a href="https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13070857">https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13070857</a></p>
<p>Howard, L. M., Heslin, M., Leese, M., McCrone, P., Rice, C., Jarrett, M., ... Thornicroft, G. (2010). Supported employment: randomised controlled trial. <i>The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science</i>, 196(5), 404-411. <a href="https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.061465">https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.061465</a></p>



Killackey, E., Allott, K., Cotton, S. M., Jackson, H., Scutella, R., Tseng, Y.-P., ... McGorry, P. D. (2013). A randomized controlled trial of vocational intervention for young people with first-episode psychosis: method. *Early Intervention In Psychiatry*, 7(3), 329-337. <https://doi.org/10.1111/eip.12066>

Kukla, M., & Bond, G. R. (2013). A randomized controlled trial of evidence-based supported employment: Nonvocational outcomes. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 38(2), 91-98.

Latimer, E. A., Lecomte, T., Becker, D. R., Drake, R. E., Duclos, I., Piat, M., ... Xie, H. (2006). Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a Canadian randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 189(1), 65-73. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012641>

Michon, H., van Busschbach, J. T., Stant, A. D., van Vugt, M. D., van Weeghel, J., & Kroon, H. (2014). Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in the Netherlands: A 30-month randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 129-136. <https://doi.org/10.1037/prj0000061>

Sveinsdottir, V., Tveito, T. H., Bond, G. R., Grasdahl, A. L., Lie, S. A., & Reme, S. E. (2016). Protocol for the SEED-trial: Supported Employment and preventing Early Disability. *BMC Public Health*, 16, 579-579. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3280-x>

Tsang, H. W. H., Fung, K. M. T., Leung, A. Y., Li, S. M. Y., & Cheung, W. M. (2010). Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness. *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 44(1), 49-58. <https://doi.org/10.3109/00048670903393613>

Waghorn, G., Dias, S., Gladman, B., Harris, M., & Saha, S. (2014). A multi-site randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(6), 424-436. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12148>

**VOLVER AL ÍNDICE**

# PROYECTO ECOS: ENCUENTRO, CREATIVIDAD, OCIO Y SALUD. *DONDE TODAS LAS VOCES TIENEN CABIDA*

Thaïs Matas Torralba

Francisco Valdivia Muñoz

Juan Pedro Jiménez Balibrea

José Miguel Morales Tortosa

Contacto: [vuela@protonmail.com](mailto:vuela@protonmail.com)

Centro de trabajo: AFESMO (Centro de Día)

## INTRODUCCIÓN

### Cómo y por qué surge ECOS

Hace ya más de 2 años y tras unos cuantos trabajando sólo a un lado del muro de una institución, la mente y el corazón se nos iban poniendo en batalla, haciéndonos preguntas sobre si el trabajo que se hacía era realmente para ayudar o sólo para mantener situaciones de cuidado-control, donde la diferencia de posiciones entre profesional y pacientes están siempre muy marcadas. El eterno y ellos nosotros.

A la vez, fuimos coincidiendo con personas vinculadas a la salud mental en contextos diferentes al habitual hasta ese momento, lo cual hizo que los muros de la cabeza también empezaran a derribarse...

Fue esencial conocer el Club Zyp en Trieste, un de local social y cultural, llevado a cabo por voluntarios, donde la barra de un bar, una orquesta de música, y sofás con libros hacían de punto de encuentro entre usuarios de la salud mental, fuera de los contextos profesionales.

Nos gustó mucho este lugar, transmitía una normalidad y cercanía inédita para mí hasta el

momento. Tocar la guitarra, tomarte un té e intercambiar palabras como modo de terapia y recuperación, pero sin llamarlo ni terapia ni recuperación, sino simplemente vida.

La Asociación ECOS surgió para cubrir un vacío existente en la ciudad de Murcia, con la intención de ser complemento a los recursos ya existentes, y dar mayor cobertura y alcance al componente vital y de recuperación que es el LA ATENCIÓN AL OCIO con y para personas en un proceso de salud mental o no.

El vacío se corresponde con que a partir de las 5 de la tarde no existen lugares ni instituciones públicas ni privadas destinadas a la atención de la Salud Mental, (CSM, Centros de rehabilitación y Centros de Día), en estos diurnos lugares se ofrece una atención sanitaria, rehabilitadora y psicosocial más o menos adaptada a las necesidades de las personas, pero limitada en el tiempo por sus horarios rigurosos, así como en algunos de sus principios y propósitos. Hay algunos que encajan allí, otros muchos no lo hacemos.

Pretendemos, por tanto, complementar los servicios de salud mental y, de este modo, ampliar la atención y posibilitar una mayor y más real recuperación de las personas, potenciando principalmente el ocio, la creatividad, la inclusión y la visibilidad.

Ser socio de una organización significa pertenecer, tener vínculos y un lugar a donde uno es bien recibido. No para todas las personas estas simples realidades están garantizadas.

Este proyecto está pensado para transformar el aislamiento en nuevas oportunidades, para crear y creer en las capacidades, para acercar personas y reducir al máximo las distancias sociales y emocionales.

La Asociación ECOS ha sido creada por un grupo de personas vinculadas a la salud mental desde sus diferentes perspectivas y movidas por la convicción, el deseo y la necesidad de crear un espacio no existente en Murcia destinado al encuentro social, el ocio, la creatividad y la participación.

Los miembros somos asociados, no pacientes ni expertos, y la idea de trabajo es focalizar nuestras actividades sobre las capacidades de la persona, no sobre la enfermedad. Defender la diferencia como un derecho y la diversidad como una fuerza.

ECOS es un espacio de encuentro autónomo en la ciudad de Murcia, donde facilitar la creatividad, el ocio, fortalecer la participación social, evitar el aislamiento, promoviendo la eliminación de juicios y prejuicios en torno a la salud mental.

ECOS es un espacio destinado principalmente a las actividades de ocio (ELEGIDO), para realizarlas-disfrutarlas en espacios normalizados de la ciudad. En ECOS no hay etiquetas ni funciones o roles. Sí existe una junta directiva creada para constituirnos como asociación a nivel jurídico y legal. A través de estas actividades de ocio ELEGIDO, se ha creado una red de apoyo mutuo.

## OBJETIVOS

El objetivo principal en ECOS es abrir las puertas al contacto con los demás. También es crear una red social de personas con y sin diagnóstico, facilitar el disfrute del tiempo libre y el intercambio de experiencias.

Salir de casa (¡¡y del despacho!!) ¿a qué?, a hacer algo que quizás hace mucho que no haces, a

hacer lo que casi todo el mundo hace de manera habitual; Tomar un café, una caña, ir al cine, al teatro, quedar para cenar, bailar, hablar, mirar...

Desde ECOS se pretende:

CREAR UNA RED SOCIAL

FAVORECER EL ENCUENTRO ENTRE PERSONAS

POTENCIAR EL OCIO Y LA CREATIVIDAD

PROMOVER EL APOYO MUTUO

COMBATIR EL AISLAMIENTO (el de casa y el del despacho)

BATALLAR EL ESTIGMA

REIVINDICAR LA DIFERENCIA COMO VALOR Y EL RESPETO COMO PRINCIPIO

## METODOLOGÍA

Este proyecto pretende establecer un lugar y un espacio donde las personas interesadas reciban y den apoyo y acompañamiento para reconvertir y ampliar el área social, la participación y el ocio como herramienta de mezcla, reunión, igualdad, interés y ánimo.

Queremos ser un espacio abierto a cualquier persona que, relacionada o no con la salud mental, quiera participar y construir de manera activa, ofrecer más y mejor soporte en cuanto al uso y disfrute del tiempo libre, al desarrollo de las capacidades creativas y la puesta en marcha de iniciativas saludables.

Siendo unos y otros igualmente responsables para el éxito de todos.

No somos usuarios ni profesionales, pero estamos todos. Lo que nos identifica es saber si te gusta más la música que el cine, o cuál ha sido el último libro que te has leído. ECOS es una red complementaria a los recursos de salud mental que existen. Pero ECOS no es salud mental. Es OCIO Y APOYO. Es poder quitarte la bata, el diagnóstico y la máscara que tanto pesa.

De manera general lo que aspiramos a hacer es lo siguiente:

- Música: a través de aprendizaje de instrumentos, acudir a conciertos, creación de un grupos percusión, guitarra, etc.
- Lectura: compartir la experiencia de leer y hablar sobre un libro elegido; acudir a bibliotecas, presentaciones de libro, crear y acudir a recitales de poesía.
- Cine: programar películas, crear debates, asistir a cine, filmoteca, videoclubs
- Movimiento: conocimiento del cuerpo a través del movimiento, la danza, 5 ritmos.
- Teatro: dar cabida e impulso a iniciativas teatrales surgidas de los socios, favorecer la asistencia a los teatros de la ciudad y estar presente en las actividades culturales de la ciudad.
- Artes plásticas: ser un espacio de desarrollo de actividades artísticas como la pintura, sala de pintura, exposiciones de cuadros, visita a galerías de arte.
- Naturaleza y salud: realizar rutas de senderismo, utilizar el monte, las playas y su entorno como escenario para excursiones y encuentros.

- Acción social: mezclarnos y conectarnos con otros movimientos sociales de la ciudad para realizar actuaciones en conjunto, favorecer la expresión y la defensa de derechos y de participación en la ciudad.

- Difusión/ Conocimiento: realizar diálogos, debates, seminarios y acudir a charlas sobre temas de interés.

## DESARROLLO

La idea de ECOS es realizar actividades relacionadas con el ocio, la creatividad y la interacción social, pero, ante todo, las actividades surgirán en función de los deseos e intereses de las personas asociadas, siendo estas las que propongan sus ideas e inquietudes y, siendo estas actividades siempre flexibles y versátiles. Utilizar la ciudad como una aliada y los espacios ya existentes como lugares de intercambio y enriquecimiento mutuo.

De manera concreta esto es lo que venimos haciendo hasta ahora:

Nos reunimos semanalmente (todos los miércoles en un Café de la ciudad a las 18h.), siempre en horario de tarde y/o fin de semana, y nos incluimos en actividades de la ciudad, uniendo sinergias con otras entidades de ámbito social y cultural. Asimismo, realizamos más encuentros en forma de actividades; charlas-debate, expresión artística, intercambio de experiencias, paseos, aperitivos de domingo, meditación en movimiento, visita a museos, filmoteca...

### - Encuentros en el Café (Café Ficciones)

Todos los miércoles a partir de las 6 de la tarde, compartimos presencia, compañía y conversación en una céntrica cafetería de la ciudad, Café Ficciones.

Saber que hay un sitio donde podemos ir porque habrá alguien esperándonos... Es un lugar de apoyo, sin condicionamientos, ni juicios, ni entrevistas, ni despachos...

### - Charlas-debate (Último lunes de cada mes)

Estos encuentros son un espacio de reflexión, cuestionamiento y replanteamiento de diversos temas de interés para la vida, los grupos sociales, relacionados o no con la salud mental, en los cuales se plantean diversos puntos de vista, alternativas y propuestas de cambio o mejora.

Es un espacio para compartir la palabra y las ideas, o simplemente se crea el lugar idóneo para hablar y escucharnos. A todos y a todas nuestras voces.

Mejor llamado coloquio-debate, ya que todos hablamos y nadie posee el papel de único comunicador, éste está abierto tanto gente vinculada, de cualquier manera, a la salud mental como también personas sin relación con la misma pero interesados en conocer, en mezclarnos, mirarnos y escucharnos.

El debate comienza con una idea de apertura y continúa con el intercambio de las personas a tomar la palabra libremente. Todos somos los protagonistas y los que señalamos cómo queremos tratar cada tema y ser tratados nosotros, y todas las voces son bienvenidas.

Nos ha animado y alentado saber y seguir la existencia del ya más conocido Café de las Voces de Valladolid.

### Temas del 2015 y 2016:

- 26 de octubre 2015.....Sexo
- 30 de noviembre 2015.....Relaciones sociales
- 28 de diciembre 2015..... Drogas
- 25 de enero de 2016..... Religión
- 29 de febrero de 2016..... Fármacos y farmacéuticas
- 28 de marzo de 2016..... Sobre Escuchadores de Voces (Con Patricia Rey)
- 25 de abril de 2016..... Suicidio
- 30 de mayo de 2016.....Ocio y experiencias en otros lugares (con Edgar Vinyals)
- 27 de junio de 2016..... Violencia (¿ejercida o recibida?)
- 25 de julio de 2016..... Protocolo de ingresos
- 26 septiembre 2016..... El arte y la locura
- 28 noviembre 2016..... Naturaleza y salud

### Temas 2017:

- Marzo: En Primera Persona
- Abril: Cuestión de género
- Mayo: Deporte y Salud
- Junio: Drogas legales
- Septiembre: Buenos hábitos
- Octubre: Derechos
- Noviembre: Límites y fortalezas
- Diciembre: Creatividad

### - Acciones de expresión emocional y psíquica a través del arte (3 martes al mes)

Dibujo, pintura, fotografía, música, ... Cualquiera de estas herramientas serán las que utilicemos para canalizar lo hablado y expresado por el Grupo. También se realizarán expresiones artísticas sólo para disfrutar, compartir, mostrar y sentirse creativo, vivo y acompañado.

### - ECOS CORPORAL. Taller de 5 ritmos (Un martes al mes)

Un espacio para contactar con el cuerpo a través del movimiento y la música, siguiendo el mapa de 5ritmos y el soporte y la inspiración del grupo.

ECOS Corporales es una propuesta de experimentación corporal con la que pretendemos facilitar un espacio donde explorar e investigar la danza y el movimiento como herramienta de (re)descubrimiento y auto(re)conocimiento accesible a todas las personas, independientemente de su edad, condición física o de salud, sentido del ritmo, etc.

Para adentrarnos en nuestro cuerpo a través de la danza, proponemos un ciclo de encuentros mensuales en los que experimentamos el mapa de movimiento de los 5ritmos

### - Domingos de paseos y museos

Casi todos los domingos y según sean tus gustos y deseos, empezamos la mañana con el plan de salir a caminar junto al río, cuerpo y mente acompañan cada paso con palabras, ideas o silencios que llenan.

Más tarde y movidos por el interés hacia la cultura, quedamos y visitamos algún museo de la ciudad. Normalmente y como mayor motivación, finalizamos la mañana con aperitivo.

A partir de septiembre de 2017:

### - TEATRO-TERAPIA (Un jueves cada 15 días)

Con el Teatro conseguimos manifestar sentimientos, emociones o simplemente, nos divertimos. También inconscientemente trabajamos una serie de aspectos fundamentales para todo desarrollo humano, tales como la comunicación, la cooperación, capacidad de esfuerzo, la integración, desinhibición. Pretendemos romper, formar parte, crear y contar.

## CONCLUSIONES

Durante estos 2 años de existencia y recorrido con ECOS, hemos visto y sentido como salir del aislamiento cuesta pero es posible, cómo de importante es saber que hay alguien esperándote, que hay un lugar sin juicios al que te apetece acudir y vas.

Que hay mundos más allá de talleres, horarios, reuniones, instituciones y citas médicas. Qué puedes hablar o callar que igualmente se te respetará. Que el diagnóstico, la bata y las máscaras las puedes dejar por el camino. Qué no son útiles ni necesarias, que oprimen, esconden y a veces engañan.

Que hay personas a las que les interesa tu vida, tu historia, tus ideas y tus logros. Que no eres un número, ni una estadística, ni un título. Eres vida, con tus ganas y tus desganas. Que los baches están en el camino, no en ti. Que puedes saltarlos, pararte, caerte y volver a empezar. Siempre, otra vez, una vez más.

Que puedes desvariar, ser emocional, hipersensible, metafísico, perceptivo, impresionable o excesivamente altruista o bondadoso, que el origen de muchos trastornos está en las circunstancias de la lucha por la vida.

En cuanto a las limitaciones y fortalezas de este proyecto, como ocurre muchas veces puede que coincidan unas y otras. Lo que destaca y favorece también tiene su sombra y puede jugar en su contra.

Nos cuestionamos muchas cosas, por ejemplo el no tener (aún) un local propio, pensamos que es ventajoso por mezclarnos más e integrarnos en otros espacios de la ciudad pero a la vez puede ser un impedimento para la identificación del proyecto, la visualización y la posibilidad quizás de realizar más actividades, más encuentros, ¿más formales?

Asimismo no contamos con financiación ni subvenciones. Nuestra cuota es mínima y simbólica y asciende a 5 euros al año destinada principalmente a impresión de dípticos y/o panfletos publicitarios. El hecho de no tener más fondos nos impide proyectar grandes cuestiones, publicitarnos más, pero también nos exige de justificar(nos) constantemente ante entidades que podrían encorsetar nuestros fines y objetivos. Libertad versus formalidad

La gente en ECOS viene y va. Algunos se quedan para siempre o al menos mucho tiempo, son referentes, pilares, guías y acompañantes. Otros en cambio llegan y pronto se marchan, a veces vuelven, a veces no. No tenemos puertas ni pasamos lista, siempre recibimos, damos la bienvenida, abrimos brazos y mentes, nos alegramos de los regresos y respetamos cada paso hacia otros lados.

Puede que de ECOS surjan nuevos proyectos, representaciones en primera persona, grupos de apoyo mutuo, espacios de discusión. Puede que sí y puede que no. Sea lo que sea pienso que habrá sido un éxito haber creado algo entre muchos, y saber que desde un vacío se han llenado miradas, corazones, cafés y tardes de domingo. Cines y palabras, sueños y certezas.

La manera de hacer esto realidad es mezclarte, salir del despacho y de tu casa y escuchar todas las voces, ya que las redes se crean entre todos y sirven para que, si te caes, puedas volver a ponerte de pie con el menor daño posible.

**„¡Qué cambie todo a fondo! ¡Que de las raíces de la humanidad surja el nuevo mundo! ¡Que una nueva deidad reine sobre los hombres, que un nuevo futuro se abra ante ellos! En el taller, en las casas, en las asambleas, en los empleos, ¡que cambie todo en todas partes!« (HIPERION O EL EREMITA EN GRECIA. FRIEDRICH HOLDERLIN , 1998)**

## REFERENCIAS

1. Anónimo. Manual Club House: la casa del parana.
2. Vinyals E. Associació Sarau: Orígenes, visión y valores de la entidad. Educación social Revista de Intervención Socioeducativ. 2012;(50):113-7.
3. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Hacer de la recuperación una realidad [Internet]. Servicio Andaluz de Salud; 2008 [citado 26 de octubre de 2014]. 20 p. Disponible en: [http://www.recovery-devon.co.uk/download/Making\\_recovery\\_a\\_reality.pdf](http://www.recovery-devon.co.uk/download/Making_recovery_a_reality.pdf)
4. Rodríguez Pulido F. La recuperación de las personas con trastorno mental grave: modelo de red de redes : presente y perspectiva de futuro. Tenerife: Fundación Canaria Salud y Sanidad de Tenerife; 2010. 349 p.

**VOLVER AL ÍNDICE**



**SUJETOS A NUEVOS  
PLANTEAMIENTOS  
EN TRATAMIENTO  
CON PSICOFÁRMACOS**

# LA DETERMINACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS DE CLOZAPINA COMO HERRAMIENTA PARA CONSEGUIR UN TRATAMIENTO ÓPTIMO A DOSIS MÍNIMAS

Francisco Cadenas Extremera

Juan Alday Muñoz

Contacto: [francadex@gmail.com](mailto:francadex@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La superioridad de la clozapina a la hora de tratar la sintomatología psicótica que interfiere en el bienestar emocional del paciente, en comparación con el resto de neurolépticos, está bien establecida tanto en la literatura como en la práctica clínica.

La clozapina es una dibenzodiazepina de absorción oral rápida que pertenece al grupo de los neurolépticos de segunda generación, también llamados antipsicóticos atípicos. Se denominan antipsicóticos atípicos porque la proporción de bloqueo de los receptores serotoninérgicos tipo 2(5HT<sub>2</sub>) con respecto a los receptores dopaminérgicos D<sub>2</sub> es superior a los antagonistas dopaminérgicos clásicos siendo su acción más específica sobre el sistema dopaminérgico mesolímbico que sobre el estriado lo que conlleva un menor riesgo de efectos extrapiramidales que los neurolépticos clásicos (Kaplan).

La clozapina ejerce efectos antagonistas sobre los receptores 5HT<sub>2A</sub>, D<sub>1</sub>, D<sub>3</sub>, D<sub>4</sub> y alfa adrenérgicos (sobre todo los alfa<sub>1</sub>), así como un antagonismo relativamente débil de los receptores D<sub>2</sub>. Se

ha postulado que la clozapina se une más débilmente a los receptores D2 y como consecuencia de esta «disociación rápida» puede permitir una mayor neurotransmisión dopaminérgica normal. De acuerdo con los datos procedentes de estudios de Tomografía por Emisión de Positrones (TEP), la administración de 10 mg de haloperidol da lugar a una ocupación de un 80% de los receptores D2 en el estriado mientras que las dosis clínicamente eficaces de clozapina ocupan entre un 40% y un 50% de estos receptores, lo que podría explicar la ausencia de efectos extrapiramidales de este fármaco.

Además de ser el tratamiento farmacológico más eficaz en los pacientes que no han respondido a los neurolépticos convencionales, la clozapina también puede ser de gran utilidad para tratar la discinesia tardía grave (1).

Sin embargo, la creencia unánime de la superioridad de la clozapina respecto a otros neurolépticos para esquizofrenias resistentes al tratamiento avalada por los resultados de algunos metaanálisis (2, 3, 4) ha sido cuestionada en algunos estudios recientes en los que no hallan superior en términos de respuesta a la clozapina sobre los antipsicóticos de segunda generación (5) o más allá de tres meses (6).

Otras situaciones clínicas en las que puede utilizarse este fármaco son el tratamiento de pacientes psicóticos que no toleran los efectos extrapiramidales que ocasionan otros neurolépticos, la manía que no mejora con otros tratamientos, la depresión psicótica grave, la enfermedad de Parkinson idiopática, la enfermedad de Huntington y los pacientes suicidas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

La clozapina está comercializada en España en comprimidos de 25, 100 y 200 mg. La dosis inicial suele ser de 25 mg una o dos veces al día. Posteriormente la dosis puede incrementarse de forma gradual (añadiendo 25 mg cada dos o tres días) hasta alcanzar 300 mg/día, que por lo general, se dividen en dos o tres tomas diarias, aunque pueden prescribirse hasta 900 mg/día según la ficha técnica del producto.

Los efectos secundarios más habituales son la sedación, mareos, síncope, taquicardia, hipotensión, náuseas y vómitos que pueden corregirse la mayor parte de las veces con ajustes a la baja de la dosis y tienen altas posibilidades de desaparecer tras un tiempo de tratamiento. Otro efecto secundario del tratamiento es la sialorrea o hipersalivación, también dosis dependiente, que aparece al principio del tratamiento y es más marcada por la noche.

Los efectos extrapiramidales como el temblor o la rigidez muscular están prácticamente ausentes. El riesgo de crisis convulsivas es de alrededor del 4% en los pacientes en tratamiento con más de 600 mg/día. La aparición de síndrome metabólico en tratamientos de larga duración es superior, en comparación con otros neurolépticos.

Otro de los riesgos importantes de la clozapina es la miocarditis, siendo el periodo de mayor riesgo de la misma el primer mes de tratamiento durante el cual el paciente será vigilado estrechamente.

Aunque el principal y más estudiado efecto secundario de la clozapina, el cual llegó incluso a provocar su retirada temporal del mercado, es la presencia de un riesgo de agranulocitosis de entorno al 1%. Durante el primer año de tratamiento, existe un riesgo de un 0,73% de agranulocitosis, un porcentaje que se reduce el segundo año hasta un 0,07%. Se trata de un efecto secundario potencialmente mortal, no dependiente de dosis, y que requiere una monitorización de leucocitos en

sangre, al principio las primeras 18 semanas y a continuación mensualmente de forma indefinida. A pesar de que estas pruebas son caras, la detección precoz de una agranulocitosis puede evitar el riesgo mortal. Para evitar que el médico no solicite los análisis de sangre necesarios o que el paciente no acuda a realizarlos, la clozapina no se puede dispensar sin que se haya documentado la realización de estos controles. En España, es un medicamento de Especial Control Médico (ECM) y existe un Programa de Seguimiento, según la Circular nº 10/1993 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitario.

Por estos motivos la prescripción de la clozapina requiere la firma por escrito del consentimiento informado por parte del paciente tras la explicación de los efectos secundarios, riesgos y la necesidad de controles analíticos por parte del médico.

Debido al riesgo de agranulocitosis y la necesidad de controles periódicos, la clozapina, que por lo general es más eficaz que el resto de neurolépticos y en ocasiones posee una mejor tolerancia, se encuentra reservado para los casos que cumplan una serie de condiciones. Estos casos serían aquellos en que la repercusión de los síntomas psicóticos o la gravedad del riesgo autolítico no respondan al tratamiento, o aquellos en los que, a pesar de un efecto clínico suficiente, los efectos secundarios extrapiramidales o la aparición de disquinesia tardía hacen intolerable su toma. Es por esto que la clozapina se reserva entonces, al menos como tercera línea de tratamiento.

Otra de las complicaciones que supone el tratamiento con clozapina se debe a la gran variabilidad existente a la hora de determinar una relación clara entre la dosis administrada y su efecto. Esta falta de predictibilidad se encuentra tanto a nivel intraindividual como dentro de un mismo sujeto. Aunque los mecanismos de acción no se encuentran completamente descritos, se sabe que existen varios factores, genéticos y ambientales, que influyen en esta variabilidad (7). Entre estos se encontrarían el sexo, el peso corporal, la edad; así como la toma de fármacos o sustancias que puedan afectar a su metabolismo.

Una de las formas por la que esta impredecibilidad puede ser evidenciada es a través de la medición de niveles de clozapina en plasma, ya que se suelen encontrar grandes e inesperadas diferencias entre estos y las dosis administradas por vía oral.

Las concentraciones plasmáticas máximas se alcanzan en aproximadamente dos horas y después de una semana de tratamiento con dos tomas diarias, se estabilizan sus concentraciones. La semivida de eliminación es de alrededor de doce horas. Los estudios demuestran que, con unas concentraciones plasmáticas superiores a 350 ng/ml, la probabilidad de que se produzcan mejorías clínicas es más elevada. No obstante, existen otras investigaciones que indicarían que concentraciones incluso menores (entre 200 y 250 ng/ml) también podrían producir respuesta clínica (8).

La determinación de los niveles plasmáticos, notablemente extendida en la investigación, no lo es tanto a nivel clínico. Además, se encuentra principalmente enfocada a encontrar una relación precisa entre estos y respuesta clínica y a la posibilidad de poder administrar mayores dosis de clozapina oral en pacientes resistentes al tratamiento con niveles plasmáticos más bajos de lo esperado (9).

Desde hace aproximadamente un año, en nuestro centro se inicia la realización de controles sistemáticos de los niveles de clozapina en plasma. Entonces se pudieron objetivar las discrepancias con las dosis orales ya descritas previamente. Pudimos ver también que esto ocurría especialmente en los pacientes que sufrían un grado de efectos secundarios, tales como sedación o sialorrea, muy por encima a lo esperable con la toma de dichas dosis.

## OBJETIVOS

Nos proponemos valorar la posible utilidad que supondría la medición de niveles de clozapina en plasma en pacientes en tratamiento con este fármaco a la hora de encontrar un tratamiento psicofarmacológico efectivo a las mínimas dosis posibles, especialmente en los pacientes que estén sufriendo un grado de efectos secundarios con una importante repercusión en su calidad de vida y bienestar emocional.

## METODOLOGÍA

Se realizó la medición de los niveles de clozapina en plasma a un total de 23 pacientes, 8 mujeres y 15 varones, de entre 24 y 63 años que se encontraban en tratamiento con este fármaco. De estos, 12 tenían el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, 6 otros tipos de Esquizofrenia, 2 Trastorno Esquizoafectivo y uno Psicosis Injertada. Los pacientes se encuentran ingresados entre una de las dos Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR-1) y los pisos de alta supervisión pertenecientes al Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés. Todos se encontraban en tratamiento con clozapina tras no haber respondido clínicamente a, al menos, la toma de 2 neurolépticos de distinta familia, incluido un neuroléptico de segunda generación.

Posteriormente se compararon estos niveles plasmáticos con las dosis de clozapina oral que estaban tomando. Además, a través de entrevista clínica y la observación directa del paciente se valoró la intensidad de los efectos secundarios, ya fueran evidenciados y/o comunicados por ellos mismos. También mediante entrevista clínica, se comprobó el estado psicopatológico del paciente y se tuvo en cuenta la sensación subjetiva de sufrimiento o bienestar psíquico en orden de prevenir posibles descompensaciones clínicas. A la hora de ajustar la dosis se tuvieron en cuenta posibles factores influyentes en la metabolización del fármaco. En este caso se prestó atención a la posible introducción, aumento o retirada de los elementos más comunes en la vida de estos pacientes capaces de alterar estos niveles, y que estuviesen sucediendo de forma simultánea. Estos serían inhibidores enzimáticos, que aumentarían los niveles plasmáticos de clozapina, tales como la cafeína y ciertos antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina; o inductores enzimáticos (principalmente la nicotina) que provocaría el efecto contrario.

## DESARROLLO

De los 23 pacientes que realizaron tratamiento con clozapina, 16 presentaron una discrepancia entre la dosis oral y los niveles plasmáticos de más de 100 ng/ml. En estos 16 casos, la diferencia encontrada siempre fue a favor de los niveles plasmáticos, mayores que la dosis oral, de los cuales 7 mostraron niveles de clozapina en plasma superiores a los niveles terapéuticos permitidos por el laboratorio (800 ng/ml), a pesar de que su dosis oral se encontraba dentro de la indicada en ficha técnica (200-900 mg/día). Dentro de estos 7 pacientes con niveles plasmáticos por encima de lo permitido, 3 pacientes presentaron una discrepancia de más de 600 ng/ml, un paciente llegaba a los 1000 ng/ml de diferencia e incluso resultó llamativo el caso del paciente que presentó más de 3000 ng/ml con una dosis oral de 200 mg al día.

Posteriormente se procedió a una disminución de dosis de forma progresiva tanto a los pacientes que presentaron niveles de clozapina por encima del rango permitido por el laboratorio como a aquellos que tenían efectos secundarios y solicitaron un descenso de dosis del fármaco. Tras llevar a cabo dicha reducción, se realizó una nueva medición de niveles plasmáticos. Cabe resaltar que hubo casos en que se obtuvieron niveles terapéuticos del fármaco en plasma con dosis orales inferiores a 300 mg/día, que es la dosis mínima eficaz recomendada en la literatura. De hecho, merece la pena destacar a dos pacientes: Un primero, que con una bajada de 250 mg/día de clozapina a 125 mg/día, pasó de 1185 ng/ml a 328 ng/ml de clozapina en plasma. Y un segundo caso, ya mencionado anteriormente, que con 200 mg vía oral obtenía 3500ng/ml en plasma, teniendo que disminuir la dosis a 12, 5mg diarios para conseguir niveles plasmáticos de 263 ng/ml.

Se objetivó un descenso notable o incluso la desaparición de los efectos secundarios padecidos a través del consenso con el paciente de las dosis administradas. Ninguno de los pacientes cuya dosis oral le fue disminuida sufrió descompensación psicopatológica. Tampoco se los sometió a ningún otro cambio de medicación que pudiera alterar el metabolismo de la clozapina o realizaron algún cambio notable en sus hábitos higiénico-dietéticos que pudiesen hacer lo mismo (nos estamos refiriendo al consumo de nicotina o cafeína).

## CONCLUSIONES

A raíz de los resultados se podría considerar que la medición de niveles plasmáticos de clozapina podría ser de una gran utilidad para conseguir un tratamiento lo más eficaz y eficiente posible para los pacientes que se beneficien de este fármaco.

La clozapina es un tratamiento engorroso a causa de la estrecha vigilancia a la que se tiene que ver sometido el paciente en aras de prevenir un efecto secundario tan potencialmente grave como es la agranulocitosis. Por eso, normalmente una importante cantidad de tiempo y recursos ya se han invertido tanto por parte del paciente como de las instituciones a la hora de tomar la decisión de iniciar tratamiento con clozapina. Sin embargo, en muchos de los casos toda esta inversión se traduce en una mejoría de la clínica psicótica, así como una reducción del riesgo de suicidio que no se hubiesen conseguido con ningún otro medicamento. Estos beneficios siempre se tienen que contraponer a los efectos secundarios que se puedan producir. De esta forma, consideramos la retirada de clozapina como un fracaso de mayor magnitud que la que podría suponer la de otro neuroléptico ya que ensombrece el pronóstico y muy probablemente, avoca al paciente a una sucesión de tratamientos combinados de una eficacia mucho menos demostrada y de elevado coste, con la consecuente repercusión negativa en la calidad de vida del paciente. Es decir, si podemos conseguir la opción de ayudar al paciente a lidiar con su sintomatología con un único fármaco en lugar de tener que administrarle varios y cambiantes medicamentos para conseguir, como mucho, una eficacia similar; cualquier herramienta a favor de esta primera opción debería ser, cuanto menos, tenida en cuenta.

Además, la medición de niveles de clozapina en sangre no solo podría ayudar a evitar la retirada innecesaria de un tratamiento efectivo y eficiente. También podría ser una herramienta para conseguir a través del consenso con el paciente una disminución de los efectos secundarios a una dosis efectiva lo más baja posible, incluso por debajo de lo indicado en ficha técnica. Efectos secundarios

a los que de otra forma el paciente se tendría que resignar como pago para prevenir una descompensación psicopatológica y que suponen un importante impedimento a la consecución de una adecuada calidad de vida.

Cabría destacar cómo los resultados muestran una tendencia en los pacientes a presentar unos niveles plasmáticos muy superiores a las dosis orales y, sin embargo, el ámbito de la investigación parece estar más centrado en los casos contrarios. Casos en los que la medición de clozapina en plasma revelarían niveles infraterapéuticos y que requerirían administrar una dosis oral mayor.

Sea como fuere, lo que sí parece es que una mayor investigación sería necesaria a la hora de validar esta herramienta con tanto potencial, cuya práctica aún se encuentra muy poco extendida y sobre la que además aún permanecen dudas acerca de su fiabilidad. Sin ir más lejos, en la Comunidad de Madrid tan solo se encuentra disponible un único laboratorio que realice esta técnica para la totalidad del servicio de salud pública. Por lo tanto, consideramos que sería recomendable la divulgación de dicha técnica entre la práctica clínica habitual que, en nuestro caso concreto, nos permitió mejorar la calidad de vida de varios de nuestros pacientes pudiendo mantener su estabilidad psicopatológica.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Benjamin J. Sadock .Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 2008. 10ª edición.
- (2) Kane, J., Honigfeld, G., Singer, J. y Meltzer, H. (1988). Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. Arch Gen Psychiatry. Sep;45(9):789-96
- (3) Taylor, D., Paton, C. y Kapur S. (2015), The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 12th Edition. Chichester. UK: Wiley-Blackwell, 2015.
- (4) NICE (2014). National Institute for Health and Care Excellence Psychosis and schizophrenia in adults Treatment and management. Updated Edition 2014. [Consultado 19-08-2016]  
Disponibile en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>
- (5) Molins C., Roldán A., Corripio I., Isohanni M, Miettunen J., Seppälä J, et al. m-RESIST Group (2016) Response to antipsychotic drugs in treatment-resistant schizophrenia: Conclusions based on systematic review. Schizophr Res. 2016 Sep 17. doi: 10.1016/j.schres.2016.09.016.
- (6) Siskind, D., McCartney, L., Goldschlager, R. y Kisely, S. (2016) Clozapine v. first- and second generation antipsychotics in treatment-refractory schizophrenia: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2016 Jul 7.
- (7) A. Stark, J. Scott: A review of the use of clozapine levels to guide treatment and determine cause of death. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. February 2012. 46(9) 816-825.
- (8) Edoardo Spina, Angela Avenoso, Gabriella Facciola, Maria G. Scordo, Maria Ancione, Aldo G. Madia, Andrea Ventimiglia, Emilio Perucca: Relationship between plasma concentrations of clozapine and norclozapine and therapeutic response in patients with schizophrenia resistant to conventional neuroleptics. Psychopharmacology (2000) 148:83–89.

(9) Aida Taieb, Fatma B'chir, Roland Molinié, José-Edmundo Nava-Saucedo, Jaafer Nakhli, Marc-André Fliniaux, Bechir Ben Hadj Ali, Saad Saguem: Relationships between clozapine and norclozapine plasma concentrations, clozapine dose, and clinical response in Tunisian patients with schizophrenia-treatment resistance. *Open Journal of Psychiatry*, 2012, 2, 262-268.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)



# DEPRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS: ESTUDIO PROSPECTIVO A SEIS MESES

Laura del Pozo Gallardo

Cora Fernández Natal

Julián Gómez Peñalver

María Varela Piñón

Médicos residentes del Hospital Universitario de La Princesa

Alberto Ortiz Lobo

Psiquiatra adjunto del Centro de Salud Mental «Salamanca»

Contacto: [pozogallardo@hotmail.com](mailto:pozogallardo@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

### El aumento en la prescripción de antidepresivos

Hasta la década de los ochenta los trastornos mentales comunes eran considerados respuestas humanas a diversos desafíos vitales y los antidepresivos y otros psicofármacos eran empleados como tratamientos sintomáticos. Sin embargo, con el fuerte empuje de la industria farmacéutica en este campo desde la aparición del Prozac® se ha popularizado la idea de que estos trastornos son en realidad producto de alteraciones específicas en los sistemas de neurotransmisión y que existen medicamentos selectivos que actúan corrigiéndolas (1, 2). La imposibilidad de una conceptualización única y definitiva de los problemas mentales que aúne todas las variables psicológicas, biológicas y sociales y que determine su esencia y su delimitación, ha sido el terreno fértil para la construcción e implantación de un conocimiento basado en el modelo biomédico que ha colocado a los antidepresivos en una de las clases farmacológicas más vendidas de todo el mundo (3).

Por otra parte, en los últimos años se ha producido el fenómeno de la medicalización por el que la población consulta en atención primaria con mayor frecuencia por condiciones sociales y vitales que tienen una respuesta sanitaria dudosa (4, 5, 6). El resultado final es que el consumo de antidepresivos ha experimentado un extraordinario crecimiento como tratamiento de muchos problemas consultados en atención primaria. En Enero de 2015 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios publicó un informe sobre la utilización de antidepresivos en España entre 2000 y 2013 donde reflejaba que la prescripción y el consumo de este tipo de fármacos se había triplicado durante dicho periodo (7). Todo esto ha sucedido a pesar de que diversos estudios han puesto de manifiesto una prevalencia estable de depresión (8, 9).

## La eficacia de los antidepresivos cuestionada

Bajo la premisa sesgada de que los problemas mentales comunes son enfermedades neuroquímicas y que el tratamiento que las cura son los AD, la industria farmacéutica ha llevado a cabo múltiples ECA con el objetivo de poder comercializarlos. El resultado de este planteamiento es que tenemos una información limitada sobre los efectos subjetivos de los AD, su impacto real a medio y largo plazo en las personas y cómo esto difiere entre unas y otras. A cambio, se ha obtenido una «evidencia científica» construida sobre una investigación extraordinariamente manipulada y sesgada<sup>4</sup> y con la que hemos estado trabajando en la clínica con nuestros pacientes con el rango de «verdad objetiva» (3). Sin embargo, los estudios que se han realizado de manera independiente en los últimos años revelan que las diferencias entre el efecto de los antidepresivos y el placebo son escasas (10-13).

Los pacientes con depresión leve o moderada son propensos a los efectos inespecíficos del tratamiento, sobre todo cuando reciben placebo, ya que obtienen todos los componentes de la situación comunes a cualquier tratamiento: una evaluación detallada por un profesional experto, una explicación del trastorno, un tratamiento plausible, un compromiso del médico, entusiasmo, respeto y una oportunidad para verbalizar su aflicción. Las expectativas que tanto pacientes como profesionales ponen en el tratamiento resultan fundamentales y pueden hacerles llegar a la conclusión de que es muy satisfactorio cuando en realidad su efecto puede ser sólo moderado.

## Efectos adversos de los antidepresivos

Los riesgos y beneficios de los antidepresivos deben ser cuidadosamente evaluados debido a que los ensayos clínicos aleatorizados que se han realizado han tenido como objetivo medir su eficacia y apenas hay estudios dirigidos a evaluar específicamente sus efectos secundarios.

Sin embargo, los antidepresivos presentan reacciones adversas frecuentes a corto plazo como el insomnio, náuseas, irritabilidad, cefaleas, cansancio, falta de deseo sexual, anorgasmia o retraso en la eyaculación. En mayores de 65 años pueden darse otros efectos más graves (14), como demuestran algunos estudios que asocian el uso de ISRS o tricíclicos a mayor tasa de caídas y fracturas. También puede aparecer sangrado gastrointestinal, hiponatremia, malformaciones fetales e incluso aumento del riesgo suicida en niños y adolescentes.

Además, el consumo crónico de antidepresivos, como de cualquier otra sustancia que actúa en el sistema nervioso central, parece que puede alterar la sensibilidad y el número de receptores de los sistemas de neurotransmisión sobre los que actúan. Se ha descrito que esta alteración es la res-

ponsable de la aparición de trastornos crónicos del estado de ánimo en personas que llevan años tomando antidepresivos y que se conocen como disforia tardía (15, 16).

## Importancia de la deprescripción

La deprescripción es el cese de un tratamiento de larga duración de forma progresiva y bajo la supervisión de un facultativo (17). Su fundamento es reconsiderar el mantener o no un determinado fármaco en función del estado clínico y la situación concreta de cada paciente y habría que replanteársela permanentemente porque existen muy pocas medicaciones que haya que tomarlas «de por vida».

Habitualmente se promueve más la toma de medicación que su retirada y, en ocasiones, esto propicia que los pacientes consuman antidepresivos de forma crónica o los abandonen por su cuenta de modo brusco, con la consiguiente aparición del síndrome de abstinencia. Este síndrome lo interpretan como señal de recaída, por lo que reintroducen de nuevo el tratamiento y muchas veces ya no se plantean volver a dejarlo jamás.

El papel del profesional sanitario resulta fundamental para facilitar el cese de la toma de antidepresivos cuando no haya motivos que justifiquen mantenerlos durante más tiempo y para hacerlo con garantías. Del mismo modo que el médico plantea el inicio de un tratamiento, su papel también parece crucial en el momento de la retirada. Para ello, resultaría primordial en estos casos establecer una relación estrecha con el paciente, proporcionarle toda la información necesaria y hacerle partícipe de la toma de decisiones.

El proceso de deprescripción de los antidepresivos ha sido poco estudiado. Entre las recomendaciones que se han sugerido al respecto, está la de tomar la dosis diaria habitual a días alternos durante varias semanas y, a continuación, espaciar cada vez más las tomas, o bien administrar la mitad de la dosis desde el principio y reducirla gradualmente hasta suspender el tratamiento. En el caso de antidepresivos de vida media corta como la paroxetina y que provocan más fácilmente la aparición del síndrome de discontinuación, puede ser útil sustituirlos o combinarlos con otros antidepresivos de vida media larga, como la fluoxetina. El siguiente paso consistiría en reducir gradualmente la dosis del fármaco original y a continuación reducir progresivamente la de fluoxetina. En cuanto a la deprescripción de fórmulas líquidas (como la propia fluoxetina), se aconseja disminuir la dosis alrededor de un 10% semanal hasta su suspensión definitiva (18).

## OBJETIVOS

Este estudio pretende evaluar clínicamente el proceso de deprescripción de antidepresivos a lo largo de 6 meses y analizar en concreto a) las expectativas tienen los usuarios que acuden a la consulta (terapia-consejos o psicofármacos), qué idea tienen del tratamiento empleado y de su eficacia; b) la actitud que tienen hacia la deprescripción; c) cuántos usuarios pueden finalizar la deprescripción en el plazo fijado y d) qué problemas clínicos suceden en la deprescripción derivados de la abstinencia o posible recaída clínica.

Nuestra hipótesis de trabajo sería que gran parte de los pacientes derivados desde Atención Primaria para evaluar en Salud Mental que están en tratamiento con antidepresivos no precisan en

ese momento dicho tratamiento, o bien porque no está indicado, o bien porque los daños superan a los beneficios esperados y se van a beneficiar del proceso de deprescripción.

## METODOLOGÍA

### Muestra:

Está formada por los usuarios que cumplen los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años.

- Usuarios derivados desde atención primaria en tratamiento con antidepresivos, que en la primera entrevista de evaluación en el centro de salud mental se inicie una deprescripción porque no está indicado mantener el tratamiento antidepresivo porque el usuario no ha presentado ni presenta una patología que cumpla criterios de trastorno mental según la CIE-10).

- Usuarios derivados desde atención primaria en tratamiento con antidepresivos, que en la primera entrevista de evaluación en el centro de salud mental inicien una deprescripción porque lleven al menos 12 semanas estabilizados clínicamente sin criterios de trastorno mental CIE-10.

- Usuarios que estén en el centro de salud mental en seguimiento con tratamiento antidepresivo y que lleven al menos 12 semanas estabilizados clínicamente, es decir, ya no presentan criterios de trastorno mental CIE-10.

Las variables recogidas en la entrevista inicial son sociodemográficas (edad, sexo, convivencia) y clínicas (código CIE-10, qué cree que le sucede, qué espera de la consulta, acontecimientos vitales estresantes y grado de control, tratamiento psicofarmacológico, tiempo que lleva tomando el antidepresivo, efectos positivos y negativos, actitud hacia la deprescripción, tiempo de pauta para la deprescripción). Posteriormente, al mes, a los dos meses y a los seis meses del inicio de la deprescripción se recogen más variables clínicas: si realiza bien el protocolo de deprescripción, problemas que han surgido, síntomas de abstinencia, impresión clínica global del paciente y del profesional.

Quedan excluidos del estudio aquellos usuarios que estén tomando otros psicofármacos que no sean antidepresivos o benzodiacepinas. Se les recomienda una pauta de deprescripción de 4 u 8 semanas, según la dosis basal de antidepresivos que tuvieran. Se reclutaron 22 pacientes a los que se les entrevista de manera presencial al inicio, al mes, al segundo mes y al sexto mes de realizar la deprescripción.

### Metodología:

Se trata de un estudio prospectivo-descriptivo de 6 meses. El trabajo de campo consiste en:

- Entrevista de evaluación de la deprescripción, semiestructurada, en una sola sesión, realizada por un psiquiatra del centro de Salud Mental, con 24 años de experiencia clínica en psiquiatría, y acompañados por un residente de psiquiatría de segundo o tercer año como observador.

- Entrevistas semiestructuradas al mes, a los dos meses y a los seis meses realizada por el residente de psiquiatría que estuvo de observador en la primera entrevista.

- Revisión de la historia clínica y en el visor Horus.

Todos los usuarios habrán recibido una hoja de información y firmarán un consentimiento informado para poder participar en el estudio.

### Protocolo de deprescripción (ver anexo 1):

La rebaja del antidepresivo se hizo cada 14 días, en un máximo en 4 pasos de reducción de dosis y 56 días. Se prolongó un paso a 28 días en los casos en los que había tres pasos o menos de deprescripción. La reducción de dosis fue de un 25-50% excepto en el último paso que fue necesariamente de un 100%..

Este último paso fue a días alternos en los siguientes casos:

a) Poca flexibilidad de la presentación (bupropion 150mg, duloxetina 30mg, desvenlafaxina 50mg, agomelatina 25mg, paroxetina 10mg, fluoxetina 20mg o fluvoxamina 50mg.

b) Poca dosis previa de mantenimiento, por lo que la deprescripción se hizo en un 28 días.

La deprescripción se hizo en 28 días y solo dos pasos en casos de dosis baja de medicamento: bupropion 150mg, duloxetina 30mg, desvenlafaxina 50mg, agomelatina 25mg, paroxetina 10mg, fluoxetina 20mg, fluvoxamina 50mg, escitalopram 5mg, citalopram 10mg.

## DESARROLLO

Variable	Categorías	n (%)
Expectativas	Recibir terapia/consejos	9 (40,9%)
	Psicofármacos	13 (59%)
Acontecimiento vital estresante	Sí	17 (77,3%)
	No	5 (22,7%)
Valoración del tratamiento antidepresivo	Negativa	12 (54,5%)
	Negativa y positiva	4 (18,1%)
	Positiva	14 (63,6%)
Actitud frente a la deprescripción	Activa	15 (68,2%)
	Pasiva	7 (31,8%)
Reacciones adversas durante la deprescripción	Primer mes	9 (40,9%)
	Segundo mes	2 (9,1%)
	Sexto mes	0 (0%)
Finalizan la deprescripción	Sí	16 (72,7%)
	No	6 (27,3%)
Situación clínica a los 6 meses (según clínico)	Igual o mejor	15 (68,2%)
	Peor o mucho peor	7 (31,8%)
Situación clínica a los 6 meses (según paciente)	Igual o mejor	15 (68,2%)
	Peor o mucho peor	7 (31,8%)

La mayoría de los usuarios acabaron correctamente el proceso de deprescripción. Los usuarios candidatos a la deprescripción verbalizaban en consulta que los antidepresivos no habían sido muy útiles en mejorar su sufrimiento de forma global e más de la mitad de los casos, si bien identificaban

algún aspecto positivo en su toma. Especulamos por ello que no plantearían problemas de manejo a la hora de proponer la retirada del fármaco. Efectivamente, un gran porcentaje consideraba que estaba sufriendo una reacción emocional y relataban un acontecimiento vital estresante. Llama la atención que más de la mitad tuvieran la expectativa de un manejo psicofarmacológico, aunque posiblemente ésta sea una idea muy implícita cuando cualquier usuario acude al psiquiatra. Si bien gran parte de los pacientes dudan de que el uso prolongado de antidepresivos sea necesario, continúan tomándolos por temor a una posible recaída e incluso aunque no perciban una clara mejoría clínica, los mantienen por miedo a empeorar. Les preocupan más los riesgos de una posible retirada que la toma de medicación por un tiempo indefinido.

En el primer mes tras la retirada, el 40% de los usuarios refirieron reacciones adversas (digestivas, sexuales, mareos, cambios en el estado de ánimo, cefaleas, insomnio o somnolencia, inquietud u otros), porcentaje que fue disminuyendo a lo largo del tiempo hasta desaparecer a los 6 meses tras la suspensión del antidepresivo. Cabe contemplar en este aspecto, el llamado «síndrome de discontinuación» que se produce en ocasiones cuando cesa el consumo de un medicamento. Es más probable en el caso de fármacos que afectan al SNC debido a los mecanismos de adaptación que se producen en dicho sistema. Se trata de un verdadero síndrome de abstinencia, pero el cambio de nomenclatura puede tener como objetivo mostrar que los antidepresivos no causan adicción o dependencia y que los síntomas que se generan son diferentes a los observados tras el cese del consumo de otras sustancias como benzodiazepinas (19), barbitúricos, opioides, estimulantes o alcohol (20).

En el caso de los antidepresivos, el síndrome de abstinencia aparece habitualmente unos días después de la retirada, puede durar varias semanas (21, 22) y produce sintomatología somática y psíquica como las referidas por los pacientes de nuestra muestra (mareos, cefaleas, fatiga, náuseas, ansiedad, insomnio o irritabilidad) que pueden ser fácilmente interpretados como signos de recaída (23). El síndrome mejora si se reintroduce de nuevo el mismo fármaco u otro de características similares, pero este restablecimiento de la medicación sólo pospone el problema. En estos casos es aconsejable informar a los pacientes de la duración limitada de estos síntomas y explicarles que la abstinencia vigilada clínicamente por el médico de familia es el paso más útil que se puede dar (24, 25). Se sabe que el impacto clínico se reduce al realizar el descenso de la dosis del fármaco de forma gradual durante varias semanas, aunque puede aparecer igualmente tras retiradas escalonadas.

Al finalizar el estudio, desde el punto de vista clínico, 15 usuarios se encontraban igual o mejor que al principio de la deprescripción, cifra que coincide con la percepción subjetiva de los participantes y con nuestra hipótesis inicial de trabajo de que la mayor parte de las deprescripciones cursarían de forma exitosa, sin síntomas de abstinencia al final de la misma ni recaídas clínicas. Las deprescripciones quizá sean más problemáticas en pacientes de mayor edad, con mayor tiempo de consumo de antidepresivos, que vivan solos y con síndromes de abstinencia o recaídas previas.

La principal limitación de nuestro estudio es su muy limitado tamaño muestra, que no nos permite generalizar nuestros resultados.

## CONCLUSIONES

La deprescripción de antidepresivos es una actividad clínica crucial que los pacientes aceptan y con la que se comprometen, que precisa un seguimiento clínico del síndrome de abstinencia que se puede realizar con tres consultas en un semestre de forma exitosa.

Es fundamental reconsiderar el papel de los antidepresivos en la clínica a la luz de las investigaciones independientes que han surgido en los últimos años. La eficacia de los AD en la práctica clínica puede atribuirse a la elevada respuesta de la sintomatología ansioso-depresiva al placebo, la alianza terapéutica que establece el médico con el paciente, la mejoría clínica espontánea, cambios en el entorno y el estado psicológico que inducen estos fármacos al provocar un distanciamiento afectivo del entorno o al reducir la intensidad de las reacciones emocionales. Su capacidad para inducir estados puede ser muy útil como tratamiento sintomático en determinados pacientes con clínica grave, pero siempre en el contexto de otras actuaciones que propicien una reordenación más positiva del paciente con su entorno. La prescripción crónica de estos fármacos no está justificada y es fundamental realizar un seguimiento de los efectos adversos y su impacto clínico y plantearse permanentemente una deprescripción, que ha de realizarse con extraordinaria cautela para evitar un síndrome de abstinencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mata Ruiz I. Modelos de tratamiento farmacológico de los trastornos mentales comunes y sus limitaciones. Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid. AEN. 2009. p. 253-278.
2. Moncrieff J. Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos. Barcelona: Herder, 2014.
3. Ortiz Lobo A, Sobrado A. Uso adecuado de antidepresivos. AMF 2017;13(1):29-33.
4. Márquez, S.; Meneu, R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria, 2003: p. 47-53
5. Orueta R, Santos C, González E, Fagundo E, Alejandre G, Carmona J et al. Medicalización de la vida(I). Rev Clín Med Fam 2011; 4 (2): 150-161.
6. Orueta R, Santos C, González E, Fagundo E, Alejandre G, Carmona J et al. Medicalización de la vida(II). Rev Clín Med Fam 2011; 4 (3): 211-218.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe de utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013. AEMPS.
8. Moncrieff J, Kirsch I. Efficacy of antidepressants in adults. BMJ 2005;331:155
9. Fournier J, DeRubeis R, Hollon S, Simidjian S, Amsterdam J, Shelton R, Fawcett J. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity. A Patient- Level Meta-analysis. *JAMA*. 2010;303(1):47-53.
10. Khan A, Brown W. Antidepressants versus placebo in major depression: an overview. World Psychiatry. 2015 Oct;14(3):294-300.

11. Mayor S. Study shows difference between antidepressants and placebo is significant only in severe depression. *BMJ*. 2008;336:466.
12. Posternak MA, Zimmerman M. Therapeutic effecto follow-up assessmentson antidepressant and placebo response rates in antidepressant efficacy trials: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2007;190:287–92.
13. Khan A, Redding N, Brown WA.The persistence of the placebo response in antidepressant clinical trials. *J Psychiatr Res*. 2008 Aug;42(10):791-6.
14. Coupland C, Dhiman P, Morris R, Athur A, Barton G, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ* 2011;343:d4551
15. Fava G. Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *J Clin Psychiatry* 2003; 64:123-33
16. El- Mallakh RS, Gao Y, Roberts RJ. Tardive dysphoria: the role of long-term antidepressant use in inducing chronic depression. *Medical Hypothesis* 2011;76:769-773
17. Geddes JR, Carney SM, Davies C et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003a; 361: 653-661
18. RxISK Guide: Stopping Antidepressants. RxISK eConsult Medical Team. Data Based Medicine Americas Ltd. 2015
19. Nielsen M, Hansen E, Gotzsche P. What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. *Addiction* 2012;107:900-908.
20. Fava G, Tomba E. The use of antidepressant drugs: some reasons for concern. *Int J Risk Safety Med* 1998;11:271-274.
21. Frost L, Lal S. Shock-like sensations after discontinuation of selective serotonin reuptake inhibitors. *Am J Psychiatry* 1995;152:810.
22. Rosenstock H: Sertraline withdrawal in two brothers: a case report. *IntClinPsychopharmacol* 1996;11:58-59.
23. Van Geffen ECG, Hugtenburg G, Heerdink ER, van Hulten RP, Egberts ACG. Discontinuation symptoms in users of selective serotonin reuptake inhibitors in clinical practice: tapering versus abrupt discontinuation. *Eur J ClinPharmacol* 2005; 61:303-307
24. Schatzberg AF, Blier P, Delgado P, Fava M, Haddad PM, Shelton RC: Antidepressant discontinuation syndrome. *J Clin Psychiatry* 2006;67:27-30.
25. Fava G. Rational use of antidepressant drugs. *Psychother Psychosom* 2014;83:197-204



## ANEXO 1. EJEMPLOS DE DEPRESCRIPCIONES

Dosis inicial	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	5ª semana	6ª semana	7ª semana	8ª semana
Citalopram 40mg	Citalopram 30mg		Citalopram 20mg		Citalopram 10mg		Citalopram 10mg a días alternos	
Paroxetina 40mg	Paroxetina 30mg		Paroxetina 20mg		Paroxetina 10mg		Paroxetina 10mg a días alternos	
Escitalopram 20mg	Escitalopram 15mg		Escitalopram 10mg		Escitalopram 5mg		Escitalopram 5mg a días alternos	
Fluoxetina 40mg	Fluoxetina 20mg				Fluoxetina 20mg a días alternos			
Sertralina 200mg	Sertralina 150mg		Sertralina 100mg		Sertralina 50mg		Sertralina 25mg	
Fluvoxamina 200mg	Fluvoxamina 150mg		Fluvoxamina 100mg		Fluvoxamina 50mg		Fluvoxamina 50mg a días alternos	
Agomelatina 50mg	Agomelatina 25mg				Agomelatina 25mg a días alternos			
Bupropion 300mg	Bupropion 300mg alternado con 150mg		Bupropion 150mg				Bupropion 150mg a días alternos	
Duloxetina 90mg	Duloxetina 60mg		Duloxetina 60mg alterna con 30mg		Duloxetina 30mg		Duloxetina 30mg a días alternos	
Desvenlafaxina 150mg	Desvenlafaxina 100mg		Desvenlafaxina 100mg alterna con 50mg		Desvenlafaxina 50mg		Desvenlafaxina 50mg a días alternos	
Mirtazapina 60mg	Mirtazapina 45mg		Mirtazapina 30mg		Mirtazapina 15mg		Mirtazapina 7,5mg	
Reboxetina 8mg	Reboxetina 6mg		Reboxetina 4mg		Reboxetina 2mg			
Venlafaxina 300mg	Venlafaxina 225mg		Venlafaxina 150mg		Venlafaxina 75mg		Venlafaxina 37,5mg	
Venlafaxina 150mg	Venlafaxina 112,5mg		Venlafaxina 75mg		Venlafaxina 37,5mg		Venlafaxina 37,5mg a días alterno	

**VOLVER AL ÍNDICE**

# SÍNDROME DE ABSTINENCIA A ANTIDEPRESIVOS VS. RECAÍDA CLÍNICA: EFECTOS PERJUDICIALES DEL USO PROLONGADO DE ANTIDEPRESIVOS

**Manuel Fernández-Torija Daza**

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Toledo (Toledo)

**Marta Soto Laguna**

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Toledo (Toledo)

**Gema Belmonte García**

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Toledo (Toledo)

**Joaquina Prados Gómez**

Servicio de Psiquiatría. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla (Madrid)

**Beatriz Bermejo Saiz**

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Toledo (Toledo)

**Contacto: [manuelfdaza@hotmail.com](mailto:manuelfdaza@hotmail.com)**

## INTRODUCCIÓN

Desde finales del siglo pasado, el uso de antidepresivos se ha incrementado notablemente. Según datos oficiales de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), el uso de antidepresivos en España ha aumentado de 26,5 DHD (Dosis Habitante Día) a 79,5 DHD en

el periodo comprendido entre el año 2000 y el año 2013. Esto supone un incremento del 200% del uso de antidepresivos, sobre todo a expensas de los ISRS (con un incremento de éstos del 159,3%). En concreto, la duloxetina (antidepresivo que nos ocupa el caso clínico expuesto más adelante), se ha incrementado de 1,0 DHD a 5,3 DHD del año 2006 al año 2013 [1].

Este gran incremento del uso de antidepresivos, probablemente responde a las estrategias de *marketing* llevadas a cabo hábilmente por la industria farmacéutica, según las cuales los nuevos antidepresivos son fármacos más seguros y específicos que sus predecesores, con un mejor perfil de tolerabilidad y una falsa información de que estos nuevos fármacos no generan fenómenos de tolerancia y dependencia. Esta desinformación ha propiciado una expansión, cronificación y amplitud en sus prescripciones, con efectos perjudiciales tanto en población con trastornos depresivos como en población sana que presenta un sufrimiento vital con una respuesta emocional legítima, congruente y proporcionada y, por consiguiente, sin ningún tipo de correlación psicopatológica. Debido en gran parte a este *marketing*, actualmente los nuevos antidepresivos tienen cabida en casi cualquier trastorno mental, a excepción de las fases maníformes o fases hipomaníacas.

Este marco de actuación provoca que, posteriormente, sea más complicado reducir o retirar estos fármacos, llegándose a crear incluso nuevos diagnósticos a raíz de los síntomas de abstinencia derivados de su retirada: Síndrome de suspensión de antidepresivos (DSM-V) [2], [3]. La negación de la existencia de dependencia a antidepresivos, puede conllevar a confundir estos síntomas de abstinencia con los de una recaída clínica depresiva.

## OBJETIVOS

Los objetivos de esta comunicación son los de cuestionar la utilidad clínica real de la creación del nuevo diagnóstico de Síndrome de suspensión de antidepresivos, realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre síntomas de abstinencia a antidepresivos y recaída clínica y, por último, revisar estudios que prueban hipótesis que defienden que el uso crónico de antidepresivos puede empeorar y cronificar la depresión, así como facilitar nuevas recaídas.

## METODOLOGÍA

Hemos llevado a cabo una revisión de textos y artículos que tratan sobre síndrome de discontinuación de antidepresivos y los problemas neurobiológicos que puede suponer el uso crónico de estos psicofármacos (tolerancia de oposición, disforia tardía...), ayudándonos de la exposición de un caso clínico.

## DESARROLLO

Presentamos el caso de una mujer de 62 años de edad que acude a Urgencias de Psiquiatría refiriendo miedo a estar padeciendo una recaída depresiva, tras interrumpir bruscamente hace 7

días el tratamiento antidepresivo con 60 mg diarios de duloxetina que estaba tomando desde hace años. Refiere síntomas consistentes en mareo, cefalea, ansiedad, irritabilidad, inquietud, náuseas, palpitaciones e insomnio que comienzan a desarrollarse pasados 2 días tras la interrupción de la duloxetina. La paciente vive estos síntomas con culpa por haberse olvidado el fármaco al irse de viaje con su familia y habérselo estado ocultando para evitar preocuparles. La paciente asociaba estos síntomas a los de una recaída depresiva, a pesar de presentar estabilidad en su vida diaria desde hace más de un año, y de no identificar nuevos estresores ni acontecimiento vitales adversos recientes. A pesar de ello, la paciente da una importancia capital al antidepresivo para permanecer libre de síntomas depresivos, y muestra dificultad para contextualizarlos dentro de un síndrome de abstinencia al antidepresivo, mostrando resistencia ante la actitud propuesta de espera vigilante y control sintomático temporal de los síntomas de abstinencia, demandando que se le restableciera su pauta antidepresiva por miedo a una recaída.

La paciente comenzó a acudir a consultas de psiquiatría hace 7 años por insomnio, y desde entonces ha tenido dos episodios depresivos reactivos. Actualmente, lleva 2 años sin nuevos episodios de depresión, con fluctuaciones anímicas y de ansiedad leves en respuesta a factores externos, con adecuada respuesta al manejo ambulatorio y a su red de contención socio-familiar.

A pesar de existir diferencias sintomáticas y una relación temporal diferente entre la interrupción o descenso brusco de antidepresivos y una recaída clínica depresiva; algunos profesionales, pacientes y familiares pueden interpretar estos síntomas de abstinencia como una recaída clínica, o incluso creer en la necesidad de una terapia farmacológica antidepresiva de manera indefinida como condición necesaria para mantener la eutimia, reduciendo toda la complejidad existente en la etiología y proceso de un cuadro depresivo a la dicotomía de tomar o no tomar antidepresivos. Esta comprensión reduccionista de la depresión y sus posibles recaídas puede fortalecer una conducta de evitación emocional en la depresión que promueva el uso del medicamento como búsqueda de señal de seguridad [4].

Así, la confusión por parte del profesional ante el síndrome de abstinencia a antidepresivos, entendiendo este como un síndrome de suspensión de antidepresivos, puede llevar a intervenciones iatrogénicas que promuevan el restablecimiento del antidepresivo, cuando este *a priori* puede no ser necesario, perpetuando así el uso crónico de estos fármacos, favoreciendo en el paciente la creencia de que ha de permanecer bajo medicación antidepresiva por un tiempo ilimitado bajo el riesgo de que pueda recaer en un cuadro depresivo. Sin embargo, algunos estudios afirman justamente lo contrario: que cuanto más se prolonga el uso de antidepresivos más se favorecen estados pro-depresivos en el individuo. De tal manera, que lo que en un momento determinado supone una ayuda terapéutica para la depresión, puede acabar convirtiéndose, con su uso prolongado, en un factor de riesgo que predisponga a tener nuevos episodios o que estos se cronifiquen.

Los síntomas de abstinencia tras la interrupción del tratamiento antidepresivo han sido descritos para cualquier tipo de antidepresivos, pero principalmente para los ISRS, la venlafaxina y la duloxetina [5]. Estos síntomas han sido enmascarados bajo la artimaña lingüística «síndrome de discontinuación» y su equivalente diagnóstico *Síndrome de suspensión de antidepresivos* (según el DSM-V), probablemente con el objetivo de evitar cualquier indicio que suponga reconocer que los antidepresivos generan dependencia, para que su comercialización y expansión en las prescripciones no se vea afectada.

Los síntomas de abstinencia aparecen típicamente a los 2-3 días tras la interrupción o descenso de la medicación antidepresiva. Los síntomas no tratados suelen ser leves y resolverse espontánea-

mente dentro de 1-3 semanas; pero en otros casos, pueden persistir durante meses o incluso años, lo que lleva a lo que se ha definido como «trastorno persistente post-retirada» [6].

En concreto, dentro de los síntomas que más frecuentemente se desarrollan tras la suspensión de duloxetina encontramos el mareo (el más frecuente), ansiedad, náuseas, cefalea, insomnio e irritabilidad. Como podemos apreciar, muchos de estos síntomas son los que la paciente refiere en el caso expuesto. Estos síntomas son muy similares a los descritos tras la interrupción de ISRS y de venlafaxina [7].

En general, las comparaciones entre estudios sugieren que la incidencia y gravedad de los síntomas de discontinuación no aumentan significativamente cuando la duración del tratamiento con duloxetina se extiende más allá de 8 ó 9 semanas, siendo este hallazgo consistente con los datos obtenidos para otros antidepresivos. La mayoría de los síntomas son autolimitados y se resuelven dentro de los primeros 7 días tras su aparición. En principio, no se requerirá ningún tipo de intervención ni tratamiento sintomático de soporte para esos días, dado que la mayoría de los pacientes que desarrollan dichos síntomas los clasifican como leves o moderados [7]. Evidentemente, el síndrome mejora si se reintroduce de nuevo el mismo fármaco u otro de características similares (es decir, la droga para la que crearon dependencia), pero este restablecimiento de la medicación sólo pospone el problema. En estos casos, lo más recomendable es informar a los pacientes de la duración limitada de estos síntomas y explicarles que la abstinencia vigilada clínicamente por el médico de familia es la actuación más indicada y menos dañina [8], [6].

Un ensayo clínico controlado aleatorizado y un estudio observacional, informaron de que los síntomas de abstinencia a antidepresivos se producen tanto en la reducción de dosis brusca como en su reducción paulatina [9], [10]. Además, se ha visto que la interrupción del antidepresivo también puede desencadenar un cuadro de hipomanía o manía, a pesar de estar en tratamiento concurrente con estabilizadores del ánimo [11]. Por lo tanto, el llamado síndrome de discontinuación puede ser autolimitado, puede disminuir con la reintroducción del antidepresivo o puede llegar a requerir tratamiento para revertir el cuadro hipomaniaco/maniaco y, en el peor de los casos, ser diagnosticado de Trastorno Afectivo Bipolar sin padecer realmente este trastorno.

Es probable que bajo la creencia errónea de que los antidepresivos no generan dependencia, los síntomas de abstinencia sean concebidos como manifestaciones de una recaída depresiva y los profesionales intervengan reintroduciendo el antidepresivo y favoreciendo un uso prolongado o indefinido del mismo. Sin embargo, este tipo de confusión puede provocar que se generen recaídas depresivas reales con mayor facilidad por el uso continuado de antidepresivos. Para evitar esta actuación, primero tenemos que saber que los antidepresivos, como cualquier otro psicofármaco, generan dependencia y, en segundo lugar, llevar a cabo un adecuado diagnóstico diferencial entre este síndrome de abstinencia a antidepresivos y una recaída clínica depresiva.

El síndrome de abstinencia a antidepresivos y la recaída clínica se pueden diferenciar fundamentalmente por dos patrones: uno temporal y otro clínico. En torno al patrón temporal, el síndrome de abstinencia debuta a los pocos días de suspenderse el antidepresivo, mientras que la recaída puede tardar en aparecer semanas o meses. En relación al patrón clínico, los síntomas se diferencian tanto por su modalidad (en el síndrome de abstinencia encontramos cefalea, mareos, irritabilidad, náuseas, etc., mientras que en una recaída clínica la persona experimenta hipotimia, anhedonia, apatía, abulia, etc.), como por su forma de remitir (en el síndrome de abstinencia los síntomas remiten casi inmediatamente después de la reintroducción del fármaco, mientras que en una recaída precisa de semanas para responder sintomáticamente) [2].

Algunos autores defienden la hipótesis de que el síndrome de abstinencia a antidepresivos proviene del estrés que producen estos fármacos en los sistemas de neurotransmisión. Postulan que este efecto pro-depresivo de los antidepresivos puede ocurrir porque el tratamiento continuado con estos fármacos induce efectos neuroquímicos contrarios a los que produjeron inicialmente. Se cree que este proceso puede causar un empeoramiento de la enfermedad, continuar durante un período de tiempo tras la interrupción de la medicación e, incluso, puede no ser reversible [12], [13].

Actualmente, vemos como el riesgo de recurrencia de depresión es de más del 50% [14]. Se cree que la recidiva se asocia con una retroalimentación positiva, de modo que con cada episodio se aumenta la probabilidad de padecer otro episodio. En relación a este motivo, las guías recomiendan por consenso que se mantenga el tratamiento antidepresivo durante 6 meses después de la remisión clínica, de manera independiente a la potenciación o mejoría de factores protectores del entorno o de que exista un tratamiento psicoterapéutico conjunto. Este periodo de 6 meses se prolonga a un mínimo de dos años en pacientes que hayan tenido dos o más episodios, llegando muchas veces en la práctica clínica habitual a mantener indefinidamente el tratamiento antidepresivo [15].

Se ha informado de un aumento del 25-30% de los pacientes con depresión resistente al tratamiento (DRT), desde comienzos de los años 90 hasta el 2006 [16]. Casualmente, este aumento es paralelo al aumento de las prescripciones de los nuevos antidepresivos, sobre todo de los ISRS. Esta pérdida de eficacia del antidepresivo puede estar relacionada con problemas clínicos como la dosis inadecuada de antidepresivos o por la tolerancia condicionada a los mismos. Esta tolerancia a los antidepresivos es una condición según la cual los pacientes experimentan una buena respuesta inicial al fármaco, respuesta que se pierde con el tiempo debido al tratamiento antidepresivo repetido o prolongado. Existe otro tipo de tolerancia, bautizada con el nombre de «tolerancia de oposición» que sostiene que hay razones para creer que el tratamiento con antidepresivos en sí mismo puede contribuir a un síndrome depresivo crónico. De acuerdo con el modelo de tolerancia de oposición, el tratamiento continuado con fármacos puede provocar procesos opuestos a los efectos iniciales de un fármaco, lo que puede explicar la pérdida de eficacia. Al terminar el tratamiento con antidepresivos, estos fenómenos de oposición aun pueden continuar operando durante algún tiempo, dando como resultado la aparición de síntomas de abstinencia, una mayor vulnerabilidad a la recaída o mayor probabilidad de resistencia al fármaco e caso de que se reinicie el tratamiento [6]. Existe evidencia de que el riesgo de recaída después de la interrupción del antidepresivo puede interpretarse de acuerdo con el modelo de tolerancia de oposición, apoyando la hipótesis de que en ciertos casos el tratamiento a largo plazo con antidepresivos puede aumentar la cronicidad y sensibilizar al sujeto para padecer episodios depresivos posteriores [17], [18].

También podemos comprobar como un metaanálisis de 46 estudios realizado en 2011 [18], trató de responder a la siguiente cuestión: si la exposición al antidepresivo provoca la aparición del mecanismo de tolerancia de oposición, al retirar el fármaco, ¿estás personas son más propensas a la recaída que si no hubieran estado expuestas a un antidepresivo en un primer momento? En este metaanálisis se comparó la tasa de recaídas para los pacientes que remitieron el cuadro depresivo siendo tratados con placebo durante la fase inicial y luego continuaron con el placebo durante el período de seguimiento (grupo placebo-placebo), con las tasas de recaída para los pacientes que remitieron con antidepresivo durante la fase inicial, pero que luego el antidepresivo fue sustituido por placebo durante el período de seguimiento (grupo de antidepresivo-placebo). Sobre este

diseño, se planteó la hipótesis de que los pacientes expuestos al antidepresivo, debido a la tolerancia de oposición, tendrían una tasa más alta de recaída. El metaanálisis confirmó esta hipótesis, determinando que la tasa de recaída para el grupo placebo-placebo fue del 24, 7%, en comparación con el 44, 6% de los pacientes del grupo antidepresivo-placebo.

Estos autores, también plantearon la hipótesis de que la tasa de recaída sobre la retirada del fármaco aumentaría de acuerdo con la potencia del fármaco. Por ejemplo, los ISRS aumentan los niveles de serotonina mucho más que los tricíclicos y, por lo tanto, son más potentes a este respecto. Argumentaron que la fuerza de la respuesta de tolerancia de oposición del cerebro a un ISRS sería mayor que a un tricíclico. Entonces, cuando el antidepresivo es retirado, las fuerzas de oposición que han surgido en respuesta al fármaco operan sin oposición y, por lo tanto, a mayores fuerzas de oposición, mayor es el riesgo de recaída. De modo que el riesgo de recaída varía según la potencia del antidepresivo: cuanto mayor sea la potencia, mayor será el riesgo de recaída. Este hallazgo es consistente con la idea de que los fármacos inducen una tolerancia de oposición, y que este cambio pone a los pacientes en mayor riesgo de recaída al suspender el fármaco.

En resumen, este metanálisis constató dos predicciones en relación a la hipótesis planteada de que los niveles de monoaminas están bajo control homeostático en pacientes diagnosticados de Trastorno Depresivo Mayor (TDM). En primer lugar, los pacientes que remiten con tratamiento con antidepresivo tendrán un mayor riesgo de recaída después del tratamiento, que los pacientes que remiten sin tratamiento con antidepresivo. En segundo lugar, el riesgo de recaída tras suspender el tratamiento con el antidepresivo está relacionado positivamente con los efectos perturbacionales del antidepresivo en los niveles de monoaminas de la corteza prefrontal. Así, los antidepresivos con mayores efectos perturbacionales deberían desencadenar fuerzas de oposición más fuertes que intentan volver a equilibrar los niveles de neurotransmisores. La acumulación de tolerancia de oposición bajo tratamiento antidepresivo, podría entonces hacer que el sistema sobrepasara su equilibrio al suspenderse y el grado de desequilibrio debería ser proporcional al efecto perturbativo del antidepresivo.

Otros autores [14] propusieron que el uso crónico de antidepresivos puede provocar un síndrome que denominaron «disforia tardía» (DT). Este síndrome se basa en un estado disfórico anormal que se desarrolla en algunos individuos predispuestos con tratamiento antidepresivo prolongado. Comentan que una parte importante de los pacientes con DRT pueden desarrollar este síndrome, produciéndose un estado depresivo crónico.

Ya vimos como los episodios depresivos recurren en más de un 50%. Dentro de estas recaídas, en el subgrupo de pacientes que han desarrollado DT, los intentos que se ponen en marcha para tratar la recaída depresiva con nuevas medidas basadas en antidepresivos (aumentar la dosis del antidepresivo basal, cambiar por otro antidepresivo o añadir otro antidepresivo), perpetúan el DRT y, en última instancia, pueden hacer que la depresión crónica sea permanente [19]. Sin embargo, se ha comprobado que el tratamiento por medio de psicoterapia, sin modificar el régimen previo de antidepresivos, es significativamente más efectivo que el aumento de la dosis del fármaco para conseguir una remisión de manera persistente en pacientes deprimidos que mostraron una pérdida de efecto clínico durante el tratamiento de mantenimiento con antidepresivos [6]. Existen datos que indican que cuando un tratamiento antidepresivo se reintroduce por una recaída, el paciente puede no responder al mismo fármaco con el que había mejorado inicialmente los síntomas depresivos. Las personas que responden a una reintroducción del mismo antidepresivo pueden mostrar una pérdida subsiguiente del efecto terapéutico, lo que nos sugiere que la resistencia y la pérdida de eficacia pueden estar relacionadas y compartir un mecanismo común [20].

Además, se ha informado de como la exposición crónica a antidepresivos puede inducir cambios en la neuroplasticidad que afectan al sistema serotoninérgico, siendo los pacientes más jóvenes los que más riesgo tienen. Estos cambios alteran la arborización de las dendritas de las neuronas serotoninérgicas, y esta alteración puede aumentar el riesgo de desarrollar una DT [21], [22]. De manera que los cambios neuroquímicos iniciales por los que un antidepresivo puede resultar efectivo en la depresión, si se mantienen de forma prolongada, pueden volverse en contra y favorecer estados neurobiológicos pro-depresivos.

Para tratar de revertir la DT, se propone la reducción de dosis de antidepresivos o la discontinuación durante 6-12 meses del tratamiento farmacológico [14].

## CONCLUSIONES

A pesar de la atmósfera biológica que envuelve esta comunicación, no pretendemos caer en un reduccionismo inverso al tratar de exponer los riesgos del uso prolongado de antidepresivos como único o principal factor a tener en cuenta a la hora de explicar las DRT y las recaídas clínicas depresivas. Es indudable que las cuestiones sociopolíticas, económicas, culturales y el creciente número de diagnósticos tienen mucho que decir sobre este tema. Sin embargo, hemos decidido exponer los efectos perjudiciales del uso crónico de antidepresivos empleando el mismo lenguaje biológico que defiende el uso prolongado o indefinido de los psicofármacos en beneficio de los pacientes, comprobando que existen evidencias e hipótesis de como son precisamente nuestros pacientes los menos beneficiados en este sistema de funcionamiento de fácil prescripción y de continuidad psicofarmacológica.

Según la revisión realizada en esta comunicación, puede que precisamente la recuperación de los pacientes pase por el abandono o la reducción de la medicación, y por su rechazo tanto a la conceptualización de su sufrimiento en términos biomédicos como al propio tratamiento que ofrece el sistema [23].

La hipótesis del desequilibrio bioquímico no solo falla a la hora de explicar la génesis de la depresión (así como de otros trastornos mentales), sino que, a pesar de no que existe evidencia de que la causa de la depresión sea una alteración principalmente serotoninérgica, los antidepresivos no estarían corrigiendo ningún problema a ese nivel, sino que actuarían creando un funcionamiento anormal con consecuencias perjudiciales a largo plazo.

El discurso biológico hegemónico en torno a la causalidad, fisiopatología y tratamiento de la depresión, favorece una intervención centrada principalmente en el uso de antidepresivos con unas supuestas propiedades específicas, no demostradas científicamente, que obedecen más a campañas de marketing y a la búsqueda de soluciones inmediatas y rápidas, favorecidas por la sobrecarga asistencial, que dificulta en muchas ocasiones un adecuado abordaje de la depresión. Esto conlleva a que muchos profesionales atiendan únicamente a la prescripción de uno o varios antidepresivos, excluyendo el resto de terapias no biológicas con menos efectos adversos, e ignorando la importancia que lo social tiene sobre el psiquismo de la persona.



## BIBLIOGRAFÍA

- [1] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe de utilización de medicamentos antidepressivos en España durante el periodo 2000-2013. AEMPS. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepressivos-2000-2013.pdf>
- [2] Ortiz Lobo A, Gervás J, Ibáñez Rojo V, Mata Ruíz I, Muñiz Giner EM. *Hacia una psiquiatría crítica*. Colección Salud mental colectiva. Editorial Grupo 5. 2013.
- [3] American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Editorial médica Panamericana, 2014.
- [4] Bonifacio Sandín, Paloma Chorot y Rosa M. Valiente. Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 17, N.º 3, pp. 185-203, 2012.
- [5] Lejoyeux M, Adès J, Mourad I, Solomon J, Dilsaver S. Antidepressant withdrawal syndrome: recognition, prevention and management. *CNS Drugs* 1996; 5: 278–292.
- [6] Fava G. Rational use of antidepressant drugs. *Psychother Psychosom* 2014;83:197–204.
- [7] David G. Perahia, Daniel K. Kajdasz, Durisala Desaiyah, Peter M. Haddad. Symptoms following abrupt discontinuation of duloxetine treatment in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 89 (2005) 207–212.
- [8] Varela Piñón M, del Pozo Gallardo L, Ortiz Lobo A. ¿Es hora de repensar el uso de los antidepressivos? *REV CLÍN MED FAM* 2016; 9(2): 100-107
- [9] Tint A, Haddad PM, Anderson IM. The effect of antidepressant tapering on the incidence of discontinuation symptoms: a randomised study. *J Psychopharmacol* 2008; 22: 330–332.
- [10] Fava GA, Bernardi M, Tomba E, Rafanelli C: Effects of gradual discontinuation of selective serotonin reuptake inhibitors in panic disorder with agoraphobia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007; 10: 835–838.
- [11] Andrade C: Antidepressant-withdrawal mania. *J Clin Psychiatry* 2004; 15: 987–993.
- [12] Fava G. Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *J Clin Psychiatry*. 2003; 64: 123-33.
- [13] Fava GA. Do antidepressant and anti-anxiety drugs increase chronicity in affective disorders? *Psychother Psychosom* 1994;61(3–4):125–31.
- [14] El-Mallakh RS, Gao Y, Roberts RJ. Tardive dysphoria: the role of long-term antidepressant use in inducing chronic depression. *MedHypotheses* 2011;76:769-773.
- [15] National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: Management of Depression in Secondary and Primary care. London: National Institute for Clinical Excellence. 2004. Disponible en: <http://www.scamfyc.org/documentos/depression%20NICE.pdf>
- [16] Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA. Realistic expectations and a disease management model for depressed patients with persistent symptoms. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1412–21.
- [17] Fava GA, Offidani E: The mechanisms of tolerance in antidepressant action. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011; 35: 1593–1602.

- [18] Andrews PW, Kornstein SG, Halberstadt LJ, Gardner CO, Neale MC: Blue again: perturbational effects of antidepressants suggest monoaminergic homeostasis in major depression. *Front Psychol* 2011; 2: 159.
- [19] Bschor T, Baethge C. No evidence for switching the antidepressant: systematic review and meta-analysis of RCTs of a common therapeutic strategy. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121(3):174–9.
- [20] Fava M, Schmidt ME, Zhang S, Gonzales J, Raute NJ, Judge R: Treatment approaches to major depressive disorder relapse. Part II. Reinitiation of antidepressant treatment. *Psychother Psychosom* 2002; 71: 195–199.
- [21] El-Mallakh RS, Peters C, Waltrip C. Antidepressant treatment and neural plasticity. *J Child Adoles Psychopharmacol* 2000;10:287–94.
- [22] Baker MW, Croll RP. Modulation of in vivo neuronal sprouting by serotonin in adult CNS of the snail. *Cell Mol Neurobiol* 1996;16:561–76.
- [23] Iván de la Mata Ruíz. Anatomía (incompleta) de una epidemia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2016; 36(130):539-548.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)



# SUJETOS A PRÁCTICAS COERCITIVAS EN SALUD MENTAL

# REFLEXIONES EN TORNO AL USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE) DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO «ROMÁN ALBERCA» (HPRA), EN 2016 Y 2017

Jesús Martí Esquitino

Juan Antonio Albaladejo Martínez

José Luis Escobar Fernández

Zaida Mialdea Ojeda

José Martínez Serrano

Unidad de Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Murcia

Contacto: [jesus.marti@carm.es](mailto:jesus.marti@carm.es)

## INTRODUCCIÓN

La contención mecánica consiste en la aplicación, control y extracción de dispositivos de sujeción mecánica utilizados para limitar la movilidad física de una persona, en teoría para evitar daños inminentes a sí misma o a otras personas. Sin embargo la práctica asistencial sugiere que la contención mecánica se utiliza con mayor frecuencia de la esperada según esta restrictiva definición.

La OMS define el uso de la contención mecánica como: *métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una ame-*

*naza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos (1).*

La literatura existente reconoce que estas prácticas tienen efectos físicos y psicológicos perjudiciales para los pacientes y los profesionales que las utilizan, pero que es «imposible» evitarlas en todos los casos en los que se necesita controlar una conducta problemática. Factores no clínicos como los prejuicios culturales, percepciones de roles del personal y la actitud de la dirección de la hospital tienen más influencia sobre los índices de contención mecánica que las variables clínicas y demográficas. Sin embargo, sí creen que la formación en detección y prevención de la violencia, y el aumento de la autoestima del personal son útiles en la reducción del uso de medidas coercitivas y restrictivas (2). A pesar de ser técnicas muy impopulares y denostadas, tanto por cuestiones éticas como por los riesgos que supone a pacientes y profesionales, continúan siendo una opción para el control de situaciones para las que no se encuentra otro modo de retención. Paradójicamente, el riesgo de su aceptación como inevitable en determinadas circunstancias puede llevarnos, si no a su utilización en situaciones menos extremadas como evitar riesgo de caídas durante la noche, facilitar que un paciente inquieto coja el sueño ..., sí a la distracción en la búsqueda de alternativas más respetuosas con los derechos de los pacientes.

En la actualidad, muchos países están desplegando iniciativas que buscan reducir la utilización de la contención mecánica y algunos, como Reino Unido e Islandia, han llegado incluso hasta la prohibición de su uso en la Unidades de hospitalización psiquiátrica (3).

En nuestro país, la Escuela Andaluza de Salud Pública divulgó recientemente un documento sobre los derechos humanos y la salud mental en Andalucía, a propósito de la regulación normativa de estos derechos en Andalucía, en cumplimiento de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (4). La polémica que recientemente despierta en la sociedad el uso de las contenciones mecánicas ha llevado a poner este asunto en la agenda política. A nivel autonómico comunidades como la madrileña, Cantabria y el País Vasco avanzan en la regulación de su uso dentro del sistema sociosanitario (5).

En uno de los primeros estudios sobre contenciones mecánicas en unidades psiquiátricas, en los años ochenta, los autores alertaron de la elevada tasa de utilización de la contención mecánica. En un estudio clásico (6) 51% experienced seclusion or restraint at least once. More psychotic than nonpsychotic patients required seclusion or restraint. However, neither psychosis/nonpsychosis nor voluntary/involuntary admission status predicted the likelihood of violent threats or actions. Patients experiencing seclusion and restraint showed a nonsignificant trend toward longer mean length of stay in the hospital. The frequency of patient behavior leading to seclusion or restraint appeared to be directly related to the stimulation caused by the presence of many staff members and other patients», «DOI»:»10.1176/ajp.140.2.229», «ISSN»:»0002-953X», «journalAbbreviation»:»AJP», «issued»:»{«date-parts»:»[[«1983», 2, 1]]}», «schema»:»https://github.com/citation-style-language/schema/raw/master/csl-citation.json», los autores seleccionaron 69 pacientes al azar y comprobaron que la mitad fueron contenidos o aislados al menos una vez, a pesar de que ni el tipo de ingreso (voluntario/involuntario) ni el diagnóstico (psicosis/otros) predijo el comportamiento o la actitud violenta. Los autores concluyeron que las contenciones se relacionaban directamente con la estimulación causada por la presencia de muchos miembros del personal u otros pacientes.

Estudios más recientes en España han encontrado una tasa de contenciones de hasta el 28% (7, 8) de los ingresos en 6 meses en unidades de corta estancia, media y residenciales psiquiátricas.

Parece una proporción muy elevada en una intervención que no ha demostrado eficacia terapéutica hasta el momento (9), y sí numerosas complicaciones potenciales como edemas, hematomas por sacudidas y tirones del paciente, lesiones al forzar la inmovilización, tromboembolismo, infartos en cardiopatas, estreñimiento, incontinencia, rozaduras, asfixia, isquemia, lesiones neurológicas, magulladuras, úlceras, aumento del deterioro cognitivo, aumento de las tasas de mortalidad, lesiones en el personal durante la propia contención...(10–12). Parece haber un silencio informativo en este sentido, pero se han registrado casos de muertes relacionadas con la contención mecánica en unidades de psiquiatría, como la persona que murió en contención el 16 de octubre de 2008 en un incendio en la Unidad Psiquiátrica del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla (12).

En 2012, un grupo de trabajo de la AEN realizó una propuesta de regulación de los ingresos involuntarios en la que se especificaban también los aspectos relacionados con las contenciones mecánicas y donde ya se recogían indicaciones del Defensor del Pueblo (13):

«Toda persona ingresada de modo involuntario en un Centro, ya sea de carácter sanitario o asistencial, gozará de todos los derechos legalmente previstos tendentes a salvaguardar su dignidad, su relación con familiares, comunicaciones, etc... Cualquier restricción a estos derechos (contenciones, aislamientos, etc....) deberá ser especialmente indicada y motivada, dejando constancia en el historial, por el profesional competente y sometida a particular control judicial, que será previo cuando las circunstancias lo permitan. De otro modo se comunicará al Juez a la mayor brevedad, al objeto de que proceda a su evaluación».

Se introduce en este punto la trascendental cuestión de la salvaguarda de las medidas especialmente restrictivas de derechos que pueden darse en las Unidades y Centros de Ingreso. Se aboga por que dichas medidas estén sometidas a control judicial. Así lo expresó también el Defensor del Pueblo del Estado en informe de fecha 11 de Noviembre de 2005, en los siguientes términos:

«Es preciso regular las medidas de contención mecánicas a las que pueden ser sometidos los pacientes que se encuentran internos en un centro médico y la ordenación de los tratamientos especialmente invasivos. Si bien es cierto que con las modificaciones legislativas habidas se ha conseguido una regulación detallada en lo que respecta al proceso que debe seguirse para el internamiento voluntario o involuntario del paciente, una vez dentro de dicho centro, el legislador no ha contemplado el régimen de garantías de estas personas, dejando al libre arbitrio de cada hospital la regulación de esas cuestiones respecto de sus pacientes. ...A juicio de esta Institución, la autorización judicial de internamiento que recoge el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil no lleva implícita la restricción del derecho a la libertad individual que se produce cuando los facultativos someten al paciente a medidas de contención mecánica sin la aceptación de aquél. Sería por ello más adecuado desde un punto de vista jurídico, que en los casos de contención mecánica no consentida por el paciente, se solicite la correspondiente autorización judicial cuando dichas medidas no vayan a tomarse de inmediato -supuesto, quizá, poco frecuente- o bien, cuando por razones de urgencia hayan sido adoptadas, informar al juez. Igual autorización judicial debería recabarse cuando la persona internada ve limitado alguno de sus derechos como consecuencia del régimen de vida existente en el centro».

Aunque no existen datos oficiales sobre la frecuencia de aplicación de la contención mecánica en España, parece que es utilizada con frecuencia en hospitales generales, servicios de urgencias, entornos residenciales y unidades de psiquiatría (8). Habitualmente la indicación principal es el riesgo de daño físico inminente para la propia persona o para las personas de su alrededor, bien por agitación, estados de desorientación o agresividad. Sin embargo, supone también una

medida coercitiva que puede resultar muy peligrosa para la salud física y mental de los profesionales implicados y para quienes la sufren en primera persona. Además, muchas personas, sobre todo pacientes pero también profesionales, relatan las contenciones mecánicas sufridas como extremadamente traumáticas.

En otras unidades se han realizado grandes esfuerzos para reducir la utilización de la contención mecánica (14) in all hospitalized patients (N=1, 094, con cierto éxito, aunque es importante considerar otros aspectos que pueden influir en su uso, además de la posibilidad de hacerlo (15). El motivo principal de contención mecánica, la agitación, es prevenible y evitable, y el término de permanencia de estancia, reingresos y uso de medicación es muy elevado (16) por lo que sería recomendable utilizar alternativas a la contención mecánica, como la desescalada verbal (17–19).

Tras las XXVI Jornadas Nacionales de la Asociación Nacional de Neuropsiquiatría (AEN): Construyendo ciudadanía; celebradas en Cartagena en 2016, el equipo de la Unidad de Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico «Román Alberca», dirigido por su Jefe de Servicio Dr. José Martínez Serrano, propuso como objetivo expreso, dentro de las líneas generales de continuar mejorando la calidad del servicio en relación a los derechos de las personas atendidas, la eliminación de las contenciones mecánicas y la reducción de otros métodos de coerción dentro de la unidad. El objetivo principal es trabajar para el cumplimiento del llamado «Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción» (20). El manifiesto marcó un antes y un después en el marco de trabajo de la unidad, en tanto que movió a todo el equipo, como en la propagación de las ondas sobre el agua, a reflexionar sobre los indicadores, los registros que se venían realizando, las intervenciones, las alternativas a esas intervenciones, las normas y la inevitabilidad de las contenciones mecánicas en el trabajo cotidiano de la unidad.

Por tanto, la UCE del HPRA está inmersa en un proceso de mejora con el objetivo de reducir al mínimo el uso de la contención mecánica y asegurar que esta se realice en las mejores condiciones posibles. En este sentido, se presentan, en este trabajo, los datos de 2016.

## OBJETIVOS

Analizar la incidencia de contenciones mecánicas realizadas durante el año 2016 en la UCE del HPRA.

Analizar los cambios organizacionales de la UCE durante 2016 y 2017 en relación al objetivo de reducir las contenciones mecánicas.

## MÉTODO

Para la realización de este estudio se ha seguido un diseño observacional prospectivo sobre los indicadores de contención mecánica en pacientes ingresados.

También se han llevado a cabo acciones adicionales entre las que se cuentan: revisión de las normas; organización de sesiones sobre el ambiente terapéutico; talleres de desescalada verbal; revisión del protocolo de contención; inclusión, en las sesiones diarias de equipo de la reflexión y

el análisis de factores implicados en cada contención mecánica y en las ocasiones en que se evitan potenciales contenciones mecánicas; aumento del esfuerzo general en reducir los conflictos de comunicación en el equipo; protocolización de un segundo registro de contenciones mecánicas, con un aumento de los indicadores informativos de la situación.

Para la valoración de las contenciones se utilizan dos registros, por un lado, cada psiquiatra que ordena una contención registra un formulario de indicación de contención y otro de indicación de descontención. Además, dos personas del equipo están encargadas de revisar cada mañana si ha habido contenciones y la información al respecto, y registrarlo en un formulario aparte. Este segundo formulario contiene más información que el primer método y es el tomado como referencia para el análisis de las circunstancias en torno a la contención mecánica.

## DESARROLLO

A lo largo de todo el año 2016, las sucesivas intervenciones que terminaron en contención mecánica crearon un malestar en el equipo terapéutico. Hubo varios pacientes contenidos en numerosas ocasiones y se puso de manifiesto nuestra dificultad para llevar a cabo actuaciones alternativas en aquel momento. Las jornadas nacionales de la AEN en Cartagena resultaron en un periodo de reflexión y algunas ideas de mejora. Se fueron poniendo en marcha de forma secuencial, informal, conforme fueron consensuando, las diferentes estrategias. Uno de los primeros pasos, fue la mejora de los registros de las contenciones que se venían realizando: fecha y hora, motivo, duración, alternativas que se habían intentado previamente... (al principio solo se registraba el número de historia clínica, psiquiatra responsable, fecha y hora de inicio, fecha y hora fin, turno y motivo). Buscábamos hacernos plenamente conscientes de cuándo y cómo utilizábamos estas medidas. Al mismo tiempo, se invitaba a todo el personal a reflexionar, durante las sesiones diarias de equipo, sobre las contenciones mecánicas y sus circunstancias que hubieran podido tener lugar durante el día anterior.

Tomar conciencia de las discrepancias entre nuestros valores vitales y nuestra conducta puede ejercer un potente efecto sobre nuestra conducta futura. Cuando una conducta entra en conflicto con un valor importante para nosotros lo que suele cambiar es nuestra conducta. Leon Festinger afirmaba que las personas nos sentíamos impelidas a ser coherentes y, en el intento de reducir las disonancias aparentes, tenderíamos a cambiar nuestra actitud. La integridad es una meta hacia la que tendemos de modo intencional, aunque imperfecto (21).

Aclarar y explicitar, a través de estos espacios reflexivos abiertos en la unidad, cuáles son nuestros valores fundamentales respecto a los derechos de los pacientes y nuestro papel en la atención a los mismos, nos moviliza hacia la búsqueda activa de los cambios que puedan acercarnos a nuestra meta. Nos lleva también a reflexionar sobre los obstáculos y distracciones que podrían entorpecernos en este proceso. Creemos que ya sólo esta preocupación podría promover, no solo una mejor aplicación, sino una reducción significativa (en cuanto a número de veces y duración de su aplicación) en la utilización de las medidas de contención.

Como medios de mantener activa esta preocupación y formar al personal, se ponen en marcha en la unidad, y posteriormente en todo el hospital, charlas divulgativas sobre predicción y prevención de la violencia, ambiente terapéutico (22) y medidas alternativas a la contención utilizadas en otros hospitales (18).



En recientes estudios referentes al ambiente terapéutico queda patente su estrecha relación con el manejo de conductas difíciles, la seguridad de las personas atendidas, la familia y los profesionales, y también con los episodios de contención mecánica. Los profesionales tienden a atribuir los episodios violentos o de agresividad principalmente a factores relacionados con la enfermedad, mientras que para los usuarios los factores interpersonales y de entorno son igualmente responsables (22). El personal de la Unidad, en su propósito de conseguir evitar el uso de las contenciones mecánicas, trabaja sobre la aplicación de este complejo concepto a nuestro entorno particular. Diferentes grupos de trabajo reflexionan sobre las dimensiones relacionadas con el ambiente terapéutico (recursos físicos, humanos y organizativos) con el propósito de ir encontrando oportunidades de mejora en las mismas.

## RESULTADOS

Se registraron los datos de contención mecánica de todos los pacientes ingresados durante el año 2016. En total, 31 personas diferentes fueron contenidas en 87 contenciones mecánicas realizadas. Una persona fue contenida en dos ingresos distintos y otra en tres ingresos distintos. En 2016 hubo 256 personas que ingresaron al menos una vez, por lo que se contuvo al 12, 1%. Asimismo, hubo un 9% de contenciones mecánicas entre los 336 ingresos. Por otra parte las contenciones mecánicas tuvieron una duración media de 15, 83 horas, una duración mediana de 9 horas y una moda de 7 horas. La contención con una duración mínima fue de menos de media hora y la máxima de 92 horas. En total, hubo 1361 horas de contención mecánica a lo largo de todo el año. El motivo principal fue la agitación (30, 2%), seguido de la petición del propio paciente (16, 3%), la confusión o desorganización (13, 9%), la agresividad (11, 6%) o el riesgo de agresividad (8, 1%). Otros motivos de contención fueron el riesgo de caída, la acatisia (para dormir mejor), el que no pudiera descontenerse tras la llegada al hospital en contención mecánica o las autolesiones. La mayor parte de las contenciones tuvieron lugar en los turnos de noche o tarde.

En 2017, a 20 de mayo ha habido 8 contenciones mecánicas en 8 pacientes distintos. En 2016 en esa fecha había 44 contenciones en 20 personas distintas a similar número de ingresos. En abril de 2017 se han vuelto a revisar las normas de la unidad, con un incremento de la flexibilidad, reduciendo el número de objetos que no pueden tener los pacientes (salvo personas en periodos con alto riesgo de suicidio inminente), flexibilizando los horarios, las actividades, las salidas, las llamadas y las visitas.

Se está revisando el protocolo de contención mecánica para hacerlo más restrictivo, de manera que se realice con las mejores garantías para pacientes y profesionales implicados. Esta será la tercera revisión del protocolo en 6 años. Desde Febrero de 2017 se han iniciado sesiones mensuales relacionadas con el ambiente terapéutico, en un principio basadas en el documento andaluz (22), que después han incluido también sesiones sobre desescalada verbal en intervenciones en crisis, basadas en el proyecto BETA (18). A partir de marzo de 2017 se analizan todas las contenciones mecánicas, antecedentes, actuaciones, consecuencias, actuaciones alternativas posibles, etc. Se interviene sobre los profesionales y pacientes implicados, para tratar de reducir el impacto emocional del proceso y elaborar aspectos positivos para futuras actuaciones.

## CONCLUSIONES

En 2016, uno de cada 10 pacientes que ingresaron en nuestra unidad sufrieron una contención mecánica, habitualmente para prevenir daños por agitación psicomotriz pero también por petición expresa del propio paciente. Es llamativo que algunos pacientes pidan ser contenidos mecánicamente, y nos obliga a reflexionar el efecto a largo plazo y por repetición de las contenciones mecánicas. Además, la duración media de las contenciones nos debería llevar a pensar en otras formas más efectivas o menos peligrosas de reducir los episodios de agitación. Por otra parte, la contención mecánica es más frecuentemente usada en los turnos en los que hay menos personal, lo cual sugiere que la indicación no solo depende de la agitación del paciente sino también del contexto.

Durante el periodo de tiempo transcurrido en 2017 el número de contenciones mecánicas se ha reducido en un 82% respecto al mismo periodo de 2016. Asimismo, el número de personas contenidas se ha reducido en un 73% respecto al mismo periodo del año anterior. Es difícil hacer una estimación del número de contenciones y personas contenidas al finalizar 2017, pero por el momento se han reducido considerablemente. Además, hay otros indicadores que sugieren que se está reduciendo el uso de la contención en la UCE. La flexibilización en las normas implica una menor violencia institucional ejercida sobre los pacientes (a través de la rigidez de funcionamiento), lo cual genera menor número de situaciones en las que la frustración puede llevar a la agitación.

Por otra parte, el focalizar la atención en las contenciones mecánicas, al mismo tiempo que se tiene como objetivo reducirlas a 0, convierte estas intervenciones en fracasos terapéuticos del equipo completo, y no acontecimientos inevitables que forman parte de la dinámica de las unidades psiquiátricas. Evitar esta visión fatalista y aumentar las actividades relacionadas con la reflexión y la promoción de actuaciones alternativas, puede estar influyendo en la reducción del uso de las contenciones en 2017.

También se ha observado un aumento significativo de la cohesión de grupo en el equipo terapéutico, de manera que cada vez más componentes de la plantilla se sienten parte importante de un solo equipo, sin importar el grupo profesional.

En un futuro es necesario continuar con la reflexión y búsqueda de soluciones para reducir el uso de la contención, en línea con el manifiesto Cartagena.

## BIBLIOGRAFÍA

1. de la Salud Mental FM. Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. Auckl Organ N U. 1989;
2. Ugartechea JG. La discriminación de los pacientes mentales: un reto para los derechos humanos [Internet]. Bilbao: Universidad de Deusto; 2004 [citado 21 de mayo de 2017]. (Cuadernos Deusto de Derechos Humanos). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=323693>
3. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. septiembre de 2010;45(9):889-97.
4. Escuela Andaluza de Salud Pública, editor. Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía. Pro-

tección de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental en el marco de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad [Internet]. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social; 2015 [citado 20 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n126/original7.pdf>

5. Alcalá C. Cómo y cuándo se ata a los pacientes en España [Internet]. Redacción Médica. 2017 [citado 21 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/la-revista/reportajes/como-y-cuando-se-ata-a-los-pacientes-en-espana-6535>

6. Seclusion and restraint and prediction of violence. *Am J Psychiatry*. 1 de febrero de 1983;140(2):229-32.

7. Rodríguez AR, Quintas MDES. Estudio de contenciones en una unidad de agudos de Psiquiatría. *Psiquiatr Com* [Internet]. 2002 [citado 20 de mayo de 2017];6(2). Disponible en: <https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatricom/article/view/392>

8. Quintana riera S, Font R. Medidas de restricción física en un hospital de agudos y en dos centros de media y larga estancia: estudio de prevalencia y análisis de aspectos éticos relacionados con su indicación y puesta en práctica. *Rev Calid Asist*. 2003;18(1):33–38.

9. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001163.

10. Antoranz Castro E. Consideraciones éticas sobre la Contención Mecánica en pacientes ingresados en el HUCA [Internet] [Trabajo de fin de máster]. [Oviedo]: Universidad de Oviedo; 2013 [citado 20 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://dspace.sheol.uniovi.es/dspace/handle/10651/17341>

11. Fernández Rodríguez Á, Zabala Blanco J. Restricción física: revisión y reflexión ética. *Gerokomos Madr Ed Impr*. 2014;63-7.

12. Fábrega-Ruiz C-F. La protección jurídica de las personas con discapacidad a la luz de la Convención de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2016 [citado 20 de mayo de 2017]; Disponible en: <http://ruja.ujaen.es/handle/10953/756>

13. Roig Salas A, González Álvarez O, Díez Fernández ME, Hernández Monsalve M, Leal Rubio J, Santos Urbaneja F. Propuesta de regulación de los ingresos involuntarios. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. 2012;32(114):429–434.

14. Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benitez I, Alba-Vallejo M, Mayoral-Cleries F. Effects of a Regulatory Protocol for Mechanical Restraint and Coercion in a Spanish Psychiatric Ward. *Perspect Psychiatr Care*. octubre de 2015;51(4):260-7.

15. Curran SS. Staff resistance to restraint reduction: identifying & overcoming barriers. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. mayo de 2007;45(5):45-50.

16. Rubio-Valera M, Luciano JV, Ortiz JM, Salvador-Carulla L, Gracia A, Serrano-Blanco A. Health service use and costs associated with aggressiveness or agitation and containment in adult psychiatric care: a systematic review of the evidence. *BMC Psychiatry* [Internet]. diciembre de 2015 [citado 27 de febrero de 2017];15(1). Disponible en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0417-x>

17. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med [Internet]. 2012 [citado 20 de mayo de 2017];13(1). Disponible en: <https://escholarship.org/uc/item/55g994m6.pdf>
18. Holloman GH, Zeller SL. Overview of Project BETA: best practices in evaluation and treatment of agitation. West J Emerg Med [Internet]. 2012 [citado 20 de mayo de 2017];13(1). Disponible en: <http://escholarship.org/uc/item/4kz5387b>
19. Cole R. Reducing restraint use in a trauma center emergency room. Nurs Clin North Am. 2014;49(3):371–381.
20. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Manifiesto en torno a la coerción en los servicios de salud mental [Internet]. AEN. 2016 [citado 16 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://aen.es/blog/2016/06/05/manifiesto-en-torno-a-la-coercion-en-los-servicios-de-salud-mental/>
21. Rokeach M. The nature of human values. [Internet]. Free press; 1973 [citado 21 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://doi.apa.org/index.cfm?fa=search.exportFormat&uid=2011-15663-000&recType=psycinfo&singlerecord=1&searchresultpage=true>
22. Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico, editor. Ambiente terapéutico en Salud Mental. Análisis de situación y recomendaciones para unidades de hospitalización y comunidades terapéuticas en Andalucía. Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud y Área de Dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. 140 p.

**VOLVER AL ÍNDICE**

# PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL EN TORNO A LAS PRÁCTICAS COERCITIVAS DIRECTAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE ESTUDIOS CUALITATIVOS

**Inés López Álvarez**

Residente de Psicología Clínica, Hospital Universitario La Paz, Madrid

**Clara Cocho Santalla**

Residente de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid

**Laura Carballeira Carrera**

Residente de Psicología Clínica, Hospital Universitario La Paz, Madrid

**Luis Nocete Navarro**

Residente de Psiquiatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid

Contacto: [ineslopezal@gmail.com](mailto:ineslopezal@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Son múltiples y conocidas las interpretaciones sobre el desarrollo de la práctica psiquiátrica en clave de control social (1). A pesar de la transformación de la atención psiquiátrica en las últimas décadas y del proceso de desinstitucionalización en la mayoría de países europeos, continúan siendo frecuentes en la práctica clínica diaria las actitudes y técnicas coercitivas (2) con distintos objetivos (adherencia terapéutica, control conductual...) (3), (4) (5) (6). Algunas de ellas, como la

contención mecánica y química o el aislamiento, son fruto de controversia y debate desde hace años, con aparición de distintas demandas de cambio por colectivos y asociaciones (7), (8), (9) etc.

Varios organismos internacionales se han hecho cargo de ello, proponiendo un cambio de paradigma y ciertas medidas que regulen estas prácticas y garanticen los derechos de los usuarios, (10), (11) la asociación para la prevención de tortura (12), (13) (14) etc.

Las definiciones de aislamiento y contención mecánica varían de unos autores y guías a otras, si bien podíamos resumir el aislamiento como la reclusión involuntaria de un paciente en una habitación cerrada, restringiendo el contacto con otros compañeros o personal (14) y cuya actividad suele ser controlada presencialmente o mediante vídeo. Ésta puede tener lugar en un espacio diseñado para ello, o en la propia habitación del paciente, siendo probablemente este caso el más habitual en nuestro país. En cuanto a la contención mecánica, nos referimos a cualquier procedimiento mediante un dispositivo mecánico que limite la libertad de movimiento de una persona y el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, mediante la fijación de este en una o más de sus partes. No nos referimos a las distintas técnicas de sujeción manual que puedan aplicar los profesionales (15), (14).

Existen distintas revisiones y estudios cualitativos que indagan en las experiencias de los usuarios en relación con las prácticas descritas previamente (16)(17)(18), así como múltiples estudios cuantitativos acerca de la frecuencia, características demográficas y otros datos epidemiológicos (2)(19) (20). Sin embargo, existen pocos estudios cualitativos acerca de las actitudes y percepciones de los profesionales en consideración a estas prácticas.

Dado que autores como Steinert (2) o informes como los del CPT (21), sugieren que la frecuencia y forma de uso de medidas como la CM o el AIS depende más de factores no clínicos (como las percepciones y actitudes de los propios profesionales, socioculturales, administrativo-normativos la conciencia de los usuarios sobre sus derechos etc.), que de cuestiones como los diagnósticos de los pacientes, las condiciones de las salas o del equipo o cantidad de profesionales, consideramos fundamental indagar en cuales son las percepciones de los profesionales, pues de ellos depende en gran medida que se encuentren o no alternativas a la coerción.

La importancia es aún mayor si nos remitimos a que no existe evidencia sobre su efectividad terapéutica. Una revisión de la Cochrane Library sobre la sujeción mecánica y el aislamiento aplicado a los casos severos de enfermedad mental, no se encontraron estudios controlados que evaluaran la utilidad de estos métodos, por lo que sugieren, dada la ausencia de datos sobre su efectividad para realizar una recomendación basada en la evidencia, disminuir al mínimo las intervenciones de este tipo por motivos éticos. Sin embargo, sí se recogen en la revisiones cualitativas los graves efectos adversos que produce esta práctica, incluida la muerte (22).

## Contexto

Nuestro estudio forma parte de una propuesta de la AEN, a raíz del Manifiesto de Cartagena, para desarrollar un Cuaderno Técnico que permita comprender de manera global estas prácticas, con el objetivo de poder solucionar las deficiencias que las hacen posibles (23). Asimismo, aparece en el contexto de una reciente resolución del Viceconsejero de Sanidad y director General del Servicio Madrileño de Salud, en la que insta a «ofrecer a los ciudadanos un sistema sanitario que, sin aminorar su calidad científico-técnica, ponga en valor la dimensión humana de la atención sanitaria» (15).

## OBJETIVOS

Esta revisión es la primera parte de una serie de estudios que queremos realizar para contestar a esta pregunta: ¿Qué se conoce sobre las experiencias y actitudes de los profesionales en torno a las prácticas coercitivas directas (contención mecánica y aislamiento)? Con esta revisión buscamos conocer qué se ha publicado en esta materia a nivel global para, posteriormente, diseñar estudios cualitativos para conocer cuál es la realidad en nuestro entorno.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar revisiones sistemáticas en investigación cualitativa no existe todavía un método totalmente consensuado. Las autoras de este revision nos hemos basado en las recomendaciones de un manual español de investigación cualitativa (24) y en la estrategia que sigue Gudde en su revisión de 2015 (17).

### Criterios de inclusión y exclusión

A la hora de seleccionar los estudios, elegimos aquellos que identificaban cuál era la perspectiva, las opiniones o las actitudes de los profesionales de la Salud Mental en relación a las medidas coercitivas, en concreto, la contención mecánica y el aislamiento, como un paso previo al diseño de nuestra propia investigación. Aceptamos tan sólo datos cualitativos originales sin importar el diseño, y sin límite temporal. Se incluyeron también estudios con metodología mixta pero seleccionando en esos casos el componente cualitativo para la revisión. No tuvimos en cuenta el mayor o menor uso de psicofármacos (contención química) que suele ir asociado a las prácticas citadas.

Aunque es otra forma de recoger ideas y juicios en investigación, en nuestra revisión se excluyeron todos los estudios que traducían las opiniones de los profesionales a partir de encuestas o cuestionarios, por no cumplir con la metodología de nuestro estudio. Tampoco admitimos aquellos realizados en unidades que no eran de Salud Mental (geriátricas, de urgencias...).

### Búsqueda y selección de los estudios

En un inicio la búsqueda se desarrolló en la base de datos de MEDLINE/PubMed, y la estrategia que se utilizó fue a través de términos tesoro (o indexados) en MeSH:

- ((«Immobilization»[Mesh]) AND «Attitude of Health Personnel»[Mesh]) AND «Psychiatry» [Mesh]
- ((«Patient Isolation»[Mesh]) AND «Attitude of Health Personnel»[Mesh]) AND «Psychiatry» [Mesh]
- ((«Immobilization»[Mesh]) AND «Qualitative Research» [Mesh])

En total tras esta búsqueda se identificaron 88 artículos. Una de las autores hizo una preselección a partir de los títulos, encontrando que 14 de ellos podían servir para la revisión. De estos, a partir de la lectura de los abstracts, se seleccionaron 6 que sí cumplían los criterios de inclusión.

Dada la escasez de estudios encontrados se realizaron nuevas búsquedas en PubMed, esta vez sin términos MeSH, con las palabras clave y sus sinónimos («mental health professionals») AND («immobilization», «physical restraint», «containment»...) OR («seclusion», «patient isolation») AND («experience», «perspective», «view», «attitude of health personnel», «opinión») AND («qualitative research»), siendo el máximo de artículos encontrados en una búsqueda 107, sin que ninguno cumpliera criterios. Esto se debía en general a que no cumplían la metodología cualitativa (la mayoría eran encuestas o escalas), no hacían referencia a los profesionales (si a otros cuidadores o a los usuarios) o no eran del ámbito propio de la Salud Mental.

Se decidió por tanto revisar una a una las listas de referencias de los artículos seleccionados para encontrar más estudios que cumplieran con los criterios de inclusión y añadiesen información adicional a estos, obteniendo un total de 19 artículos más.

Posteriormente se obtuvieron las copias full text de los artículos y se repartieron entre las autoras de la revisión. Si aparecían dudas sobre si alguno de los artículos cumplía o no criterios se discutía en común.

## Evaluación de la calidad de los estudios

Según Thomas et al. (25) «existe poco consenso acerca de cómo debería evaluarse la calidad de la investigación cualitativa. Sin embargo, a nosotras nos parece una parte fundamental que no debe obviarse dentro de la metodología cualitativa. Por ello, cada estudio fue evaluado a través de la adaptación al español del cuestionario propuesto por la Critical Appraisal Skills Programme (CASPe) para estudios cualitativos (26), y los resultados fueron posteriormente discutidos entre todas las revisoras. (Ver Tabla 1). Se valoró su adecuación en rigor, credibilidad, y relevancia. Llama la atención que de todos los puntos que se evaluaron, la reflexión sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación no se abordó en la mayoría de ellos.

## Recogida de los datos

Siguiendo la metodología adoptada por Gudde (17), los artículos se leyeron una primera vez de manera íntegra para hacerse una idea global de sus características y contenido y decidir si respondían a la pregunta de investigación, utilizando asimismo la escala de CASPe para evaluar la calidad de estos (26). A continuación se realizó una lectura concienzada con dos objetivos: en primer lugar, se seleccionaron los datos demográficos y las características de los estudios para incorporarlos a la Tabla 2. En segundo lugar, se seleccionó el contenido de las experiencias y actitudes de los profesionales (en base a los objetivos de la revisión) en forma de citas textuales o de fragmentos en los que los autores comentaban lo que los participantes habían dicho, introduciéndolo posteriormente en un mismo documento para facilitar su síntesis y análisis.

## Análisis del contenido y síntesis de los datos

Una vez se agrupó toda la información que respondía a la pregunta de investigación en un mismo corpus, se procedió a su lectura y discusión entre las cuatro autoras, asignando a cada cita textual o fragmento de texto distintas etiquetas, en función del contenido al que hiciesen referencia. Posteriormente, se agruparon las etiquetas en unidades de significado mayores, es decir, en códigos



que describiesen o agrupasen el conjunto de los fragmentos o citas que contenían, segmentando el corpus textual. Finalmente se llevó a cabo el análisis temático, desarrollando nuevas categorías a partir de la interpretación de la información previa en los códigos, y agrupándolas de modo que proporcionaran de manera adecuada cuál era la experiencia y opinión de los profesionales en las prácticas coercitivas.

Nuestro objetivo es poder llevar a cabo un nuevo análisis con los mismos datos que se han extraído, pero de un modo más sistematizado, gracias al apoyo en el software Atlas.ti, considerando el análisis realizado hasta ahora a través de la discusión como una fase preliminar o de preanálisis, para poder luego contrastar los resultados con lo que planteamos en un inicio.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Datos demográficos de los estudios seleccionados

Se han analizado un total de 25 estudios cualitativos que abarcan un intervalo temporal de 20 años, desde el año 1996 hasta 2016. En su mayoría, se trata de estudios que incluyen experiencias en torno a las medidas coercitivas dentro del personal de enfermería. Seis de los estudios incluyeron participación de psiquiatras, aunque en proporciones mucho menores con respecto al resto de profesionales. De los estudios, 17 fueron realizados en países europeos. En su mayoría se trata de estudios anglosajones (n=19) (RU, EEUU, Australia...) siendo Reino Unido el país que engloba el mayor número de estudios que cumplían los criterios de inclusión (n=11) (Ver Tabla 3).

Esta información y otra en relación al diseño, los objetivos y otras características de los estudios utilizados puede consultarse en la Tabla 2.

### Análisis temático de las percepciones y actitudes profesionales ante las prácticas coercitivas directas

En la literatura en lo que a este tipo de medidas se refiere. Algunos profesionales (equipos de enfermería) consideran estas intervenciones como necesarias cuando se han agotado todas las demás alternativas (27), (28), (29), (30), estando dispuestos a aceptar estas prácticas como parte de su trabajo. Otros autores, sin embargo, recogen opiniones contrarias, que consideran que son medidas que pueden violar los derechos de los pacientes y que son una forma de castigo y control (31).

«Es parte del trabajo, pero estropea el trabajo» (27)

Algunos de los que apoyan estas intervenciones, las perciben como una forma legítima de control social (32), (29), pues consideran que su papel fundamental es el mantenimiento de la seguridad para los pacientes y el personal.

«Un ambiente seguro es la prioridad» (33)

Hay profesionales que expresan su desacuerdo e incomodidad frente las actuaciones de otros compañeros cuando se utilizan de manera inapropiada, por ejemplo, de manera preventiva, por desobediencia a las normas, como un castigo o incluso como venganza (34), (35), (27) (36)(29).

Respecto a su efectividad y posible utilidad terapéutica, varios estudios(32), (37), (36) encuentran que estas medidas son vistas por el personal como efectivas, y que su propósito es proteger y calmar a los pacientes considerados «fuera de control», y evitar que actúen de manera agresiva. Sin embargo, otros estudios (30), señalan que no hay evidencia que demuestre su eficacia en la reducción de la agresión.

## Factores favorecedores y desencadenantes

La mayoría de los estudios analizan la percepción que tiene el personal sobre los factores que favorecen y desencadenan un episodio de contención mecánica o aislamiento. En diversos estudios se afirma que la seguridad y el control son el motivo principal su utilización (35)(27). En uno de ellos, (38), se señala que los profesionales se sienten cada vez más forzados a ejercer medios de control por las presiones institucionales.

Los entrevistados consideran que un entorno físico desfavorable contribuye a la agresión y al uso de la contención y aislamiento (38)(39). Diversos estudios (40)(41)(33) lo relacionan con el diseño de la unidad, que describen como sobrecargadas de ruido y estimulación, con altos niveles de ocupación y falta de privacidad. Otros, lo atribuyen a un entorno aburrido y con pocas actividades (Cohen-Mansfield et al. 2012, Nijman 2002), (42), (Fleming & Purandare 2010), citados en (33). Tanto pacientes como profesionales consideran que el entorno restrictivo de las unidades (restricción de libertad, uso de coerción, personal autoritario...) y la propia utilización estas prácticas autoritarias y paternalistas pueden exacerbar el comportamiento agresivo de los pacientes (37)(38).

Varios estudios hacen referencias a la falta de personal y a un déficit en su formación como motivos que derivan en la sobreutilización de estas prácticas.

«La escasez de personal y que éste tenga poca experiencia» (33)

«Una unidad abarrotada y con escasez de personal, o con personal que no cuenta con las habilidades necesarias para ofrecer una alternativa» (43)

Existen autores que analizan modelos explicativos de la agresividad de los pacientes (38) y encuentran que el personal suele atribuir la agresión de los pacientes a factores internos o dispositionales, cometiendo lo que se conoce como el «error fundamental de atribución». Varios estudios encuentran que esta interpretación que el personal realiza de la intención y responsabilidad del paciente puede ser más importante que los aspectos objetivos a la hora de desencadenar un evento coercitivo (35)(41). El cambio de actitud es un componente necesario para un cambio en este tipo de intervenciones .

Otras investigaciones (Meehan et al., 2000), (Sullivan et al., 2004) citados en (31) atribuyen la excesiva utilización de medidas coercitivas a una mala relación entre el personal y los pacientes, y a la ausencia de una comunicación efectiva entre los mismos. (33)(29).

«Hay incluso algunos profesionales que no son los mejores a la hora de comunicarse (con los pacientes) y ellos mismos pueden ocasionar una escalada» (33).

En diversos estudios destacan los factores relacionados con el contexto profesional: cantidad de personal, la formación y la experiencia clínica (32)(38)(29)(33). En el estudio de Papadopoulos, encuentra que ciertos factores negativos (conflictos entre profesionales, cambios en el personal, y que los profesionales se sientan desanimados y presionados) provocaban un aumento de las

contenciones; y que por el contrario hay factores positivos (mejoras en el entorno de trabajo, que los profesionales se sientan apoyados y grupos de supervisión) ocasionaba justo lo contrario (42).

## Consecuencias de la utilización de intervenciones coercitivas

Varios estudios indagan específicamente sobre las consecuencias a nivel emocional del personal sanitario en relación a estas prácticas. En múltiples estudios se observa cómo generan sentimientos desagradables de angustia, ansiedad, miedo, frustración, disgusto, decepción, vulnerabilidad, arrepentimiento y culpa (44), (40), (41), (43), (31), (29). Describen sentirse presionados por tener ser responsables de controlar la situación y que nadie resulte herido (27), (44). El conflicto es menor si saben que se han probado antes todas las alternativas: en ese caso no se sienten bien por haberlo hecho, pero sí «justificados» (27).

«Resulta de ayuda mirar atrás y ver que hiciste todo lo que tenías que hacer» (40)

Refieren una dificultad de manejar estos sentimientos y destacan la importancia del apoyo de sus compañeros (40)(27). Aparece la necesidad de no cuestionarse ni ser cuestionados, motivo por el cual tenían miedo de ser cuestionados y por eso no hablaban de lo ocurrido con sus compañeros después (44).

Describen con frecuencia que se manifiesta un conflicto con el rol profesional: la cultura del control entra en conflicto con su rol de cuidado (34)(27) planteando importantes dilemas morales, y despertando sentimientos de frustración, fracaso e incompetencia por parte del personal en la protección al paciente (31)(45).

«Es la frustración de no haber logrado atender su necesidades, a pesar de haberlo intentado» (40).

Las prácticas coercitivas ocasionan además una disonancia cognitiva, debido al conflicto entre beneficencia y maleficencia (29).

«Privar a alguien de su libertad es un trabajo policial, no es enfermería psiquiátrica» (34).

Así mismo aparece un conflicto ético relacionado con el aumento de carga laboral que supone el cuidado del paciente inmovilizado o aislado, que dificulta la atención y cuidado de los otros pacientes ingresados (46), (45).

Aparecen diversas estrategias para reducir esta disonancia cognitiva y emocional. Un ejemplo es el fenómeno de suprimir su respuesta emocional desagradable, como una estrategia de auto-protección que permite al personal sobrellevar estas situaciones (31). Esta continua supresión de las emociones del personal podía dar lugar a un distanciamiento emocional del paciente, deteriorando la relación terapéutica y disminuyendo este elemento cuidador. Se ha sugerido que es precisamente esta despersonalización de los pacientes lo que permite al personal llevar a cabo las tareas físicas de inmovilización y aislamiento.

Otros profesionales (27) (33), refieren que en el proceso de intentar acomodar sus emociones y sus valores personales y profesionales, se fijan en lo que hacen sus compañeros más veteranos, de manera que se van acostumbrando gradualmente, más que aceptar este tipo de intervenciones de manera formal.

Los profesionales refieren que el hecho de conocer previamente al paciente les hace sentirse más cómodos, y que los sentimientos de conflicto tras un evento coercitivo se reducen si consiguen restablecer una buena relación terapéutica con el paciente (37)(29).

Varios estudios (27) (33)(29) reflejan que el personal llega a considerar que las medidas coercitivas «arruinan la relación entre el paciente y el personal» (33) y «causan trauma físico y emocional para los pacientes y para el personal» (33). Con el objetivo de poder comprender la experiencia de los pacientes, dos autoras de un estudio (30) se sometieron a aislamiento durante 24 horas. Describen la experiencia como negativa, con ansiedad y aburrimiento, y lo cuestionaron como opción de tratamiento.

## Posibilidad de alternativas

Al plantear si creen que es posible la eliminación de las prácticas coercitivas, la mayoría de los participantes se posiciona a favor de minimizar su utilización, pero no de eliminarlas, porque consideran que en algunos casos es inevitable (33). En toda la literatura revisada emerge la cuestión global de falta de alternativas accesibles su uso (37)(44)(27).

Respecto a factores del entorno, se considera que disponer de un espacio separado, sin gente y con menos ruido, sería una alternativa eficaz a la contención (33).

Respecto a los factores profesionales, varios autores (47) observan una relación directa entre el nivel de experiencia y conocimiento del personal sanitario, y la capacidad de los mismos de fomentar opciones de manejo antes situaciones difíciles. «El personal poco experimentado pueden reaccionar de una manera menos terapéutica» (29). Por ello sostienen (35) (29) que los enfermeros y enfermeras deberían tener el conocimiento y las habilidades necesarias para manejar los incidentes agresivos o violentos por parte de los pacientes. Algunos de ellos (38)(39) ponen en evidencia la falta de formación, que en ocasiones sólo se adquiere a través de un proceso informal (34).

Demandan así mismo la necesidad de gestión y apoyo al equipo por parte de la organización, mediante sesiones de debriefing, la formación y la supervisión clínica (37)(35)(40)(27)(45)(29). También consideran necesario la mejor utilización de registros de los episodios, con un lenguaje más preciso y con una adecuada evaluación de los mismos. Uno de los estudios (35) encuentra que el debriefing sistemático es una herramienta que puede por sí misma lograr una disminución dramática en las tasas de contenciones y aislamiento. Sin embargo, otros estudios (43) muestran que puede resultar insuficiente.

Por parte de los profesionales, se manifiesta una predisposición a probar otros enfoques que promuevan los métodos alternativos de cuidado y manejo, esencialmente centrados en la mejora de la comunicación y el desarrollo de una relación terapéutica que permita una desescalada en situaciones hostiles, y en la prevención de la violencia física (41)(29). Uno de los estudios proponen que pueda haber un sistema en el que tras un incidente ambas partes se reúnan para poder aprender de la experiencia, así como poder negociar un plan individualizado de respuesta a la conducta de cada paciente (41).

Numerosos estudios hacen referencia a una necesidad de iniciativas a gran escala que proporcionen más personal y recursos (43)(34)(29). A nivel institucional, demandan políticas para reducir el uso de estas medidas, ya que describen una dicotomía entre las recomendaciones estatales de reducir y eliminar estas prácticas, y la práctica clínica real (32), (38), (33) contribuyó a una impor-

tante reducción de estas medidas al aplicar medidas gubernamentales que incluían una mejor ratio paciente-personal y la formación del personal en manejo de la agresividad.

Se pone en evidencia por tanto que para encontrar alternativas a las prácticas coercitivas es necesario tener en cuenta tanto las experiencias de los profesionales como las influencias del contexto que las mantienen. Asimismo se hacen necesarios cambios culturales, educacionales y organizacionales, que permitan la introducción de nuevas prácticas (38). Algunos autores (35) consideran que el debriefing ha de ser utilizado como un mecanismo de feedback, que permita obtener las variables contextuales que eliciten y mantienen el uso de las medidas coercitivas, monitorizar el proceso de cambio y las posibles dificultades que puedan surgir.

Diversos autores se preguntan acerca de la resistencia de los profesionales hacia la eliminación de estas prácticas (43). Algunos investigadores (29) consideran que esta resistencia muestra una falta de comprensión y formación en medidas alternativas, así como una falta de consideración de las cuestiones éticas que rodean a estas prácticas.

Uno de los estudios compara sus resultados con el experimento de Milgram (1974) sobre la obediencia a la autoridad. Así mismo, los interpreta desde el marco teórico de la teoría del cambio de Watzlawick et al (1974): «Cuando una persona no puede identificar alternativas porque hacerlo significaría cuestionar el sistema en su totalidad, del cual es parte, la persona necesita encontrar la mejor solución posible dentro del propio sistema- porque de lo contrario, esto implicaría cuestionarse a sí mismo y sus acciones». (44).

## CONCLUSIONES

La mayoría de estudios analizados recoge las opiniones y percepciones del personal de enfermería observando que, en general, los profesionales sienten malestar ante las prácticas coercitivas. Estas emociones desagradables incluyen aquellas asociadas con la violencia de la situación (miedo, tensión, angustia etc.) y las derivadas del conflicto generado respecto a su rol profesional de cuidadores (culpa, arrepentimiento, frustración etc.). Ante esta disonancia, se observa que, por un lado, parece existir una supresión de las emociones negativas más o menos voluntaria con el fin de disminuir el distress sobre los profesionales y, por otro, una inclinación a justificar la contención mecánica y/o el aislamiento como medidas inevitables ante ciertas situaciones, mostrándose resistentes a su posible eliminación.

A pesar de ello, sí encontramos artículos en los que se sugieren cambios que favorecerían la reducción y el buen uso de estas medidas, como modificaciones en el diseño de las unidades, una mejor ratio profesional-paciente y una mayor formación del personal de enfermería, así como una mejor comunicación con los pacientes, y entre los profesionales, a través de sesiones de debriefing y supervisión clínica.

Por último, se mencionan múltiples factores como potenciales desencadenantes, desde entornos poco terapéuticos y tranquilizadores, hasta problemas en las relaciones entre profesionales y pacientes, aunque parece predominar entre el personal una tendencia a atribuir estas situaciones a factores internos de los pacientes.

Estudios Cualitativos	Criterios CASP de calidad de estudios cualitativos									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LOVELL, 2015	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
MORAN, 2009	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
RUBIO-VALERA, 2016	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	No
BIGWOOD, 2008	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No
MCCANN, 2015	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
CHAMBERS, 2015	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
MARANGOS, 2000	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
Papadopoulos, 2012	si	si	si	si	si	no	no	si	si	si
Bonner, 2002	Si	si	si	si	si	no	no	si	si	si
OLOFSSON, 2001	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	Si
OLOFSSON, 1998	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
PETTI, 2001	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	Si
Fish 2005	no	si	si	si	si	no	si	si	si	si
Duxbury 2005	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si
KONTIO 2010	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No
FEREIDOONI 2013	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No
EL BADRI, 2008	si	si	si	si	si	no	no	si	si	si
WYNADEN 2002	Si	Si	Si	Si	Si	NO	Si	Si	Si	NO
Duxbury 2002	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si
Duxbury 1999	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si
Kuosmanen 2015	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si
Mason 1997	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si
Alty 1997	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si
MUIR-COCHRANE 1995	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si

Leyenda: Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. 1: objetivos claramente definidos; 2: metodología apropiada; 3: método adecuado para alcanzar los objetivos; 4: estrategia de selección apropiada; 5: técnicas de recogida de datos apropiadas; 6: reflexión sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación; 7: consideración de los aspectos éticos; 8: rigurosidad del análisis de datos; 9: exposición clara de los resultados; 10: resultados aplicables a la investigación. Abreviación CASPe: Critical Appraisal Skills Programme Español

Tabla comunicacion libre percepcion profesionales salud mental practicas coercitivas  
(pincha aquí para acceder a la tabla)

## BIBLIOGRAFÍA

- Huertas García-Alejo R. Historia cultural de la psiquiatría. Madrid: Los Libros de La Catarata; 2012.
- Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45(9):889–97.
- Winship G. Further thoughts on the process of restraint. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2006;13(September 1921):55–60.
- Hospital La Paz, San Martín O, Álvarez R, Bonan MV, Cortés E, González O, et al. Inmovilización terapéutica del paciente agitado. Protocolo PT-GEN-PP\_it-01. Madrid; 2015.
- Skills for Care & Skills for Health. A positive and proactive workforce. A guide to workforce development for commissioners and employers seeking to minimize the use of restrictive practices in social care and health [Internet]. Leeds; 2014 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.skillsforcare.org.uk/Documents/Topics/Restrictive-practices/A-positive-and-proactive-workforce.pdf>
- Lagares Roibas A, Prieto Madrazo Á, Siguín Gómez R, Valle J. Recomendaciones Terapéuticas para el Manejo de la Agresividad. Recomendaciones Farmacológicas en Salud Mental. Cons Sanid y Consum Dir Gen Farm y Prod Sanit [Internet]. 2004 [cited 2017 May 15];1(Junio):12. Available from: <http://www.madrid>.

org/bvirtual/BVCM017263.pdf

7. Sampietro HM, Ruiz Íñiguez R, Eiroa-Orosa F, Carralero Montero A, Muñoz Lobo E. ¿Es posible cuidar sin contención mecánica? Alternativas al uso de la contención mecánica en las unidades de hospitalización psiquiátrica | Primera Vocal [Internet]. XXXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM). 2016 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://primeravocal.org/es-posible-cuidar-sin-contencion-mecanica-alternativas-al-uso-de-la-contencion-mecanica-en-las-unidades-de-hospitalizacion-psiquiatrica/>

8. MIND Associations. Mental health crisis care: physical restraint in crisis. A report on physical restraint in hospital settings in England [Internet]. London; 2013 [cited 2017 May 15]. Available from: [https://www.mind.org.uk/media/197120/physical\\_restraint\\_final\\_web\\_version.pdf](https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf)

9. Mad In America para el Mundo Hispanohablante. Mad In America Hispanohablante – Locura, comunidad y derechos humanos [Internet]. [cited 2017 May 15]. Available from: <http://madiname-rica-hispanohablante.org/>

10. Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Internet]. 2006. Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcc-convs.pdf%5Cnhttp://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/6401>

11. Juan E. Méndez. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. [Internet]. 2013 [cited 2017 May 15]. Available from: [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf)

12. Association for the prevention of torture (APT). Outcome Report: Monitoring psychiatric institutions. [Internet]. Génova; 2016 [cited 2017 May 15]. Available from: [http://www.apr.ch/content/files\\_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf](http://www.apr.ch/content/files_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf)

13. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). 16th General Report on the CPT's activities. Means of Restraint in Psychiatric Establishment for Adults [Internet]. Estrasburgo; 2006 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://rm.coe.int/1680696a83>

14. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards) [Internet]. Estrasburgo; 2017 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://rm.coe.int/16807001c3>

15. Molina Muñoz M. Resolución del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud [Internet]. Madrid; 2017 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=file-name%3DRESOLUCIÓN+SUJECIONES+VICE+.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352925809595&ssbinary=true>

16. Brophy LM, Roper CE, Hamilton BE, Tellez JJ, McSherry BM. Consumers and Carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. Int J Ment Health Syst [Internet]. 2016;10:6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4744440&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>



17. Gudde C, Vatne S, Olsø T, Whittington R. Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2015;449. Available from: <https://www.dovepress.com/service-users-experiences-and-views-of-aggressive-situations-in-m-peer-reviewed-article-JMDH>
18. Sequeira H, Halstead S. Restraint and seclusion: service user views. [References]. *J Adult Prot* [Internet]. 2002;4(1):15–24. Available from: <http://www.pavpub.com>
19. Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F. Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Res* [Internet]. 2011;189(1):10–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.024>
20. Stewart D, Bowers L, Simpson A, Ryan C, Tziggili M. Manual restraint of adult psychiatric inpatients: A literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(8):749–57.
21. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Means of restraint in a psychiatric hospital. 2006.
22. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001163.
23. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción. [Internet]. Cartagena; 2016 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.ascane.org/docs/ManifiestodeCartagenaconfir-mas.pdf>
24. Berenguera Ossó A, Fernandez de Sanmamaed Santos MJ, Pons Vigués M. Escuchar, Observar y comprender. *Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud*. 2014;224.
25. Thomas J, Harden A, Thomas, James, Harden, Angela. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2008;8(1):45. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/8/45> <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/8/45/>
26. Cano Arara A, González Gil T, Cabello López JB, CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. In: *CASPe Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*. Alicante; 2010. p. 3–8.
27. Bigwood S, Crowe M. «It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint: Feature Article. *Int J Ment Health Nurs*. 2008;17(3):215–22.
28. Fereidooni Moghadam M, Fallahi Khoshknab M, Pazargadi M. Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. *Int J community based Nurs midwifery* [Internet]. 2014;2(1):20–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25349842> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4201183>
29. Chambers M, Kantaris X, Guise V, V??lim??ki M. Managing and caring for distressed and disturbed service users: The thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(5):289–97.
30. Kuosmanen L, Makkonen P, Lehtila H, Salminen H. Seclusion experienced by mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(5):333–6.



31. Moran A, Cocoman A, Scott PA, Matthews A, Staniuliene V, Valimaki M. Restraint and seclusion: A distressing treatment option? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(7):599–605.
32. Muir-Cochrane E. An investigation into nurses' perceptions of secluding patients on closed psychiatric wards. 1996;555–63.
33. Muir-Cochrane EC, Baird J, Mccann T V. Nurses' experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatient units: A qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(2):109–15.
34. Alty A. Nurses' learning experience and expressed opinions regarding seclusion practice within one NHS trust. *J Adv Nurs*. 1997;25(MacDonald 1988):786–93.
35. Petti TA, Mohr WK, Somers JW, Sims L. Perceptions of Seclusion and Restraint by Patients and Staff in an Intermediate-Term Care Facility. 2001;
36. El-Badri S, Mellsop G. Patient and staff perspectives on the use of seclusion. *Australas Psychiatry* [Internet]. 2008;16(4):248–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18608169>
37. Olofsson B. Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2000;54(4):295–6. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/080394800448246>
38. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005;50(5):469–78. Available from: <https://login.ezproxy.net.ucf.edu/login?auth=shibb&url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2005110112&site=ehost-live>
39. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002;9(3):325–37.
40. Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N. Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002;9(4):465–73.
41. Fish R, Culshaw E. The last resort? Staff and client perspectives on physical intervention. *J Intellect Disabil* [Internet]. 2005;9(2):93–107. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15937049>
42. Papadopoulos C, Bowers L, Quirk A, Khanom H. Events preceding changes in conflict and containment rates on acute psychiatric wards. *Psychiatr Serv*. 2012;63(1):40–7.
43. El-Badri S, Mellsop G. Patient and staff perspectives on the use of seclusion. *Australas Psychiatry* [Internet]. 2008;16(4):248–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18608169>
44. Olofsson B, Gilje F, Jacobsson L, Norberg a. Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *J Adv Nurs*. 1998;28(1):45–53.
45. Kontio R, Välimäki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A, Joffe G. Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nurs Ethics*. 2010;17(1):65–76.

46. Marangos-Frost S, Wells D. Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *J Adv Nurs*. 2000;31(2):362–9.
47. Wynaden D, Chapman R, McGowan S, Holmes C, Ash P, Boschman A. Through the eye of the beholder: To seclude or not to seclude. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2002;11(4):260–8. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2002-08179-008&site=ehost-live%5Cnhttp://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=8870588&S=R&D=pbh&EbscoContent=dGJyMNxb4kSeprY4yNfsOLCmr0ye-p7RSsqa4SK%2BWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPG>
48. Sullivan D, Wallis M, Lloyd C. Effects of patient focused care on seclusion in a psychiatric intensive care unit. *J Ther Rehabil*. 2004;11:503–8.
49. Meehan T, Bergen H, Fjeldsoe K. Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed? *J Adv Nurs*. 2004;47:33–8.
50. Meehan T, Vermeer C, Windsor C. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *J Adv Nurs*. 2000;31:370–7.

**VOLVER AL ÍNDICE**

# LA EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL EN FORMACIÓN EN TORNO A LAS PRÁCTICAS COERCITIVAS DIRECTAS

**Laura Carballeira Carrera**

Residente de Psicología Clínica, Hospital Universitario La Paz, Madrid

**Clara Cocho Santalla**

Residente de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid

**Inés López Álvarez**

Residente de Psicología Clínica, Hospital Universitario La Paz, Madrid

**Luis Nocete Navarro**

Residente de Psiquiatría, Hospital Universitario La Paz

Contacto: [laura.carballeira@gmail.com](mailto:laura.carballeira@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La contención mecánica y el aislamiento como medidas para el control conductual dentro de los contextos sanitarios son procedimientos que están permitidos en nuestro país. Al contrario que el ingreso involuntario «por razón de trastorno psíquico», que se encuentra regulado por la Ley de Enjuiciamiento Civil (1), «no existe precepto legal específico que regule los procedimientos de inmovilización terapéutica de pacientes» (2).

A pesar de la escasez de estudios sobre de la incidencia de estos procedimientos y la dificultad para realizar un análisis tal en nuestro país (no existe un registro sistemático de los casos) (3), los datos disponibles a nivel internacional sugieren que continúan siendo prácticas frecuentes a (4)(5).

Las definiciones de aislamiento y contención mecánica (CM) varían en función de la fuente. En

general podríamos resumir el aislamiento como la reclusión involuntaria de un paciente en una habitación cerrada, restringiendo el contacto con otros compañeros o personal (6) y cuya actividad suele ser controlada. Respecto a la contención mecánica, nos referimos a cualquier procedimiento mediante un dispositivo mecánico que limite la libertad de movimiento de una persona y el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, mediante la fijación de este en una o más de sus partes(7), (6).

Ante la ausencia de evidencia sobre su efectividad terapéutica y las posibilidad de efectos adversos (8), los riesgos de mal uso y abuso de estos procedimientos (9) y la existencia de alternativas (10), asociaciones de usuarios y organismos internacionales demandan un cambio en las actitudes y en la regulación de estas prácticas (11), (6), (12), (13).

Existen diversos estudios que se interesan por la percepción y experiencia de usuarios ante estas situaciones (14), (15). Sin embargo, para poder avanzar hacia un cambio de paradigma donde se reduzca o elimine el uso de estas prácticas y se introduzcan medidas alternativas, varios estudios señalan la importancia de tener en cuenta tanto las experiencias de los profesionales como las influencias del contexto (16), (17). En esta línea, autores como Steinert (4) o informes como los del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (18) sostienen que la frecuencia y forma en que se utilizan pueden depender más de factores no clínicos (percepciones y actitudes de los propios profesionales, factores socioculturales, administrativo-normativos, la conciencia de los pacientes sobre sus derechos) que de factores clínicos (características de los usuarios, condiciones de las unidades de psiquiatría, etc.).

De hecho, otros estudios apuntan a que su utilización parece depender en gran medida de las filosofías de las unidades de hospitalización psiquiátrica (19) de valores y hábitos (20) o de otros factores culturales, educacionales y organizacionales (17). Algunos autores consideran que la resistencia de los profesionales hacia la eliminación de estas prácticas muestra una falta de comprensión y formación en medidas alternativas, así como una falta de consideración de las cuestiones éticas que rodean a las mismas(21).

En relación a lo descrito previamente, pensamos que la oportunidad para avanzar hacia este cambio de paradigma se encuentra en los profesionales en formación de Salud Mental (EIR, PIR, MIR), quienes deberán decidir si quieren trabajar por unos servicios de Salud Mental libres de coerción y respetuosos con los derechos de las personas. Tras realizar una revisión sistemática de estudios cualitativos, no se encontró ninguno que analizase específicamente las opiniones y actitudes de los profesionales en formación frente a las prácticas coercitivas, motivo por el cual consideramos fundamental la presente investigación.

## OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es conocer, desde una perspectiva fenomenológica/hermenéutica, las experiencias, opiniones y actitudes de los profesionales de Salud Mental en formación de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid hacia las prácticas coercitivas directas (contención mecánica y aislamiento). Este estudio se diseña tras la realización de una revisión sistemática de estudios cualitativos sobre la misma temática en la que no se encontraron estudios realizados con esta metodología en nuestro país. Asimismo, antecede a otro estudio de mayores proporciones

que se realizará con profesionales facultativos de Salud Mental. En su conjunto forman parte de una propuesta de la AEN, tras la declaración del Manifiesto de Cartagena, (22) para desarrollar un Cuaderno Técnico que nos permita comprender de manera global estas prácticas y su contexto, indagar sobre la situación actual en nuestro país y analizar y tratar de solventar las deficiencias que las mantienen.

## **METODOLOGÍA**

Como se ha descrito previamente, nuestro objetivo es conocer los significados y discursos que existen tras las experiencias de los profesionales en las contenciones mecánicas y el aislamiento, así como conocer de qué manera estas prácticas les influyen. Por ello, para realizar este estudio se adoptó una metodología cualitativa, de tipo fenomenológico, mediante grupos focales. Este diseño permitirá, a través de la interacción y diálogo entre los distintos profesionales, entender de manera adecuada sus múltiples realidades.

### **Estrategia de selección de la muestra/participantes**

La estrategia de selección ha sido intencionada y razonada, buscando elegir a los participantes no en función de criterios de representatividad estadística sino de representatividad de la variabilidad de los discursos (distintas formaciones y de diferentes áreas de atención), de manera que nos permitiese explicar globalmente el fenómeno a estudio (muestreo teórico, (23)). Los criterios para incluir a los participantes es que fuesen profesionales de Salud Mental en formación en la C. de Madrid que quisieran participar de manera voluntaria. No existió compensación de ningún tipo por haber sido incluidos en el estudio.

La selección de muestra se llevó a cabo de la siguiente manera: primero se definieron distintos perfiles de profesionales en formación basados en nuestra propia experiencia y en la literatura revisada. Posteriormente, se intentaron localizar esos perfiles, contactando telefónicamente con EIR, MIR y PIR de hospitales con distinto perfil dentro de la Comunidad de Madrid. Cuando se consiguió un número suficientemente grande, se procedió a su distribución en 3 grupos de manera heterogénea en vistas a favorecer la discusión y heterogeneidad discursiva. En total los incluidos al inicio fueron siete personas por especialidad en Salud Mental (EIR, MIR y PIR), de once hospitales de la CAM, de entre uno a tres años de formación, siendo ocho varones y trece mujeres. Finalmente, dos personas no pudieron acudir de manera imprevista el día acordado.

### **Recogida de los datos: grupos focales**

Los grupos focales se desarrollaron en base a un guion semiestructurado que fue redactado y acordada por el conjunto de los investigadores y supervisado por un investigador con mayor experiencia en trabajos cualitativos (A. Fernández-Liria), para acompañar, guiar y ayudar a profundizar durante la libre discusión del tema planteado. Cada grupo tuvo una duración de alrededor de las 2 horas y fue moderada por uno de los investigadores, estando otro/s como observadores. En todos se abordaron los mismos temas, dirigidos a entender las experiencias y opiniones de los participantes en relación a las intervenciones ya citadas. Dado que el proyecto no está asociado a ningún

hospital y con la intención de favorecer la comodidad y sensación de libertad de los participantes, las entrevistas se desarrollaron en un entorno tranquilo y no hospitalario.

## Análisis de los datos

Las intervenciones fueron grabadas en vídeo y en audio y posteriormente transcritas de manera literal por los propios investigadores, añadiendo notas acerca de la información no verbal, y se reunieron todos los datos en un mismo corpus textual para facilitar la lectura y discusión. La información fue posteriormente leída por todos los investigadores y releída en varias ocasiones, primero codificando las frases y párrafos y luego discutiendo y asignando categorías en función de los temas que se iban identificando. Con cada lectura se valoraban las categorías y se modificaron cuando se estimó pertinente. Por último se agruparon las categorías temáticas para generar un posible marco explicativo. Lo que se presenta en esta comunicación son resultados preliminares que servirán de guía para realizar un análisis posterior más sistematizado gracias al apoyo en el software Atlas.ti.

## Aspectos éticos

Los autores no consideramos necesaria la aprobación del estudio por parte de un comité ético por dos motivos: no ha existido participación o recogida de información a pacientes, ni tampoco se han utilizado tratamientos.

A pesar de ello si se tuvieron en cuenta los aspectos éticos, por lo que se redactó un consentimiento informado que se entregó en dos ocasiones: primero vía email a todos los interesados para que pudiesen valorar su implicación en el estudio y abordar con tiempo cualquier duda y, más adelante, y en mano, en el momento previo a desarrollar las entrevistas. Con su firma, aceptaban la participación de manera voluntaria y anónima en la investigación tras haber sido informados y haber comprendido los objetivos, procedimientos, condiciones y consecuencias del estudio, pudiendo abandonarlo en el momento que desearan.

## RESULTADOS

En los tres grupos focales se generó un diálogo acerca de la experiencia de los residentes en formación en relación a la aplicación de medidas coercitivas. Del análisis preliminar de las entrevistas surgen seis temas: contexto, formación y regulación de la práctica actual; factores desencadenantes o favorecedores; opinión y percepción sobre las prácticas; opinión y actitudes frente a las alternativas; consecuencias; expectativas o conocimientos previos.

### 1. Contexto, formación y regulación de la práctica actual

Todos los participantes, a excepción de uno, habían presenciado al menos un episodio de contención mecánica (CM) durante la residencia. En relación a la frecuencia con la que habían observado, indicado o realizado dicha práctica, había consenso en la existencia de variabilidad según dispositivos. Refirieron menor frecuencia en dispositivos de la red de salud mental mayoritariamente de atención ambulatoria, como el Centro de Salud Mental, Hospital de Día de adultos, Centro de

Rehabilitación Laboral, etc. Únicamente se hizo mención a la Unidad de Deshabitación Alcohólica, como dispositivo de internamiento voluntario con escasa frecuencia de CM. Los Servicios de Urgencias de los Hospitales generales fueron situados como los lugares de mayor frecuencia de eventos de CM, junto con las Unidades de Hospitalización Breve, y Unidades de Media y Larga Estancia.

Se observó gran disparidad entre los residentes en relación al conocimiento de protocolos de CM. La mayoría de los EIR conocían el contenido de los protocolos de las UHB. Por otro lado, los MIR y PIR conocían la existencia de los mismos y la posibilidad de acceder a ellos a través de la intranet de los hospitales. Una baja proporción lo había leído o había recibido información al respecto. Se objetivó un desconocimiento generalizado sobre la existencia de protocolos en la Urgencia.

«... está colgado en la intranet, otra cosa es que nadie se haya parado a explicártelo...si tú quieres verlo, lo puedes ver». (MIR)

Expresaron que en pocos hospitales se cumplimentaban registros de CM. La enfermería recogía la información en los evolutivos de manera más protocolizada, mientras que los facultativos, de forma más voluntaria, la reflejaban en la historia clínica. Se realizaba con mayor frecuencia en las UHB. En la Urgencia la mayoría desconocía la existencia de registros.

«en los evolutivos siempre tiene que venir reflejado, y tienes que poner las horas a las que has pasado, se hace un evolutivo más exhaustivo». (EIR)

«...hay una hoja en la que se registra cuándo, porqué, cómo... Se rellena en muy pocas ocasiones [...] depende muy mucho de la voluntad del facultativo...» (MIR)

En relación a la formación, la impresión general es que no se ofrece suficiente formación acerca de las indicaciones, realización y alternativas a las CM. Se insiste en el «boca a boca» como principal vía de transmisión, bien por parte de compañeros o a través de la observación directa en la práctica. Únicamente un grupo de EIR había acudido a cursos voluntarios de formación de contención verbal y farmacológica, los residentes del área sur de Madrid recibieron formación docente en un curso de manejo de la agresividad, mientras que otros MIR habían realizado un curso online sobre contención farmacológica.

«he aprendido sobre todo de mis residentes mayores... Y luego al final es enfrentarte tú también a la situación y aprender también de tus errores...es un poco ensayo-error...» (MIR).

Los grupos refirieron que no se realizaban reuniones para reflexionar sobre los episodios de CM, salvo en aquellas situaciones especialmente difíciles o traumáticas para el equipo, de carácter informal. Los residentes de psiquiatría refirieron no hablar de los episodios habitualmente, justificando que en su mayoría suceden en la Urgencia bajo alta presión asistencial y con escasez de tiempo.

## 2. Factores desencadenantes

El riesgo de fuga se menciona como el desencadenante de CM más frecuente en todos los grupos, junto con el temor a las repercusiones legales, especialmente en la Urgencia.

«...hay un tipo de CM que es por miedo a las repercusiones legales que pueda tener que el paciente se fugue, se suicide, o cualquier cosa de esas...». (MIR)

En todos los grupos se habló acerca del condicionamiento por experiencias previas con algún paciente concreto o determinados comportamientos a la hora de pautar de una forma más automatizada una CM. Otro de los motivos que aportaron fue la sensación de miedo y de peligro, así como de amenaza a la integridad física propia o ajena.

«por ejemplo por conocer al paciente, que se escapó la vez anterior... pero sin que haya intento de fuga, vaya». (MIR)

Los MIR expresaron haberse sentido presionados a realizar CM por parte de otros facultativos del servicio, a cargo de la guardia, equipo de UHB, equipo de Urgencias, etc. Se tenía la impresión que generaba mayores repercusiones el no realizar la contención, especialmente en el ámbito de la Urgencia, por lo que la mayoría de las ocasiones referían adecuar la indicación a la orden externa que instaba a realizarla. La percepción general era de que los facultativos se guiaban por criterios defensivos a nivel legal.

«... es un sistema, sobre todo en las guardias, [...] es muy jerárquico y se va a hacer lo que quiera el adjunto. [...] aunque el adjunto suele ser el que no ha visto al paciente...». (MIR)

«sí me he sentido presionado muchas veces para contenciones, tanto por parte de gente de la propia Urgencia, por parte de enfermería... y por parte de mi propio servicio. [...] si no eres tú el que se expone a una falta disciplinaria... broncas... cualquier cosa...» (MIR).

«[...] nadie te va a echar la bronca por inmovilizar, en la Urgencia; ahora, sí te puedes llevar un broncón importante por no hacerlo...» (MIR).

Los participantes sugirieron que se llevaban a cabo medidas coercitivas con mayor frecuencia en pacientes que presentaban conductas disruptivas para la UHB, como forma de «mantener el orden».

«...en pacientes con trastorno de la personalidad, psicópatas y demás, que de vez en cuando acaban en las plantas de psiquiatría, hay que marcar la autoridad de alguna forma...». (MIR)

Una razón recurrente en todos los grupos que derivaba en CM, fue la gran carga asistencial en la Urgencia, la escasez de personal o la inadecuación de medios materiales de los que se dispone.

«se debe a la presión asistencial, a la falta de recursos, a la falta de un espacio físico donde puedan desarrollar la labor... para poder contener verbalmente al paciente primero, [...]». (EIR)

Otros de los motivos que se escucharon en las entrevistas fueron la barrera idiomática con desconocimiento de las conductas que presentaba el paciente, la negativa al tratamiento oral prescrito especialmente en UHB, el deseo de fumar del paciente en la Urgencia, o las alteraciones conductuales del paciente en estado de intoxicación en la Urgencia.

### 3. Opinión y percepción de las prácticas de CM y AT

Existía una percepción en todos los grupos de que las CM eran sobreutilizadas en el contexto de la Urgencia, a diferencia de las UHB. Los participantes planteaban que estas medidas resultaban altamente efectivas en la eliminación del riesgo de fuga o de auto/heteroagresividad.

«Efectivas, yo creo que sí. Para evitar riesgo de fuga, pues le contiene. Ante un comportamiento violento, pues evitas esa violencia». (MIR)

«...el problema que tienen es que son tremendamente efectivas, cumplen su función que es inmovilizar, que la persona no lleve a cabo lo que sea que quisiera hacer...» (MIR)

Todos los participantes de los grupos verbalizaron el conflicto personal que suponía en ellos aplicar este tipo de medidas. En esta línea, expresaron sus desacuerdos y dudas acerca del funcionamiento del Sistema de Salud Mental vigente y la función de la psiquiatría.



«¿Qué potestad tenemos?... ¿Y dónde está la línea en la que yo me tengo que imponer y le tengo que realizar ingresos involuntarios o sujeciones? [...](PIR)

«...Nosotros estamos entrenados para el cuidado. Y de repente nos damos cuenta que estamos cumpliendo un rol social, por ponernos un poquito foucaultianos teóricos [...] hay una parte que no es responsabilidad mía, ... yo estoy ejecutando la mano invisible del Estado, o la mano ejecutora de lo social, lo social me ha dispuesto igual que ha dispuesto al policía». (MIR)

«...Yo creo que hemos heredado unos modelos de actuación paternalista intervencionista en Salud Mental y no siempre tenemos que presuponer que es por el bien del paciente...» (PIR)

#### 4. Opinión y actitudes frente a las alternativas.

Se plantearon un gran número de las alternativas a la CM en los grupos. Entre ellas propuestas figuraban: realizar ingresos domiciliarios, registros con las medidas útiles específicas para cada paciente, sesiones reflexivas (debriefing) posteriores a los episodios de CM, mejorar la formación, aumento del personal cualificado, diseño de espacios adecuados, plantearse la «no contención» como una posibilidad a elegir- dando mayor peso a la autonomía del paciente.

Fue unánime la consideración de que la formación de los residentes era insuficiente en materia de manejo de CM y alternativas. Se propuso mejorar la formación como medida para disminuir su uso, tanto en técnicas de desescalada verbal como en información legal que permitiera disminuir la medicina defensiva. Del mismo modo se habló de la necesidad de contratar a personal cualificado y especializado- especialmente en enfermería-, así como mayor número de personal general.

«En la formación en contención yo exigiría también la desescalada verbal y se haga mucho hincapié en las claves de la escalada [...]».(PIR).

En relación a la Urgencia, fue propuesta la posibilidad de un acompañamiento por una persona cercana durante la estancia en la urgencia, considerando que evitaría en muchas ocasiones la escalada del paciente. Asimismo propusieron la creación de salas de observación psiquiátrica en la urgencia.

«A lo mejor se evitarían muchas [...] con familiares que puedan estar habilitados para hacer contención emocional o presencia física, muchísimas contenciones serían prescindibles con más medios, más espacio, más personal». (PIR)

Se sugirió que el registro adecuado de los datos relativos a las CM en los hospitales, exigido desde la organización, podría disminuir el número de CM. También se sugirió la posibilidad de crear recursos desde un modelo más comunitario. Se habló en todos los grupos de la necesidad de diseñar espacios más confortables y tranquilizadores que los actuales, en unidades de psiquiatría.

« [...] registrar de manera adecuada quién da las órdenes de CM, registrar de forma adecuada cuáles son los motivos por los que se contiene, medir por ejemplo, el número de CM por profesional, compararlo, ver por qué un profesional contiene más que otro...» (MIR)

En cuanto a la eliminación de estas prácticas, la mayoría de los participantes cree posible el reducir la frecuencia de uso de la CM, sin embargo, no creen posible su completa eliminación. Destacan la organización del actual Sistema de Salud como uno de los principales frenos a esta posibilidad y la ausencia de alternativas.

«Se pueden reducir, pero eliminar 100% no [...]» (EIR)

«Tal cual como está el sistema ahora mismo se puede aspirar a hacer un uso mucho más racional, a reducirlas, protocolizarlo...hay una limitación que te impone el sistema: por medios, por formación, por cultura de la psiquiatría... lo veo muy dependiente del contexto». (PIR)

## 5. Consecuencias de las contenciones mecánicas y el aislamiento

Las sensaciones que surgen en los residentes tras haber realizado una CM son descritas como negativas, reflejando el conflicto que les genera pautar o participar de estas intervenciones. Se describieron sentimientos de culpa, resignación e impotencia, rabia, conflicto con su rol de cuidador y conflicto ante la discrepancia en la pauta de CM por otro adjunto.

«Yo a veces me martirizo un poco, «dios mío, seguro que podía haber hecho algo para evitar esta contención». (MIR)

«Casi siempre que contengo es con sentimiento de impotencia total, es como ya lo he intentado todo...» (MIR)

«No es nada agradable...para nada, son momentos en los que después te planteas si verdaderamente quieres seguir haciendo esto...» (EIR)

Describieron igualmente haber percibido una disminución del impacto emocional con el paso del tiempo.

«...Yo creo que ya forma parte de los profesionales, vas haciendo callo y ya no te das cuenta de lo que haces». (MIR)

«Yo creo que de tantas que he hecho, y tantas que he pasado algunas como que no han pasado por mi cabeza, no las tengo procesadas». (MIR)

Dentro de las estrategias que refieren utilizar para afrontar la repercusión emocional tras realizar la CM, mencionan el apoyo entre compañeros, el explicarle al paciente la situación que desembocó en la CM, mantenerse junto al paciente durante la CM, cambiar de actividad tras la CM para evitar pensar en ella y el distanciamiento emocional.

«...Yo esa es la estrategia que he tomado siempre al menos en la urgencia. Explicarle, luego después de haberle quitado la IT, explicarle lo que has hecho y con qué criterios». (MIR)

«Racionalizamos, normalizamos. Te haces pequeño para justificar que no puedes cambiar semejante sistema [...] normalizas lo no normalizable». (PIR)

La percepción sobre el impacto que puede causar la CM en los pacientes es negativa. Su impresión es de que éstos experimentan miedo durante las CM o al presenciarlas en otros enfermos. En todos los grupos se trató el tema de la vulneración de la dignidad de la persona.

«Yo creo que produce un daño a la dignidad de la persona [...]». (PIR)

«Miedo [...] miedo a que te pueda pasar a ti si ves una contención a otro paciente». (MIR)

«Yo creo que algunos sí admiten la parte terapéutica que puede tener, aunque lo vean como algo coercitivo, algo de castigo [...]» (EIR).

## CONCLUSIONES

En conclusión, a partir del primer análisis realizado, podemos observar que prácticamente todos los participantes conocían estas prácticas en primera persona, señalando los contextos hospitalarios como los lugares en los que había una incidencia claramente mayor. Todos afirmaban conocer la existencia de protocolos que regulan la contención mecánica en sus hospitales, sin embargo, tan sólo las enfermeras en formación afirmaban haberlo leído, y existía un descontento general hacia la falta de formación en relación a estas medidas.

Se señalaron varios factores o causas potencialmente desencadenantes, existiendo cierto consenso en que la más frecuente era el «riesgo de fuga» del hospital, a pesar de que se reconocían las limitaciones de este concepto. Las contenciones mecánicas se definieron por la mayoría como efectivas, aunque no terapéuticas, y se compartía la percepción de que se sobreutilizaban.

Todos los participantes describieron haber presentado distress emocional y, en ocasiones, conflictos con su rol de cuidadores en relación a los episodios de contención mecánica. También reflejaron una tendencia general al distanciamiento emocional y a la búsqueda de apoyo en los compañeros como estrategias de afrontamiento.

Por último, ofrecieron distintas alternativas que incluían mejoras en relación a su propia formación, las condiciones físicas de los espacios de trabajo y hospitalización, la implantación del debriefing y la adopción de un modelo de atención menos centrado en el hospital.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jefatura del Estado. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil [Internet]. Boletín Oficial del Estado; 2000. p. BOE-A-2000-323. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-323-consolidado.pdf>
2. Hospital La Paz, San Martín O, Álvarez R, Bonan MV, Cortés E, González O, et al. Inmovilización terapéutica del paciente agitado. Protocolo PT-GEN-PP\_it-01. Madrid; 2015.
3. Raboch J, Kalisová L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten European countries. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2010;61(10):1012–7. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.2010.61.10.1012%5Cn> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20889640>
4. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(9):889–97.
5. KALLERT TWTTW, GLÖCKNER M, Onchev G, RABOCH JJ, Karastergiou A, Solomon Z, et al. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc* [Internet]. 2005;4(3):168–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414770/%5Cn> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16633543>
6. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards) [Internet]. Estrasburgo; 2017 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://rm.coe.int/16807001c3>

7. Molina Muñoz M. Resolución del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud [Internet]. Madrid; 2017 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DRESOLUCIÓN+SUJECIONES+VICE+.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352925809595&ssbinary=true>
8. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD001163.
9. Juan E. Méndez. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. [Internet]. 2013 [cited 2017 May 15]. Available from: [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf)
10. Aminof K, Wilma B, Crepaz-Keay D, Daumerie N, Finkelstein C, Gauci D, et al. Empoderamiento del usuario de salud mental – declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. 2010;1–17.
11. Association for the prevention of torture (APT). Outcome Report: Monitoring psychiatric institutions. [Internet]. Génova; 2016 [cited 2017 May 15]. Available from: [http://www.apt.ch/content/files\\_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf](http://www.apt.ch/content/files_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf)
12. Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Internet]. 2006 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
13. MIND. Mental health crisis care: physical restraint in crisis. 2013;(June):32. Available from: [https://www.mind.org.uk/media/197120/physical\\_restraint\\_final\\_web\\_version.pdf](https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf)
14. Brophy LM, Roper CE, Hamilton BE, Tellez JJ, McSherry BM. Consumers and Carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2016;10:6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4744440&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
15. Gudde C, Vatne S, Olsø T, Whittington R. Service users&rsquo; experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2015;449. Available from: <https://www.dovepress.com/service-usersrsquo-experiences-and-views-of-aggressive-situations-in-m-peer-reviewed-article-JMDH>
16. Petti TA, Mohr WK, Somers JW, Sims L. Perceptions of Seclusion and Restraint by Patients and Staff in an Intermediate-Term Care Facility. 2001;
17. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005;50(5):469–78. Available from: <https://login.ezproxy.net.ucf.edu/login?auth=shibb&url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2005110112&site=ehost-live>
18. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). 16th General Report on the CPT's activities. Means of Restraint in Psychiatric

Establishment for Adults [Internet]. Estrasburgo; 2006 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://rm.coe.int/1680696a83>

19. Marangos-Frost S, Wells D. Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *J Adv Nurs*. 2000;31(2):362–9.

20. El-Badri S, Mellsop G. Patient and staff perspectives on the use of seclusion. *Australas Psychiatry* [Internet]. 2008;16(4):248–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18608169>

21. Muir-Cochrane EC, Baird J, Mccann T V. Nurses' experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatient units: A qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(2):109–15.

22. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción. [Internet]. Cartagena; 2016 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.ascane.org/docs/ManifiestodeCartagenaconfir-mas.pdf>

23. Berenguera Ossó A, Fernandez de Sanmamaed Santos MJ, Pons Vigués M. Escuchar, Observar y comprender. *Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud*. 2014;224.

**VOLVER AL ÍNDICE**

# CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE INGRESOS INVOLUNTARIOS EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

**María Casanueva Fernández**

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo

**Miguel Hernández**

Hospital Clínico Universitario de Valencia, INCLIVA. CIBERSAM

**Carlos Cañete**

Hospital Clínico Universitario de Valencia, INCLIVA. CIBERSAM

**Pau Soldevilla Matías**

Hospital Clínico Universitario de Valencia, INCLIVA

**Julio Sanjuan**

Hospital Clínico Universitario de Valencia, INCLIVA. CIBERSAM

**Contacto: [mariacasanuevafer@gmail.com](mailto:mariacasanuevafer@gmail.com).**

## INTRODUCCIÓN

El internamiento involuntario en psiquiatría es una práctica habitual a nivel mundial. La prevalencia de este tipo de hospitalización difiere entre países y depende de la legislación existente en los mismos. Las consideraciones éticas han de tenerse en cuenta ya que se trata de una medida de restricción de un derecho fundamental como es la libertad.

En nuestro país el ingreso involuntario está regulado por el Código Civil, el Código Penal y la Ley General de Sanidad. El artículo 17.1 de la Constitución Española afirma que «toda persona tiene

derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos por la ley» (1).

En el ordenamiento jurídico a través del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil «el internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no estén en condiciones de decidirlo por sí misma, aunque esté sometida a patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del Tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento salvo por razones de urgencia» (2).

El Juez deberá evaluar al paciente y en un plazo de 72 horas podrá ratificar la medida del ingreso involuntario si lo considera necesario.

El internamiento involuntario responde a una serie de los criterios médicos de inclusión consensuados (3) y coincidentes en la mayoría de los países. Algunos de los criterios de inclusión son los siguientes: la presencia de enfermedad mental, incompetencia para tomar decisiones, riesgo para sí mismo o para los demás e imposibilidad de tratamiento ambulatorio.

Los estudios estiman que entre un 11% y 81% de pacientes con un primer episodio psicótico requieren hospitalización (4, 5). Se trata de una prevalencia considerable teniendo en cuenta la opción del manejo ambulatorio sin la necesidad de internamiento en psiquiatría.

En algunos estudios se refleja que no se ha encontrado asociación entre la presencia de ingreso y las características sociodemográficas o la severidad de los síntomas psicóticos positivos. Los delirios de contenido paranoide o megalóide fueron los más frecuentemente encontrados en los pacientes hospitalizados (6).

La mayor parte de los primeros ingresos en primeros episodios psicóticos ocurren poco después del inicio de la pauta de tratamiento y la rehospitalización es relativamente frecuente.

En un estudio se cifra que hasta el 83% de los primeros ingresos en psiquiatría en un primer episodio psicótico ocurren durante los tres primeros meses tras el inicio del tratamiento, y que el 50% de los pacientes hospitalizados fueron reingresados durante los 18 meses posteriores en el seguimiento (7).

Globalmente más del 50% de estos internamientos son de carácter involuntario (8).

Como ya se ha reflejado, la tasa de ingresos involuntarios es variable entre países, obteniéndose un rango comprendido entre seis por cada cien mil habitantes por año en Portugal a 218 por cada cien mil habitantes por año en Finlandia entre los años 1998 y 2000 (9, 10).

Existe una tendencia, sin clara homogeneidad, de los datos demográficos y psicopatológicos que están asociados al internamiento involuntario. Tampoco está claro si la condición de un primer ingreso involuntario influye en la adherencia al tratamiento y seguimiento posterior.

## OBJETIVOS

El objetivo del estudio es comparar las características clínicas, psicopatológicas y demográficas de los pacientes con un Primer Episodio Psicótico que ingresan por primera vez de forma involuntaria con los que lo hicieron de forma voluntaria.

## METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal a partir de los datos del protocolo de la Unidad de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital Clínico de Valencia y de la historia clínica electrónica de pacientes atendidos entre noviembre 2009 y febrero 2017. Los criterios de inclusión son los siguientes: edad comprendida entre 18 y 65 años, sin antecedente de patología psicótica previa y que cumplen las categorías diagnósticas que se ajustan al sistema de clasificación DSM-V de Esquizofrenia ( 295.90 ), Trastorno Esquizofreniforme (295.40), Episodio Psicótico Breve (298.8), Trastorno Esquizoafectivo (295.70), Trastorno Delirante (297.1), Trastorno Bipolar (296.89), Trastorno Psicótico no especificado (298.9); el trastorno no se puede atribuir a los efectos de una afección médica. Los síntomas fueron medidos con la escala PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 22 para Windows.

## DESARROLLO

De una muestra total de 204 pacientes con el diagnóstico de primer episodio psicótico y que se encuentran en seguimiento en la Unidad de Primeros Episodios Psicóticos, el 46% presentaron un único ingreso en la Unidad de Psiquiatría, el 21 % de la muestra más de un ingreso, datándose el número máximo de ingresos en 13, y el 33% no llegaron a ingresar nunca.

El 47 % del primer ingreso en Psiquiatría fueron de carácter involuntario, en el que se observa un predominio del género masculino en un 56%. No se encontraron diferencias significativas en la puntuación total de la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) entre los pacientes con un primer ingreso voluntario e involuntario, obteniéndose una puntuación media total en la escala PANSS de 62.2 y 64.3 puntos respectivamente.

El carácter involuntario de los internamientos se ha relacionado con la mayor gravedad de psicopatología (8, 11), un peor funcionamiento al inicio (8, 11) o la falta de insight (5, 12). Las diferencias descritas como mayor intensidad de síntomas, peor adherencia al tratamiento e inicio temprano de la enfermedad en los ingresos involuntarios respecto a los voluntarios, desaparecían con el transcurso del tiempo (13).

Con respecto al Trastorno por Uso de Sustancias, los pacientes con un Primer Episodio Psicótico que consumen sustancias tóxicas (alcohol o drogas ilegales) presentan una mayor tasa de internamientos involuntarios frente a los no-consumidores de tóxicos, con un 72 % y 31 %, respectivamente (14).

Un estudio refleja que los pacientes que Trastorno por Uso de Sustancias tienen un mayor riesgo para la hospitalización en régimen involuntario durante los dos primeros años de seguimiento (14).

En un estudio en el que se compara ingresos voluntario (muestra de 91 pacientes) frente a ingresos involuntario (muestra de 126 pacientes), se encontró que el 58.1% fueron ingresos involuntarios, que la condición de involuntariedad del ingreso implicaba mayor psicopatología y peor funcionamiento premórbido que los ingresos voluntarios. La adherencia en un seguimiento de dos años tras un primer ingreso voluntario versus involuntaria fue similar, encontrándose una significativa mejoría clínica en el grupo de pacientes que presentaron ingreso en régimen involuntario (8).

En una revisión se analiza el resultado comparativo de los ingresos voluntarios e involuntarios. La duración de la estancia hospitalaria, el riesgo de reingreso involuntario fueron al menos iguales o superiores para los pacientes que ingresaron de forma involuntaria con respecto a los que ingresaron de forma voluntaria. Los pacientes con internamiento involuntario no mostraron un aumento



de la mortalidad, pero tenían tasas de suicidio más altas que los pacientes que ingresaron de forma voluntaria. Además, los pacientes que ingresaron de forma involuntaria demostraron niveles más bajos de funcionamiento social, e iguales niveles de psicopatología general y cumplimiento del tratamiento. Los pacientes con ingreso involuntario estaban más insatisfechos con el tratamiento y con más frecuencia consideraban que la hospitalización no estaba justificada. La metodología en estos estudios fue variable, como principales déficits se encuentran la estimación de la muestra, la ausencia de plazos claros de seguimiento y la falta de instrumentos estandarizados utilizados para evaluar los resultados clínicos. Sin embargo es una revisión de artículos en los que no se selecciona el primer ingreso en psiquiatría (15).

En un estudio realizado en Finlandia se encontró que los pacientes que se sintieron coaccionados para el internamiento tenían una menor probabilidad de adecuada de psicofármacos o de seguimiento en un centro de salud mental, que aquellos pacientes que tuvieron un ingreso voluntario (16).

En otro estudio se analizó los predictores clínicos del tipo de ingreso en un primer episodio psicótico de una muestra de 49 varones y 29 mujeres. La falta de insight predice el estado de ingreso involuntario en un primer episodio psicótico, tratándose por tanto de un factor predictor fuerte para el ingreso involuntario. No se encontró asociación entre una mayor duración de psicosis no tratada y la condición de ingreso involuntario. El grupo de pacientes con ingreso involuntario tuvieron una edad superior que aquellos que ingresaron de forma voluntaria, sin embargo no se encontró asociación entre la variable edad y la condición de ingreso involuntario. Otros estudios demostraron una asociación entre el internamiento involuntario y una mayor edad o una edad inferior a veintiún años. El consumo de tóxicos tampoco fue un factor predictor para el ingreso involuntario. Ni los síntomas psicóticos positivos ni negativos fueron útiles predictores para el ingreso involuntario. Se encontró una mayor frecuencia de delirio de daño-perjuicio, de contenido megalóide y suspicacia en los ingresos en régimen involuntario. (17)

La hospitalización puede causar experiencias negativas y tener un fuerte impacto en el primer episodio psicótico. Pese a los programas de intervención temprana, una parte de los pacientes requieren hospitalización en su primer episodio psicótico. En un estudio sobre la incidencia de hospitalización y factores relacionados en el primer episodio psicótico en Hong Kong, estimaron que dicha incidencia fue del 57, 2%. Los pacientes que fueron hospitalizados tenían mayores dosis de clorpromazina equivalente, y una mayor puntuación positiva y negativa escala de síndrome total (18).

Varios estudios han examinado los factores clínicos y sociodemográficos asociados con el riesgo de hospitalización en el primer episodio de psicosis. Estos factores incluyen la presencia y persistencia de síntomas psicóticos positivos, la ausencia de mejoría clínica, la mala adherencia a la medicación, el abuso de sustancias, el diagnóstico de esquizofrenia, la hospitalización temprana, la edad más temprana de ingreso, el sexo masculino, el estatus de minoría racial o étnica, el desempleo, bajo estatus social y no tener hogar (19).

La evidencia informa que los programas de «early intervention for psychosis services» (EIPS) reducen las tasas de ingresos hospitalaria mientras el paciente recibe los servicios de forma ambulatoria, pero algunos pacientes que reciben tratamiento con EIPS eventualmente requieren ser hospitalizados. Menos claros son los factores o procesos que pueden estar relacionados con el aumento de los riesgos de hospitalización para las personas que asisten a EIPS. En su análisis concluyen que los factores demográficos, diagnósticos y otros factores del paciente fueron significativamente asociados con un mayor número de ingresos en el hospital post-EIPS, son los siguientes: etnicidad, edad de inicio del primer episodio psicótico, apoyo extrahospitalario, baja escolaridad,

diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia, aumento del número de días ingresados previo al tratamiento EIPS, aumento del número de días ingresados en el hospital durante el EIPS, tratamiento y aumento del número de hospitalizaciones durante el tratamiento EIPS. Varias medidas de la sintomatología y el funcionamiento también tuvieron una asociación significativa ( $p < 0,05$ ) con un mayor número de ingresos en el hospital post-EIPS. Estas medidas incluyeron el desempleo al alta, el abuso de sustancias al alta, el menor puntuación de participación en el programa, el menor puntaje en la escala «Global Assessment of Functioning» (GAF) al alta y el mayor puntuación en la escala «Health of the Nation Outcome Scales» (HoNOS) al alta (19).

En una revisión en la que se examinaron un total de 157 artículos, se analizaron los factores relacionados con la no adherencia al tratamiento en un Primer Episodio Psicótico. Los factores analizados fueron: sociodemográficos y antecedentes personales (forense, tóxicos, abuso), relacionadas con el entornoambiente (existencia de familia involucrada en el tratamiento, dificultades de ajuste social); relacionados con medicamentos (remisión rápida de síntomas negativos al iniciar el tratamiento, alianza terapéutica); relacionados con la enfermedad (síntomas más positivos, más recaídas). Los factores de tratamiento que mejoran la adherencia incluyen una buena alianza terapéutica y un primer ingreso voluntario cuando se produce la hospitalización. La no adherencia al tratamiento en los Primeros Episodios Psicóticos es multifactorial. Muchos de estos factores son modificables y pueden ser específicamente dirigidos en los programas de intervención temprana (20).

## CONCLUSIONES

En nuestro estudio el ingreso involuntario se da con menor frecuencia a lo reflejado en la literatura. No se encuentra asociación entre el ingreso involuntario y mayor gravedad de psicopatología (5).

Son necesarios futuros estudios metodológicamente sólidos que se centren en las características de los ingresos en primeros episodios psicóticos y su posterior evolución, así como estudios para explorar posibles programas para prevenir la hospitalización en pacientes con primer episodio de psicosis y evaluar estrategias para aumentar la adherencia en el Primer Episodio Psicótico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Española. Madrid. Ed Valbuena;1996.
2. Ley 1/2000 de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 7 de 8 de enero de 2000.
3. ONU.Resolución 46/119 de 17 de diciembre de 1991. Disponible en : <http://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>
4. Wade D, Harrigan S, Harris MG, Edwards J, McGorry PD. Pattern and correlates of inpatient admission during the initial acute phase of first-episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(5):429-36.
5. Kelly et al. Clinical predictor of admission status in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry*, 2004, 19:67-71.
6. Power P, Elkins K, Adlard S, Curry C, McGorry P, Harrigan S. Analysis of the initial treatment phase in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998;172(33):71-6. PubMed PMID: 9764130

7. Edwards J, Harris M, Herman A. The Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, Melbourne, Australia: an overview, November 2001. In Ogura C, ed. Recent advances in early Prevention and Intervention in psychiatric disorders. Tokyo: Seiwa Shoten, 2003; 26-33.
8. Opjordsmoen S, Friis S, Melle I, Haahr U, Johannessen JO, Larsen TK, et al. A 2-year follow-up of involuntary admission's influence upon adherence and outcome in first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2010; 121:371-6.
9. Kjellin L, Ostman O, Ostman M. Compulsory psychiatric care in Sweden: development 1979-2002 and area variation. *Int J Law Psychiatry*. 2008 Jan-Feb;31(1):51-9.
10. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry*. 2004 Feb;184:163-8.
11. Figuerido JL, Gutiérrez M, Mosquera F, Lalaguna B, González Pinto A. Involuntary hospitalization in the first psychotic episodes: associated factors. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000 ;28(5):275-8.
12. Kelly BD, Clarke M, Browne S, McTigue O, Kamali M, Gervin M, Kinsella A, Lane A, Larkin C, O'Callaghan E. Clinical predictors of admission status in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2004;19(2):67-71.
13. Barbeito S., Vega P., Ruiz de Azua S., Martínez Cengotitabengoa M., García B., Gutiérrez M., González Pinto A. Involuntary admission of first-episode psychotic patients and evolution up to 8 years of follow up. *Eur Neurophychopharmacol*, 2012, 22 (2): S351-S352.
14. Opsal A, Clausen T, Kristensen O, Elvik I, Joa I, Larsen TK. Involuntary hospitalization of first-episode psychosis with substance abuse during a 2-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 Sep;124(3):198-204.
15. Kallert TW, Glöckner M, Schützwahl M. Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 Jun;258(4):195-209.
16. Kaltiala-Heino R, Laippala P, Salokangas RK. Impact of coercion on treatment outcome. *Int J Law Psychiatry*. 1997 Summer; 20(3):311-22.
17. Kelly BD, Clarke M, Browne S, McTigue O, Kamali M, Gervin M, Kinsella A, Lane A, Larkin C, O'Callaghan E. Clinical predictors of admission status in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2004 Apr;19(2):67-71.
18. Lee EH, Hui CL, Lin JX, Ching EY, Li SP, Leung WG, Chang WC, Chan SK, Chen EY. Incidence of hospitalization and its associated factors in first-episode psychosis in Hong Kong. *Early Interv Psychiatry*. 2016 Jun;10(3):263-6.
19. Addington DE, Beck C, Wang J, et al.: Predictors of admission in first-episode psychosis: developing a risk adjustment model for service comparisons. *Psychiatric Services* 61:483–488, 2010.
20. Leclerc E, Noto C, Bressan RA, Brietzke E. Determinants of adherence to treatment in first-episode psychosis: a comprehensive review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2015 Apr-Jun;37(2):168-76.

**VOLVER AL ÍNDICE**



**SUJETOS A UN CAMBIO  
DE PARADIGMA EN SALUD MENTAL I  
(EXPERTOS EN PRIMERA PERSONA)**

# NUEVOS AGENTES DE SALUD. CREACIÓN DE LA FIGURA DEL TÉCNICO EN AYUDA MÚTUA (TEAM)

**María Carmen Masferrer.**

Psicóloga Clínica. H. Día Centre Fòrum. Parc de Salut Mar

**Olivia Orejas**

Psiquiatra Unidad de Subagudos. Centre Fòrum. Parc de Salut Mar

**Natàlia Ribas**

Trabajadora Social en Patología Dual y Adicciones. Centre Fòrum. Parc de Salut Mar

**Anna Mané**

Psiquiatra. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar

**Paz Flores**

Psiquiatra. H. Dia Centre Fòrum. Parc de Salut Mar

**Contacto: [87522@parcdesalutmar.cat](mailto:87522@parcdesalutmar.cat)**

## INTRODUCCIÓN

La formación *Peer to Peer*, pretende promover el soporte entre iguales, con la finalidad de que personas que padecen una enfermedad mental y que han conseguido una recuperación significativa, puedan ayudar a otras personas con problemas de salud mental.

Existe copiosa evidencia de como las personas afectadas de enfermedad mental, que son ayudadas por sus «compañeros especialistas» tienden a experimentar recuperaciones más profundas y

de mayor duración. Estos nuevos agentes de salud, asimismo, en la realización de su rol profesional incrementan su autoconfianza y afianzan su propia recuperación. También se viene constatando, en los servicios sanitarios, una reducción de las hospitalizaciones y de otras intervenciones de emergencia. Otro aspecto a destacar es el efecto, tras las intervenciones, de una mayor participación de los usuarios en contextos comunitarios, e incremento de su participación ciudadana.

El modelo de trabajo entre iguales promueve sinergias, vínculos y una economía a medio plazo de recursos.

Existen experiencias extendidas en países como Dinamarca, Finlandia o Canadá, que contemplan este tipo de actuaciones en ámbitos asistenciales y comunitarios. Pioneros son en el territorio anglo-sajón, Reino Unido y Escocia, que trabajan desde hace tiempo bajo este modelo. Concretamente en este último país, Escocia, encontramos un reconocimiento de esta nueva profesión avalado por certificaciones y una titulación acreditada de Agente de Apoyo Mutuo, Scottish Qualifications Authority (SQA) Y Scottish Recovery Network (SRN).

Recientemente en España contamos con la experiencia del grupo formado por Águila Bono y Bibiana Navarro y Martín Tellez que participan en un proyecto europeo financiado por la Comisión Europea- Programa de Aprendizaje Permanente. En 2015, se edita en lengua inglesa un primer manual para la formación de los agentes de ayuda mútua «Peer to Peer» y en 2016 se inician en Andalucía las primeras experiencias formativas.

En el Centre Fòrum del Parc de Salut Mar, un grupo de profesionales venimos realizando, desde el año 2005, prácticas asistenciales y formativas, basadas en el modelo de Recuperación.

Entendemos la recuperación como un proceso, un camino hacia el bienestar. Con independencia de la presencia o ausencia de síntomas, se persigue un restablecimiento de la persona que sufre. Se fomenta el desarrollo de la autonomía personal, el desempeño de roles y la participación social, es fundamental que las personas participen activamente en su proceso se auto-responsabilicen, sean conocedoras de sus fortalezas e inicien con esperanza el cambio. Necesario es que puedan construir un proyecto vital y una vida con relaciones sociales y afectivas satisfactorias, de tal forma que las personas puedan redefinirse, renombrarse. No reducir su existencia a una categoría diagnóstica o dejarse sucumbir por los efectos en ocasiones devastadores de los síntomas. Conlleva una nueva reubicación y una comprensión amplia de la enfermedad, del concepto de la salud y una vuelta e integración a la comunidad (Lieberman y col 2002).

En este apartado introductorio, nos parece oportuno revisar los antecedentes, la historia de esta iniciativa en nuestra institución. La experiencia bajo este paradigma, como ya apuntaba, surgió en 2005 con la participación en el Proyecto europeo: Empowerment of Mental Illness Service Users: Lifelong Learning Integration and Action (EMILIA) , inscrito en el 6to Programa Marco de la Comunidad Europea (periodo 2005-2010).

Uno de los objetivos principales del proyecto EMILIA, dirigido a personas que presentaban lo que se ha venido a llamar enfermedades crónicas graves, era su intergración social y el generar oportunidades laborales dentro de las instituciones sanitarias.

Durante el transcurso del proyecto y al margen de la formación recibida a y por usuarios y familias, se propulsaron otras acciones en el seno de nuestra institución, como por ejemplo en octubre de 2007, que se organizó un curso dirigido al conjunto de profesionales sanitarios, en el que se ponía en alza el valor de la experiencia de nuestros usuarios y que llevaba por título: «Model

D'Atenció Centrat al Pacient. El Malalalt com Expert: Modalitats de relació, jerarquies i tipus de col·laboracions». Este curso se organizó a través del Departamento de Formación Continuada, del entonces llamado Institut Municipal d'Assistència Sanitària (I.M.A.S), actual Parc de Salut Mar

Con posterioridad se realizaron en la Escola Profesional Bonanova, escuela con tradición en la formación de técnicos sanitarios y centro reglado profesional, cursos específicos destinados a legitimar y profesionalizar la experiencia de usuarios . Ejemplos de ello son las tres ediciones realizadas , en Barcelona en 2009 del curso: « El malalt com expert: La funció del monitor dins de les institucions sanitàries. Curso subvencionado por el Servei d'Ocupació de Catalunya (S.O.C) y del Fondo social Europeo . El formato de los cursos fué de 4 horas diarias , un total de 20 horas , que contenian entre otros temas aquellos relacionados con las fortalezas personales, la recuperación, las habilidades comunicativas, el aprender más sobre las redes sanitarias y cómo promover el empowerment.

Los cursos contaban con la característica de estar impartidos por igual número de profesionales y usuarios del ámbito de la Salud Mental.

Paralelamente se difundieron acciones académicas en otros centros Universitarios, docentes, comunitarios y sanitarios de nuestra experiencia, dando lugar a ponencias, comunicaciones en congresos y jornadas.

En 2009 se crea, como una consecuencia natural del proceso de empoderamiento y valga decir gratificante vivido, una asociación encabezada por usuarios, familiares y por los profesionales que participamos en este proyecto: La Asociación Emilia Bcn.

Durante esta última década hemos contado con el soporte experiencial de usuarios y familiares de Emilia Bcn, en los grupos multifamiliares que de carácter semanal y quincenal , se han ido realizando en nuestros Servicios de Hospital de Día y en el últimos meses en la Unidad de Subagudos del Centro Fòrum.

El espíritu inicial de colaborar a construir los cimientos de una transformación, el querer participar en este cambio de paradigma, donde los usuarios sean los verdaderos protagonistas , los «sujetos» y no «objetos» de nuestra atención y entendiendo que la relación ha de perseguir la simetría en la relación de poder, nos ha animado a continuar hasta día de hoy en nuestro empeño.

En el presente año, 2017 alentadas por el grupo de usuarios de la Associació Emilia Bcn, hemos querido realizar una Formación Piloto para asentar las bases de esta figura dentro de nuestra Institución, el Parc de Salut Mar de Barcelona. Un factor sin duda que ha propiciado el reactivar y proseguir en ello, ha sido encontrar un contexto institucional y una voluntad también territorial, de las instituciones políticas y gubernativas, más receptiva y sensible a estas propuestas de intervención.

Mención en este contexto socio-político son las líneas estratégicas del «Plà Director de Salut Mental i Addiccions, de la Generalitat de Catalunya» para el periodo 2017-2019, en especial en su epígrafe, línea estratégica tercera, se aboga por la promoción de los derechos y la mejora de la atención en los entornos asistenciales. Y en la misma dirección de forma convergente, encontramos, el Plà de Salut Mental de Barcelona, programado con sus políticas y estrategias para el periodo de 2016-2022.

## OBJETIVOS

El objetivo principal de la formación que se ha realizado es crear la figura del «peer to peer» en nuestra organización. Poder determinar entre los participantes, cuales son las competencias, funciones y capacidades que ha de tener para poderse integrar en los equipos asistenciales .

Un segundo objetivo es poder iniciar una reflexión entorno a la modificación de los procesos asistenciales que permitan la involucración de los usuarios, y de otros profesionales y la implicación de los diversos Servicios de Salud Mental en el Parc de Salut Mar.

## METODOLOGÍA

Se ha empleado un modelo pedagógico de «lifelong learning» ; cuyos principios básicos son: el trabajo entre iguales, la experiencia compartida, el identificar necesidades y definir fuentes de acceso a la formación con la premisa básica de fomentar una cultura de aprendizaje compartido.

Se han realizado tres sesiones preparatorias , constitución de un grupo mixto de personas, formado por profesionales de l'Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD) del Parc de Salut Mar, Usuarios de la Federació Veus y de l'Associació EMILIA Bcn, el grupo se ha formado por un total de 10 personas.

El grupo mixto plantea una formación piloto de 20h y un temario consensuado que permita reflexionar sobre el papel de la nueva figura , que tras múltiples consideraciones se ha decidido nombrar como Técnico en Ayuda mútua, TeAM.

Se programan cinco sesiones de 4 horas, en frecuencia quincenal, en las que se han tratado los temas acordados en las sesiones preliminares por el grupo mixto que son los siguientes: conocimiento del sistema sanitario; acompañamiento; Grupos de Ayuda Mútua (GAMs); prevención de las contenciones mecánicas; y autocuidado y supervisión del TeAM.

Se realiza una convocatoria abierta tanto a profesionales de l'INAD, como a Asociaciones de Usuarios y familiares. Se acuerda y limita el número máximo de participantes , por aforo y sesión a aproximadamente veinte.

Cada sesión formativa ha tenido la misma estructura; se ha iniciado con una presentación del tema pertinente, tanto por parte de un profesional como de un usuario y seguidamente se ha establecido un diálogo entre los participantes.

Trás un descanso de media hora se retoma la formación, creandose grupos de trabajo (3 grupos por sesión) y se plantean en los grupos focales diversas cuestiones a debate. Posteriormente se realiza una puesta en común entre los grupos y se recogen las propuestas y sendas reflexiones.

Al finalizar cada sesión se acuerda quienes de los participantes harán la próxima presentación y aportaran el material del nuevo tema o incluirán para presentar el tema a nuevos especialistas.

También se ha contado con la figura invitada del Dr. Tim Greacen, Director de la Maison Blanche del Laboratorio de Investigación en París, Miembro de la Red Europea de Formación, Educación e Investigación en Salud Mental en Francia, y presidente del ENTER Mental Health, cuyas aportaciones nos aproximaron perspectivas, del modelo de la formación continuada y de las fases de actuación europeas. Actualmente la tendencia, para la acreditación de las formaciones, establece



líneas formativas que se ordenan en tres fases: una primera dirigida a usuarios de salud mental; una segunda fase destinada a las familias de usuarios y una tercera fase dirigida a los profesionales de este ámbito.

## RESULTADOS

En el curso piloto han participado un total de 45 personas, registrándose una media de 25 personas por sesión. Las sesiones se han realizado de acuerdo al calendario previsto y en el horario pactado.

Se ha establecido el rol dentro de la institución que podría tener el TeAM. Hemos considerado como puede ser una figura que encarne la esperanza en la recuperación para otros usuarios; el valor de aportar desde la experiencia en primera persona los conocimientos adquiridos, disponer y ofrecer información, conocimientos, que pueden ser valiosos a otros usuarios.

Durante la formación se ha podido comparar la actual red de salud mental, sus diferentes servicios y unidades con la red de adicciones y de patología Dual. Se han constatado similitudes y diferencias en los circuitos asistenciales en la región sanitaria de Barcelona, incrementándose la información para los participantes que se disponía.

Han surgido reflexiones sobre el concepto de acompañamiento y el de apoyo mutuo. Así como el valor que éste tiene para la recuperación. Entendiendo como la relación entre iguales, recíproca, ahonda en el fortalecimiento mutuo.

Entre los usuarios del grupo han surgido aportaciones como las siguientes: «ayudando te ayudas.»; «...crear espacios de confianza y seguridad»; «...poner en valor a la otra persona»; «...crear espacios liberadores para expresar cosas que te pasan o sientes»; «No estás solo con tu problema.».

Se han ofrecido textos, citas y material didáctico que han ampliado conceptos:

«Mediante el proceso de compartir, ofrecer apoyo, compañía, empatía y asistencia, los sentimientos de soledad, rechazo, discriminación y frustración disminuyen». (Stroul, 1993).

Y se ha podido diferenciar y constatar puntos comunes entre los Grupos de Ayuda Mutua (GAM's) y los TeAM's. Respecto a las similitudes se señala la horizontalidad de la relación, la innovación en la mejora de la calidad de vida del usuario; el ser parte en ambos casos de la propia experiencia, de la empatía, de la escucha activa, del no emitir juicios de valor, de la confidencialidad, del respeto y del acompañar.

En cuanto a las discrepancias, el TeAM realiza una actuación en principio individual, frente a la actuación siempre grupal y temática de los GAM'S, el TeAM ha, habrá recibido una formación que no siempre es presente en el otro grupo, estará vinculado a la red sanitaria y no sería del llamado tercer sector.

Por otro lado el TeAM sería quien se acercara al usuario en necesidad de ayuda ofreciéndole sus servicios; actuaría en pareja y no formando parte de un grupo; podría tener la posibilidad de acompañar a largo de todo el proceso a un determinado usuario, por los distintos Servicios; su actuación podría ser más versátil, por tanto podría acompañar de la fase aguda a la de estabilización; considerándose siempre como una figura técnica.

Se estima como este nuevo agente puede tener una función de acompañamiento y también formativa: No sólo su acción sería dirigida a usuarios , sinó también hacia otros colectivos sanitarios, educativos y de la ciudadanía en general.

Durante la formación se reflexiona sobre la prevención de las contenciones, del marco legislativo actual y de la situación existente en otros países europeos. Se hace mención a las principales leyes que aparecen en el «Manual de Recursos de la OMS, Sobre Salud Mental , Derechos Humanos y Legislación»(2006). Y se debate sobre : la privación de libertad; la coerción; el abuso de poder; el miedo; el concepto de agitación versus la agresividad; la desconfianza; los ingresos involuntarios ; la necesidad de tener actitudes conciliadores; se ponen de manifiesto los sentimientos y limitacions también de los profesionales; las voluntades anticipades y surge una explicitación por parte de los usuarios de poder preveer que quieren y que medidas se han de tomar ante una agitación, frente a las actuaciones de los distintos cuerpos policiales y fuerzas de orden público.

Se concluye que el TeAM puede influir con su experiència y su vivència negativa a sensibilizar a los equipos y conseguir mejoras en los protocolos de contención y velar por los derechos de los usuarios.

El TeAM se estima que ha de tener un marco de actuación común y se ha de adaptar a los distintos servicios, unidades y contextos de atención, ya sean hospitalarios como comunitarios.

Se determina que han de recibir una formación que los capacite en comunicación y que refuerce sus capacidades personales.

Los TeAM's deben tener presentes en sus actuaciones, valores éticos, respeto, empatía, escucha activa, asertividad, control emocional, saber trabajar en grupo y recibir un entrenamiento ante hipotéticas situaciones difíciles ya sean emocionales o de acompañamiento en la toma de decisions.

Como el resto de profesionales que estan integrados en un equipo , se deberá de garantizar y tendran el compromiso de una formación continuada y una supervisión.

La formación para el desempeño de su profesión debe poder ser evaluada tanto en su cuerpo teòrico, conocimientos, como en la pràctica.

Se enfatiza sobre la necesidad de trabajar en sintonía en el equipo asistencial, y el poder contar con asesoramiento a través de una futura red de TeAM's .

Se perfilan , así mismo unes primeras areas de formación específicas que requeriría para poder ejercer sus funciones.

La impresión recogida de la formación piloto ha sido altamente satisfactòria por todos los participantes .

## CONCLUSIONES

El TeAM es una figura necesaria en la red de Salud Mental . Los valores principales del TeAM son el de la experiencia en primera persona y el empoderamiento; elementos clave para poder ayudar a otros usuarios en los procesos de recuperación.

La buena acogida y resultados de la prueba piloto ha animado a usuarios y profesionales a proseguir y avanzar un temario . La implicación de la Asociación Emilia Bcn ha permitido proyectar para el presente año en curso una formación.

Se han reforzado los vínculos entre los miembros de la Asociación Emilia Bcn y se ha extendido el entusiasmo a otros participantes, de tal forma que el compromiso de iniciar nuevas acciones se ha hecho presente.

En el momento de cierre de este artículo se está revisando el acrónimo de la nueva figura para su registro y se está construyendo un curso y desarrollando contenidos para el mismo. Se están creando sinergias y complicidades con la institución y en la comunidad. Se están fomentando numerosos encuentros de los Asociados y una reactivación en la búsqueda de recursos de financiación en entidades locales.

## BIBLIOGRAFÍA

Alan B. McGuire, Ph.D.; Marina Kukla, Ph.D.; Amethyst Green, B.S.; Daniel Gilbride, B.S.; Kim T. Mueser, Ph.D.; Michelle P. Salyers, Ph.D. *Illness Management and Recovery: A Review of the Literature*, Psychiatric Services 2014; doi: 10.1176/appi.ps.2012.00274.

Anthony W: Recovery from mental illness: the guiding vision of mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 10(4).11-23, 1993.

Drake RE, Goldman HH, Left HS, et al: Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatric Services*, 52:179-182, 2001.

E. Palomer, R. Izquierdo, E. Leahy, C. Masferrer, P. Flores. El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el proyecto EMILIA, *Revista de la AEN*, Año XXX (enero-marzo) nº105, 2010, pp 109-123.

E. Palomer, Izquierdo, P. Flores Per la inclusió social i laboral dels malats mentals. Presentació del projecte EMILIA, *Revista del COPC*, 2007, 203: 19-21.

Helen Gilbert<sup>1\*</sup>, Mike Slade<sup>2</sup>, Victoria Bird<sup>2</sup>, Sheri Oduola<sup>2</sup> and Tom KJ Craig<sup>2</sup> Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study. *BMC Psychiatry* 2013, 13:167, <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/167>

Louise Christie Lesley Smith and Simon Bradstreet, SRN (Escocia).. Teresa Orihuela, Henar Conde y Sara Marcos Fundación INTRAS (España).. Águila Bono y Bibiana Navarro EASP (EspañaMartín Tellez. ). En *Primera Persona* (España).. Michaela Keita-Komferhl y Erwin Kargl. Pro mente Oberösterreich (Austria) Raluca Nica y Loredana Tascu LRPSM (Rumania). © Socios del proyecto PEER2PEER curso de formación profesional ED: SRN, 2015.

Munetz MR, Frese FJ: Getting ready for recovery: reconciling mandatory treatment with the recovery vision. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 25(1):35-42, 2009

Paolo Scotti Recovery as discovery, *Schizophrenia Bulletin*, Sep;35(5):844-6. 2009 May 2005.

Sibitz I, Swoboda H, Schrank B, Priebe S, Amering M. Mental health service user involvement in therapeutic and service delivery decisions: professional service staff appear optimistic. 2008

[http://premsa.gencat.cat/pres\\_fs/vp/docs/2017/03/13/13/08/e161671e-f399-4710-9d5f-785fa04192be.pdf](http://premsa.gencat.cat/pres_fs/vp/docs/2017/03/13/13/08/e161671e-f399-4710-9d5f-785fa04192be.pdf)

<http://eldigital.barcelona.cat/wp-content/uploads/2016/07/Pla-Salut-Mental-1.pdf>

[http://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf)

[http://p2p.intras.es/images/manual/ES/MANUAL\\_ES\\_P2P.pdf](http://p2p.intras.es/images/manual/ES/MANUAL_ES_P2P.pdf)

<https://mailsogo.parcdesalutmar.cat/SOGo/so/87522/Mail/0/folderINBOX/3653/2/RECUPARACION.pdf>

<http://www.old.slj.uw.edu.pl/pet/ENG/linki%20do%20WKWP%20ang/warsaw.html>

<http://mailtodawson.wixsite.com/entermentalhealthnet>

<http://mailtodawson.wixsite.com/emilia-training>

<http://www.emiliaonline.org/web/>

**VOLVER AL ÍNDICE**

# PROYECTO PILOTO DE FORMACIÓN DEL TÉCNICO DE AYUDA MUTUA (TEAM): UNA MIRADA DESDE LA PATOLOGÍA DUAL

Natàlia Ribas Muñoz

Paz Flores Martínez

Isabel Novell Tur

Carme Masferrer Herrera

Olivia Orejas Pérez

Contacto: [nribasmunoz@parcdesalutmar.cat](mailto:nribasmunoz@parcdesalutmar.cat)

## INTRODUCCIÓN

En la red de adicciones el soporte entre iguales y la profesionalización de su figura están presentes tanto en servicios ambulatorios de carácter asociativo como en algunos recursos residenciales.

En las asociaciones de usuarios de drogas los usuarios orientan sus acciones hacia la defensa de sus derechos y el desarrollo de iniciativas de autoayuda, protegiendo la salud de la sociedad y asesorando, en base a su experiencia, a los responsables territoriales en las políticas sanitarias de drogas (Borrás et al., 2000).

La persona rehabilitada forma parte de equipos multidisciplinares y tiene asignadas unas funciones específicas. Un agente de salud es una persona con problemas en el consumo de drogas que se integra en equipos o programas de drogodependencias con el objetivo de hacer de puente entre los profesionales de los servicios sociosanitarios y los colectivos de consumidores. La inserción de agentes de salud en los equipos profesionales pretende aprovechar la experiencia vital de estas personas y que adquieran unos conocimientos y herramientas básicas para trasladar sus acciones en el ámbito comunitario y asistencial (Gencat, 2008: 4-5).

En la red de salud mental del Estado Español se está empezando a plantear la profesionalización de usuario experto. Desde el año 2010, en Canadá los pacientes no solamente son miembros de los equipos asistenciales, sino que también participan en investigación y docencia en ciencias de la salud (Karazaivan et al: 2015). A partir de las propuestas y puestas en práctica de otros países del norte de Europa y de América y valorando las experiencias existentes de la red de adicciones, profesionales del INAD (PSMar, Barcelona), familiares y usuarios de la red de salud mental participan en la prueba piloto de la creación del TeAM.

El TeAM (Tècnic d'Ajuda Mútua) parte de la figura del Peer Suport ya instaurada en algunos países europeos. Se pretende profesionalizar la intervención del paciente experto a partir de una formación que le brinde las competencias profesionales para poder ejercer como TeAM.

Objetivos generales:

- Establecer las bases para elaborar la formación requerida para la figura del TeAM.
- Definir las funciones básicas de la figura del TeAM.

Objetivos específicos:

- Incentivar la implicación del colectivo afectado de patología dual.
- Trabajar para la inclusión de las personas afectadas de patología dual en la red asistencial de salud mental, no hacer del consumo de tóxicos un criterio de exclusión.
- Trabajar hacia la integración de las redes asistenciales de salud mental y adicciones.

## METODOLOGÍA

Se parte de la experiencia en primera persona y de los conocimientos técnicos de los profesionales para aportar información cualitativa que posteriormente es recogida en un documento final. Esta información se presenta siguiendo una estructura previamente definida que cubre los aspectos fundamentales a trabajar en la prueba piloto para la creación del que será el Tècnic d'Ajuda Mútua (TeAM).

Previo a la prueba piloto se hicieron tres reuniones a las que asistieron profesionales del INAD y usuarios de diferentes asociaciones para definir los temas a abordar en el proyecto, el número de sesiones, el horario de estas, la ubicación de la formación y el reparto de tareas entre la organización.

El proyecto piloto se lleva a cabo en 5 sesiones de 4 horas cada una con una pausa de media hora para comer. Se tienen en cuenta las franjas horarias que mejor se adaptan a las necesidades de los usuarios, empezando las sesiones a las 12 del mediodía para respetar los ritmos y las horas de descanso de algunos de ellos.

En la primera parte de las sesiones se trabaja en grupo grande, todos los asistentes disponen sus sillas en círculo para tener igualdad de oportunidades de intervenir si se desea. En esta primera parte se hace una introducción al tema a tratar, y en alguna ocasión un profesional o usuario especialista en el tema del día expone una presentación preparada para profundizar en los conceptos clave. Se toma acta de las aportaciones realizadas y finalmente se plantean las cuestiones a trabajar en la segunda parte de la sesión a partir de la síntesis de lo trabajado en la primera.

En la segunda parte de las sesiones los asistentes se dividen en tres o cuatro grupos focales. Esta división es aleatoria, ya que cada subgrupo está integrado por usuarios, familiares y profesionales. Solamente el último día se forzó que los subgrupos se dividiesen por estas tres categorías, ya que en ese momento se trabajaron las conclusiones finales de toda la formación y por ello se consideró importante extraer conclusiones diferenciadas por el perfil de los participantes.

Los usuarios y familiares provienen del SRC (servei de rehabilitació comunitària) de Martí i Julià (Santa Coloma de Gramanet, Barcelona) y de diferentes asociaciones de salud mental de la geografía española (entre ellas Emilia). Entre los usuarios hay representación de personas con patología dual. El perfil de los usuarios y familiares es heterogéneo por distintos motivos. En cuanto a perfil sociodemográfico, destaca una mayoría discreta masculina frente a la femenina en los usuarios, mientras que (como ya es habitual) los familiares son todas mujeres, ya sean principalmente madres o secundariamente parejas de usuarios. La procedencia también es un factor diferencial importante, ya que en la interacción grupal quedaba muy claro qué personas tenían experiencia en la vida asociativa en el ámbito de la salud mental y cuáles era la primera vez que participaban en un proyecto para la salud mental desde la salud mental.

Los profesionales ejercen en el INAD (Institut de Neuroaddiccions, Parc de Salut Mar, Barcelona), desde diversas disciplinas como la psiquiatría, psicología, trabajo social, educación social, enfermería, terapia ocupacional y estudiantes en formación. De estos, también algunos partían de experiencias desde lo asociativo (especialmente desde Emilia) y otros han sido nuevas incorporaciones a partir del diseño del proyecto.

A pesar de la división de los tres perfiles y de la clara identificación de los integrantes en uno de ellos, a lo largo de la formación se dejó patente que algunos de los integrantes pueden tener representación en dos o incluso los tres roles definidos.

## DESARROLLO

En la primera parte de cada sesión se expone un tema de debate previamente definido en el programa.

Contención: Se propone establecer mecanismos para disminuir la frecuencia de las contenciones. A partir de la realidad de los países del norte de Europa en los que no hay contenciones, se plantean las alternativas a implementar en el sistema sanitario catalán. De la misma manera, se propone que el TeAM sea una figura de acompañamiento al usuario una vez realizada la contención en caso que esta no se haya podido evitar.

En comparación con los recursos de la red de salud mental, los recursos específicos de adicciones no hacen uso de contenciones mecánicas.

El tratamiento residencial en toxicomanías es siempre voluntario, salvo en los supuestos en los que el usuario tiene una medida penal alternativa (MPA) o una Medida de Seguridad (MS). En estos casos tampoco están contempladas las contenciones mecánicas. Así pues, al partir de la libre elección de estancia en el centro, cualquier medida coercitiva resulta innecesaria e inapropiada.

Los centros residenciales de tratamiento en drogodependencias tienen una serie de medidas que regulan su orden interno. Su funcionamiento práctico del día a día se basa en la supervisión educativa, pero también en el reparto de tareas entre los usuarios y en la puesta en común de las incidencias diarias en asambleas.

En caso de incumplimiento de la normativa del centro, los recursos residenciales pueden expulsar al usuario. Las expulsiones suelen implicar el retorno al domicilio, aunque en casos en los que se detecta una posible descompensación psiquiátrica, se suele hacer derivación a centro hospitalario, aunque la incidencia de esta posibilidad es mínima. En los supuestos en los que se considere que el usuario puede seguir beneficiándose de un abordaje terapéutico residencial y este esté de acuerdo con la propuesta, desde el mismo centro se gestiona un ingreso en otro recurso.

Acompañamiento: Se define acompañamiento como proceso de escucha desde la simetría. En los recursos residenciales de adicciones los usuarios recién llegados son constantemente acompañados (tanto literalmente como desde el soporte personal) por usuarios más veteranos en el recurso. De la misma manera, una vez transcurrido el tiempo necesario, el usuario que en su día fue recién llegado pasa a ser el referente de los que acaban de ingresar. Estos acompañamientos forman parte de la convivencia en el recurso. Algunos de los centros residenciales conveniados por la Generalitat de Catalunya y otros de carácter privado acaban incorporando a su plantilla usuarios rehabilitados que pasan a ejercer como monitores de manera remunerada. En esta línea, se considera que el TeAM también podría ejercer esta función de acompañamiento, pero no se plantea que lo haga desde un dispositivo en concreto como es el caso de las adicciones, sino que se sugiere que su intervención sea transversal a todo el proceso de tratamiento de la red de salud mental y adicciones.

Respecto al acompañamiento y a los posibles riesgos que este conlleve, se plantea que el TeAM adquiera herramientas suficientes tanto en su formación como en el desarrollo de sus tareas diarias para evitar la sobreimplicación. Se abre un espacio de debate sobre los límites de la intervención como profesionales, teniendo en cuenta la cercanía de la figura que interviene desde la experiencia en primera persona. Se recuerda que, aunque el TeAM sea una figura de gran proximidad con el usuario, su función está basada tanto en la experiencia en primera persona como en una formación que le acredita como profesional. De esta manera, se huye de la concepción de que el TeAM será el «amigo» del usuario para centrarse en que el TeAM será un profesional que ejerza un acompañamiento y soporte desde la proximidad, la empatía y la profesionalización de sus vivencias.

Conocimiento de la red asistencial de salud mental y adicciones: Se realiza un recorrido conceptual por los recursos de ambas redes en Catalunya y se plantea que el TeAM podría tener una intervención transversal, pudiendo participar en ambos. Esta posibilidad se ve limitada por la realidad de las dependencias de cada red. En Catalunya y en otros territorios del estado Español las redes de salud mental y adicciones están separadas. En Catalunya la red de salud mental depende del departament de Salut, mientras que algunos recursos de adicciones (los residenciales principalmente) dependen de Afers Socials, Treball i Famílies. Esto genera determinadas diferencias hacia los usuarios en cuanto a las vías de acceso a los servicios y en sus criterios de inclusión/exclusión, junto con la dificultad a nivel contractual (diferentes proveedores) para un posible TeAM versátil en ambas redes.

En la comparación de las redes se expone que el principal estrago para poder realizar un tratamiento residencial de la red de drogodependencias es el copago de los recursos, hecho que no se da para acceder a cualquier dispositivo de la red de salud mental. Así pues, el principal filtro que se encuentran los usuarios consumidores (con o sin patología dual) es la necesidad de pagar para poder hacer un tratamiento residencial. El copago generalmente se valora en función de los ingresos económicos del usuario, y suele ir desde aportación 0 en los casos en que la persona no tiene ingresos (y el centro está dispuesto a aceptar este supuesto) hasta una cuota máxima de 800 euros



mensuales en la Comunidad Terapéutica conveniada más cara de la XAD (Xarxa d'atenció a les drogodependències). Normalmente los usuarios que acceden a estos servicios son perceptores de rentas que están por debajo del SMI (PNC o RMI) según informan Ribas et al (2015).

Otra diferencia a destacar con la red de salud mental es la no sectorización de los recursos residenciales en adicciones. Los criterios de derivación a dichos recursos varían en función del perfil y las necesidades del usuario, aunque no hay que obviar que la capacidad económica de este será decisiva a la hora de elegir centro terapéutico.

Para una posible intervención del TeAM desde la duplicidad de redes, hay que tener en cuenta tanto el impedimento en el acceso a los servicios residenciales en drogodependencias por su lejanía de los núcleos urbanos como también la rigidez del funcionamiento de estos servicios, poco amigos de intervenciones de profesionales externos a su organización.

GAM: Desde la red de adicciones existe larga trayectoria en GAM. Por todos es conocida la larga trayectoria de los GAM a partir de asociaciones con una larga historia a sus espaldas y con una capacidad de expansión a nivel mundial, como es el caso de asociaciones como AAAA (alcohólicos anónimos).

A nivel local, hay múltiples asociaciones en el territorio lideradas y gestionadas por usuarios rehabilitados que basan parte de sus objetivos y funcionamiento en los GAM. En la actualidad, hay centros de tratamiento ambulatorio que trabajan de manera conjunta con asociaciones de usuarios rehabilitados.

Se plantean las similitudes y las diferencias entre el TeAM y el GAM. El componente de ayuda mutua es presente en ambos, igual que el acompañamiento y el partir de la propia experiencia, pero la principal diferencia se encuentra en la profesionalización de la figura del TeAM y en la presencia de este en los equipos asistenciales. Mientras que el GAM es un servicio de usuarios para usuarios basado en la ayuda mutua como eje vertebrador, el TeAM es una figura de acompañamiento con un bagaje personal pero con unas funciones estipuladas como profesional.

Autocuidado y autogestión: El TeAM debe tener sus propias capacidades de autocuidado. Igualmente, al formar parte de un equipo asistencial, esta figura profesional será supervisado de la misma manera que deben serlo los otros miembros.

Se plantean experiencias personales de autocuidado en usuarios con patología dual.

Se debate sobre el autocuidado, y sobre si este debe ser especial en el caso del TeAM o si hay que tener claro que se trata de un miembro más del equipo asistencial y por lo tanto su autocuidado debe de ser igual al de cualquier otro miembro del equipo. No se llega a un claro consenso en este aspecto, ya que por un lado se plantea la plena autonomía del TeAM y por lo tanto se dan por supuestas sus competencias en el autocuidado; pero por otro lado se plantea la disyuntiva de valorar que el TeAM puede estar expuesto a situaciones de estrés y sufrimiento personal que puedan afectarle en su propio proceso personal.

## CONCLUSIONES

El TeAM, después de una formación, podría intervenir en cualquier servicio de la red de salud mental y adicciones, formando parte del equipo y aportando su conocimiento diferencial (primera persona).

Desde la red de adicciones se pueden aportar conocimientos y experiencias que sirvan para configurar la figura del TeAM, a la vez que se trabaja para la integración de redes y la normalización de la patología dual.

## REFERENCIAS

Borrás, T., Carbonell, J., de Andrés, M., Kjaer, J., Kempfer, J., Magrí, N., Manera, P., Martínez, M., Montalvo, J., Olivet, F. (2000), **Asociaciones de usuarios de drogas y grupos afines**. Madrid: CRE-FAT.

*E. Palomer, R. Izquierdo, E. Leahy, C. Masferrer, P. Flores. El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el proyecto EMILIA*, Revista de la AEN, nº105, 2010, pp 109-123.

Generalitat de Catalunya (de.) (2008), **La figura de l'agent de salut. Un document orientatiu**. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M.P., Del Grande, C., Ghadiri. D.P., Fernandez, N., Jouet, E., Las Vergnas, O., Lebel, P. **The patient-as-partner Approach in Health Care: A conceptual Framework for a Necessary Transition**, Academic Medicine, vol 90 nº4, 2015, pp. 437-441.

Lledó, N. **Patología Dual: la nosología incierta. Narrativas profesionales sobre un cajón de sastre**, Arxiu d'Etnografia de Catalunya, nº12, año 2012, pp. 83-105.

Ribas Muñoz, N. et al. **Estudio de seguimiento de los pacientes derivados a comunidades terapéuticas y pisos de reinserción desde un ambulatorio de atención a las drogodependencias**. Revista trabajo social y salud num 82, 2015, pp. 237-244.

**VOLVER AL ÍNDICE**

# PROFESIONAL EXPERTO POR EXPERIENCIA EN SALUD MENTAL

**Luis Alberto Casas Toral**

**Laura López Antón**

**Olga Carrasco Ramírez**

**Marta Nieto-Moreno**

**Susana García-Heras**

**Contacto:** [atencionpsicosocial@fsclm.com](mailto:atencionpsicosocial@fsclm.com)

Nuestro viaje a Ítaca...

## INTRODUCCIÓN

Entre los objetivos estratégicos en salud mental en Castilla-La Mancha se contempla impulsar la participación de personas con problemas de salud mental en todos los niveles de atención y potenciar la defensa de los derechos de las personas que por motivo de experimentar sufrimiento psíquico sufren algún tipo de discriminación. Para esto, la orientación de los servicios y programas conforme a los principios del enfoque de la recuperación, es un requisito y un resultado en sí mismo. Una de las estrategias de participación propuestas para su impulso son los programas o intervenciones basadas en el apoyo entre iguales en los servicios de salud mental (1) (2) (3) (4).

En los servicios de rehabilitación psicosocial de la Región, se habían desarrollado experiencias piloto previas en la que se formaron a usuarios/as de estos servicios en el ejercicio de la «ayuda mutua», para el posterior desarrollo de sesiones de apoyo a otros usuarios de los centros (5). Esta experiencia fue evaluada por los profesionales de los dispositivos, por los «usuarios agentes de ayuda mutua» y por los «receptores» de los servicios como una experiencia positiva, que potenció los procesos de recuperación de los participantes, promovió su participación en los servicios (en los diferentes momentos del proceso de atención) así como la orientación y las prácticas profesionales

y programas hacia la recuperación. En base a esta experiencia y tomando como referencia otras desarrolladas tanto a nivel nacional como internacional (6) (7) (8) (9), se plantea la posibilidad de implementar este tipo de intervenciones «basadas en el apoyo entre iguales» a nivel regional, a través de la contratación de personas para que ejerzan de agentes de apoyo mutuo en los servicios y como elemento innovador en los servicios de la región.

El Plan Extraordinario por el Empleo de Castilla-La Mancha 2015-2016, supone para la Fundación Sociosanitaria de Castilla la Mancha, la posibilidad de recibir una subvención para implementar el proyecto de «Participación de personas con problemas de salud mental expertas por la experiencia en los servicios de salud mental» que, en consonancia con las líneas estratégicas de la Fundación, supone una manera novedosa de impulsar la participación de personas con problemas de salud mental, y la orientación de los servicios y programas conforme a los principios del enfoque de la recuperación en el ámbito de la salud mental (10). Este proyecto, está cofinanciado por el Fondo Social Europeo y el Gobierno de Castilla-La Mancha mediante el Programa Operativo Regional FSE 2014-2020.

Además, este proyecto supone una estrategia para crear oportunidades de empleo para personas con problemas de salud mental, a través de la creación de un nuevo puesto de trabajo como parte de los servicios de rehabilitación psicosocial y laboral.

Este proyecto supone una apuesta innovadora e integradora por fomentar un modelo de atención que recurre a la participación y apoyo entre iguales como una herramienta eficaz en el tratamiento de las personas con problemas de salud mental (11). Los resultados esperados del proyecto implican beneficios positivos en los propios profesionales contratados y en los receptores del apoyo mutuo en cuanto a la mejora de su calidad de vida percibida, su participación activa y/o visibilidad social. Así mismo, se esperaba un impacto positivo en cuanto a una mayor «horizontalidad» de la atención y la mejora de la orientación de los profesionales y los recursos hacia el enfoque de la recuperación en salud mental.

## ¿Qué entendemos por enfoque de la recuperación en salud mental?

La Recuperación, que hasta ahora se había entendido exclusivamente como la resolución de los aspectos clínicos del trastorno mental, implica realmente un proceso de cambio personal, al retomar la persona su proyecto de vida y recuperar al máximo sus propias capacidades e identidad como individuo y como ciudadano o ciudadana (12).

La Recuperación se basa en una serie de principios, los más significativos son:

La persona construye su proyecto de vida, independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas.

El enfoque de la recuperación se aleja de la patología, la enfermedad y los síntomas y se acerca a la salud, la fortaleza y el bienestar.

La esperanza es central en la recuperación y la persona lo va experimentando en la medida que va asumiendo un mayor control sobre su vida y percibiendo cómo otras personas también lo consiguen.

El apoyo entre iguales resulta un elemento central para avanzar en la recuperación, reconociendo la importancia de la familia y otras personas allegadas en este proceso.

## ¿Qué es el Apoyo entre Iguales o la Ayuda Mutua en Salud Mental?

El apoyo entre iguales es central para la recuperación de muchas personas, ya que ayuda a compartir experiencias, emociones y pensamientos. Un igual, partiendo de su condición de experto en el sufrimiento psíquico, puede ayudar a otro, a situarse en contextos de desorientación, facilitando el afrontamiento de fases de la recuperación en las que la experiencia previa es relevante. Entre las personas con problemas de salud mental, el apoyo mutuo puede ser útil para afrontar el inicio en la detección de los problemas de salud mental, afrontamiento del diagnóstico, convivencia social con el sufrimiento psíquico, hospitalización, y muy especialmente en el proceso de recuperación social. La información que se comparte a menudo resulta más creíble y significativa para la persona, y puede llegar a ser muy útil, resultando próxima, relevante y comprensible.

### Algunas definiciones de la ayuda mutua

En líneas generales, el apoyo entre iguales o la ayuda mutua, promueven un modelo de bienestar centrado en las fortalezas y en la recuperación, en lugar de estar centrado en el modelo de enfermedad y en los síntomas

Aun no habiendo consenso en las diferentes definiciones de la «ayuda mutua» o del «apoyo entre iguales», todas ellas asumen, como aspecto nuclear, que las personas que han tenido o tienen experiencias similares pueden proporcionar de forma más adecuada una auténtica empatía y validación, tal y como mencionan Mead y Mcneil (13). Entendiendo la ayuda mutua dentro de un continuo teórico, el apoyo entre iguales se diferencia del apoyo tradicional o de la auto-ayuda en un aspecto nuclear: la reciprocidad.

El rol del «profesional experto por experiencia» en este proyecto se clasificaría dentro de los programas provistos por «iguales» en los servicios de salud mental, en los que el «agente proveedor» de la ayuda tiene un rol reconocido dentro de la organización, reúne una serie de requisitos, y ha recibido o está recibiendo tratamiento en salud mental. En este caso, el «igual» tiene remuneración, es un profesional contratado por parte de la organización, y está en un proceso de recuperación avanzado.

## OBJETIVOS

El objetivo general ha sido integrar a personas con problemas de salud mental dentro del equipo de los CRPSL para trabajar como profesionales «expertos por experiencia», compartiendo sus vivencias y poniendo en valía sus fortalezas.

Los objetivos específicos son:

- Potenciar la participación de usuarios de la red de salud mental con un rol de «persona experta» que trabaje desde «su experiencia».
- Propiciar un cambio de cultura de los servicios.
- Sensibilización de los profesionales y otros recursos hacia el sufrimiento psíquico.

- Influenciar a nivel social y político en cómo se entiende la recuperación de las personas con problemas de salud mental.
- Poner en valor el apoyo mutuo entre personas.

## METODOLOGIA

Este proyecto es fruto de semillas que han germinado a través de una lluvia fina y constante, puesto que la Fundación tiene un largo recorrido en la consolidación del marco de recuperación y de derechos humanos.

En concreto en este proyecto se han construido las siguientes fases:

- Preparación de la organización y equipos. Clarificación y descripción del nuevo puesto.
- Preselección, selección y contratación de candidatos/as. Junto con el diseño de una formación basada en lo vivencial.
- Desarrollo de actividades y tareas, junto con supervisiones, apoyos y coordinaciones.
- Cuidado de la salida y finalización del contrato y del proyecto.

## DESARROLLO

En la construcción conjunta de las actividades que se han llevado a cabo en los distintos dispositivos, se ha priorizado por las capacidades, preferencias y particularidades de las personas contratadas y, la propia realidad de cada equipo y recurso. Siendo aspectos claves la flexibilidad y adaptación de todos los miembros integrantes del proyecto, llegando a existir 16 proyectos diferentes bajo un marco compartido.

Las actividades desarrolladas ha sido la realización de actividades basadas en el apoyo entre iguales entre las que destaca, la creación de grupos de apoyo mutuo, el apoyo individual en la resolución de dificultades expresadas o vividas por las personas receptoras del apoyo; la participación en programas de rehabilitación psicosocial implementados desde los dispositivos, colaborando en actividades de acogida y vinculación al recurso, programas de ocio, recuperación, etc.; formación a usuarios/as, familiares y profesionales de diferentes servicios de salud mental, en concreto realizando actividades de asesoramiento a profesionales sobre el funcionamiento y la organización del recurso, encuentros para la formación sobre los derechos humanos, la participación de las personas con sufrimiento psíquico en los recursos, etc.; y por último, acciones de prevención, sensibilización, lucha contra el estigma orientadas a diferentes ámbitos, escolar, sanitario, cuerpos de seguridad, etc.

En el ámbito de las actividades de apoyo mutuo desarrolladas, se destaca, la realización de encuentros de carácter individual, en los que se ha generado un espacio de confianza, respeto, reciprocidad, en el que las personas han podido adquirir o recuperar el sentimiento de ser válidas para acompañar y ayudar a otros, fortalecer capacidades y actuar en primera persona. Se han desarrollado un total de 966 encuentros individuales dirigidos al apoyo mutuo, para un total de

287 personas. El 21% del total de personas atendidas en los recursos de rehabilitación han recibido apoyo mutuo formal, llevándose a cabo tanto en espacios comunitarios como en el propio recurso.

A lo largo del proyecto se han puesto en marcha 13 Grupos de Apoyo Mutuo en los diferentes recursos, con un promedio de 143 personas, participantes en 212 encuentros.

## CONCLUSIONES

Dada la ausencia de evidencia consistente en cuanto a la eficacia de este tipo de proyectos, especialmente teniendo en cuenta la heterogeneidad de contextos en los que se han desarrollado experiencias similares, se plantea como necesario, hacer una reflexión acerca de las lecciones aprendidas, retos e implicaciones que la implementación de este proyecto ha tenido en todos los niveles.

El proyecto en sí ha tenido un impacto positivo en los profesionales expertos por experiencia, en los receptores del apoyo mutuo y en los centros de rehabilitación psicosocial y laboral en los que se ha desarrollado, habiendo sido valorada muy satisfactoriamente por todas las partes implicadas.

La puesta en marcha del proyecto y su desarrollo nos ha permitido reflexionar (tanto a los profesionales expertos por la experiencia, como a los profesionales de los equipos de los centros, como a los receptores, como a las personas que han coordinado el proyecto) sobre diferentes aspectos conceptuales y metodológicos en cuanto a su continuidad y posterior implantación en dispositivos de salud mental. A continuación, se exponen los principales aspectos para la reflexión surgidos en diferentes fases del proyecto.

### Implicaciones y retos percibidos por las personas contratadas como expertos por experiencia.

En primer lugar este proyecto ha supuesto y supone una oportunidad laboral para las 16 personas que contratadas, y que se incorporan a los recursos como «*profesionales expertos por experiencia*» en los dispositivos de salud mental.

Es destacable la cuidadosa selección de profesionales expertos por experiencia destacando en ellos la formación previa, las habilidades personales para transmitir esperanza, motivación por la ayuda, perseverancia y superación personal. Importante también seleccionar a personas con una trayectoria sostenida de estabilidad en relación a sus experiencias inusuales y sufrimiento psíquico.

La formación y el entrenamiento previo en habilidades emocionales, de comunicación y laborales es fundamental para capacitar a las personas con problemas de salud mental y poder desempeñar las funciones como profesional experto por experiencia y poder ayudar así a otras personas que son atendidas en los servicios de salud mental. Uno de los aspectos que se podrían mejorar para futuras experiencias es sistematizar la formación, a través de una «formación profesional», que capacite a las personas con problemas de salud mental y que este hecho, ayude a reconocer profesionalmente la figura de «experto por experiencia».

Es importante transmitir cual es el papel del profesional experto por experiencia y sus funciones con respecto al apoyo mutuo con el fin de clarificar los roles de profesional experto por experiencia y del profesional técnico de salud mental. En este sentido, es igual de importante que el profesio-

nal experto por experiencia aprenda además a comunicarlo a las personas receptoras para evitar la posible confusión entre persona proveedora de apoyo mutuo y amigo, con el receptor. Supone un reto clarificar en la medida en la que se produce una «transición del «rol de paciente enfermo» a asumir un papel mucho más activo en su propio proceso de recuperación. Así mismo es importante mantener un «rol distinto a los profesionales» basado en la experiencia personal y no en el saber y conocimiento científico o formal. En este sentido han surgido conflictos de rol en cuanto a los límites del ejercicio de roles profesionales y las tensiones que pueden surgir en los equipos al respecto. Diferencias del «rol» que han desarrollado: «usuario», «monitor» «agente de apoyo mutuo» El conocimiento previo de los dispositivos: Pros y contras de que la persona haya asistido a los recursos en los que trabaja ha condicionado la confusión respecto al rol.

Supervisar y hacer seguimiento de las atenciones de manera compartida con el equipo de atención sociosanitaria para velar que las intervenciones y actividades que se desarrollan sean complementarias de los objetivos marcados para cada usuario/a. En este aspecto se han referido algunas dificultades respecto a establecer límites en las relaciones que se desarrollan con otros usuarios de los servicios. En la medida en la que se comparte información sobre experiencias personales, se pueden establecer relaciones de amistad o ser percibidos como «amigos» por los receptores de apoyo mutuo.

Existe la posibilidad de que durante el ejercicio del apoyo mutuo los profesionales expertos por experiencia se enfrenten a situaciones donde pueden volver a experimentar o revivir situaciones, experiencias y emociones dolorosas. Es importante formar y establecer unas pautas y cultura del cuidado en los equipos de los CRPSL.

Apoyar en lo necesario al profesional experto por experiencia, abordar directamente situaciones difíciles, minimizar temores y miedos, dotar de confianza y, ajustar sus expectativas en cuanto a su rol y en cuanto a la consecución de objetivos y logros predefinidos.

La incorporación ha sido un proceso progresivo. Para ello, es fundamental tener en cuenta la realidad del centro y de la persona que se incorpora como clave del éxito de dicha incorporación. Así como, la preparación previa de los dispositivos para facilitar la integración de la nueva persona y contener fuentes estresores. Estar predispuestos a ser flexibles y proceder a hacer ajustes laborales cuando sea necesario.

Aunque en ocasiones los profesionales expertos por experiencia necesitan de un apoyo, adaptación de la jornada y una mayor flexibilidad. En general, se desenvuelven de manera autónoma respecto a la organización de las sesiones y actividades según las necesidades.

El papel de la Coordinación del proyecto ha sido clave para la gestión y dar respuesta a la necesidad de delimitar espacios para abordaje explícito y continuado de las dificultades, preocupaciones (desgaste emocional, recaídas, crisis, etc.), ajustar expectativas y anticipar riesgos.

Los profesionales expertos por experiencia destacan sobre el papel desempeñado: la creencia en los valores del apoyo mutuo, el fortalecimiento de los vínculos creados, la motivación y la ilusión y, el sentirse útil y reconocido. Percibir que el desempeño de su figura es importante y tiene consecuencias positivas les ha creado una gran satisfacción y confianza en sí mismos aportando nuevos objetivos vitales en su futuro a medio plazo.



## Implicaciones y retos para los profesionales y los servicios de salud mental

Los requisitos de la orden del Plan Extraordinario de Empleo han condicionado la contratación de personas que aun cumpliendo los requisitos exigidos para el proyecto (estar en un proceso de recuperación avanzado) no cumplieran los requisitos exigidos según la orden en cuanto al tiempo de desempleo o la compatibilidad laboral.

Dejar explícito, especialmente entre los profesionales de los equipos de salud mental, que la finalidad del profesional experto por experiencia es poner en valor y aprovechar el refuerzo que puede suponer contar la experiencia en primera persona de un igual y la posibilidad de identificarse mutuamente. Para tal fin, es imprescindible seguir desarrollando acciones formativas y de sensibilización en algunos profesionales y en los dispositivos, en las que se clarifique qué es la ayuda mutua y los aspectos clave del enfoque de la recuperación.

El profesional experto por experiencia ha supuesto una fuente de conocimiento. Los dispositivos participantes se han ido transformando a lo largo del proyecto en una entidad donde diferentes profesionales del ámbito de la salud mental reciben asesoramiento permanente por parte del profesional experto por la experiencia con un problema de salud mental.

Las relaciones usuario-profesional también se han ido transformando a partir de un construir y pensar juntos. Se han ido cimentando relaciones más horizontales. Exige un cambio en la relación con el usuario, y un reconocimiento de la persona como «experto de su vida».

Las valoraciones que se han realizado sobre los profesionales expertos por experiencia han sido muy positivas por parte de los equipos. Agradeciendo su disponibilidad y esfuerzo, destacando su seriedad e interés, la recomendaciones aportadas y admirando su perseverancia y capacidad de sobreponerse a las adversidades.

El proyecto ha supuesto una vía para poner de manifiesto el valor añadido de la experiencia en primera persona así como, la promoción de los derechos de las personas con un diagnóstico en salud mental a través de la participación, reconocimiento y mayor humanización en las atenciones en los dispositivos de salud mental. Ha supuesto un «impacto real» en las formas de participación en los recursos.

Creación de nuevas actividades en la cartera de servicios de los recursos, como los grupos de apoyo mutuo (GAM)

Aceptación del nuevo rol del usuario informado e instruido que exige sus derechos y opina sobre su tratamiento (adquiriendo un papel activo en su proceso y en los servicios).

Respetar la confidencialidad de la información manejada. Se plantearon dificultades respecto al manejo de la información, que pudiese causar daño a los receptores en caso de no guardar la confidencialidad o de «decir cosas equivocadas» o que estuviesen en contradicción con los planteamientos del resto del equipo.

Influencia en la red de dispositivos de salud mental, sería necesario poder extender este tipo de programas al resto de recursos de salud mental con el fin de ampliar los efectos y beneficios del mismo.

La percepción de un aumento de la carga de trabajo. Las tareas de apoyo y supervisión de los profesionales expertos han generado expectativas añadidas a su trabajo, lo cual en ocasiones ha supuesto un aumento de carga laboral. Sería necesario planificar pautas para ofrecer el soporte necesario.

El papel de la Coordinación del proyecto. Imprescindible para el cuidado de los profesionales/referentes del proyecto.

Necesidad de sistematizar la formación de personas expertas por experiencia a través de una «formación profesional», que se incluya como parte de la cartera de cursos de formación profesional a nivel regional y que capacite a las personas con problemas de salud mental para desempeñar un puesto de trabajo y apoyar a otras personas atendidas en los servicios de salud mental.

Por último, sería necesario consolidar la figura del profesional experto por experiencia dentro de los dispositivos de salud mental. Aumentar la duración del programa y revisar el tipo de jornada laboral para facilitar los procesos de ajuste laboral de las personas.

## Implicaciones y retos para los receptores del proyecto

Las personas receptoras han valorado a la nueva figura en los equipos como muy positiva. Han comentado que les ha ayudado a resolver dudas, aumentar la motivación y la expresión de su sufrimiento así como, a tener un punto de vista más positivo. Se sienten más fortalecidos al aumentar sus relaciones sociales.

Uno de los criterios de asignación de personas receptoras de mayor éxito propuesta por los profesionales es el de personas con problemas de aislamiento social como medida para recuperar el contacto social y fortalecer su red de apoyo.

Las labores de asesoramiento directas e indirectas que influyen en los procesos de recuperación de las personas atendidas.

Implicación de las familias e impacto en ellos. Promover y aumentar la participación activa en los dispositivos.

Planificar y fomentar la creación de grupos de apoyo mutuo en dispositivos sanitarios de la red de salud mental de Castilla la Mancha. Acción coordinada con el Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM).

Incorporar la participación de personas con diagnóstico en salud mental y el desarrollo de actividades de apoyo mutuo en el diseño e implantación de políticas de salud mental de la región.

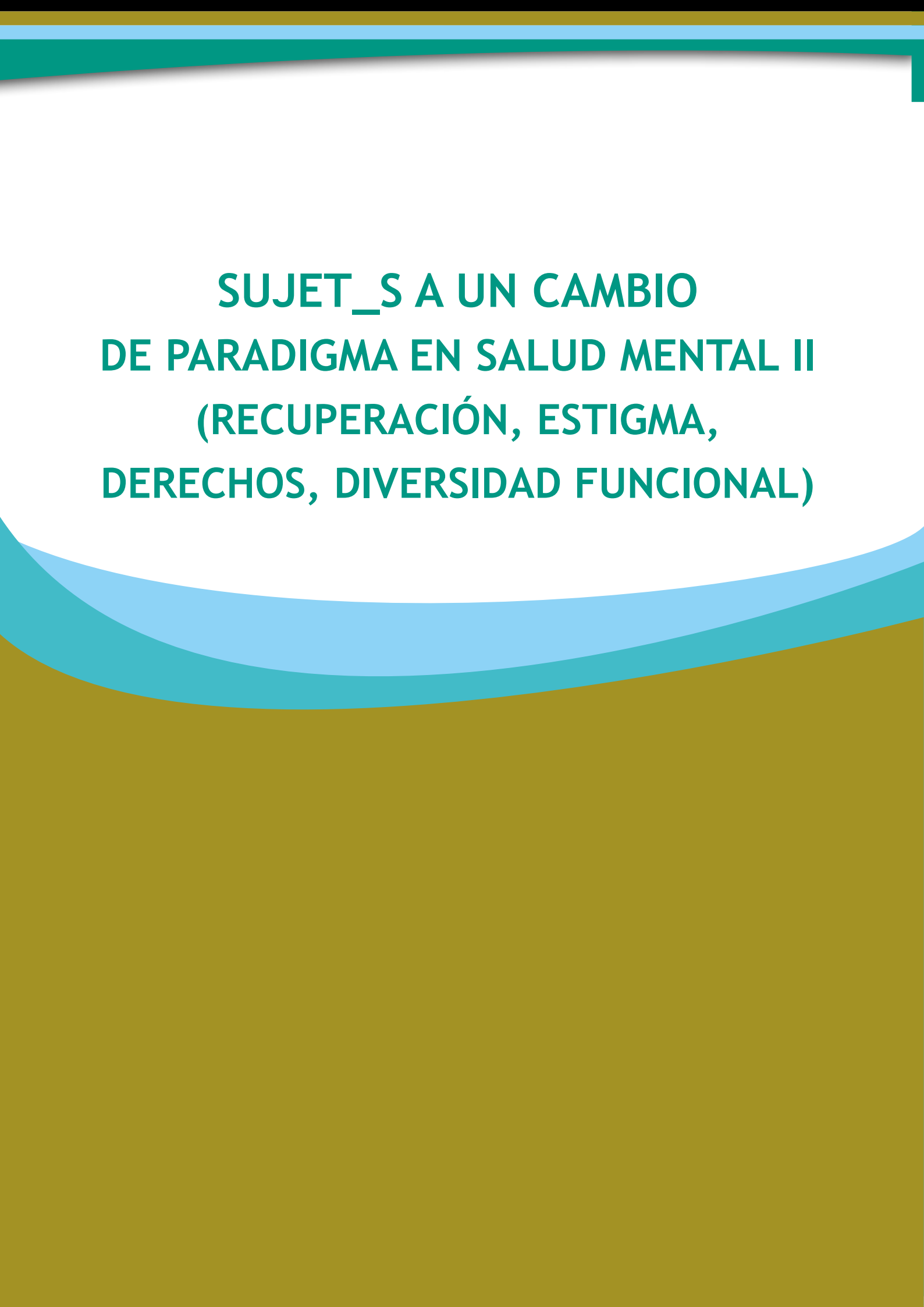
Continuidad del Proyecto a través de personas que están como receptores del proyecto en los recursos generando redes de apoyo mutuo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández de Sevilla Otero, J. P. (coord); San Pio Tendero, M. J. (coord.); et al. «Guía Partisam: Promoción de la participación y autonomía en Salud Mental». Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 2014.
2. May R. Dar sentido a la experiencia psicótica y trabajar por la recuperación. En: Gleeson JFM, McGorry PD (coord.). Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento. Bilbao. Desclée de Brouwer, biblioteca de psicología. 2005; 425-452.

3. Rosillo Herrera, M; Monsalve Hernández, M. Colaboraciones: Ideas para una salud mental crítica y participativa. (Re) habilitación-recuperación- (Re) Evolución. Asociación Madrileña de Salud Mental (2013).
4. Cea Madrid, J. C. (coord.) Manual de Derechos en Salud Mental. Chile: Locos por nuestros derechos, 2015.
5. Federación andaluza de asociaciones de usuarios/as de salud mental. Recuperación y ayuda mutua [Internet]. Recuperado a partir de: <http://enprimerapersonaandalucia.org/wp-content/uploads/2014/03/GU%C3%8DA-FINAL-AYUDA-MUTUA-PDF-1.pdf>
6. Scottish Recovery Network. Guidelines to support the development of peer worker roles in the mental health sector. 2011. Recuperado a partir de: [https://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2011/09/srn\\_exe\\_form.pdf](https://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2011/09/srn_exe_form.pdf)
7. Gillard S, Edwards C, Gibson S, Holley J, Owen K. New ways of working in mental health services: a qualitative, comparative case study assessing and informing the emergence of new peer worker roles in mental health services in England. Health Services and delivery. 2014; 2(19)
8. Rosillo Herrero, M. Hernández Monsalve, M. Peter K. Smith, S. La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33 (118).
9. López, M. El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves. La experiencia de Andalucía. Norte de Salud Mental. 2010; vol. VIII (36): 11-23.
10. Shepherd, G., Boardman, J. y Slade, M. Hacer de la recuperación una realidad. Servicio Andaluz de Salud. 2008. Recuperado en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/42/Hacer\\_Realidad\\_la\\_Recuperaci%C3%B3n.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/42/Hacer_Realidad_la_Recuperaci%C3%B3n.pdf)
11. Shaw, B. El apoyo entre pares. [citado 8 de junio de 2016]. Recuperado a partir de: <https://primeravocal.org/el-apoyo-entre-pares-de-becky-shaw/>
12. Díaz-Mandado, O., Nieto-Moreno, M., Montorio, I. y Periañez, J.A. Predictores de recuperación subjetiva en la esquizofrenia. Revista Psicopatología y Psicología Clínica (2015); 20: 101-114.
13. Mead S., y MacNeil C. .Peer Support: What Makes It Unique? International Journal of Psychosocial Rehabilitation (2004); 10 (2): 29-37.

**VOLVER AL ÍNDICE**



**SUJETOS A UN CAMBIO  
DE PARADIGMA EN SALUD MENTAL II  
(RECUPERACIÓN, ESTIGMA,  
DERECHOS, DIVERSIDAD FUNCIONAL)**

# MÁS ALLÁ DE LA RECUPERACIÓN: HACIA UNA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL BASADA EN DERECHOS

**Francisco José Eiroá Orosa**

Universitat de Barcelona/ Yale University. Federación Veus - Entidades  
Catalanas de Salud Mental en 1ª Persona

**Mari Àngels Porxas Roig**

Universitat de Girona. Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud  
Mental en 1ª Persona

**Contacto:** [feiroa@ub.edu](mailto:feiroa@ub.edu)

## RESUMEN

**Introducción:** Recientemente, el movimiento de la recuperación en salud mental, entre otros movimientos transformadores, ha empezado a fomentar la ciudadanía, tanto como herramienta de participación como de intervención terapéutica, y la prescripción social para ampliar la gama de opciones terapéuticas de la práctica de salud primaria y mental. Este proceso se ha realizado mediante el fortalecimiento de los vínculos entre los servicios de salud y los recursos comunitarios. Percibimos una necesidad de incrementar la participación de la sociedad civil, particularmente de los movimientos en primera persona, para una atención centrada en los derechos y respetuosa con los valores de los usuarios.

**Método:** En el marco de estas transformaciones, presentamos resultados preliminares de un proyecto de investigación-acción educativa que busca promover el análisis compartido y el diálogo abierto sobre los valores que se ponen en juego en la atención a la salud mental. Tras la realización de una fase exploratoria incluyendo grupos focales con usuarios, familiares y profesionales, para identificar esos derechos más valorados en los procesos de recuperación así como las prácticas que estos percibían que los vulneraban, se ha dado comienzo al desarrollo de actividades formativas basadas en valores promovidos por los movimientos asociativos en primera persona y el de rehabi-

litación psiquiátrica. Estos valores incluyen la recuperación psicosocial y el empoderamiento como conceptos extensos frente a la mera disminución de síntomas, y el fomento de los derechos y la ciudadanía activa. Una característica distintiva del presente proyecto es que ofrece una formación con participación de personas que han experimentado un problema de salud mental, es decir, se trata de una serie de módulos de capacitación ofrecidos tanto por expertos en tratamiento en salud mental como por las propias personas con la experiencia del trastorno mental.

**Resultados:** Respecto a los derechos identificados como más significantes por los usuarios para su proceso de recuperación y su reconocimiento como ciudadanos, aunque también percibidos como los más vulnerados, destacan todos esos derechos vinculados al respeto a las propias decisiones. Los profesionales, en cambio, ponen el acento en la ausencia de recursos y en la perspectiva biomédica dominante como causas de estas prácticas. Adicionalmente, se administró la Escala sobre Actitudes Profesionales en Salud Mental validada por nuestro grupo de investigación al inicio y final de diversos ciclos de actividades formativas. Los resultados de la evaluación de estas formaciones realizadas con profesionales y estudiantes del ámbito de la salud mental, muestran reducciones estadísticamente significativas en actitudes estigmatizantes y el paternalismo con el que se llevan a cabo diferentes intervenciones en salud mental.

**Conclusiones:** La finalidad última del proyecto es que el personal clínico sea capaz de poner encima de la mesa sus propios valores y establecer un diálogo sincero con las personas usuarias de servicios de salud mental reconociendo sus valores y derechos, para la promoción de espacios compartidos de recuperación.

## INTRODUCCIÓN

La Estrategia en Salud Mental vigente para el Sistema Nacional de Salud, además de los planes directores e integrales de atención a las personas con trastorno mental y adicciones de varias comunidades autónomas, enfatizan la necesidad de acelerar el cambio de paradigma en los cuidados de las personas con problemas de salud mental, hacia un modelo centrado en la persona y en el ejercicio de los derechos. Aunque este cambio lleva produciéndose en cierta medida desde la década de los 80, los planes formativos de los profesionales de la salud mental, y en mayor medida de los profesionales sanitarios (enfermería, medicina de familia, psiquiatría y psicología clínica) frente a los del ámbito sociosanitario (educación, trabajo social, y terapia ocupacional), siguen estando muy centrados en la eliminación de síntomas en lugar de la recuperación como proceso global y en la prevención del estigma social. Hay evidencia del efecto del estigma en la limitación del ejercicio de los derechos, lo cual puede tener un efecto igual o más perjudicial que los propios síntomas de la enfermedad. El estigma es causa de discriminación directa en el acceso a la vivienda, al empleo, a la consecución de la vida independiente, al acceso a la salud, al ocio, y también, aunque menos visible, es causa de discriminación legal y política (1).

A pesar de ello, los contenidos formativos de las formaciones especializadas tienden a ignorar el abordaje de los determinantes socioculturales tanto del origen del malestar psíquico (2), como de la posibilidad de recuperación de las personas, (entendemos aquí la recuperación no como la desaparición de los síntomas sino como la construcción de un proyecto de vida propio), así como

el reconocimiento de su estatus de ciudadanos de pleno derecho que deben poder participar activamente en la sociedad (3). Mientras que las universidades van incorporando poco a poco estas temáticas en los estudios de grado y postgrado, la única manera de promover y reforzar estos valores en profesionales que están ejerciendo en la actualidad, es la formación continuada y la implementación de actividades de sensibilización.

El presente proyecto de investigación-acción educativa busca promover el análisis compartido y el diálogo abierto sobre los valores que se ponen en juego en la atención a la salud mental. La formación parte de los valores adoptados por el movimiento asociativo en primera persona y el de rehabilitación psiquiátrica en los años 80 del siglo pasado. Estos valores incluyen la recuperación psicosocial, el empoderamiento y el fomento de los derechos y la ciudadanía activa como conceptos extensos frente a la mera disminución de síntomas. La finalidad última del proyecto es que el personal clínico sea capaz de poner encima de la mesa sus propios valores (4) y establecer un diálogo sincero con los usuarios que lleve a la promoción de espacios compartidos de recuperación.

Una característica distintiva de nuestra propuesta es que ofrece una formación con participación de personas que han experimentado un problema de salud mental, es decir, se trata de actividades donde participan tanto expertos en tratamiento en salud mental como las propias personas con la experiencia del trastorno mental. Es central para ello una inversión de los roles que se acostumbran a jugar en el ámbito de la atención profesional, lo que permite repensar la propia práctica cotidiana. La importancia de esta inversión de roles facilita el aprendizaje tanto de los conceptos que se reciben como de las experiencias compartidas que se viven. Esto es fundamental para cambiar actitudes y valores (5).

La literatura muestra con claridad como los profesionales del ámbito de la salud mental no están exentos de reproducir estereotipos en relación a las personas con trastorno mental (6–13) and it is largely unknown to what extent attitudes towards people with a mental illness are related to actual behaviour (Angermeyer & Dietrich, 2006). Aunque en este ámbito de trabajo no suele ser usual la atribución de violencia y peligrosidad, hay otros prejuicios que tienen especial relevancia, como el de irrecuperabilidad e infantilización (13). Estos estereotipos generan una reproducción de microdiscriminaciones (14), de las cuales los mismos profesionales no siempre son conscientes (15) y que afectan tanto al acceso, a la comunicación y la relación con los usuarios como a la calidad de la atención y las probabilidades de éxito de las intervenciones (16). La formación ofrecida apunta en ambas direcciones: por una parte, permite enriquecer los conocimientos necesarios para el desempeño profesional en un contexto de trabajo de atención a la salud mental. Por la otra, ofrece la posibilidad de romper con estereotipos y creencias arraigadas a través de la vivencia de compartir y aprender de quienes han atravesado una situación de sufrimiento psíquico.

En el presente proyecto, los contenidos de las formaciones están dirigidas no solo a instituciones que requieran la participación de usuarios en actividades formativas de manera espontánea, sino también a profesionales cuyas instituciones no lo hayan solicitado aun o no se hayan planteado la necesidad de implementar una formación para la transformación de valores y actitudes. Centrarse sólo en las instituciones más propensas al cambio, significaría profundizar en las desigualdades territoriales que existen en la disponibilidad y en la orientación de valores de los distintos recursos de salud mental. Este es un aspecto fundamental del presente proyecto, ya que no sólo pretende llegar a quienes buscan activamente una colaboración de la universidad y los profesionales con los

movimiento asociativos, sino que busca poder ofrecer gratuitamente los mismos contenidos a los profesionales de las instituciones que desconocen esta posibilidad de enriquecimiento mutuo, o que están preocupadas por el impacto que este cambio de orientación pueda tener en su capacidad asistencial en un escenario de recursos escasos. Es decir, en el contexto de disminución de recursos de atención en salud mental, las instituciones se han centrado en mantener la capacidad asistencial, olvidando a veces aspectos cruciales para la efectividad de los cuidados, como la implicación de los usuarios de los servicios en su propio proceso de recuperación, lo que se quiere ayudar a paliar con este proyecto.

La mejora metodológica y la continuidad en el tiempo de estas formaciones y seminarios son objetivos básicos del presente proyecto, en concordancia con la Estrategia en Salud Mental para el Sistema Nacional de Salud, que considera decisivo destinar recursos a su mantenimiento, mejora y crecimiento, tanto en cuanto a cantidad de destinatarios como a la diversidad de estos.

## MÉTODOS Y OBJETIVO

El objetivo de este proyecto de investigación-acción educativa ha sido la creación, implementación, evaluación y divulgación de un programa de formación y concienciación para profesionales de la salud mental. Su carácter innovador radica en la introducción de la mirada de las propias personas usuarias de los servicios de salud mental en la capacitación de los profesionales.

Para su elaboración, se siguen los siguientes pasos: En primer lugar, se está creando un marco conceptual para los materiales formativos. La creación de este marco se desarrolla básicamente en dos momentos de trabajo diferenciados con dos metodologías distintas. En una fase previa, con ánimo de explorar el contenido del derecho a la ciudadanía desde la perspectiva de los implicados, se han llevado a cabo durante el último año diversos grupos focales: 5 con usuarios, 10 con profesionales y 2 con familiares. El objetivo de este período inicial fue dotar de contenido el derecho subjetivo a la ciudadanía, cuyos parámetros no han sido especificados ni interpretados jurídicamente. La importancia de explorar la comprensión subjetiva de la condición de ciudadanía de los implicados en los procesos asistenciales en salud mental, así como la identificación de esos derechos más valorados en la recuperación, es clave para la preparación de los materiales formativos objeto del presente proyecto.

Por otro lado, y actualmente en fase de desarrollo, se están llevando a cabo reuniones de trabajo con el movimiento asociativo de salud mental en 1ª persona, el de familiares y el de profesionales, incluyendo en este último también el ámbito colegial y el de gestores sanitarios, para que se incluyan y se tengan en cuenta las diversas perspectivas y problemáticas específicas existentes en este sentido. Además, se trabaja con las campañas Obertament y 1decada4, de lucha contra la discriminación por motivos de salud mental, con las que el investigador principal tiene colaboraciones estables, para que participen también en la creación del marco conceptual mencionado.

En segundo lugar, y partiendo de los resultados de la primera fase, se han elaborado los contenidos y el material didáctico, y próximamente se pasará a la fase de formación de formadores que realizarán las tareas docentes.



La tercera parte del proyecto consiste en la implementación de cursos de formación continuada para profesionales del ámbito de la salud mental. Esta formación busca ofrecer conocimientos y habilidades que permitan modificar actitudes y valores de los profesionales de salud mental. Para alcanzar este objetivo, el curso plantea un aprendizaje y reflexión en torno a conceptos fundamentales para la mejora de la atención en salud mental, incluyendo la prevención del estigma, el respeto de los derechos de los usuarios, y la búsqueda de la recuperación como un proceso global e idiosincrático (17).

La formación se impartirá en contextos de formación continuada en distintas Comunidades Autónomas, con especial énfasis en ciudades con Hospitales Universitarios. Los destinatarios serán tanto profesionales de salud mental del ámbito sanitario como del ámbito de atención sociosanitaria. El contenido de los cursos incluirá conocimientos tanto teóricos como prácticos, destinados a mejorar la atención profesional, y a promover la participación de los usuarios de salud mental en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el ejercicio de sus derechos; siempre compatibilizando la mirada de la persona usuaria con el marco terapéutico desde donde actúan los profesionales. Las unidades docentes incluyen módulos sobre alternativas al diagnóstico a través de experiencias compartidas, formulación y establecimiento de objetivos en clave de recuperación, prácticas colaborativas, respeto de preferencias, voluntades anticipadas y fomento del apoyo mutuo.

## Sobre la percepción de los derechos y sus efectos en la recuperación

En la primera parte del proyecto, mencionada anteriormente, mediante métodos de investigación cualitativa y técnicas de conceptualización analíticas se ha intentado profundizar en la comprensión del concepto de ciudadanía desde la perspectiva de las personas afectadas por un trastorno mental. El objetivo ha sido identificar esos derechos que conforman las múltiples facetas del «ser ciudadano» para las personas con un trastorno mental, pero también para sus familias y los profesionales que les atienden, para identificar a su vez las prácticas que vulneran esos derechos. Así, se pretende aportar contenido concreto a la idea que el reconocimiento como ciudadano es un elemento básico para el empoderamiento y la consecución de los planes de vida (18, 19) y, por lo tanto, para la reducción del estigma y la recuperación, y completar así el marco conceptual en el que se basa el proyecto-acción que se presenta.

## RESULTADOS

Mediante el análisis de los grupos focales se han identificado un conjunto de situaciones en las que los usuarios de la salud mental perciben que sus derechos son limitados o vulnerados injustificadamente, lo que conlleva contextos de discriminación, sentimientos de inferioridad y frustración, así como de desapoderamiento en la relación sanitaria que tienen un impacto tanto en la recuperación como en la relación entre paciente y profesional. Cabe destacar:

**a. La ausencia de información comprensible sobre los tratamientos, sus efectos secundarios así como sobre las posibles alternativas a los tratamientos propuestos.** La mayoría de usuarios

percibía o había percibido alguna vez la sensación que se le ocultaba información, que no se le respondía a preguntas concretas sobre el tratamiento, el diagnóstico y sus efectos, o bien que no se le ofrecían alternativas. Destaca también y particularmente la ausencia de información durante los ingresos involuntarios. Durante estas situaciones la ausencia de información sobre los medicamentos que se les obliga a tomar o sobre otras medidas impuestas como la contención parecen ser la norma y se viven como un abuso por parte de los afectados.

Algunos profesionales también reconocían la existencia de estas situaciones así como la necesidad de empoderar a los pacientes respecto a sus derechos así como al ejercicio de los mismos. Se identificó también, en general, una preocupación por un abuso de los tratamientos farmacológicos en detrimento de otros tipos de terapias. Por el contrario, aquellos que habían participado en la toma de decisiones sobre su tratamiento y cuya opinión había sido tenida en cuenta por el profesional que les atendía, valoraban muy positivamente este hecho, se sentían empoderados a la vez que aumentaba la confianza en los profesionales referentes.

**b. La limitación de autonomía durante el proceso asistencial y en la vida diaria.** La mayoría de afectados expresaron haberse sentido en una relación asimétrica alguna vez con los profesionales que les atendían, se quejaron que sus demandas no fueron tenidas en cuenta o bien que expresar su opinión pudiera haber sido motivo de rechazo y represalias. También los familiares reconocían ser conscientes de que en algunas situaciones podían estar limitando la autonomía de sus hijos/parientes, pero lo entendían como una situación inevitable en el contexto de una crisis y con los escasos recursos y apoyos de acompañamiento actual que les ofrece el sistema. Sobre esta cuestión se repite la idea, entre los profesionales particularmente, que a pesar que nos encontramos en un momento de cambio de modelo asistencial hacia un modelo más centrado en la persona en el marco de una relación menos asimétrica, pervive el modelo paternalista en la asistencia psiquiátrica, lo que se percibe como la barrera más significativa para el empoderamiento y para la construcción entre los pacientes psiquiátricos de una conciencia de la titularidad de los derechos, lo que es necesario para que estos sean reclamados.

**c. La especial vulnerabilidad que sienten las personas en contextos de privación de libertad.** A pesar de que el ingreso involuntario es percibido como necesario en situaciones de crisis por la mayoría, tanto por usuarios, como familiares y profesionales, este genera malestar en los tres colectivos. Los familiares se sienten culpables cuando tiene que recurrir a él; los profesionales destacan situaciones de abuso de poder y extralimitaciones innecesarias de libertades y derechos en los contextos de los ingresos (destacan la ausencia de recursos como el principal condicionante para recurrir a estas situaciones sobre-limitativas, así como también situaciones de abuso de poder por parte de profesionales concretos); mientras que los afectados las viven como situaciones injustas y traumáticas, donde, a pesar que reconocen la necesidad de las medidas en ciertas ocasiones, se abusa de la medicación y existe una falta de intimidad y privacidad absoluta que no les hace sentir cómodos.

**d. El acceso al mundo laboral y a pensiones dignas.** Estos elementos son mencionados entre los tres grupos como condicionantes imprescindibles para la consecución de una vida digna e independiente y, por lo tanto, para la recuperación, pero también son de los ámbitos donde se percibe más discriminación e inseguridad. El acceso a un sustento económico digno es la puerta de entrada al ejercicio de tantos otros derechos: la elección de vivienda y con quién compartirla, la participa-

ción en la vida social y cultural de forma activa, la independencia económica de la familia, el libre desarrollo de la personalidad, etc.

Por otro lado, se administró la Escala sobre Actitudes Profesionales en Salud Mental validada por nuestro grupo de investigación al inicio y final de diversos ciclos de actividades formativas. Los resultados de la evaluación de estas formaciones realizadas con profesionales y estudiantes del ámbito de la salud mental, muestran reducciones estadísticamente significativas en actitudes estigmatizantes y el paternalismo con el que se llevan a cabo diferentes intervenciones en salud mental.

## CONCLUSIONES

Respecto a la conceptualización de la ciudadanía en el contexto asistencial desde la percepción de las personas con trastorno mental, sus familias y los profesionales que les atienden, podemos concluir de forma preliminar que este es un concepto multifacético que incluye tanto la realización de derechos sociales y económicos, como la introducción de valores como el respeto, la dignidad y la confianza en las relaciones asistenciales y en las redes de apoyo, como el reconocimiento de obligaciones y responsabilidades a todos los niveles. De todas formas, destaca de una forma particular el derecho a decidir, y todo aquello que implica su efectivo ejercicio como la recepción de información adecuada, la libertad de expresión, las expectativas, etc., como valores que deben informar las relaciones asistenciales y sociales en el ámbito psiquiátrico para una atención respetuosa con la persona y sus derechos.

En lo que se refiere al impacto en las creencias y actitudes de los profesionales, los resultados preliminares de nuestro proyecto de formación y concienciación muestran el potencial de este tipo de actividades. Nuestros planes incluyen la implementación de actividades de manera indefinida hasta que los contenidos se asuman por los programas de formación reglada en salud mental, ya que creemos que no es posible una verdadera recuperación sin un fomento real de derechos.

## REFERENCIAS

1. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2008;28(1):43–83.
2. Whooley O. Nosological Reflections: The Failure of DSM-5, the Emergence of RDoC, and the Decontextualization of Mental Distress. *Soc Ment Health*. 2014 Jul 22;4(2):92–110.
3. Rowe M, Pelletier J-F. Citizenship: A Response to the Marginalization of People with Mental Illnesses. *J Forensic Psychol Pract*. 2012 Jul;12(4):366–81.

4. Gartner J, Harmatz M, Hohmann A, Larson D, Gartner AF. The effect of patient and clinician ideology on clinical judgment: A study of ideological countertransference. *Psychother Theory, Res Pract Train.* 1990;27(1):98–106.
5. Mabe PA, Rollock M, Duncan GN. Teaching Clinicians the Practice of Recovery-Oriented Care. In: Singh NN, Barber JW, Sant S Van, editors. *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry.* Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2016. p. 81–97.
6. Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B. Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *Int J Soc Psychiatry.* 2013 Feb;59(1):48–54.
7. Horsfall J, Cleary M, Hunt GE. Stigma in mental health: clients and professionals. *Issues Ment Health Nurs.* 2010;31(7):450–5.
8. Kopera M, Suszek H, Bonar E, Myszkka M, Gmaj B, Ilgen M, et al. Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. *Community Ment Health J.* 2015 Jul 23;51(5):628–34.
9. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(SUPPL. 429):51–9.
10. Loch AA, Hengartner MP, Guarniero FB, Lawson FL, Wang Y-P, Gattaz WF, et al. Psychiatrists' stigma towards individuals with schizophrenia. *Arch Clin Psychiatry.* 2011;38(5):173–7.
11. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull.* 2006;32(4):709–14.
12. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009;16(6):558–67.
13. Schulze B. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry.* 2007;19(2):137–55.
14. Corker E, Hamilton S, Henderson C, Weeks C, Pinfold V, Rose D, et al. Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011. *Br J Psychiatry.* 2013;202(SUPPL.55):58–64.
15. Friedrich B, Evans-Lacko S, London J, Rhydderch D, Henderson C, Thornicroft G. Anti-stigma training for medical students: The Education Not Discrimination project. *Br J Psychiatry.* 2013;202(SUPPL.55):89–95.
16. Rössler W. Does Stigma Impair Treatment Response and Rehabilitation in Schizophrenia? The «Contribution» of Mental Health Professionals. In: *Advances in Schizophrenia Research.* New York, NY: Springer New York; 2010. p. 429–39.
17. Davidson L. The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Aff.* 2016;35(6):1091–7.

18. Corrigan PW, Larson JE, Rüsç N. Self-stigma and the «why try» effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009 Jun;8(2):75–81.

19. Lawn S, McMillan J, Comley Z, Smith A, Brayley J. Mental health recovery and voting: why being treated as a citizen matters and how we can do it. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014 May;21(4):289–95.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# PROPUESTA DE LEY ORGÁNICA SOBRE CAPACIDAD

Luis de Miguel Ortega

Contacto: [scabelum@gmail.com](mailto:scabelum@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Existe una falta de adecuación de nuestra legislación médica, social y psiquiátrica al espacio de seguridad y justicia de la Unión Europea. Esto se debe resolver adaptando la legislación a dicho espacio, armonizando nuestros propios valores constitucionales y procedimientos legislativos con las disposiciones supranacionales de obligatorio cumplimiento.

La legislación que afecta a estos campos es extremadamente compleja por su materia así como por el contenido esencial de los derechos que afecta por lo que la redacción debe venir coordinada desde todos los sectores afectados, siendo temerario dejar que la labor legislativa recaiga exclusivamente en juristas, burócratas y políticos.

Esta pequeña exposición resume la historia legislativa y los principales hitos doctrinales y jurisprudenciales sobre internamientos y tratamientos involuntarios, incapacitación y sobre los criterios de inimputabilidad por trastorno mental.

## OBJETIVOS

Mostrar la inconstitucionalidad formal y material de la legislación en materia de internamientos y capacidad del Estado Español.

Mostrar los efectos perversos de esta falta de garantías en cuanto a cuestiones de internamiento y tratamiento involuntario, incapacitación, y criterios de inimputabilidad de enfermos mentales.

Mostrar los elementos esenciales que ha de cumplir una Ley Orgánica que regule la capacidad de las personas.

## METODOLOGÍA

Análisis legislativo, jurisprudencial y doctrinal en cuanto a internamientos y tratamientos involuntarios, incapacitaciones y criterios de inimputabilidad de enfermos mentales.

Casos reales atendidos en el despacho, salvando anonimato.

## DESARROLLO

### Historia

La legislación en cuanto al tratamiento de locos y enfermos mentales data de 1837 en Francia, cuando se redacta y entra en vigor la Ley de Internamiento de Enfermos Mentales como medida para proteger a la sociedad de aquellas personas que pudiesen ser un peligro o una incomodidad. A finales del siglo XIX esta corriente de policía social, hace mella en España con la introducción del primer Código Civil Español de normas sobre el internamiento psiquiátrico y la limitación de la capacidad de las personas por causa de trastorno mental y conductas antisociales (prodigalidad). Se mantiene el sentido de proteger a la sociedad de los enfermos, pero se introducen elementos que presumiblemente otorgan un papel paternalista del Estado respecto de los cuidados de los enfermos mentales.

Esta primera legislación en España que se aparta de la doctrina francesa-protección del enfermo vs protección de la sociedad- no satisface a determinados sectores ideológicos, por lo que en el año 1932 y 1933 nacen dos leyes gemelas: la Ley de Internamientos Psiquiátricos y la Ley de Vagos y maleantes, donde se recupera en plena República, el espíritu preeminente y prioritario de proteger a la sociedad de los enfermos mentales y de la inmoralidad.

Esas leyes se mantienen durante toda la dictadura con evidente quebranto de derechos y garantías de quienes por una circunstancia u otra estaban en tratamiento psiquiátrico o se resistían a rectificar su comportamiento moral y en 1970, se refuerza la Ley de Vagos y Maleantes reviviendo el espíritu de restricción coercitiva de pacientes psiquiátricos.

Es en 1976 cuando aparece en España una primera Ley de Derechos Fundamentales y sus garantías, de la que carecía España a pesar de los tratados internacionales de Derechos Humanos, obligando a la doctrina jurídica a reformar el sistema de internamiento, introduciendo entonces el artículo 211 del Código Civil referente a los internamientos involuntarios, no sin oposición de la doctrina más garantista.

Llegamos al año 2000 y las críticas de los garantistas al artículo 211 del Código Civil hacen que se traslade el precepto del art. 211, al 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, tan solo para dotar al artículo que regula los internamientos de unas pobres y sucintas matizaciones que pretenden reforzar las garantías con un presumible mayor control judicial de los internamientos. A pesar de esta «modernización», la doctrina sigue criticando la falta de organicidad de la Ley y del precepto, necesaria puesto que se trata de restringir derechos y libertades públicas y que da pie a que el Tribunal Constitucional declare en múltiples sentencias la inconstitucionalidad formal de la legislación.

Tratados internacionales obligaban a los estados a reformar la legislación en materia de interna-

miento e incapacitación, y la presión doctrinal respecto de la inconstitucionalidad de la legislación en materia de internamientos obliga al estado español a hacer un sumario quiebro legislativo en 2015. A través de la modificación de una Ley orgánica distinta-la de protección jurídica del menor- y fuera del articulado, se otorga rango orgánico al artículo 763 de la LECv, pretendiendo con ello salvar la inconstitucionalidad formal del precepto.

Lo cierto es que la inconstitucionalidad del precepto es manifiesta, así como lo es la inadecuación al espacio de libertad, seguridad y justicia de la Unión Europea de la que nuestro estado es parte, manteniendo en precario una legislación sobre internamiento y capacidad comparativamente muy inferior a la de cualquier otro estado europeo.

## Comparativa con las legislaciones del entorno

En este apartado quiero mostrarles una aproximación jurídica de la situación en la que se encuentran los procedimientos de internamiento y tratamiento involuntario en la Unión Europea, con el fin de establecer una comparativa que nos permita reconocer en qué punto de legalidad y de respeto a los derechos humanos nos encontramos en España. Como todo estudio social, está plagado de sesgos derivados de la visión subjetiva y necesidades personales de los propios investigadores, así como de la imposibilidad lógica y material de establecer comparaciones complejas. Debemos entender por tanto los estudios y comparaciones como lo que son: meros ejercicios interpretativos de la realidad con una aplicabilidad muy limitada.

El estudio que sirve de base a este artículo es el patrocinado por la Comisión Europea en 2002. Hay otros estudios y comparativas pero he elegido este por su simplicidad y fácil lectura. Lo primero que nos llama la atención es que tan solo tres países carecen de legislación específica. Estos países son España, Italia y Grecia, a pesar de que el debate doctrinal sobre la necesidad de una Ley Orgánica en España se consolida en 1976 y se repiten reproches de nuestro Tribunal Constitucional hacia el Legislativo desde el 2010 hasta este mismo año. El resto de países tienen leyes específicas, mientras que en España no existe ley-sino un articulado heterogéneo, disperso e incoherente-, y mientras que en varios países se prevé mejora de la legislación, España mantiene su posición de no enmienda.

El segundo punto a destacar es que tan solo ocho países describen el objeto y la necesidad de la ley, mientras que en el resto, los internamientos pueden producirse por cualquier causa y objetivo que se precise. Así, algunos países determinan la aplicación de la ley para el tratamiento de una enfermedad, mientras que otros para lograr la rehabilitación e integración en la sociedad. En España, la pobre regulación que existe no menciona ni el objeto ni la causa del internamiento sino que se pronuncia sobre una hipotética enfermedad que impida al paciente tomar sus propias decisiones. No obstante del objeto, 13 Estados determinan la prioridad de medidas menos restrictivas de derechos mientras que dos, Francia y España, no establecen ninguna prioridad ni preferencia de medidas no restrictivas. España también se encuentra en la lista de países que no establecen un seguimiento de los resultados del internamiento ni un seguimiento a posteriori. Debemos separarnos un poco de este estudio respecto de la legislación de internamiento de menores porque en las fechas de este estudio, en España no había diferenciación alguna entre el procedimiento de menores y el de adultos, lo cual cambia con la aprobación de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor en 2012 que se traspone a la Ley de Enjuiciamiento Civil y establece una serie de especialidades. En este punto, he de ser sincero advirtiendo que esta especialidad y la aprobación de la



meritada Ley Orgánica, ha venido a salvar únicamente la ilegalidad formal (la mera forma de la ley) de los internamientos de menores, persistiendo la ilegalidad e inconstitucionalidad material y sustantiva de dichos internamientos que se ordenan y practican en España sin «orden ni concierto», sin justificación y sin garantías, ante la pasividad-y complicidad del Ministerio Fiscal.

La legislación española no distingue entre internamientos de enfermos que han cometido un delito, ni de los enfermos tutelados, ni de los que sufren una adicción ni de los que sufren una discapacidad mental. Todo se mete en un gran saco, al contrario de lo que se lleva haciendo en la mayor parte de los países, pues resulta evidente que dentro del grupo de quienes precisan ayuda institucional, existen distintas tipologías que requieren un tratamiento singular o diferenciado.

El criterio de internamiento también varía de uno a otro país. Existen países en los que el internamiento solo es posible bajo un criterio de peligrosidad, mientras que en otros cabe el internamiento también para aplicar un tratamiento necesario. En España solo se prevé el internamiento para la aplicación de un tratamiento pero lo que no establece nuestro sistema es el tipo de enfermedades ni el tipo de tratamientos a aplicar, ni el nivel de riesgo para sí o para terceros, lo que hace que se pueda internar a cualquiera para cualquier cosa sin la más mínima racionalidad o proporcionalidad, y dejando a pacientes y familiares en absoluto desamparo. Son estos y no otros los argumentos que apoyan la ilegalidad e inconstitucionalidad material de nuestras regulaciones.

Basta en España con el criterio de un psiquiatra que es sin reserva validado automáticamente por el forense del juzgado, y posteriormente el Juez convalida sin la más mínima gestión, por lo que la comparativa con otros países sería ficticia en este aspecto. La intervención en España de forense, Fiscal y Juez, es aparente y no real, no pudiendo el paciente aceptar, consentir o pactar los términos del internamiento o tratamiento involuntario una vez que se decide, ni mucho menos oponer resistencia. En 13 países, el paciente tiene reconocida esa capacidad para consentir y para oponerse. Para acabar debemos apreciar el periodo de tiempo por el que una persona puede ser privada de libertad por una razón psiquiátrica. La mayor parte reconoce la legalidad de la privación por términos prorrogables de horas, en otros casos por periodos semanales, pero nunca más de 15 días sin control y supervisión, mientras que en España, la duración es indefinida con revisiones -de mera apariencia formal- cada seis meses. Además, no solo no existe diferencia entre el procedimiento para internamiento involuntario y el necesario para tratamiento involuntario en España, sino que esto se realiza sin ninguna cobertura legal en base a analogías que nuestro propio ordenamiento jurídico prohíbe, como una medida de «gracia» menos restrictiva de derechos que el internamiento, algo que en técnica jurídica repugna a cualquiera con un poco de conocimiento, dado que en todo caso, los internamientos y tratamientos involuntarios se realizan sin el consentimiento informado y válido del enfermo, familiares o defensor por él designado. Como podemos apreciar, a pesar de la variedad de sistemas y configuraciones legales en la Unión Europea-ninguna de las cuales podemos considerar «perfecta»-, lo que sí es cierto es que el vacío legislativo y moral de España nos sitúa con diferencia en el final de la cola junto con Grecia. Lo grave es que esta situación debe ser subsanada por nuestro legislativo que muestra muy poca voluntad y conocimiento, y con un sistema judicial de espaldas al ciudadano, por lo que si la sociedad civil no es capaz de dar visibilidad a esta realidad, poco o nada cambiará en las próximas décadas y permaneceremos bajo la aplicación de una legislación de 1931.

## Modelo de ley orgánica

Como hemos visto, la situación de inseguridad jurídica y privación de derechos de las personas con alguna enfermedad o síntoma mental y las que son internadas o tratadas involuntariamente tengan o no enfermedad alguna, es lamentable y mientras en el resto de países están haciendo esfuerzos por reconducir la situación, el caos político y judicial en el nuestro han impedido cualquier reforma.

Son varios los aspectos importantes a tener en cuenta de cara a la reforma de la legislación sobre la capacidad de los enfermos mentales y las garantías de tratamientos e internamientos involuntarios. En primer lugar, formalmente es necesario que la ley sean una Ley Orgánica de acuerdo con el art 81 de la Constitución Española, ya que regulan derechos fundamentales y se exige que siga un procedimiento especial de aprobación con la obtención de mayorías reforzadas en las dos cámaras y un periodo de consultas. No es de recibo que a través de disposiciones insertas en otras leyes, se conviertan en orgánicos preceptos que no cumplen con el mínimo necesario para regular un derecho y garantizar su contenido esencial.

El segundo aspecto importante es la parte sustantiva o material, es decir, el contenido de la ley. A mi juicio la ley debe estar dividida en tres libros que desarrollarían las materias relacionadas con el internamiento y tratamiento involuntario, el segundo libro sobre la capacidad y la tutela y el tercero sobre las garantías en procedimiento penal de los enajenados y enfermos mentales.

En cuanto al articulado referido a los internamientos y tratamientos procede obrar en armonía a los estándares que establece en estudio patrocinado por la Comisión Europea por su coherencia y plenitud y que respeta la doctrina en materia de derechos humanos, protección de la infancia y las personas con discapacidad.

El preámbulo debería dejar sentado el objeto de la Ley, el ámbito de aplicación, fines y principios rectores.

El primer libro, debería versar sobre el internamiento y tratamiento involuntario. En este primer libro, deberían quedar delimitados aquellos elementos esenciales de los procedimientos de internamiento y tratamiento, así como el objeto y fines que se han de perseguir con estas medidas, los límites de la actuación médica y las garantías reales y efectivas de los pacientes. En otro capítulo, se debería abordar las distintas modalidades de internamiento- niños, ancianos, toxicómanos, enfermos, debutantes, detenidos-, los criterios que se han de cumplir y los límites temporales y en el uso del arsenal terapéutico. Otro capítulo importante a tratar, sería el de las modalidades de internamiento y tratamiento involuntario, especificando si se trata de un internamiento de urgencia o un internamiento restaurativo, los informes de inicio y seguimiento preceptivos y los criterios a seguir para valorar la efectividad y eficiencia de dichas medidas y su revisión.

Todo ello debe completarse con un capítulo que establezca el procedimiento a seguir y las garantías efectivas que se han de ofrecer al paciente respecto de los resultados, las medidas de seguridad o el respeto de derechos fundamentales.

El segundo libro debe abordar el tema de la incapacitación, la tutela y la curatela, completando y actualizando el contenido de nuestro Código Civil. En especial debe reforzar las posibilidades de autotutela de los pacientes a través de disposiciones testamentarias o escrituras notariales elevadas al Registro Civil. Esta es una parte fundamental en el respeto a los derechos y garantías de las personas, pues a través de este instrumento con eficacia «erga omnes», el paciente puede prever los límites de su tratamiento, cuidado y tutela en caso de que no se pueda valer por sí mismo por una crisis temporal o por un deterioro definitivo, quedando a salvo la autonomía del paciente y su derecho a decidir.

Otro asunto fundamental es el de la asistencia jurídica que deberá garantizarse en todo caso permitiendo que juristas especializados vinculados a asociaciones de consumidores y pacientes tengan preferencia sobre los de turnos de oficio, al tratarse de situaciones en las que es inviable la defensa de un paciente sin el debido conocimiento de la específica materia y sin que medie una real y efectiva confianza con el presunto incapaz. Se ha de favorecer que en estos casos el paciente pueda elegir libremente al letrado que considere más preparado y de mayor confianza, independientemente de los recursos económicos de que disponga. De igual manera se ha de poner coto a la proliferación de entidades instrumentales público-privadas de tutela, que enrarecen aun más si cabe el contexto en el que se desarrollan las incapacidades, facilitando en todo momento la elección del interesado, el cambio de tutor y garantizando la absoluta transparencia contable y de gestión.

En cuanto al ejercicio de la tutela, es evidente que se necesita concretar más aun si cabe, lo ya dispuesto en el Código Civil, en especial de la posibilidad de que el incapaz delegue en alguien de su confianza a modo de defensor judicial, la fiscalización y control del tutor, así como la aprobación de cuentas y gestiones anuales.

Para finalizar, este libro debería garantizar un procedimiento ágil para la recuperación del grado de capacidad de una manera cómoda y progresiva. No se sostiene que la sentencia de incapacitación sea una especie de cadena perpetua sin posibilidad de revisión y que los cuidados y tratamientos a seguir estén de antemano prefijados a mantener la situación y no a la reparación del daño y la reinserción plena en la sociedad. También resulta incómodo que no exista la posibilidad de una tutela intermitente-para periodos de crisis- que pierda eficacia o intensidad en los momentos de la estabilización patológica, por ejemplo en cuadros recurrentes de delirio, lo lógico es que la tutela despliegue toda su intensidad solo en los momentos de crisis y en el resto de periodos se transforme en curatela, a través de una configuración más flexible que la actual.

El tercer y último libro debería versar sobre las garantías en procedimiento penal cuando medien situaciones relativas a patologías o de intoxicación, de cara a establecer a priori la cautela debida respecto de la imputabilidad, las medidas de seguridad, el tratamiento involuntario o las medidas de sustitución de la condena, así como las garantías sobre un efectivo plan de tratamiento y sistema de evaluación del mismo en unidades penitenciarias psiquiátricas, donde el paciente tradicionalmente queda al margen de cualquier tipo de junta de tratamiento y donde la legislación penitenciaria le deja en un limbo sin regulación alguna, haciendo que el internamiento en unidades penitenciarias psiquiátricas, se convierta en una condena con menos garantías y sin ningún tipo de beneficio o derecho para el recluso psiquiátrico.

**Cuestión muy importante es delimitar los criterios objetivos de inimputabilidad y la necesidad de que dentro del procedimiento se garantice la adecuada contradicción de partes y pruebas que de rigor al procedimiento penal en toda la extensión del artículo 24 de la Constitución que garantiza un proceso en el que no exista indefensión.**

## CONCLUSIONES

La realización de esta comunicación se basa en la experiencia directa en la asistencia y defensa de distintos casos-alrededor de 300- relativos a las materias tratadas en diferentes Comunidades Autónomas.

Lo habitual es encontrar a personas sumidas en un contexto absolutamente irracional y una burocracia imposible, que las somete a un estrés extra y a un mayor deterioro psicosocial. Si padecer un problema mental es una situación extremadamente incómoda para el paciente, no es menos cierto que cuando todo ello se introduce en el campo de lo jurídico, se produce una situación límite capaz de desestabilizar aun más al paciente y la familia, cuestión que no tiene sentido si de lo que se trata es de ayudar al paciente.

Es el momento de que la sociedad y los profesionales acepten un contexto jurídico como el que nace con la Ley de Internamiento Psiquiátrico de la República Francesa de 1837, cuya finalidad era «proteger a la sociedad de los enfermos mentales» y que tuvo su expresión en España a través de la Orden Gubernativa de Internamiento de 1932 y la Ley de Vagos y Maleantes de 1933, o si por el contrario deseamos un marco de convivencia y tratamiento más adecuado a las disposiciones de Derechos Humanos que permitan el trato adecuado de pacientes y familias y garanticen sus derechos y libertades. En el último caso, estaremos ante la obligación de dar paso a una Ley Orgánica que regule el tratamiento e internamiento involuntario, la capacidad de las personas con trastornos y las medidas tuitivas y las garantías de los procesos penales en causas donde el acusado hubiese sufrido o sufra un trastorno mental por cualquier causa.

## REFERENCIAS

Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients –Legislation and Practice in EU-Member States. Hans Joachim Salize, Harald Dreßing, Monika Peitz Central Institute of Mental Health, Mannheim Germany. 2002.

## LEGISLACIÓN

Orden Gubernativa de Internamiento Psiquiátrico. Decreto de Julio de 1931. Gaceta de Madrid.

Ley de Vagos y Maleantes. Ley de agosto de 1933. Gaceta de Madrid.

Ley de Bases de Sanidad Nacional. Ley de noviembre de 1944. Boletín Oficial del Estado.

Ley sobre peligrosidad y rehabilitación social. Ley agosto 1970. Boletín Oficial del Estado.

Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil.

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, aprobatorio de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Constitución Española publicada en BOE el 29 de diciembre de 1978.

## Legislación supranacional

Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad  
NACIONES UNIDAS (2003/2004)

Declaración de salud mental para Europa Enfrentando los Desafíos, Construyendo Soluciones EUR / 04/5047810/6 (2006)

Pacto Europeo Para la Salud Mental Y Bienestar , en Bruselas, 13 de junio de 2008, CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (Naciones Unidas 2011)

United Nations A/RES/46/119 General Assembly Distr. GENERAL 17 December 1991 (tratamiento psiquiátrico)

Resolución 43/173, de 9 de diciembre de 1988, Adoptado por la Asamblea General (Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión)

CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA (2000/C 364/01)

INSTRUMENTO de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997.

## Sentencias

Sentencia TC 22/2016, de 15 de febrero (BOE núm. 71, de 23 de marzo de 2016)

Sentencia TC 34/2016, de 29 de febrero de 2016. Recurso de amparo 4984-2014.

Sentencia TC 37/2011, de 28 de marzo de 2011. Recurso de amparo 3574-2008.

Sentencia TC 131/2010, de 2 de diciembre (BOE núm. 4, de 05 de enero de 2011)

Sentencia TC 132/2010, de 2 de diciembre (BOE núm. 4, de 05 de enero de 2011)

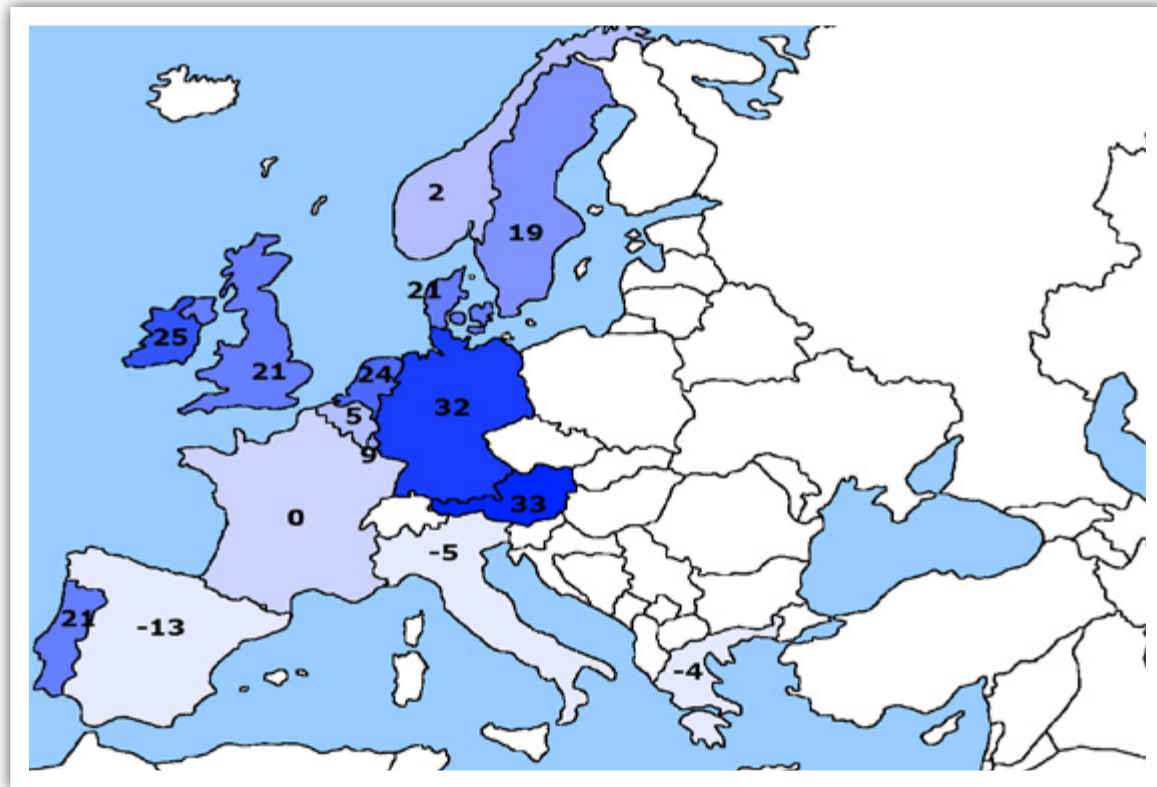
Sentencia TC 141/2012, de 2 de julio de 2012 (BOE núm. 181, de 30 de julio de 2012).

Sentencia TC 13/2016, de 1 de febrero de 2016. Recurso de amparo 6167-2014.

Sentencia TC 174/2002, de 9 de octubre de 2002. Recurso de amparo 1401-2000.

## ANEXO I

Comparativa en la valoración de las legislaciones psiquiátricas



[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# CUERPOS CAPACES E INCAPACES: DAÑOS COLATERALES DEL SISTEMA

**Carolina García Calvo**

Psicóloga Interna Residente (PIR), Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Mario de la Iglesia Gómez**

Psicólogo Interna Residente (PIR), Hospital Universitario de Fuenlabrada

**Fátima Marcó Padín**

Psicóloga Clínica

**Contacto:** [carol89garcia@gmail.com](mailto:carol89garcia@gmail.com)

«La ruina de un hombre [*persona*] se mide por lo que es, no por lo que ha perdido»

**Joë Bousquets**

En *Le meneur de lune*, 1946,

## INTRODUCCIÓN

El dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño<sup>1</sup>, según la Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés). En este sentido, el dolor forma parte, en principio, de un sistema protector del organismo, con una importante función para preservar y/o restaurar la integridad física, o al menos es así en casos de dolor agudo. El dolor pasa a ser considerado crónico cuando persiste durante más de 3-6 meses, variando el criterio temporal en función de las diversas sociedades científicas que lo definen. Bonica, pionero de las unidades especializadas en dolor crónico, lo define como «aquel dolor que persiste por más de un mes después del curso habitual de una enfermedad aguda o del tiempo razonable para que sane una herida, o aquel asociado a un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente»<sup>2</sup>. La prevalencia en población española de dolor crónico se calcula que es de un 17%, similar al 20% de la europea<sup>3</sup>. Las personas aquejadas

de dolor crónico habitualmente viven unas particularidades que no son experimentadas por personas con afecciones agudas, como son la reducción de actividad física a largo plazo, una respuesta emocional ansioso depresiva intensa y alteraciones a largo plazo del sueño y apetito, entre otras. Estas características tienen un inevitable efecto sobre la calidad de vida y la participación activa en las diferentes esferas de la vida (afectiva, social, laboral, etc). Teniendo en cuenta estas características, podemos encontrar similitudes con los modelos de discapacidad, y nos resulta útil atender a los modelos teóricos, médico y social, desde los que se ha estudiado la discapacidad. Ante estas circunstancias, la persona con dolor crónico vive y sobrevive en un ambiente, y nos parece imprescindible también dirigir la mirada a cómo ese ambiente trata a la persona, antes y después de la aparición del dolor crónico, ya que ambos son agentes activos en interacción recíproca.

## OBJETIVOS

En base a lo expuesto arriba nos hemos planteado como primer objetivo describir y acercarnos a un enfoque teórico sobre la relación bidireccional que se da entre los sujetos con discapacidad y el contexto en el que están inmersos, teniendo en cuenta que éste valora activamente la productividad y la capacidad como eje central, y que discrimina y excluye a aquellos sujetos que no pueden cumplir las expectativas impuestas, y también cómo este sistema reacciona y qué lugar brinda a estas personas. Un segundo objetivo del presente trabajo es analizar cómo quienes acuden a un grupo de atención psicológica al dolor crónico experimentan estas dinámicas relacionales.

## METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el presente trabajo utilizamos la observación participante en nuestra experiencia clínica, tratando de definir perfiles de pacientes que aparecen en un grupo de atención psicológica al dolor crónico. Este grupo está conducido, habitualmente, por dos residentes de psicología clínica y una psicóloga clínica adjunta, y forma parte del programa de Atención Continuada que realizan los PIRes del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Se realiza de forma quincenal, durante 8 meses, en sesiones de hora y media de duración con entre 6 y 8 pacientes adultos que sufren dolor crónico en un programa de enlace con la Unidad del Dolor Crónico del Hospital Universitario de Fuenlabrada, desde donde son derivados. Además, realizamos una revisión bibliográfica no sistemática de artículos que abordan temas como capacitismo, discapacidad, mirada médica, mirada capacitista, cuerpo normativo, diversidad funcional, derechos humanos o vida independiente. Esta búsqueda se hace de manera intencional para conocer cómo se abordan estos conceptos desde un punto de vista biopsicosocial e integrador, que incluye aproximaciones teóricas desde diversos campos como son la sociología y la antropología, además de otros que normalmente nos resultan más cercanos como las ciencias de la salud y la clínica.



## DESARROLLO

Las personas que son atendidas en este programa de enlace con la Unidad del Dolor Crónico están en situaciones diversas y tienen un perfil heterogéneo. Aun así, todas ellas comparten unos requisitos que consideramos necesarios para la constitución de un grupo con unos objetivos terapéuticos delimitados. Estos requisitos son: una reducción significativa en el nivel de actividad y ejercicio, presentan un efecto techo del efecto terapéutico de la prescripción farmacológica u otros tratamientos médicos que reciban o hayan recibido, tienen una respuesta emocional intensa frente al dolor con sintomatología ansiosa y depresiva, reciben ganancias ambientales secundarias ante las conductas de dolor y por último, carecen de estrategias de afrontamiento activo en la solución de problemas. Estas características comunes constituyen los criterios de inclusión para ser derivados a la atención psicológica. Por razones organizativas y de cara a mantener y preservar unos objetivos terapéuticos definidos, además de para proteger las dinámicas grupales, son criterios excluyentes que los asistentes estén en el período de tiempo que dura el grupo en litigios de tramitación legal de discapacidad o que tengan compensaciones económicas no resueltas. La mayoría de los participantes están en situación de interrupción laboral, ya sea temporal o permanente, y con valoración de discapacidad realizada. Una vez han sido derivados al programa de atención psicológica, se hace una evaluación individual en la que se valora si se cumplen esos requisitos y si pueden encontrar beneficio de asistir a la intervención grupal descrita.

Reflexionando en conjunto sobre las personas que han sido derivadas a los grupos psicoterapéuticos, nos encontramos con dos maneras de clasificarlos. La variable género nos ha parecido relevante, ya que aun habiendo significativamente más mujeres que hombres podemos extraer información de ambos grupos. Ellas eran en su mayoría mujeres que habían asumido doble función (trabajo remunerado además de cuidados familiares múltiples), con la consecuente sobrecarga de actividad y emocional, con una elevada alexitimia que les impedía reconocer y expresar emociones. Habitualmente, el dolor crónico supone en ellas una situación que se convierte en insostenible, renunciando la mayoría de las veces al ámbito laboral. En cuanto a los hombres derivados a los grupos, aun siendo, en número, minoritarios, sí hay una elevada presencia de historia previa de trabajo remunerado con componente importante de carga física, requiriendo un nivel de esfuerzo físico intenso durante amplios períodos de tiempo y de forma constante (empleos en el ámbito de la construcción, etc). De sus testimonios se extrae una dificultad, o incluso incapacidad para ver y reconocer la situación límite a la que han estado sometidos sus cuerpos, perdiendo de forma irreversible en buena medida una calidad de vida razonable que había de forma previa. La supervivencia económica, familiar, identitaria, relacionada con los desempeños de múltiples roles, se antepone al mantenimiento de la integridad física y la evitación del sufrimiento físico y emocional.

La otra manera que encontramos de diferenciar perfiles en los pacientes derivados a grupo psicoterapéutico es la actitud que desarrollan en el grupo y la elaboración a la que se aproximan o que consiguen hacer de temas que les atraviesan en las diferentes esferas de su vida. Un tema de grandísimo peso en estas personas es el papel de los duelos en sus vidas, independientemente de la variable género mencionada previamente. La pérdida, entendida en un sentido amplio, es una cuestión que atraviesa a casi todas ellas. En un plano más concreto, podemos hablar de duelos no elaborados, o duelo congelado, de los que no han podido hablar ni con otros ni consigo mismos, al menos esto nos encontramos en el momento de iniciar los grupos. Ante las pérdidas, que pueden estar materializadas en la pérdida de una persona por fallecimiento, pero también en una definición más extensa, como la pérdida de rol o de función, estas personas se han visto impulsadas a

actuar de un modo automático y escasamente reflexivo. No han podido en otros momentos, permitirse dar lugar a sentimientos negativos, de tristeza y a elaborar los cambios que aparecen de manera inevitable en sus vidas como consecuencia de estas pérdidas. En su momento tendieron más a tirar hacia adelante y continuar, asumiendo de un modo superficial la realidad de la pérdida. En estas personas, la tristeza no tiene función, no es funcional y por lo tanto es desechada y evitada. Esta negación o evitación de una parte de su subjetividad es fomentada por un sistema que pide ese funcionamiento, en aras nuevamente de la supervivencia, y además con la mayor celeridad posible. Creemos que quizás sea así cómo contribuye el sistema a la patología. Este sistema que valora la productividad y la acción, se hace cargo, en parte, de la parte biomédica y mecánica, dejando menos lugar al abordaje de la parte intersubjetiva del dolor. Los pacientes atravesados por esta problemática, conectan bien con el grupo de atención psicológica al dolor crónico, ya que pretende facilitar la construcción de estas reflexiones dolorosas y negadas, dando espacio para el surgimiento de estos sentimientos y su elaboración.

Otras personas que están derivadas al grupo vienen probablemente con otra problemática o con otro afrontamiento de la misma. Aparecen en el grupo con una actitud inicial de carácter más querulante, con queja hacia el sistema o la institución sanitaria y no consiguen (ni conseguimos) que conecten de la misma manera con el grupo psicoterapéutico que proponemos, por lo que, más que nos pese asumirlo, no hemos conseguido desarrollar hasta la fecha un entorno que les resulte terapéutico. Desde nuestro sentir lo que estamos haciendo con ellos es ser depositarios de una queja lícita, que suele encarnarse en un único individuo, el profesional, e irrumpe para ser expresada sin más intención aparente, y que a pesar de las soluciones biomédicas ofrecidas desde el propio sistema hacia un daño en gran parte generado por el mismo, es una demanda que no cesa y se mantiene a través del tiempo y de los múltiples grupos realizados.

Haciendo una revisión bibliográfica que nos facilite el hallazgo de respuestas para las cuestiones que nos surgen, encontramos que puede resultar útil el acercamiento al estudio de los modelos de discapacidad. Lo incapacitante, en la dimensión cuerpo y también en la identitaria, de las personas tanto con discapacidad como con dolor crónico hace que las consideremos próximas y a veces equiparables. Históricamente, a las personas con discapacidad se las ha visto como un grupo social enfermo que requiere sanación, o en su defecto atención o cuidados, desde un enfoque biomédico dominante y rehabilitador. Este enfoque, en palabras de Arnau Ripollés, define qué es discapacidad y lo hace en términos de defecto físico/sensorial/cognitivo, de no normalidad y déficit, interpretándolo siempre como algo negativo, y construyendo un sentimiento de culpabilidad propia por disponer de un cuerpo defectuoso desagradable, inútil, etc. Ripollés llama a este enfoque biomédico dominante basado en el defecto el «Sistema opresor de dominación patriarcal biomédico capacitista minusvalidista»<sup>4</sup>, haciendo evidente alusión a otras variables que están también en el sistema como binomios polarizados generadores de desigualdad. El capacitismo se define como una forma de discriminación o prejuicio social contra las personas con diversidad funcional. Una sociedad capacitista dice que las personas capacitadas son la norma en la sociedad y las personas con discapacidad o con diversidad funcional deben adaptarse a la norma o excluirse del sistema social capacitista. El capacitismo sostiene que la discapacidad es un error y no una consecuencia más de la diversidad humana. Como dicen Toboso y Guzmán (2010), las representaciones de la discapacidad están determinadas en gran medida por la imagen institucionalizada del cuerpo y el valor otorgado al mismo en cada cultura<sup>6, 7, 8</sup>. La consideración de la discapacidad, por tanto, ha variado a lo largo de la historia y es así una construcción social, con diferentes consecuencias, que pueden ir desde el rechazo y su consecuente eliminación (social o incluso física) a la compasión. Resulta de especial

interés, atender a cómo en la era moderna, la consideración de valor hacia los cuerpos tiene como eje central la producción económica. El cuerpo ahora es válido y capaz si es productivo, capaz de trabajar generando plusvalía y que a su vez sea capaz de consumir, insertándose así en el bucle recursivo del sistema económico social. Paradójicamente, la sanación que a priori ofrece el enfoque biomédico en la línea de que todo el mundo se adapte a esa norma definida culturalmente no está disponible a medio o largo plazo para quienes experimentan dolor crónico, con la desesperanza que esto puede producir de cara a alteraciones en el estado de ánimo, reducción de la actividad física y las relaciones sociales, sentimientos de valía, etc. Estas personas, por tanto, no pueden mantenerse en el sistema económico social normativo, quedando relegadas y excluidas del mismo. Es decir, esta concepción repercute directamente sobre la construcción personal de identidad. Este modelo capacitista-minusvalidista lleva a los individuos a someterse a programas de rehabilitación que la ciencia médica pone a disposición desde un lugar hegemónico. No lograr una autonomía comparable al estándar social aceptado hace permanecer a la persona en «estado de enfermo». Si no es posible revertir este estado, tendrá que «asumir su deficiencia para adaptarse». Se resume así por tanto al individuo a una condición biológica, de patología, desacreditando la subjetividad de lo no normativo. Quizás este aspecto es más evidente si pensamos en personas con diversidad funcional, pero igualmente creemos que se puede extrapolar a personas afectadas de dolor crónico, ya que parte de la problemática que traen al grupo viene de la mano de una pérdida de función y una sensación masiva de ser incapaz o no válido. Es de extrema importancia tener en cuenta esta consideración cultural de la producción económica como línea rectora para entender cómo el sistema imprime primero un desgaste en los cuerpos para obtener riqueza, para pasar a continuación a expulsarles cuando dejen de ser válidos, o en este caso, productivos.

Un concepto relevante en torno a esta cuestión es el derecho humano a la vida independiente<sup>5</sup>. La esencia de la vida independiente es la libertad de tomar decisiones sobre tu propia vida y de participar plenamente en comunidad<sup>6</sup>. Nos parece que la participación plena en comunidad está abiertamente restringida en las personas afectadas de dolor crónico, en la medida en que está definida su capacidad y su inclusión por el valor que se le da a la aptitud de su cuerpo. La vida independiente, más que un propósito individual supone un cambio en las relaciones sociales, es un enfoque filosófico y práctico, y tiene como objetivo la igualdad de oportunidades y autodeterminación. Para conseguirlo requiere comunidad y acción colectiva. Serían fundamentales para la vida independiente los sistemas de apoyo, para así generar posibilidades de elección, piedra angular de la vida independiente. Se escapa de los objetivos de nuestro estudio profundizar en el derecho a la vida independiente, pero nos parecía lo suficientemente relevante como para mencionarlo y tenerlo presente.

## CONCLUSIONES

En cuanto a las conclusiones que podemos tener en cuenta para nuestra práctica diaria, pensamos que es relevante tener en cuenta las dinámicas que se mueven en ese grupo de personas que mencionábamos que no consiguen conectar de la misma manera con el grupo psicoterapéutico que proponemos, ya que no estamos generando un entorno que resulte beneficioso para ellas. Nuevamente, como sistema o institución perpetuamos la expulsión de estos pacientes, sin conseguir ofrecer un entorno reparador y sin conseguir acoger su demanda. Nos parece relevante tener

esto presente pues, aun dedicándonos a esto con motivación, con actitud reflexiva y con intención de mejora de las condiciones, nuevamente respondemos de forma inconsciente como en otras ocasiones les han respondido.

A modo de conclusión general, es imprescindible tener en cuenta que toda vida humana tiene valor, sin importar la clase de deficiencia que haya, y excluir a una parte de la población por no tener en cuenta ese valor, genera un coste social muy elevado, por lo que enriquecerse como comunidad es desarrollar herramientas de inclusión y favorecer que las personas con diversidad funcional tengan capacidad de elección y adquisición de una vida independiente. Creemos que esto debe ir de la mano de un marco legal que lo habilite y que no tienda a la exclusión. Trabajar la diferencia, siendo más consciente de ella para asumir que existe, podría ser uno de los rumbos a tener de referencia. Frente a esta situación, se requieren alternativas sobre las que nos hacemos preguntas, para responder a las cuales se necesita la escucha de voces alternativas: acciones locales y comunitarias que se materializan en la propia ciudadanía con acciones colectivas y asociacionismo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IASP, 1994. Part III: (pp 209-214). *Classification of Chronic Pain*, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, ISAP Press, Seattle, 1994. <http://www.iasp-pain.org>
2. Torralba, A. Miquel, A. (2004): *Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa «Pain Proposal»*. Revista Sociedad Española del Dolor, 16-22.
3. Amigo, I. (2012). *Manual de Psicología de la Salud*, Ed. Pirámide.
4. Arnau Ripollés, S.; Universidad Abierta Iberoamericana «Manuel Lobato» (UAI Manuel Lobato IPADEVI) (2014): *La asistencia sexual a debate*, en Dilemata: Revista internacional de éticas aplicadas, Núm. 15, 7-14.
5. Hasler, Fr.; Barnes, C.; y Zarb, G. (2003): *El concepto de Vida Independiente a través de tres visiones: filosófica, socio-política y económica*, en García Alonso, J. V. (Coord). (2003): *El movimiento de vida independiente. Experiencias Internacionales*. Madrid: Fundación Luis Vives.
6. Toboso Martín, M. y Guzmán Castillo, F. (2009): *Cuerpos, capacidades, exigencias funcionales... y otros lechos de Procusto...*, en Revista Política y Sociedad (Monográfico: por una Sociología de la Discapacidad), vol. 47, Núm. 1, 67-83.
7. Ingstad, B. y Whyte, S. R. (eds) (1995). *Disability and Culture*. University of California Press;
8. Üstun, T. B. et al. (2001). *Disability and Culture: Universalism and Diversity*. Seattle (WA). Hogrefe & Huber

VOLVER AL ÍNDICE

# PROYECTO ÁGORA UNA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA SOBRE LO DIALÓGICO

**Marina Minondo Romero**

**Sergio Sánchez Sánchez**

Equipo de Apoyo Social Comunitario Distrito Centro  
concertado con la Fundación Benéfica San Martín de  
Porres, perteneciente a la Red de Atención Social  
a Personas con Enfermedad Mental grave y Duradera

**Contacto:** [marina.minondo.r@gmail.com](mailto:marina.minondo.r@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Proyecto Ágora es una iniciativa que busca promover la construcción social de conocimiento en torno a la presencia de aspectos dialógicos en las relaciones que se establecen en los contextos sociosanitarios de atención a las personas diagnosticadas de trastorno mental grave (en adelante personas afectadas). En concreto, pretende conocer en qué grado se dan tales aspectos en las prácticas cotidianas de los Centros de Salud Mental (CSM) y recursos de Rehabilitación Psicosocial de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Comunidad de Madrid (en adelante recursos RPS), así como las actitudes que los agentes clave (personas afectadas, familiares y profesionales) tienen hacia el dialogismo y qué factores facilitan o dificultan las relaciones y prácticas de este tipo. Por otra parte, también se pretende promover ese hacer profesional, a través de la reflexión compartida entre todos los participantes, en los contextos donde se implemente el proyecto.

Pensamos que nos encontramos en un momento en el que es necesario realizar investigaciones que impulsen a la acción y a la transformación de las prácticas en Salud Mental. Tanto personas afectadas como profesionales coinciden en la necesidad de un cambio. Como apunta Martín<sup>1</sup>, se ha tergiversado el concepto y el marco de actuación de la psiquiatría comunitaria, «*en lugar de orga-*

*nizarse una asistencia global en función de la vida cotidiana de cada persona, se ofrecen distintas formas de tratamiento, sanitario o social, que siempre van dirigidos a la rectificación de la realidad de cada individuo». Asimismo, existe una «necesidad de escucha por parte de las disciplinas que se dedican a la salud mental»<sup>2</sup>, y una «necesidad de reforma de las ideas que subyacen al acercamiento profesional a las personas que sufren»<sup>3</sup>.*

Existen experiencias en otros contextos que dan respuesta a tales necesidades, y que surgen de la reflexión y el trabajo científicos en esta línea, que están mostrando resultados muy relevantes. Un claro ejemplo lo constituye el enfoque de Diálogo Abierto, desarrollado en Laponia Occidental, a través del cual se obtienen los mejores resultados del mundo occidental para el primer episodio psicótico, llegando a descender en un 90% la tasa de esquizofrenia<sup>4</sup>. Este enfoque puede orientarnos para dar respuesta a las crisis de paradigma en que consideramos inmersa a la Salud Mental hoy día<sup>3</sup>. En todo caso y como dice Seikkula, «no resulta eficaz intentar implementar buenas prácticas simplemente replicándolas, sino que el desarrollo de las prácticas dialógicas requiere investigar en contextos concretos. Es necesario mejorar la competencia de los agentes locales y su flexibilidad para respetar contextos e introducir variaciones»<sup>4</sup>.

Para mejorar la situación actual se requieren escenarios en los que diversas disciplinas así como todas las partes implicadas puedan encontrarse cruzando fronteras. Es en estos espacios de aprendizaje donde pueden formarse perspectivas que superan las posibilidades de cualquiera de las partes por sí solas<sup>4</sup>. En esta línea, para favorecer el diálogo y articular la capacidad de escucha de las disciplinas se requiere *«la búsqueda de espacios de confluencia entre personas diagnosticadas y profesionales, tiempos y lugares donde se den los parámetros mínimos que permitan una comunicación razonable y equilibrada»*<sup>2</sup>. Asimismo, la tarea de los equipos profesionales es disponerse a escuchar y respetar lo que plantean las demandas de las personas afectadas y promover prácticas que promuevan la emancipación en tres niveles: el propio malestar, el contexto familiar, y los vínculos con la propia institución de Salud Mental<sup>1</sup>.

La propuesta del presente trabajo tiene que ver con una forma de entender las relaciones humanas denominada *dialogismo*. Siguiendo a Markova (tal como se cita en Seikkula y Arnkil<sup>4</sup>) entendemos la diferencia que hay entre *diálogo* y dialogismo. El diálogo se refiere a la comunicación entre las personas, mientras que el dialogismo supone una forma de acercarse al conocimiento del otro, es decir, una epistemología. En este sentido, el dialogismo es un fenómeno social en el que las personas se construyen de forma permanente a partir de las relaciones con los otros. No es únicamente una herramienta para hacer más eficaz la comunicación, sino que es un proceso horizontal más amplio que pone en cuestión las normas, los saberes y las prácticas institucionalizadas<sup>5</sup>.

Si bien este tipo de relación nos acerca a un mayor conocimiento de la otra persona, siguiendo a Levinas *«el Yo nunca podrá tener un conocimiento definitivo sobre el Otro»*, y este principio tiene que ver con la actitud de «no saber» en la que nos situamos en la comunicación dialógica, y que conlleva un interés genuino y constante por conocer la historia única del interlocutor. Para comprenderlo mejor, y con una visión más holística, entendemos que el sujeto pensante no se sitúa en cada persona presente en el diálogo, sino que lo constituyen todos los participantes. Entonces, el conocimiento sobre el problema que se trae «a consulta» surgirá de la interrelación de las ideas de todos los presentes. Según Bajtín *«la idea no es una formación psicológica individual subjetiva [...] en la mente de una persona; no, la idea es interindividual e intersubjetiva -el reino de su existencia no es la conciencia individual, sino la comunicación dialógica entre conciencias-»* (tal como se citan en Seikkula y Arnkil<sup>4</sup>).

En la práctica, esto supone reconocer que cada encuentro terapéutico estará guiado por los temas que emergen de la realidad social que se da en el mismo, formada por múltiples voces, todas igual de importantes (*polifonía*), lo cual exige del profesional situar su conocimiento técnico, y en concreto, su definición del problema, al mismo nivel jerárquico que el resto de explicaciones que surjan desde la persona afectada, los familiares u otros profesionales implicados. En el razonamiento monológico las voces respetan una jerarquía, mientras que en el diálogo polifónico la jerarquía profesional pasa a ser secundaria: la comprensión de la situación problema se enriquece cuantas más voces participen en la construcción de nuevos significados, desde su heterogeneidad, y la definición del problema no es compartida por todos los implicados<sup>4</sup>.

Esta visión de la realidad se enmarca dentro del construccionismo social, que es una alternativa que surge ante el modernismo. La visión del hombre moderno, propia del siglo XX, concibe que los elementos clave del funcionamiento humano son la razón y la observación<sup>6</sup>. Esta visión se corresponde con maneras de entender el hacer profesional en Salud Mental basadas en unos conocimientos técnicos que pretenden explicar la problemática de la persona afectada en base a la psicopatología y diversos enfoques terapéuticos, para proponer el tratamiento que más se ajuste a su diagnóstico. Por contra, el construccionismo social sugiere que las ideas, los conceptos y recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje (Hoffman, tal como se cita en Rozo<sup>6</sup>). En esta línea, no existe una verdad única ante el problema que relata la persona afectada, que se corresponda con un diagnóstico, y un tratamiento o tipo de intervención psicosocial, sino la posibilidad de co-construir conocimiento junto a ella y su red de apoyo a través del diálogo. Se trata de una forma de entender la realidad, y en concreto, las relaciones entre la persona afectada y el profesional, que impregna y transforma sus encuentros.

El construccionismo social ha tenido importantes repercusiones en la psicoterapia, en concreto en las denominadas «posmodernas». Algunos ejemplos de enfoques posmodernos, resaltados por Marín, Ramírez y Valderrama<sup>7</sup>, son: la terapia narrativa (White y Epston); la terapia colaborativa (Anderson y Goolishian), la terapia centrada en soluciones (Shazer y Kimberg); y la terapia reflexiva (Tom Andersen).

El contenido de nuestra investigación se basa en dos enfoques: el enfoque Diálogo Abierto de Seikkula y la Terapia Colaborativa de Anderson y Goolishian. A continuación resumimos las características de ambos enfoques, así como la relación que percibimos entre ambos y en la que nos basamos para el planteamiento del diseño de la investigación.

El **enfoque Diálogo Abierto** es un tratamiento centrado en el diálogo y en la red social, especialmente práctico en situaciones de crisis. En su creación se nutre del paradigma del construccionismo social, y de las formas de hacer de las terapias posmodernas, a la vez que se nutre de la terapia familiar sistémica, perspectiva de red social y psicoterapia psicodinámica. En sus orígenes está el tratamiento adaptado a las necesidades de Alanen<sup>10</sup>, el enfoque colaborativo de Andersen y Goolishian, y los procesos reflexivos de Andersen. Se basa en siete principios<sup>4</sup>:

**Inmediatez de la respuesta:** una respuesta rápida y una escucha cuidadosa en situaciones de crisis crean una atmósfera segura que mejora el pronóstico.

**Inclusión de la red social:** la red personal del cliente está presente durante todo el proceso de diversas formas y es la que define la existencia o la disolución del problema.

**Adaptación flexible a necesidades específicas:** adaptar el tratamiento a las necesidades específicas y cambiantes de cada caso utilizando los métodos terapéuticos que mejor se ajusten.



**Asunción de responsabilidad:** quien recibe el primer contacto es quien asume la responsabilidad de organizar el primer encuentro e invitar al equipo profesional. Éste asume la responsabilidad de ocuparse el problema planteado y planear el tratamiento futuro junto a los miembros de la familia.

**Garantía de continuidad psicológica:** integrar los diferentes métodos terapéuticos en un proceso de tratamiento coherente con el foco de interés planteado en los encuentros dialógicos.

**Tolerancia a la incertidumbre:** el profesional adopta una actitud abierta a indagar conjuntamente con la persona y su red acerca de su situación, sin explicaciones teóricas o técnicas preconcebidas, evitando conclusiones y decisiones de tratamiento precipitadas.

**Dialogicidad:** el objetivo de las reuniones es promover el diálogo de manera que éste se convierte en un medio para el empoderamiento. La capacidad de dar respuesta (**responsividad**) del terapeuta es importante para mantener una conversación dialógica. Responder es un proceso interactivo de doble sentido en el que siempre estamos inmersos, ya sea mediante la actitud, la forma, el momento, o el tono<sup>4,11</sup>.

Por su parte, el **enfoque Colaborativo** de Anderson y Goolishian tiene una orientación filosófica afín al posmodernismo. La terapia se concibe como un proceso conversacional y dialógico, entendido como un sistema de lenguaje en el que la forma en que se narra una historia tiene un impacto en las posibilidades de cambio.

En esta línea, una relación colaborativa se refiere a cómo nos orientamos para ser, actuar y responder de manera que la otra persona comparta el vínculo y la acción conjunta. En la colaboración no hay roles preestablecidos, están en continuo movimiento durante la interacción. Se produce la sensación de ser valorado, lo cual conduce a un sentido de pertenencia, de participación, de ser copropietarios y compartir responsabilidad<sup>11,12</sup>.

La posición del terapeuta se dirige a un proceso de «estar con» la otra persona, orientándose y re-orientándose hacia ella. El pensamiento y la acción dialógica supone conocer y actuar «desde dentro» del momento, en lugar del pensamiento y acción monológico que supone enfocarlo desde fuera, «acerca de». Estar en el presente supone responder espontáneamente ajustando la respuesta al momento y lugar, no una respuesta prefabricada o técnica. Anderson<sup>11</sup> describe siete rasgos que orientan la acción y forma de ser del terapeuta en las relaciones dialógicas y colaborativas que establece:

**Indagación mutua:** el terapeuta comienza preguntando, mostrando interés por lo que cuenta la persona y se transforma en una indagación mutua entre ambos donde examinar, preguntarse, y reflexionar juntos. El único objetivo del terapeuta es oír su historia y entender qué es lo importante para él.

**Expertise relacional:** el cliente es experto en sí mismo y su vida, el terapeuta es experto en el proceso y espacio para las relaciones colaborativas y dialógicas. Se trata de un tipo de conocimiento que se genera en la frontera entre ambos.

**No saber:** el terapeuta no cree tener acceso a información privilegiada, sino que su conocimiento sirve como un recurso en la conversación para el diálogo y la reflexión y lo plantea como otro punto de vista congruente con la conversación.

**Ser abierto:** un terapeuta es sincero y generoso con sus pensamientos, haciéndolos evidentes o explícitos. Esto supone una acción generativa que evita que el discurso del terapeuta se convierta en monológico.



**Vivir con incertidumbre:** Las conversaciones terapéuticas se parecen a conversaciones cotidianas espontáneas y no siguen una secuencia predeterminada, lo cual requiere que el terapeuta esté preparado para responder espontáneamente y de forma adaptada a la situación.

**Transformación mutua:** la terapia es un proceso de transformación para todos los miembros participantes.

**Transformación hacia la vida cotidiana común:** se busca crear comprensiones particulares con los clientes que promuevan agenciamiento y posibilidades en cuanto a futuros e identidades diferentes. Esto supone tener una visión positiva del cliente en lugar de estar limitado a discursos de patología y disfunción.

En cuanto a la metodología propuesta en nuestro proyecto, la elección de un diseño de investigación acción participativa se fundamenta en la declaración de Yakarta, OMS<sup>8</sup>: «**La promoción de la salud es realizada por y con la gente**», y en la idea de que «**la propia investigación debe ser dialógica y surgir a partir de las relaciones de la red**»<sup>4</sup>. En esta línea, Marco Marchioni<sup>9</sup> propone un proceso de creación y adaptación constante de los instrumentos profesionales a la realidad que está en constante cambio. Coherentemente, hay una necesidad de implicación o participación de todos los actores que van a asumir un protagonismo en el proceso.

En esta línea, consideramos necesario que en el contexto de atención en Salud Mental se promuevan espacios en el que todas las voces y realidades se escuchen, que sirva como impulso para desarrollar prácticas colaborativas y dialógicas.

## OBJETIVOS

Evaluar la presencia de procesos colaborativos y dialógicos en la atención cotidiana en Salud Mental y en los recursos RPS, así como las actitudes hacia los mismos y los factores que influyen en su aparición.

Promover relaciones colaborativas y dialógicas y prácticas profesionales coherentes en este sentido en la intervención clínica y psicosocial de nuestro contexto.

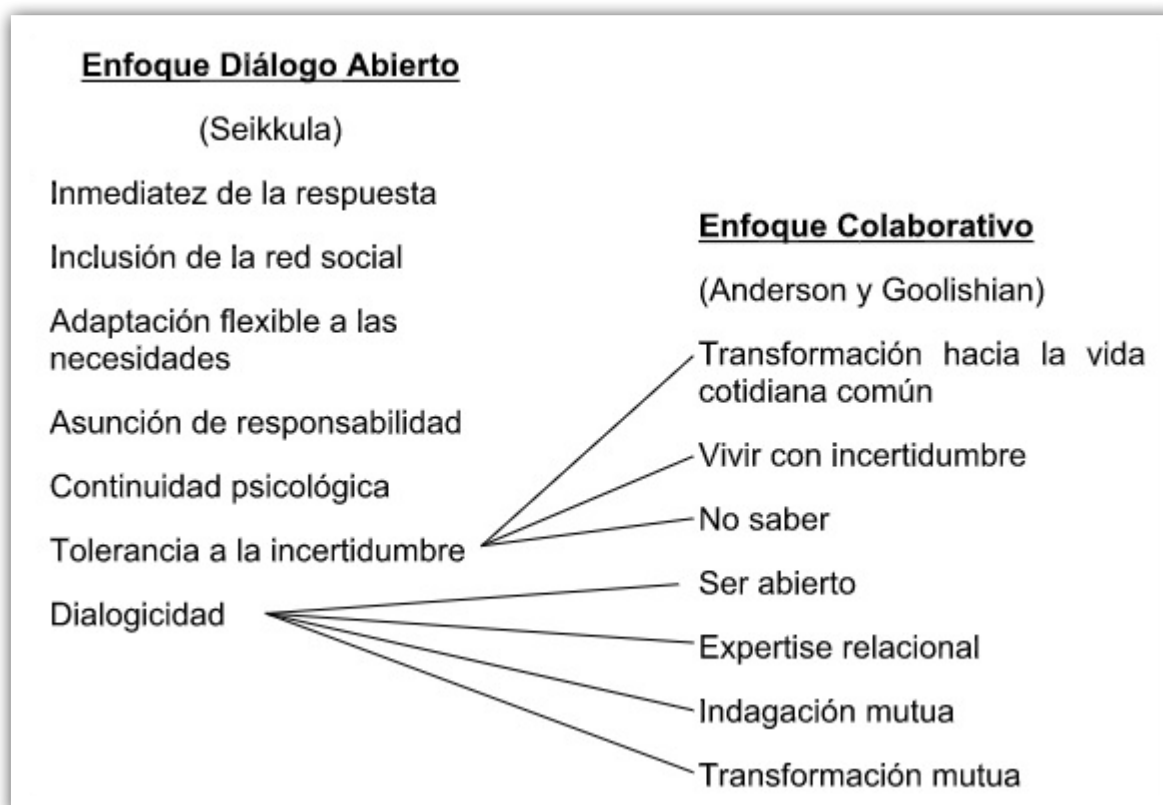
## METODOLOGÍA

Los participantes son personas afectadas que han sido atendidas en Centros de Salud Mental (CSM) y en recursos RPS, así como familiares, y profesionales que les atienden.

Se trata de una investigación acción participativa (IAP) que combina la metodología cualitativa y la cuantitativa. Trata de integrar investigación y acción social, mediante la participación activa de todas las personas que intervienen en el proceso. Su objetivo es iniciar procesos de construcción del conocimiento colectivo que estimulen y orienten una práctica transformadora y emancipadora<sup>13</sup>.

Los instrumentos de recogida de información serán entrevistas individuales, observación participante, panel delphi o panel de expertos, y grupos de discusión entre personas afectadas, familiares, y profesionales.

Las variables que se medirán en las entrevistas individuales serán las siete dimensiones del enfoque Diálogo Abierto y las siete dimensiones con respecto a la posición del terapeuta del enfoque Colaborativo. En nuestra opinión, la dimensión *dialogicidad* de Seikkula tiene que ver con las dimensiones *indagación mutua, expertise relacional, ser abierto, y transformación mutua* de Anderson. Por su parte, la dimensión *tolerancia a la incertidumbre* de Seikkula guarda relación con las dimensiones *no saber, vivir con incertidumbre, y transformación a la vida cotidiana común* de Anderson. Lo planteamos de esta manera ya que, a priori, consideramos que ambos enfoques podrían relacionarse de este modo. No obstante, mantendremos la denominación «*tolerancia a la incertidumbre*» y «*dialogicidad*» para referirnos a estas dimensiones. En la figura 1 mostramos un esquema que lo recoge.



Fuente: elaboración propia.

A continuación mostramos algunos ejemplos de ítems de las entrevistas (persona afectada; familiar; profesional) en relación con las dimensiones evaluadas:

### Inmediatez de la respuesta

**Persona afectada:** ¿Qué importancia le das a que un equipo profesional te atienda en momentos de crisis? ¿Por qué?

**Familiar:** ¿Qué importancia le das a que los profesionales atiendan a tu familiar lo antes posible en momentos de crisis? ¿Por qué?

**Profesional:** ¿Qué importancia crees que tiene intervenir lo más rápido posible cuando una persona está pasando por una crisis? ¿Por qué?

## Inclusión de la red social

**Persona afectada:** ¿En qué medida consideras importante que participe tu familia en todo el proceso de recuperación? ¿Por qué?

**Familiar:** ¿Sientes que has aportado un punto de vista útil para comprender lo que estaba pasando? ¿Por qué?

**Profesional:** ¿Qué importancia crees que tiene la red de apoyo de la persona afectada en la intervención? ¿Por qué?

## Adaptación flexible a necesidades

**Persona afectada:** ¿Crees que hay unas pautas generales útiles para las personas afectadas sobre cómo cuidarse, relacionarse, comprender la enfermedad mental o manejar situaciones en familia? ¿Te han dado información los profesionales sobre ello? ¿De qué manera?

**Familiar:** ¿Crees que hay unas pautas generales útiles para las personas afectadas y familias sobre cómo cuidarse, relacionarse, comprender la enfermedad mental o manejar situaciones en familia? ¿Te han dado información los profesionales sobre ello? ¿De qué manera?

**Profesional:** ¿Crees que hay unas pautas generales útiles para las personas afectadas y familiares sobre cómo cuidarse, relacionarse, comprender la enfermedad mental o manejar situaciones en familia? ¿Sueles trabajar estos aspectos con ellos? ¿De qué manera?

## Asunción de responsabilidad

**Persona afectada:** Cuando has pasado por alguna crisis en tu proceso de atención, ¿a qué profesional has acudido? ¿Te ha derivado a algún otro profesional que considerara más indicado para atenderte? ¿Cuál? ¿En qué medida ha estado presente hasta que se ha resuelto la crisis?

**Familiar:** Si ha tenido tu familiar alguna crisis, ¿a qué profesional habéis acudido? ¿Os ha derivado a algún otro profesional que considerara más indicado para atenderos? ¿Cuál? ¿En qué medida ha estado presente hasta que se ha resuelto la crisis?

**Profesional:** Cuando recibes el aviso de que una persona afectada está en crisis, ¿en qué medida te ocupas personal y presencialmente de todo el proceso de crisis? ¿Interactúas con otros recursos? ¿Cómo es la coordinación?

## Continuidad psicológica

**Persona afectada:** ¿En qué medida crees que hay coherencia y continuidad en la línea de intervención de todos los recursos que intervienen simultáneamente contigo?

**Familiar:** ¿En qué medida crees que hay coherencia y continuidad en la línea de intervención de todos los recursos que intervienen simultáneamente con tu familiar y contigo?

**Profesional:** ¿En qué medida crees que hay coherencia y continuidad en la línea de intervención de todos los recursos que intervienen simultáneamente con la persona? ¿Cómo crees que se consigue? ¿Qué haces tú para promoverlo?

## Tolerancia a la incertidumbre

*Persona afectada:* ¿Cuál crees que es la causa de la enfermedad mental?

*Familiar:* ¿Crees que lo que le pasa a tu familiar se explica por la enfermedad mental que tiene diagnosticada? ¿En qué sentido?

Profesional: ¿Cuál crees que es la causa de la enfermedad mental?

## Dialogicidad

*Persona afectada:* ¿Sientes que los profesionales suelen conversar de forma flexible atendiendo a lo que tú piensas o sientes en cada momento de las citas? Explica tu experiencia.

*Familiar:* ¿Sientes que los profesionales suelen conversar de forma flexible atendiendo a lo que tú piensas o sientes en cada momento de las citas? Explica tu experiencia.

Profesional: ¿Sueles tener en cuenta los pensamientos y emociones que pueden estar surgiendo en las personas a las que atiendes en cada momento? ¿Por qué te parece importante? ¿Cómo lo incorporas?

En referencia al procedimiento, tras el diseño del proyecto se pedirá asesoramiento a expertos en investigación e intervención clínica y social, y en prácticas dialógicas y colaborativas mediante la técnica panel Delphi, con el fin de recibir retroalimentación sobre la metodología planteada. Posteriormente se pedirá participación a los profesionales de tres CSM de la Comunidad de Madrid así como los profesionales de los recursos RPS vinculados a los mismos y las personas afectadas y familiares allí atendidos. No obstante, a lo largo de las distintas fases del proceso, la participación será abierta a otras personas que deseen colaborar. Por ejemplo, se ha invitado a participar a miembros del colectivo activista en Salud Mental Flipas GAM, ya que el movimiento activista de personas con sufrimiento psíquico constituye otro punto de vista relevante y presente en nuestro contexto en el momento actual.

Se realizará un diagnóstico crítico y participativo de la situación actual en el contexto de Salud Mental con respecto a la presencia de relaciones dialógicas y colaborativas. En una primera fase se realizarán entrevistas individuales a personas afectadas, familiares, y profesionales de CSM y recursos RPS. En una segunda fase se organizarán grupos de discusión entre ellos, con la finalidad de construir conocimiento sobre las relaciones dialógicas y colaborativas en Salud Mental. En esta línea, planteamos la posibilidad de crear una guía de recomendaciones para incrementar la presencia de los procesos dialógicos y colaborativos en la intervención clínica y psicosocial. Sin embargo el proceso y finalidad de los encuentros está abierto a las posibilidades e iniciativas que surjan en ellos.

## DESARROLLO

Actualmente nos encontramos en una fase de revisión del proyecto por parte de expertos en investigación e intervención clínica y social. Paralelamente, estamos realizando la difusión del proyecto con el fin de promover la participación, ya que se trata de un proyecto de vocación global que busca promover espacios de construcción social de conocimiento.

Si desea contactar con los autores para participar en Proyecto Ágora puede hacer a través de correo electrónico: [marina.minondo.r@gmail.com](mailto:marina.minondo.r@gmail.com), o [sergio.sanchez@fundacionsmp.org](mailto:sergio.sanchez@fundacionsmp.org).

## CONCLUSIONES

En resumen, esta iniciativa busca promover relaciones y prácticas colaborativas y dialógicas en el contexto de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Pensamos que tiene un enfoque coherente con la perspectiva de derechos humanos de las personas afectadas, ya que promueve actitudes en el ámbito profesional que favorecen espacios de participación, respeto y empoderamiento.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de Gely Guirau, Bárbara Scandroglio, Beatriz Pérez, Ana laquinandi y Josep Seguí (y otros miembros de la asociación ENDIÁLOGO), y Diego Figuera, que nos han aportado ideas o sugerencias concretas para el proyecto.

## BIBLIOGRAFÍA

<sup>1</sup>Martín L. Manual de instrucciones para la deconstrucción de un dispositivo. *Átopos*. 2017; 3: 104-128.

<sup>2</sup>Alonso F. Se necesita otro pensar. Y se necesita ya. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*. 2015; 38: 7-13.

<sup>3</sup>Abad T, Toledano S. Relaciones de poder y sufrimiento psíquico. La influencia del diagnóstico en salud mental. *Átopos*. 2017; 3: 129-142.

<sup>4</sup>Seikkula J, Arnkil TE. *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder Editorial S. L; 2016.

<sup>5</sup>Vidales C. En diálogo. *Metodologías horizontales en ciencias sociales y culturales*. Nueva época. 2013; 20, 239-247.

<sup>6</sup>Rozo JA. La terapia desde el punto de vista del construccionismo social ¿tiene algún sentido la terapia? *Revista Psicología Científica.com* [Internet]. 2002; 4(8). Disponible en <http://www.psicologiacientifica.com/construccionismo-social-terapia/>

<sup>7</sup>Marín RA, Ramírez NM, Valderrama K. Aproximación a la noción de posmodernidad en terapia familiar sistémica. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*. 2016; 3, 51-67.

<sup>8</sup>OMS. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. Cuarta conferencia internacional sobre la promoción de la salud, Yakarta, República de Indonesia. 1997, Julio.

<sup>9</sup>Marchioni M. *Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria*. Madrid: Editorial Popular, S.A; 1999.

<sup>10</sup>Alanen Y. La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y Otras Psicosis; 2003.

<sup>11</sup>Anderson H. Relaciones de colaboración y conversaciones dialógicas: Ideas para una Práctica Sensible a lo Relacional. Family Process. 2012; 51, 1-20.

<sup>12</sup>Anderson H. Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia. Argentina: Amorrortu Editores S.A; 1999.

<sup>13</sup>López JS, Scandroglio B. De la investigación a la intervención psicosocial: la metodología cualitativa y su integración con la metodología cuantitativa. En Blanco A, Rodríguez J, Intervención Psicosocial (555-606). Madrid: Pearson Educación S.A; 2007.

**VOLVER AL ÍNDICE**

# ANÁLISIS DE LAS ESCALAS MÁS UTILIZADAS PARA VALORAR EL IMPACTO DE LAS CAMPAÑAS ANTI-ESTIGMA DIRIGIDAS A POBLACIÓN GENERAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

**Jesús Martí Esquitino**

Unidad de Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico  
«Román Alberca». Murcia

**Thaïs Matas Torralba**

Asociación de Familiares y personas  
con Enfermedad Mental de Molina (AFESMO). Murcia

Contacto: [calexico@protonmail.com](mailto:calexico@protonmail.com).

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de las últimas décadas, se ha escrito y debatido mucho sobre el estigma. Tanto sobre el concepto y las acepciones del término, como en relación a los ámbitos que abarca, los colectivos a los que afecta, la dimensión social y cultural del término, así como sobre los conocimientos, sensaciones y consecuencias del engranaje creado en torno a este término y a esta realidad.

El diccionario de la Real Academia Española, define el estigma como: «Marca o señal en el cuerpo. Desdoro, afrenta, mala fama. Marca impuesta con hierro candente, bien como pena infame, bien como signo de esclavitud». También hace referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o «marca» que permite identificarlos-(1)

Por su parte, la definición clásica del estigma social, elaborada por E. Goffman en 1963, describe a este fenómeno como «un atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular»- Podemos afirmar pues que el estigma es el prejuicio basado en el estereotipo

que produce una discriminación lo que provoca rechazo y se puede manifestar en insultos, ataques físicos o verbales.

El estigma en la salud mental es uno de los problemas más grandes de la salud mental. Entre los principales efectos, destaca su papel en las dificultades de acceso y mantenimiento del empleo, en el acceso a la educación e, incluso, en el acceso a la sanidad. Además el estigma no sólo dificulta la vida de las personas con trastornos, sino que se extiende a su círculo social, afectando a familiares y profesionales.

A continuación, se detallan los tipos de acciones posibles en la lucha contra el estigma.

## **CAMPAÑAS DE LUCHA CONTRA EL ESTIGMA**

Las campañas de lucha contra el estigma pueden ir dirigidas a secciones concretas de la población como los estudiantes, profesionales, jóvenes, ...etc. O centrarse, como es en este caso, en la población general. Se diferencian cuatro apartados (1-4):

### **1. ACCIÓN Y PROTESTA SOCIAL**

Estas protestas sociales concretas dan buenos resultados durante un corto espacio de tiempo pero no una mejora mantenida en cuanto a la disminución de la discriminación hacia las personas con problemas de salud mental (3, 5). Por otro lado, parece existir una mejora de la autoestima, de la autoeficacia y del empoderamiento de las personas con problemas de salud mental que adquieren un rol de activistas participando en movimientos de reivindicación (6).

### **2. EDUCACIÓN: SENSIBILIZACIÓN, CONOCIMIENTOS E INFORMACIÓN**

En la población general, es la estrategia educativa más recomendada por organismos internacionales y la más utilizada en todo el mundo. Los estudios sugieren que las campañas poblacionales contra el estigma en salud mental son coste-beneficiosas, por un lado, porque disminuye el número de personas que se resisten a buscar ayuda debido al estigma y, por otro, porque aumentan las oportunidades laborales de las personas con problemas de salud mental. De todos modos, la estrategia de educación, por sí sola, no puede garantizar la erradicación total de estereotipos, prejuicios o actitudes de discriminación hacia las personas con problemas de salud mental (López et al., 2008).

### **3. CONTACTO E INTERACCIÓN SOCIAL.**

Una tercera estrategia de lucha contra el estigma se basa en el contacto y la interacción social que, según numerosos autores (7), provoca un impacto más amplio y mantenido que las estrategias basadas en la educación, aunque el contacto directo, supera al contacto a través de vídeo (8).



## 4. ESTRATEGIAS COMBINADAS

En varios países del mundo se utilizan estrategias combinadas con intervenciones en distintos niveles y canales de difusión. Como ya se ha comentado, la mayor parte de las campañas inciden en la vía educativa, y, a veces, éstas se enriquecen y amplían con ingredientes de protesta y/o del contacto directo con personas con problemas de salud mental; por ejemplo, dentro de España, en Madrid se realizan actividades de sensibilización promovidas por la Consejería de Asuntos Sociales, en Cataluña, Obertament, como alianza de entidades que luchan contra el estigma desde el año 2010, realiza este tipo de estrategias combinadas, al igual que 1 de cada 4 promovido por la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (desde el año 2007). (<http://www.1decada4.es/>)

En general, se puede afirmar que las campañas de información y educación al público general han tenido muy poco efecto para cambiar el estigma y la discriminación asociada con los trastornos mentales (9, 10). Resulta claro que queda mucho por hacer para saber con más certeza cuáles son los medios más efectivos para combatir el estigma asociado con las enfermedades mentales (11).

Por todo lo expuesto anteriormente, se subraya la cuantiosa bibliografía que existe sobre el concepto de estigma y también sobre las acciones a desarrollar para intentar erradicarlo, pero en cambio todavía son escasas las investigaciones llevadas a cabo para medir la eficacia de estas campañas (12), además, la mayor parte de las campañas anti-estigma han estado centradas en poblaciones específicas (13, 14).

## OBJETIVO

Analizar la bibliografía científica publicada respecto a cuales son las escalas más utilizadas para valorar el impacto de las campañas anti-estigma en salud mental, dirigidas a la población general.

## MÉTODO

Para el diseño metodológico se ha utilizado una revisión sistemática y se ha seguido la guía PRISMA (Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analysis of Studies That Evaluate Health Care Interventions) (15, 16).

Para la selección de los estudios, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: estudios observacionales y experimentales sobre campañas anti-estigma que tengan como objetivo informar de campañas anti-estigma dirigidas a la población general, que incluyan adultos mayores de 18 años en el entorno donde se haya llevado a cabo dicha campaña (intervención). Se han incluido los estudios que utilizaron anuncios en TV, anuncios en carteles, panfletos, talleres, intervenciones telefónicas o vía postal como formas de intervención y que tuvieran como medidas de resultado escalas validadas o ad-hoc sobre aspectos relacionados con el estigma y la discriminación.

Se han excluido editoriales, comentarios, revisiones sistemáticas, meta-análisis y estudios clínicos aleatorizados sobre poblaciones específicas.

Se han tomado los estudios publicados entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2016,

en inglés, castellano y francés. La fecha de inicio elegida se debe a la publicación del primer informe de la Organización Mundial de la Salud respecto al estigma en la enfermedad mental (17).

Para la búsqueda se han utilizado las siguientes bases de datos: PsyNet, MEDLINE, Cochrane database, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Social Science Citation Index (SSCI), psycritiques, violence and abuse abstracts, psycarticles, mla international bibliography, mla directory of periodicals, gender studies database, ERIC, education source, ebook academic, clinical and collection, medline, ageline, academic search premier, ageline.

Las búsquedas se han realizado a través de los buscadores: Medline, Cochrane plus y EBSCOhost. También se han utilizado fuentes externas: CIBERSAM [<http://bi.cibersam.es/>] , bibliopro [<http://bibliopro.org/buscador/>] y el banco de instrumentos sobre salud mental comunitaria del King's College [<http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/cmh/research-projects/CMH-Research-Projects.aspx>].

Los criterios de búsqueda utilizados en todos los registros y bases de datos anti estigma han sido: «campaign», «mental health», «stigma», «social stigma», «assessment», «health impact assessment», «evaluation».

Las estrategias de búsqueda en la base de datos EBSCOhost han sido:

anti-stigma AND mental health; anti-stigma AND mental health AND Campaign; stigma AND mental health AND Campaign; stigma AND assessment AND campaign; stigma AND evaluation AND campaign

Se ha utilizado una hoja de datos desarrollada específicamente para la revisión con los ítems:

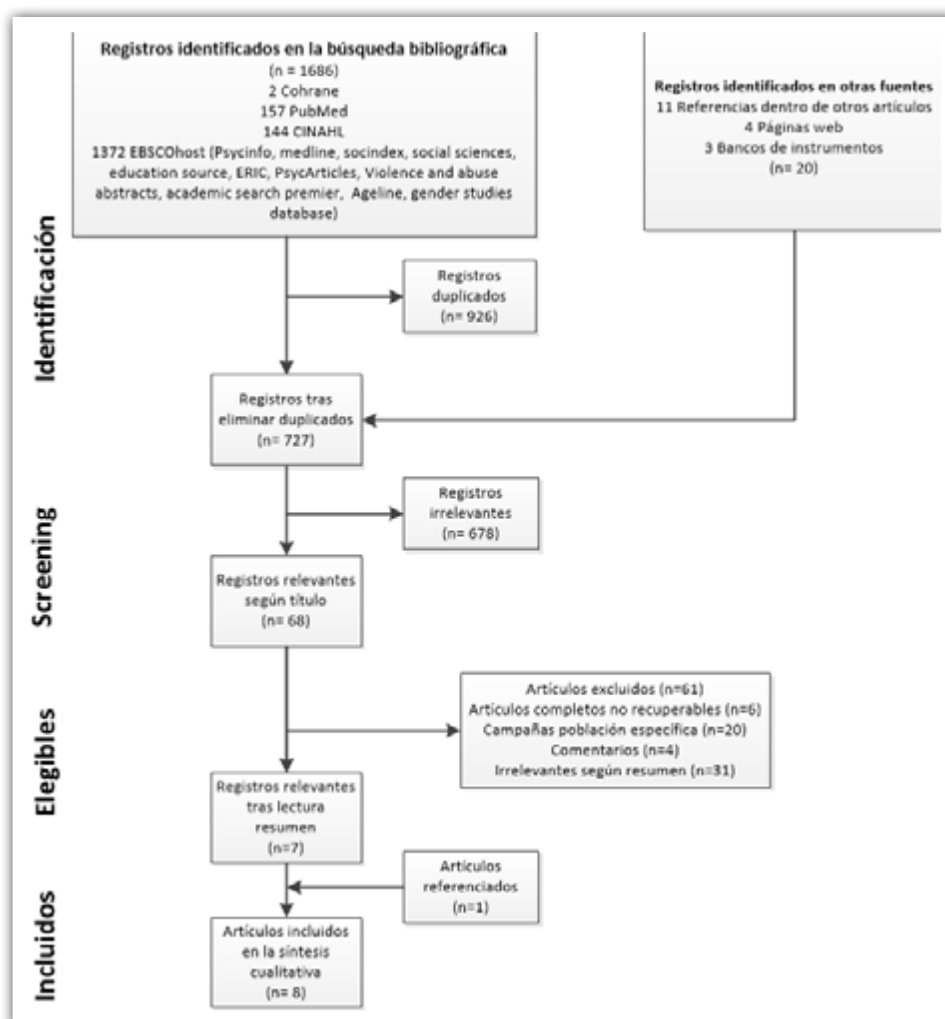
1. Tipo de estudio
2. Tema del estudio (campañas anti-estigma)
3. Población/participantes relacionados con el área de la revisión
  - Rango de edad de los participantes
  - Tipo de muestra (de población general, profesionales de salud mental, pacientes, colegios, etc.)
  - Número de participantes
4. Tipo de intervención de la campaña
5. Medidas de resultado utilizadas
  - Referencias de las medidas utilizadas
  - Validación de la medida utilizada

Para comprobar la validez de los estudios elegibles, y debido a que actualmente no existen criterios estándar para la valoración de la calidad de los estudios trasversales, se han utilizado las guías de valoración de estudios del instituto Joanna Briggs (18). La escala se muestra en el ANEXO I. Como medidas de resultado se han tomado las escalas usadas para las campañas anti-estigma. Se requirió una puntuación de 4 o más como indicador de riesgo bajo de sesgo, y su consecuente inclusión en esta revisión.

## RESULTADOS

La búsqueda dio como resultado 1686 artículos originales: la biblioteca Cochrane, 2 resultados; MEDLINE: 157 resultados; CINAHL: 144 resultados; EBSCOhost: 1372 resultados. De los 1686 artículos encontrados, 926 fueron registros duplicados. Se incluyeron referencias de páginas web sobre el estigma y la discriminación (<http://www.endvawnow.org>, <http://ec.europa.eu/>, <https://amsm.es/>, <https://postpsiquiatria.blogspot.com.es/>) y bancos de instrumentos (CIBERSAM, BIBLIOPRO y King's College). En total, 18 fuentes fueron añadidas a las 727 ya disponibles, tras lo cual se realizó un cribado a través de los títulos de los artículos, y se excluyeron 678 registros por ser irrelevantes para los objetivos de esta revisión, es decir que no estudiaban campañas anti estigma, o bien eran comentarios a otros artículos, o bien trataban sobre el estigma en otras enfermedades. Se excluyeron 61 artículos más por las siguientes razones: en 6 artículos fue imposible recuperar el texto completo, en 20, el público objetivo de la campaña fue distinto de la población general. 4 artículos eran comentarios a otros artículos y 31 registros no cumplían alguno de los criterios de selección mencionados. Finalmente, tras la lectura de los 7 artículos elegidos para la revisión y sus referencias, se encontró un artículo referenciado que también cumplió los criterios de selección, por lo que fue incluido en el último paso. En total, se incluyeron en la revisión sistemática 8 estudios. El proceso seguido para la selección de estudios se muestra a través del diagrama de flujo de la figura 1.

Figura 1: Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios



Todos los estudios incluidos en la revisión fueron trasversales (de medidas pre-post o pre-durante-post pero con distintas muestras) publicados en inglés, con un total de 29 136 participantes, en un rango de 250 a 13 600. Todos incluyeron adultos mayores de 18 años y un estudio incluyó desde la edad de 15 años hasta los 45 años (19). Todos los estudios escogieron a los participantes de forma aleatoria. Todos los estudios salvo uno (20), incluyeron tanto hombres como mujeres y medidas estandarizadas de valoración del estigma, así como medidas no estandarizadas sobre el conocimiento de la campaña anti-estigma y otras variables. La **tabla 1** muestra el riesgo de sesgo estimado para cada estudio. Los estudios están listados en orden de publicación, del más reciente al menos reciente.

La mayoría de los estudios fueron llevados a cabo en el Reino Unido en relación a la campaña nacional anti-estigma «Time to Change». Aunque en Alemania se ha llevado a cabo una campaña similar, solo uno de los estudios se ha publicado en inglés (20).

**Tabla 1: Valoración del riesgo de sesgo para cada estudio (18)**

Estudio/ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	Total*	Incluido
(19)	X	X	X	X	X	X	X	X	8	Sí
(20)	X	X	-	X	X	X	X	X	7	Sí
(21)	X	X	X	X	X	X	X	X	8	Sí
(22)	X	X	X	X	X	X	X	X	8	Sí
(23)	X	X	X	X	X	X	X	X	8	Sí
(24)	X	¿?	X	X	¿?	¿?	X	X	4	Sí
(25)	X	X	X	X	X	X	X	X	8	Sí
(26)	-	X	X	X	-	-	X	X	5	Sí

\*Valoración de 4 o más significa riesgo de sesgo medio o bajo.

Las intervenciones de la campañas incluyeron anuncios de TV, pancartas, folletos repartidos en diferentes tipos de centros, talleres presenciales dirigidos por voluntarios o anuncios de radio a nivel nacional excepto los estudios piloto de Cambridge (25) y de valoración del efecto de la promoción para la posterior puesta en marcha de una campaña anti-estigma (26), que consistieron en acciones locales.

Algunos de los estudios tomaron medidas antes y después de la campaña anti-estigma (20, 22, 24), otros tomaron medidas sistemáticas cada año durante una serie (21, 23), otro tomaron medidas pre, durante y post campaña (25), otro comparó a quienes recordaban la campaña con quienes no (19) y finalmente dos tomaron solo una medida (13, 26) tras la campaña anti-estigma.

En cuanto a las medidas de resultado, la mayor parte de los estudios se centraron en el conocimiento de la enfermedad mental (MAKS, Mental Illness Knowledge Scale), la intención de comportamiento (RIBS, Reported and Intended Behaviour Scales) y en las actitudes hacia la enfermedad mental (CAMI, Community attitudes towards the mentally ill scale) (21–23, 25), algunos solo incluyeron el RIBS (24), o bien un cuestionario screening (AMIQ, Attitudes to Mental Illness Questionnaire) (26) y finalmente el estudio alemán valoró el deseo de distancia social y la reacción emocio-

nal ante la enfermedad mental con cuestionarios ad-hoc. Todos utilizaron preguntas ad-hoc para valorar el conocimiento y la familiarización con la campaña anti-estigma. Tres estudios valoraron la franqueza (propensión a hablar de su enfermedad mental si alguna vez se la diagnosticaran) (22–24), uno valoró la familiaridad con los problemas de salud mental (23). El cuestionario AMIQ-5, utilizado en un estudio (26), valoró las actitudes estigmatizantes hacia personas con enfermedad mental.

Un último apunte, se utilizaron dos versiones de la escala CAMI, una completa en tres estudios (22, 23, 25) y una versión de 26 ítems en otros 2 estudios (19, 21). En el anexo II pueden encontrarse las referencias de los artículos de validación de las escalas utilizadas en los diferentes estudios. La **tabla 2** muestra un resumen de los datos extraídos de los estudios analizados, en referencia a sus resultados.

La escala MAKS es un cuestionario sobre conocimiento respecto a las enfermedades mentales. La herramienta evalúa y realiza un seguimiento de los conocimientos sobre salud mental en relación al estigma. Está orientada al público general y se suele usar en combinación con otras herramientas que miden actitudes y conductas (27).

Las escalas RIBS ha sido diseñada para valorar y realizar un seguimiento del comportamiento en relación a la discriminación, dentro de la salud mental, en la población general (28).

Las escalas MAKS y RIBS son de libre acceso en su versión en inglés y están disponibles a través de la web (<http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/cmh/CMH-Measures.aspx>)

La escala CAMI fue desarrollada en 1981 y constaba de 40 ítems que valoran las actitudes de la población general hacia las personas con enfermedad mental (29). La revisión de 26 ítems es una actualización más reciente que se ha utilizado en la campaña Time To Change y OBERTAMENT (19, 30).

La escala AMIQ consta de 5 ítems y es un instrumento de valoración rápida (screening) de las actitudes estigmatizantes hacia la enfermedad mental (31).

**Tabla 2: Resumen de datos de los estudios seleccionados para la revisión**

Estudio	Diseño	Intervención	N	Participantes	Medidas de resultado	Escalas utilizadas	Medidas validadas
1 (19)	Trasversal una medida	Intervención en los medios de comunicación de masas, anuncios de TV, radio y cartelera	829+190 =1019	Población general de 15 a 45 años	Penetración de la campaña a través de preguntas respecto a si recordaban algo de la campaña, y qué recordaban. Medida del estigma y la intención con los cuestionarios. Resultado, los que estaban al tanto de la campaña tenían mejor actitud y contención de conducta, tamaño del efecto pequeño para actitud y medio para el comportamiento	Reconocimiento campaña, CAMI-26, RIBS	Sí, todas

2	(20)	Trasversal	Vídeos cortos, cartelería, pósters, anuncios en periódicos, en exhibiciones y en la web con mensajes sobre la enfermedad mental, búsqueda de atención médica, disponibilidad de la ayuda y alta prevalencia de la enfermedad mental	2654	Población general mayor de 18 años	Conocimiento de la campaña, reacciones emocionales, deseo de distancia social, adscripción de características a las personas con enfermedad mental	Reconocimiento de la campaña, deseo de distancia social y reacción emocional	Sí y no
3	(21)	Trasversal 8 medidas*	Anuncios en TV, radio, cartelería, redes sociales, web, viñetas con escenas, vídeos, enlaces a largometrajes.	1700x8	Población general mayor de 18 años	Conocimiento de la campaña, intención de comportamiento, actitudes hacia la enfermedad mental, conocimiento de la salud mental. Medidas del cambio en relación a la crisis económica	Reconocimiento de la campaña, MAKS, CAMI-26, RIBS	Sí, todas
4	(22)	Trasversal	Talleres con más de 100 personas, con situaciones relacionadas con el estigma y la enfermedad mental y marketing social (TV, anuncios, radio, cine, impresos, anuncios online, etc.)	4000	Población general mayor de 18 años, en especial 20-40 años	Conocimiento espontáneo de la campaña, conocimiento relacionado con la salud mental, actitud, intención de comportamiento, componente social, calidad y cantidad de contacto, cambio de actitud, revelación.	MAKS, CAMI, RIBS, preguntas sobre cambio de actitud, franqueza y familiaridad con los problemas de salud mental	Sí, todas excepto las preguntas independientes
5	(23)	Trasversal 4 medidas*	Anuncios en TV, radio, cine, impresos, anuncios online.	1700x4	Población general mayor de 18 años	Actitudes, intención de comportamiento, familiaridad con los problemas de salud mental	MAKS, RIBS, CAMI, preguntas sobre cambio de actitud, franqueza y familiaridad con los problemas de salud mental	Sí, todas menos las preguntas independientes

6	(24)	Trasversal 2 medidas*	Dos tipos: The Roadshow (12 eventos durante un mes donde 100 voluntarios con experiencia reparten postales, tarjetas, materiales de publicidad, etc.) y Time to Get Moving (200 actividades de masas una semana al año, con partidos de fútbol, talleres de baile, etc).	403	Población general mayor de 18 años	Presencia y calidad del contacto social, intención de comportamiento, intención de revelación de problemas mentales en el futuro, enganche con la campaña	RIBS, Cuestionario sobre revelación, cuestionario sobre calidad de contacto social.	Solo RIBS
7	(25)	Trasversal 3 medidas*	Intervención piloto de Time to Change 4 semanas en Cambridge	92+198+120=410	Población general mayor de 18 años	Conocimiento de salud mental, actitudes, intención de comportamiento, distancia social	MAKS, CAMI, RIBS	Todas
8	(26)	Trasversal	Efecto de la promoción de la puesta en marcha de la campaña anti-estigma Time to Change	250	Población general mayor de 18 años	Efecto de la promoción de Time to change	AMIQ-5	Sí

\*Se ha tomado como estudio trasversal dado que aunque se han tomado varias medidas, se ha realizado una sola medida con cada muestra.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos sugieren que las escalas de valoración de estigma (y de los constructos más directamente relacionados) más utilizadas como medida del impacto de las campañas anti-estigma son: CAMI, RIBS, MAKS y AMIQ. Son escalas validadas utilizadas principalmente para la campaña «Time To Change» del Reino Unido, y también en la campaña OBERTAMENT de Cataluña. En los últimos años se ha adaptado la escala CAMI a una versión reducida de 26 ítems que se utiliza cada vez con más frecuencia.

También se han utilizado con mucha frecuencia cuestionarios desarrollados adrede para cada estudio, pero después no se han publicado datos de fiabilidad o validez por lo que es imposible contrastar la calidad de los mismos. También se utilizan preguntas sencillas sobre el conocimiento de la campaña.

Por otra parte, según los resultados de la búsqueda realizada, la mayoría de los estudios de valoración del impacto de campañas anti-estigma se han realizado sobre poblaciones específicas, especialmente sobre usuarios y profesionales de salud y sobre alumnos en colegios o institutos. Parece haber un vacío en la literatura científica referente a las grandes campañas anti-estigma, salvando las tres campañas mencionadas en la revisión, en Reino Unido, Cataluña y Alemania. Es llamativo que solo tres países acumulen la mayor parte de los estudios sobre estigma a nivel poblacional en los últimos diez años.

Las limitaciones más importantes de este estudio son: la concreción de los términos utilizados para la búsqueda bibliográfica y la restricción temporal. Se ha revisado la literatura correspondiente a los últimos diez años de investigación por lo que, de haber artículos relevantes publicados anteriormente a 2006, se han perdido. Sin embargo, para la revisión se han utilizado las bases de datos de revistas científicas más importantes (MEDLINE, PsycNET, Cochrane, etc.). No obstante, es posible que se hayan perdido estudios debido a que solo se han utilizado términos de búsqueda relacionados con el tema del trabajo, pero no otros que, con menor relación, podrían esconder estudios candidatos a ser incluidos, como el término discriminación. Además, la búsqueda se ha restringido a los artículos publicados en inglés, castellano y francés por lo que algunos estudios relevantes escritos en otros idiomas podrían haber quedado excluidos. Por último, aunque se ha buscado dentro de la literatura publicada en las bases de datos más amplias y también en páginas web de referencia en cuanto al estigma y la discriminación, se han omitido los estudios no publicados por lo tanto es posible que algunos estudios hayan quedado excluidos.

## CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta revisión sistemática, que ha sido valorar las escalas más utilizadas en la evaluación del impacto de las campañas anti-estigma centradas en la población general, se ha cumplido. Tras valorar los criterios de calidad y selección, nuestra revisión ha identificado 8 estudios de calidad, con más de 30 000 participantes estudiados, en las bases de datos científicas actualmente más importantes.

Los resultados de la revisión indican que en los últimos diez años se han realizado numerosas campañas anti-estigma atendiendo a diferentes poblaciones y ámbitos dentro de Europa, sin embargo, solo unas pocas campañas se han centrado en la población general. Además, en dichas campañas se han utilizado principalmente 4 escalas estandarizadas (RIBS, MAKS, CAMI y AMIQ) y numerosos cuestionarios ad-hoc.

Esta es, probablemente, la primera revisión sistemática centrada en las escalas usadas para campañas anti-estigma dirigidas a población general, y supone un primer paso para estandarizar los métodos de valoración de dichas campañas, sin embargo sería recomendable ampliar el número de términos de búsqueda e idiomas tenidos en cuenta para establecer conclusiones más firmes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. 2008;28(1):48–83.



2. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Adv Psychiatr Treat.* 2000;6(1):65–72.
3. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Campion J, et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull.* 2001;27(2):187.
4. Muñoz M, Guillén AI, Pérez-Santos E. La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabil Psicosoc.* 2013;10(2):10–19.
5. Penn DL, Couture SM. Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness. *World Psychiatry.* 2002;1(1):20–21.
6. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull.* 1999;25(3):467.
7. Clement S, van Nieuwenhuizen A, Kassam A, Flach C, Lazarus A, de Castro M, et al. Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2012;201(1):57–64.
8. Corrigan PW. Research and the elimination of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatry.* julio de 2012;201(1):7-8.
9. Phelan JC, Link BG. The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 16 de noviembre de 1998;33(13):S7-12.
10. Phelan M, Stradins L, Morrison S. Towards a global definition of patient centred care. *Psychiatry.* 1998;155:974–6.
11. Crisp A. Changing minds : every family in the land: An update on the College's campaign. *Psychiatr Bull.* 1 de julio de 2000;24(7):267-8.
12. Mehta N, Clement S, Marcus E, Stona A-C, Bezborodovs N, Evans-Lacko S, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: Systematic review. *Br J Psychiatry.* noviembre de 2015;207(5):377-84.
13. Clement S, Lassman F, Barley E, Evans-Lacko S, Williams P, Yamaguchi S, et al. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database Syst Rev.* 23 de julio de 2013;(7):N.PAG-N.PAG.
14. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet Lond Engl.* 12 de marzo de 2016;387(10023):1123-32.
15. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Med.* 21 de julio de 2009;6(7):e1000100.
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, for the PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ.* 21 de julio de 2009;339(jul21 1):b2535-b2535.
17. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Mental health : facing the challenges, building solutions : report from the WHO European Ministerial Conference. [Internet]. Copenhagen

Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe; 2005. 195 p. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf)

18. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2016 edition [Internet]. Australia: The Joanna Briggs Institute; 2016 [citado 13 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>

19. Rubio-Valera M, Fernández A, Evans-Lacko S, Luciano JV, Thornicroft G, Aznar-Lou I, et al. Impact of the mass media OBERTAMENT campaign on the levels of stigma among the population of Catalonia, Spain. *Eur Psychiatry*. enero de 2016;31:44-51.

20. Makowski AC, Mnich EE, Ludwig J, Daubmann A, Bock T, Lambert M, et al. Changes in beliefs and attitudes toward people with depression and schizophrenia – results of a public campaign in Germany. *Psychiatry Res*. 30 de marzo de 2016;237:271-8.

21. Evans-Lacko S, Corker E, Williams P, Henderson C, Thornicroft G. Effect of the Time to Change anti-stigma campaign on trends in mental-illness-related public stigma among the English population in 2003–13: An analysis of survey data. *Lancet Psychiatry*. julio de 2014;1(2):121-8.

22. Evans-Lacko S, Malcolm E, West K, Rose D, London J, Rüsçh N, et al. Influence of Time to Change's social marketing interventions on stigma in England 2009–2011. *Br J Psychiatry*. abril de 2013;202(Suppl 55):S77-88.

23. Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G. Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009-2012. *Br J Psychiatry Suppl*. abril de 2013;55:s51-57.

24. Evans-Lacko S, London J, Japhet S, Rüsçh N, Flach C, Corker E, et al. Mass social contact interventions and their effect on mental health related stigma and intended discrimination. *BMC Public Health*. 28 de junio de 2012;12:489-489.

25. Evans-Lacko S, London J, Little K, Henderson C, Thornicroft G. Evaluation of a brief anti-stigma campaign in Cambridge: do short-term campaigns work? *BMC Public Health*. enero de 2010;10:339-44.

26. Abraham A, Easow JM, Ravichandren P, Mushtaq S, Butterworth L, Luty J. Effectiveness and confusion of the Time to Change anti-stigma campaign. *The Psychiatrist*. junio de 2010;34(6):230-3.

27. Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderch D, Henderson C, et al. Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. julio de 2010;55(7):440-8.

28. Evans-Lacko S, Rose D, Little K, Flach C, Rhydderch D, Henderson C, et al. Development and psychometric properties of the reported and intended behaviour scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiol Psychiatr Sci*. septiembre de 2011;20(3):263-71.

29. Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull*. 1981;7(2):225-40.

30. Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G, McCrone P. Economic evaluation of the anti-stigma social marketing campaign in England 2009-2011. Br J Psychiatry. 2013;202(s55):s95–s101.

31. Luty J, Fekadu D, Umoh O, Gallagher J. Validation of a short instrument to measure stigmatised attitudes towards mental illness. The Psychiatrist. 2006;30(7):257–260.

## ANEXO I. ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE SESGO PARA ESTUDIOS TRASVERSALES

### JBIC Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:      Include       Exclude       Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

## ANEXO II. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS ORIGINALES DE LAS ESCALAS UTILIZADAS EN LA VALORACIÓN DE LAS CAMPAÑAS ANTI-ESTIGMA

Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. <i>Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie</i> , 55(7), 440-448.	MAKS
Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the reported and intended behaviour scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. <i>Epidemiology and Psychiatric Sciences</i> , 20(3), 263-271.	RIBS
Luty, J., Fekadu, D., Umoh, O., & Gallagher, J. (2006). Validation of a short instrument to measure stigmatised attitudes towards mental illness. <i>The Psychiatrist</i> , 30(7), 257-260.	AMIQ
Rüsch, N., Evans-Lacko, S., Henderson, C., Flach, C., & Thornicroft, G. (2011). Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. <i>Psychiatric Services (Washington, D.C.)</i> , 62(6), 675-678. <a href="https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0675">https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0675</a>	CAMI-26
Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. <i>Schizophrenia Bulletin</i> , 7(2), 225-240.	CAMI

**VOLVER AL ÍNDICE**

# UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA A LA NOCIÓN DE FUNCIONALIDAD

Ferrán Molins Gálvez

José Manuel López Santín

Contacto: [fmowgly@hotmail.com](mailto:fmowgly@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

En una serie de artículos influyentes previos a la publicación de la última versión del manual DSM de la American Psychiatric Association se señalaban seis cuestiones esenciales relativas al diagnóstico psiquiátrico. Una de las seis era ni más ni menos que la propia definición de trastorno mental(1). No deja de llamar la atención que una disciplina como la psiquiatría, que cuenta ya con dos siglos de historia, siga sin poder delimitar su campo de estudio, a pesar de los esfuerzos que se han hecho al respecto. En este sentido, uno de los últimos esfuerzos fue el realizado por un grupo influyente de psiquiatras científicamente orientados de la Universidad de Washington en St Louis alrededor de la década de 1970. Se han conjeturado diversos motivos por los que se llevó a cabo ese esfuerzo: el intento de menguar la influencia del psicoanálisis en la psiquiatría americana, el intento de responder al desafío lanzado por las tesis de la antipsiquiatría ejemplificado en autores como Thomas Szasz, los resultados del ya clásico trabajo «UK-USA Diagnostic Project» en el que se encontraron marcadas discrepancias en los diagnósticos psiquiátricos elaborados en ambos países(2-4). El resultado de dicho esfuerzo fue la elaboración de la serie de manuales diagnósticos DSM de la American Psychiatric Association, que tuvo una influencia nada despreciable en la clasificación diagnóstica de la OMS, la CIE.

Como se ha dicho en otro lugar, dicho esfuerzo conllevaba la simplificación del lenguaje de la psicopatología (5). El criterio a seguir era que solamente sería adecuado conservar aquellos términos psicopatológicos que se refirieran a fenómenos mentales cuyas descripciones pudieran ser reducidas al «menor nivel posible de inferencia», idealmente a descripciones del comportamiento externo o incluso a un lenguaje ordinario (el DSM lo puede leer un no especialista)(6). Se esperaba así, que los clínicos usaran consistentemente lenguaje ordinario de primer orden, para enmarcar definiciones imparciales, libres de valores, acontextuales y ateóricas que mejoraran la fiabilidad de las descripciones. El objetivo perseguido sería aumentar la fiabilidad entre observadores y establecer un mínimo lenguaje común entre escuelas diversas.

## OBJETIVOS

En este trabajo se pretende mostrar los presupuestos teóricos que llevaron a que se tratara de evitar uno de los términos que había ocupado la literatura psicopatológica hasta un determinado momento. Este término fue el de «normalidad» y se trató de sustituir por otro que aparentemente no tuviera las connotaciones normativas y valorativas del mismo. El término que tomó el relevo fue el de «funcionalidad». Éste concepto, impregna hoy en día el lenguaje de los profesionales, lo encontramos articulando la reciente clasificación CIF de la OMS(7) y en los últimos años se han publicado diversas escalas para poder medirla. Asimismo la mejoría de la funcionalidad se ha ido introduciendo como uno de los principales objetivos terapéuticos, así como uno de los indicadores más significativos del cambio de cualquier intervención terapéutica. Un segundo objetivo de este estudio es hacer explícitos algunas de las implicaciones y de los problemas de la noción de funcionalidad en salud mental.

## METODOLOGÍA

En primer lugar se presenta una revisión narrativa de algunos textos paradigmáticos de psicopatología en los que se aborda de manera explícita, incluso dedicándole capítulos enteros, a una discusión sobre la «normalidad». Posteriormente, partiendo de algunos de los argumentos de la antipsiquiatría, se presenta el debate filosófico que subyace a la desaparición de ésta noción en los manuales diagnósticos DSM(8) y CIE(9). Se muestra el papel, distinto pero crucial, que adquiere el concepto de «funcionalidad», en la articulación y delimitación de lo que se considera un trastorno mental en las dos clasificaciones. Finalmente se abordan los problemas que dicha noción acarrea en el ámbito de la salud mental y se presentan algunos argumentos que tratan de evidenciar que los problemas inherentes a la noción de normalidad persisten a pesar del relevo tomado por el de funcionalidad.

## DESARROLLO

### **Algunas concepciones históricas de la noción de «normalidad»**

En el desarrollo histórico de la psiquiatría como práctica con pretensiones científicas encontramos diversas concepciones de la normalidad psíquica. Frecuentemente, pero no siempre, se considera sinónimo de «salud mental». No es el objetivo de este trabajo llevar a cabo una revisión exhaustiva de las mismas, tarea mucho más ambiciosa que la que se pretende, pero si advertir a través de una selección de textos paradigmáticos algunos de los múltiples sentidos que se le ha dado, así como algunos de los problemas que ha conllevado.

Karl Jaspers en su clásica obra «Psicopatología general» de 1913(10) trata la cuestión en la sexta parte de su obra al comentar los conceptos de salud y enfermedad. Para Jaspers el concepto de enfermedad no es unitario. En su uso encuentra solamente como común denominador que expresa un juicio de valor e implica de diversas maneras lo nocivo, lo indeseable o lo inferior. Jaspers cri-

tica los intentos de definir la enfermedad, en la medicina somática, únicamente a partir de las desviaciones del concepto de término medio estadístico. El término medio estadístico, que sería considerado la «normalidad» sería sinónimo de «sano» y las desviaciones del mismo «enfermo». Los argumentos que plantea Jaspers contra esta concepción son: 1) hay manifestaciones vitales en la mayoría de los hombres (p.ej. las caries dentarias) que se califican de enfermas a pesar de ser del término medio 2) hay apartamientos del término medio en duración de la vida, fuerza corporal, capacidad de resistencia que no se podrían calificar nunca de «enfermos» y requerirían una tercera categoría como «supersalud» 3) casi nunca se establece el término medio en la vida del cuerpo humano y casi nunca se sabe el término medio. Asimismo sostiene que los médicos cuando piensan en «desviaciones» no se refieren nunca a un concepto estadístico de término medio, sino a un concepto ideal, el cual no deja de ser un concepto normativo, no empírico. En el ámbito de la psiquiatría, se multiplican los conceptos normativos según Jaspers. Así, además de los biológicos como la conservación de la vida y de la especie, se añaden otros tales como: la utilidad social, la capacidad de dicha y contento, la unidad de la personalidad, la armonía de las cualidades, la constancia de los caracteres, el acuerdo armónico entre tendencias e instintos, etc. La multiplicidad de tales conceptos normativos, o dicho de otro modo, de sentidos de la «normalidad» entrafía que las fronteras de lo psíquicamente enfermo estén sometidas a oscilaciones mucho mayores que cuando se trata de los límites casi constantes de los enfermos corporales. Asimismo, mucho menos que en lo corporal se puede hablar de un concepto unitario del «enfermo» y en menor medida se puede conocer el término medio. El análisis que realiza Jaspers es esclarecedor y muestra que la noción de normalidad psíquica a través de los diversos conceptos normativos presentaba ya en su momento múltiples sentidos. Las diferentes tendencias, escuelas o autores hasta la actualidad pondrían el acento en uno u otro concepto normativo.

Kurt Schneider, discípulo de Jaspers, trae la cuestión a discusión principalmente en el capítulo dedicado a las personalidades psicopáticas en su obra «Psicopatología Clínica»(11) de 1946. Schneider, aparentemente sordo a las objeciones de su maestro, opta paradójicamente por una noción de normalidad basada en un término medio ideal, no estadístico:

*»Las personalidades anormales son desviaciones de un término medio, imaginado por nosotros de personalidades. Lo que aquí da la medida es, por lo tanto, la norma del término medio y no una norma de valor...De las personalidades anormales nosotros seccionamos como personalidades psicopáticas, aquellas personalidades que sufren por causa de su anormalidad o por cuya anormalidad sufre la sociedad...Ya el mero hecho de que la segunda parte de la definición de psicópata esté formada de acuerdo con un punto de vista (sociológicamente) valorativo que es muy relativo veda su empleo puramente psicológico»(11 p41-42).*

Schneider tiene en cuenta que su definición entra en el dominio de los valores, de lo normativo y eso lo previene de considerar afirmaciones que puedan emplearse en un discurso psicológico así como de considerar como diagnósticos, las etiquetas de los trastornos de personalidad. Aun así, el sentido de «normalidad» que plantea es problemático y puede considerarse fácilmente como «subjetivista» ya que es cuestionable el grado de coincidencia que tiene la representación de un término medio ideal en la cabeza de cada profesional.

Jean Bergeret (12), tras realizar una de las revisiones más exhaustivas de los sentidos de la «normalidad», propone en 1974, desde una perspectiva psicoanalítica, una definición de «normalidad» y de «salud mental» que, a diferencia de la de Schneider, pretende abstraerse de toda consideración de término medio estadístico. Bergeret trata de asentar su concepción en un estado de equi-

libro ideal dentro de cada estructura de personalidad (psicótica, neurótica) entre las presupuestas instancias intrapsíquicas y las exigencias del entorno. Su propuesta plantea una divergencia de sentidos entre la «normalidad» como término medio estadístico y su concepción de «normalidad» que equipara a «salud mental». De acuerdo con esta distinción si tomamos la normalidad como el término medio estadístico, lo normal podría ser presentar algún tipo de trastorno y por tanto el estado ideal de salud podría ser algo que sólo presentara una minoría.

*«Reserváramos la noción de «normalidad» a un estado de adecuación funcional feliz solamente en el interior de una estructura fija, ya sea neurótica o psicótica, en tanto que la patología correspondería a una ruptura del equilibrio dentro de la misma estructura»(12 p43).*

*«La persona verdaderamente «sana» no es simplemente la que se declara como tal, ni mucho menos un enfermo que se ignora, sino un sujeto que conserva en sí tantas fijaciones conflictuales como la mayoría de la gente, que no haya encontrado en su camino dificultades internas o externas que superen su equipo afectivo hereditario o adquirido, sus facultades personales de defensa o de adaptación, y que se permita un juego bastante flexible de sus necesidades pulsionales, de sus procesos primario y secundario tanto en los planos personales como sociales, evaluando la necesidad con exactitud y reservándose el derecho de comportarse de manera aparentemente «aberrante» en circunstancias excepcionalmente «anormales» »(12 p32).*

Al margen de la cantidad de metapsicología psicoanalítica que se debe digerir para manejar dicha concepción de «normalidad», se advierte, como en Schneider, una apelación a un término medio ideal fácilmente objeto de crítica por «subjetivista» cuando se afirma «tantas fijaciones conflictuales como la mayoría de la gente». Este tipo de expresiones, aparentemente evidentes y todavía muy presentes en las definiciones de los trastornos en la actualidad, ocultan una referencia a datos inaccesibles.

## **La crítica de la antipsiquiatría y el giro «funcionalista» de la psiquiatría biológica**

El término de «normalidad», como ya se ha dicho, se encuentra apenas presente como tal en las clasificaciones de los trastornos mentales de mayor difusión internacional, el DSM y la CIE. Para tratar de arrojar una hipótesis sobre dicha desaparición, vale la pena revisar el desafío que supuso la denominada antipsiquiatría. Dicho desafío, despertó el interés por cuestiones conceptuales y teóricas de la psiquiatría en el mundo de la filosofía analítica anglosajona a partir de 1960. Esto fue así porque más allá de cuestiones políticas, el desacuerdo entre la antipsiquiatría y los defensores de una psiquiatría biológica era filosófico más que empírico. En dicho desacuerdo, se situaba el debate sobre la naturaleza de la enfermedad mental en sí.

Uno de los principales autores que tradicionalmente se ha vinculado a la antipsiquiatría es Thomas Szasz. Este psiquiatra americano, publicó en 1972 un libro titulado «El mito de la enfermedad mental» en el que sostenía la tesis de que la enfermedad mental no existe y que era un mito. Para defender tal postura presentaba argumentos filosóficos al respecto. El principal argumento era que la enfermedad física y la enfermedad mental responden a normas distintas. Mientras que las enfermedades físicas se definen como desviaciones de la integridad estructural o física, las enfermedades mentales se definen en relación a normas evaluativas y que consecuentemente, es lógicamente absurdo tratarlas médicamente(13).



Las tesis de Szasz dieron lugar a respuestas múltiples y matizadas entre psiquiatras y filósofos. En este debate acerca de la naturaleza de la enfermedad mental, Tim Thornton(14) ha distinguido someramente dos posiciones: por un lado, aquellos teóricos que abogan porque la enfermedad mental o incluso la noción de enfermedad está cargada de valores. Por otro lado, aquellos teóricos que denomina descriptivistas que defienden la posibilidad de una definición de enfermedad y de enfermedad mental en particular libre de valores. Los primeros, sostienen que en el corazón de la noción de enfermedad, hay algo que es o bien malo para el que lo sufre o bien una desviación social o moral de la norma. Ambas situaciones contienen nociones evaluativas. Los segundos, en cambio, defienden que la enfermedad es básicamente una cuestión fáctica, libre de valores. Desde esta posición, se sostiene que la enfermedad conlleva un fallo en una función biológica y que la noción de función es un hecho, un término biológico apoyado por las teorías evolucionistas.

Las posiciones descriptivistas, es decir, aquellas que defienden que es posible una noción de enfermedad libre de valores sustentada por una disfunción biológica que conlleva una desventaja biológica, son las que parecen haber influido el giro del lenguaje de los manuales diagnósticos modernos, DSM y CIE. En este sentido, se puede llegar a entender el intento de abandono de conceptos normativos y la adopción de la noción de «funcionalidad» como sustituto adecuado y aparentemente libre de valores.

Antes de terminar este apartado, es interesante mostrar que aunque los intentos hayan sido en la línea de tratar de evitar conceptos normativos, un análisis de algunas de las expresiones que aparecen en estos manuales dejan entrever que esto no se ha conseguido de manera satisfactoria. Encontramos perífrasis de la noción de «normalidad» o de su opuesto la «anormalidad». Éstas nociones, adolecen además del mismo «subjetivismo» que se advertía en las nociones de Kurt Schneider o de Bergeret. Un ejemplo lo encontramos en las posibles especificaciones del trastorno delirante crónico en el DSM 5, en el que se puede usar el calificativo «con contenido extravagante», siendo «extravagante» un término evaluativo denso y que implícitamente hace referencia a una norma que se vulnera. Otro ejemplo lo encontramos en el criterio A de trastorno de personalidad en el DSM 5. Al usar la expresión «que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo», se está empleando una perífrasis de uno de los posibles sentidos del término «normalidad»(8).

## **El concepto de «funcionalidad» toma el relevo**

La noción de la «funcionalidad» y la perspectiva de los teóricos descriptivistas se ha introducido en los manuales de clasificación de enfermedades mentales de la APA y de la OMS. Aun así, si comparamos el papel que juega en las dos clasificaciones encontramos que es significativamente distinto con implicaciones en la propia delimitación de lo que se considera un trastorno mental y en los requisitos para poder ser aplicable un diagnóstico psiquiátrico.

La APA, en la nueva edición del DSM, el DSM-5(8), mantiene la práctica introducida desde el DSM-III de exigir un criterio de afectación de la funcionalidad para establecer un umbral diagnóstico para los trastornos mentales. Esta exigencia, se ha operacionalizado mediante el uso de un criterio genérico que se suele formular como «el trastorno causa una afectación clínicamente significativa o un deterioro social, ocupacional o en otras áreas de funcionamiento». Este criterio, se encuentra así formulado o con equivalentes en la mayoría de los diagnósticos de la clasificación.

La OMS hace una distinción conceptual entre los trastornos médicos y psiquiátricos y la afectación de la funcionalidad que resultan de tales trastornos. Esto se refleja en el mismo hecho de que la OMS ha elaborado dos clasificaciones distintas. Por un lado, hay la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), donde se listan los diagnósticos de los trastornos tanto físicos como psíquicos(9). Por otro lado, está la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF), en la que se encuentran las definiciones de deterioro y discapacidad, así como su evaluación en relación a las enfermedades(7). Así pues, para la OMS, la afectación de la funcionalidad no se considera una característica inherente de ningún diagnóstico médico o psiquiátrico y debe evaluarse por separado. La separación de la OMS entre la clasificación de las enfermedades y el funcionamiento, separa el deterioro funcional o la discapacidad funcional de sus eventuales causas médicas o psiquiátricas. A diferencia del DSM, una persona puede ser diagnosticada de un trastorno mental sin presentar una afectación de la funcionalidad.

Algunos autores (15) han señalado que estas diferencias en la definición de trastorno mental entre las clasificaciones de la OMS y las de la APA reflejan un conflicto entre modelos de discapacidad. Así, el modelo DSM-5 continuaría demostrando la influencia del modelo tradicional médico de discapacidad, mientras que la CIE reflejaría la integración de los nuevos y progresivamente más populares modelos sociales de discapacidad.

## **Principales cuestiones problemáticas de la noción de funcionalidad en salud mental**

Uno de los atractivos del abandono de las discusiones en torno a la «normalidad» y su sustitución por hablar de «funcionalidad» es que supuestamente esta aproximación se acercaría en mayor medida a la posibilidad de naturalizar los trastornos mentales y aproximarse así a un modelo más científico bajo presupuestos positivistas. Sería así, un modo de aproximarse a explicaciones de los comportamientos «desviados» o «patológicos» en términos de un fallo en funciones biológicas. La enfermedad sería una cuestión de un sistema «disregulado» que no se comporta como debiera y que da lugar a una afectación de la función en los diversos ámbitos de la vida (laboral, social). Teóricos de los valores como Fullford, Megone o Bedau, han argumentado que detrás de la noción de «función biológica» subyacen aspectos normativos que provienen de los valores que se han introducido subrepticamente en la caracterización de las funciones(14). Otro teóricos como Thornton argumentan que la cuestión no es un problema de la noción de función sea un concepto evaluativo y enmarcan la cuestión en un debate más amplio sobre la necesidad de una visión más amplia de la naturaleza que incluya además del reino de las leyes mecánicas, aspectos del espacio de las razones como el significado y los valores (14).

Otro de los aspectos a considerar es hasta que punto, el criterio de la funcionalidad promueve la falta de consideración hacia la justificación moral de los comportamientos. Cabe tener presente, que para emitir el juicio diagnóstico de algunos trastornos se atiende a consideraciones morales (p.ej. el trastorno antisocial de la personalidad). Si la funcionalidad se postula como único criterio de salud mental, cualquier comportamiento por amoral que sea podría ser considerado saludable mientras sea funcionalmente aceptable.

En tercer lugar, teniendo en cuenta que los problemas de salud mental se sitúan en una dialéctica entre individuo y sociedad, la noción de funcionalidad, en un determinado sentido, pone el acento en la adaptación del individuo a su entorno y es a éste, al que se pone el diagnóstico al fin

y al cabo. Eso deja al margen, la posibilidad de abrir el debate sobre cuestiones problemáticas y controvertidas de la sociedad como conjunto, ya sea como posible entorno «patológico», nocivo, políticamente injusto, persecutorio o culpabilizador.

También se puede argumentar que el criterio de funcionalidad no cierra la posibilidad de psiquiatrizar o patologizar problemas de raíz social, económica o política. Así dispuesto, se abre a un uso político para la gestión y maquillaje de dichos problemas, apareciendo nuevos e imaginativos diagnósticos que lo único que tienen como denominador común es una supuesta afectación del funcionamiento social. Esto parece haber sido una constante en la historia, generando un frágil y cambiante sistema de vasos comunicantes en las competencias que las administraciones públicas deben asumir entre el ámbito laboral, el legal-penitenciario y el asistencial-sanitario.

Finalmente, es difícil entrever la posibilidad de que la evaluación en determinados ámbitos de la funcionalidad, no esté contaminada por cuestiones ideológicas. Es el caso de dominios presentes en clasificaciones como la CIF, tales como el nivel óptimo de participación en actividades sociales o el número adecuado y la calidad de las interacciones y relaciones interpersonales(7). Dichos ámbitos no parecen ser fáciles de ser evaluados desde una perspectiva que no introduzca puntos de vista ideológicos.

## CONCLUSIONES

Se ha tratado de mostrar que a raíz de las críticas de la antipsiquiatría y respondiendo a una exigencia de cientificidad, se iniciaron intentos de depurar el lenguaje de la salud mental asumiendo presupuestos teóricos descriptivistas, que llevaron a tratar de evitar conceptos y nociones normativas y evaluativas. En este contexto, se abandonan las discusiones sobre el concepto de «normalidad» y por consiguiente, de lo que se considera salud mental, en beneficio de la noción de «funcionalidad». Dicho concepto se ha extendido en los manuales diagnósticos actuales y en el lenguaje de los profesionales, siendo aceptado de manera acrítica incluso por aquellos que mantienen posiciones alejadas de la psiquiatría biológica.

Se ha puesto de manifiesto que a pesar de los esfuerzos de mantenerse en una perspectiva descriptivista, los manuales de clasificación de los trastornos mentales modernos siguen presentando conceptos normativos y evaluativos. Se evidencia pues, la imposibilidad de construir un lenguaje libre de valores para la salud mental.

Se han presentado argumentos que ponen en tela de juicio que la adopción de un lenguaje más «funcionalista» resuelva de manera satisfactoria las cuestiones y la problemática inherente a la delimitación de los trastornos mentales. Problemas que, por otro lado, ya existían en las discusiones acerca de la «normalidad».

De acuerdo con la posición que Karl Jaspers (10) defendía en su tratado, se sostiene que no es posible un concepto unitario de enfermedad mental y que los conceptos normativos en psiquiatría son múltiples y sujetos a contingencias históricas. La adopción del criterio de funcionalidad como criterio normativo privilegiado para delimitar lo que se considera un trastorno mental, es visto pues, como una restricción pragmáticamente útil del sentido de lo que se considera «salud mental», pero problemática y cargada de ideología.

En el fin de este camino, persiste la comezón de una de las preguntas éticas por excelencia que atormenta las bases teóricas de la psiquiatría: ¿En que consiste llevar una vida buena?

## BIBLIOGRAFÍA

1. Phillips J et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine* 2012, 7:3
2. Zachar P, Drozdstoj ST, Aragona M, Jablensky A, editores. *Alternative perspectives on psychiatric validation DSM, ICD, RDoC, and Beyond*. New York: Oxford University Press; 2015.
3. Kendal RE, Cooper JE, Gourlay AJ et al. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch of Gen Psychiatry* 1971; 25: 123-130.
4. Cooper JE, Kendell RE, Gurland BJ et al. *Psychiatric Diagnosis in New York and London*. London: Oxford University Press; 1972.
5. Molins F, Lopez-Santín JM. La simplificación neopositivista del lenguaje de la psicopatología desde una perspectiva post-wittgensteiniana. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2015; 35 (125): 145-155.
6. Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull.* 2013; 39: 270–7.
7. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
9. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10-ES: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión Modificación Clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General Técnica: Boletín Oficial del Estado; 2016.
10. Jaspers K. *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura Económica; 2001.
11. Schneider K. *Psicopatología clínica*. Madrid: Triacastela; 1997.
12. Bergeret J. *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Gedisa; 2005.
13. Szasz T. *The Myth of Mental Illness*. London: Paladin; 1972.
14. Thornton T. *Essential Philosophy of Psychiatry*. New York: Oxford University Press; 2007.
15. Gold LH. DSM-5 and the Assessment of Functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). *J Am Acad Psychiatry Law.* 2014; 42: 173-181.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# SUJETOS A LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

# LAS REFORMAS DEL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX: JOSÉ SALAS Y VACA (1877-1933) COMO JEFE FACULTATIVO<sup>1</sup>

Ruth Candela

Psiquiatra, Centro de Salud Mental de Fuenlabrada (Madrid)

Contacto: [ruthcandela79@gmail.com](mailto:ruthcandela79@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

El proceso de institucionalización de la psiquiatría española como disciplina científica a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX y primeras décadas del XX ha sido objeto de numerosas publicaciones (1, 2, y 3), entre las que destacan los trabajos de Rafael Huertas (4, 5, 6, 7, 8). Al contrario que en Francia, con su ley de alienados de 1838, o en Inglaterra, cuya primera ley especial apareció en 1828 (1), en España no se llegó a contar en todo el periodo decimonónico con una legislación específica para la atención de los alienados, situándose ésta en el amplio marco de la asistencia pública regulado por la Ley de Beneficencia de 1849. Dicha legislación estableció las dos líneas básicas en torno a las que se desarrollaría la atención a los enfermos mentales en España: una red pública de manicomios dependientes del Estado y algunas instituciones privadas (4). A pesar de que planificaba seis establecimientos para locos en todo el país (9, 10, 11), tan solo vio la luz uno de ellos, el Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés, inaugurado en diciembre de 1851. Así pues, las deficiencias de la asistencia pública, la escasa medicalización de las instituciones y el poder de las órdenes religiosas en detrimento del papel de los profesionales médicos, relegados a un segundo plano (8, 13), favoreció que las instituciones privadas se convirtieran en el motor del desarrollo de la psiquiatría en España. En las primeras décadas del siglo XX se sucedieron las crí-

---

1. Esta comunicación ha sido realizada en el marco del proyecto de investigación «Psiquiatría y cambio social en España (1960-1985)». Referencia: HAR2015-66374-R financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad de España.

ticas contra el grave estado de la calidad asistencial española y muchos psiquiatras comenzaron a expresar la necesidad de reformas dirigidas a la medicalización de la asistencia de la enfermedad mental. Fruto de este dinamismo se fundó, en 1919, la revista *Archivos de Neurobiología* (14, 15), se constituyó la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en 1924 (16, 17) y, tres años más tarde, se creó la Liga de Higiene Mental (18 y 19).

El estudio del funcionamiento de las instituciones psiquiátricas concretas ha tenido un papel muy relevante para el conocimiento de nuestra profesión y, en este sentido, la producción historiográfica en torno a la historia institucional de los establecimientos psiquiátricos se ha enriquecido en los últimos años con un número importante de trabajos que se han ocupado de estudiar el funcionamiento de éstos tanto en España (20, 21, 22, 23, 24) como en el extranjero (25, 26, 27). El Manicomio de Santa Isabel de Leganés es, sin duda, una de las instituciones psiquiátricas más exploradas a lo largo de las últimas décadas (28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35), destacando los trabajos de Olga Villasante (36, 37, 38). Sin embargo existen menos estudios que analicen las características asistenciales de esta paradigmática institución durante el primer tercio del siglo XX (39, 40, 41).

## OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo es analizar las mejoras realizadas en el Manicomio Nacional de Leganés en las tres primeras décadas del siglo XX, especialmente durante la jefatura de José Salas y Vaca (1877-1933), neuropsiquiatra andaluz que estuvo al frente del establecimiento nacional desde 1911 hasta 1929. Las reformas en el establecimiento fueron una prioridad para este mentalista recogiendo en dos obras: *Frenocomios Españoles. Bases para la Reforma de nuestros servicios de alienados* (42) y *Mejoras realizadas en los Servicios del Manicomio Nacional* (43). Para ello, se ha analizado diversa documentación de archivo, publicaciones médicas del periodo, prensa y diarios oficiales como la Gaceta de Madrid, y se ha realizado una revisión de las investigaciones disponibles sobre historiografía de la época de estudio. Es importante señalar que el presente estudio se encuentra en el marco de un proyecto de investigación más amplio que analiza el funcionamiento, las características de la población internada y la asistencia clínico terapéutica del establecimiento en el primer tercio del siglo XX y que constituye la tesis doctoral de la autora.

## ***FRENOCOMIOS ESPAÑOLES, BASES PARA LA REFORMA DE NUESTROS SERVICIOS DE ALIENADOS (1924), DE JOSÉ SALAS Y VACA***

Si bien Salas no constituyó una figura de primer orden en los movimientos de reforma de la asistencia a los alienados de la segunda década del siglo XX, si se unió a estas reivindicaciones. Su relación con otros neuropsiquiatras como Enrique Fernández Sanz (1872-1950), que ocupó un lugar preeminente en el desarrollo ideológico de los planteamientos de reforma de la asistencia psiquiátrica en España (44, 45, 46), y al que el propio Salas propuso, en 1921, como médico consultor del asilo, o Gonzalo Rodríguez Lafora (1886-1971), fueron clave en este proceso que reprodujo en su obra. No hay que olvidar que Lafora, había iniciado varios años antes una campaña de denuncia como fueron las conocidas reveladoras fotografías que publicó en su artículo «Los manicomios españoles», en el diario *España* en 1916 mostrando el deplorable estado de los asilos españoles (47).

En *Frenocomios españoles: bases para la reforma de nuestros servicios de alienados* (42), obra prologada por el mismo Fernández Sanz, Salas expuso su propia concepción de reforma asistencial. El director de Leganés denunciaba el estado de la asistencia a los alienados en España, muy atrasado en relación a sus vecinos europeos. Entendía que era preciso crear una «Liga de Defensa Mental», cuya función era proponer las mejoras necesarias en la asistencia a los alienados, alineándose, junto a otros neuropsiquiatras de la época, a favor de la creación de una Liga de Higiene Mental (49, 50). Para Salas era también imprescindible la reforma de la Ley de asistencia a los alienados de mayo de 1885 (51), que reguló la asistencia psiquiátrica en España hasta la Segunda República. Conviene recordar que las reprobaciones a esta legislación fueron inmediatas por considerarse que burocratizaba el tratamiento médico de los alienados, concediendo al profesional médico un papel secundario (52, 53).

Sin duda, una de las asignaturas pendientes de la psiquiatría en España era la formación adecuada de practicantes y enfermeros que figuraba entre los puntos primordiales del Plan Moderno de Asistencia a los Alienados, de 1926 (54). También para Salas fue prioritaria la atención del personal subalterno y, en esta línea, mostró por escrito su adhesión a las conclusiones formuladas en la ponencia «Proyectos de organización del personal técnico psiquiátrico», presentada en el *II Congreso Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (16), celebrado en Madrid en el Colegio Oficial de Médicos los días 22-24 de octubre de 1927 (55).

El jefe facultativo de Leganés reivindicó la agrupación de los profesores directores de Manicomios y Servicios de observación en un escalafón «con arreglo a la valoración técnica de sus aptitudes» (Salas y Vaca, 1924, p. 69). Dos años más tarde, Joaquín Gimeno Riera (1877-1945), Jaume Escalas Real (1893-1979) y Oscar Torras i Buxeda (1890-1974), demandarían la creación de un Cuerpo de Alienistas, dependiente de la Dirección General de Sanidad, para colocar a España en «circunstancias análogas a las de otros países» (56).

Salas consideraba que el primer paso en la campaña de reforma española debía ser la construcción de un manicomio modelo en los alrededores de Madrid, que debía contar «con toda clase de servicios» y departamentos de acuerdo a la clasificación técnica. El neuropsiquiatra se ofrecía, junto a su colega Enrique Fernández Sanz para el desarrollo de este proyecto de reforma y sugería a otros mentalistas españoles de diversas regiones españolas, como Juan Barcia Caballero (1852-1926), Manuel Ruiz Maya (1888-1936) o los citados Gimeno Riera y Escalas Real, para la creación de una Asamblea en la que se organizaran estas mejoras (Salas y Vaca, 1924, p.87).

## UN MANICOMIO EN CONTINUO PROCESO DE REFORMA

Si bien la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés (Madrid) nació en el medio de un debate sobre el Manicomio Modelo (57), nunca pudo responder a estas expectativas ya que, entre otras cuestiones, presentó graves deficiencias arquitectónicas al construirse sobre un viejo caserón nobiliario de limitada capacidad y dudosas condiciones higiénicas (37), que obligaron a un número importantes de reformas para ampliarlo o acondicionarlo, las cuales no mantuvieron un plan organizado y se hicieron al margen de la opinión de los técnicos médicos. Las denuncias y alusiones sobre el estado del establecimiento se sucedieron desde su fundación (36) y, concretamente, Eduardo Viota y Soliva, administrador depositario de esta institución entre 1884 y 1899, a finales



del siglo XIX, la describía como (58) «una aglomeración deforme de cosas nuevas, (...), y cosas viejas, en perpetuo deterioro y entre inmundas ruinas» (Viota y Soliva, pp. 156-157).

En las primeras décadas continuaron las reformas y, en 1900, se acordó la construcción de un pabellón de penados en el Manicomio de Leganés, destinado a los dementes sujetos a los tribunales de justicia que precisaban ser aislados del resto (59, 60, 61, 62). Por otra parte, entre 1904 y 1908 se edificó una nueva capilla con los donativos recaudados por la Superiora Sor Teresa Viver y Candell (63, 64), se construyó un depósito de cadáveres y un salón para mujeres pensionistas (65). Es importante señalar que, si bien el Manicomio de Leganés era una institución de la beneficencia, desde su fundación, al igual que en otros establecimientos, tanto españoles (24) como extranjeros (26, 27, 66), se contemplaba la posibilidad de recibir a pacientes pensionistas que pagaban por su estancia. Estas reformas no supusieron un cambio en el carácter benéfico asistencial del asilo y, José Salas y Vaca, a su llegada a la misma, en 1911, describía su estado ruinoso como:

«Aislamiento y separaciones imposibles por falta de sitio y orden para agrupar psicópatas: todo viejo, la mayoría ruinoso; y lo único moderno, construido sin plan» (Salas y Vaca, 1924, p. 5).

Las obras de mejora se sucedieron en Leganés, especialmente durante la jefatura de este facultativo y, desde 1911 hasta 1924, se reformaron los pabellones de distinguidos varones y de mujeres de beneficencia y se gestionó la, tan esperada, resolución del expediente de abastecimiento de aguas potables en 1912 (43). La escasez de agua, que se mantuvo en Leganés hasta al menos los años treinta, era habitual en las instituciones psiquiátricas españolas a principios del siglo XX (67). Conviene señalar que a principios del siglo XX las condiciones de salubridad de las ciudades españolas dejaban mucho que desear y, en Madrid, en 1902, existían más de 3000 pozos negros y más de 4000 casas sin suministro directo de aguas (68).

En el último quinquenio de los años veinte se reformaron el pabellón de las hermanas de la caridad y el departamento de beneficencia (69), pero sin duda, entre las mejoras realizadas destaca la ampliación del pabellón de distinguidos (43, 70, 71), permitiendo aumentar la cifra de asilados en la institución hasta superar las 200 plazas máximas que establecía el Reglamento Orgánico de la institución (72), incremento que se realizó principalmente a expensas de los pacientes privados, que sostenían económicamente el establecimiento, dada la escasa asignación aportada por el Estado.

## UNA JEFATURA FACULTATIVA REFORMISTA

Además de las arquitectónicas se consiguieron mejoras en la plantilla hospitalaria con el aumento del número de médicos contratados, que pasaron de dos facultativos en los primeros años del siglo XX a cinco en los años veinte (61, 43). Salas señalaba que durante su ejercicio se había conseguido además «el establecimiento de una plantilla de practicantes internos» y «algunas mejoras para el personal de custodia» (Salas y Vaca, 1929, pp.24-25). Aunque hemos podido documentar un pequeño aumento en la dotación del personal de cuidado que, en los primeros años del siglo XX se componía de doce enfermeros y ocho criadas lavanderas (61), pasando, a finales de los años veinte a catorce enfermeros en el departamento de hombres y diez enfermeras en el de las mujeres (43), no hemos encontrado información relativa a mejoras en la plantilla de practicantes, como señalaba el mentalista andaluz (73).

Es bien sabido que uno de los problemas de las instituciones psiquiátricas era la carencia de personal; sin embargo, de las fuentes se deduce que el número de trabajadores en Leganés era superior al registrado en otros establecimientos, como el de Valencia (23), institución conocida como el primer manicomio del mundo occidental, que contaba con el mismo número de facultativos que Santa Isabel para una población manicomial que triplicaba la de Leganés o Valladolid, manicomio en el que tres médicos se ocupaban de 1600 enfermos mentales (24). Lo mismo ocurría con el «personal de custodia»; mientras en el Manicomio Nacional había un empleado subalterno por cada seis o siete pacientes a finales de los años veinte, en el asilo valenciano estaban empleados uno por cada diez internos aproximadamente (23). Más precaria aún era la dotación de éstos en el Manicomio de Valladolid donde el ratio de este personal estaba, en la misma época, en uno por cada 26 asilados (24). Los ratios de Leganés eran, sin embargo, inferiores a los recomendados por Fernández Sanz en su artículo «La reforma de los Manicomios españoles» editado en el año 1921, aludiendo a la necesidad de un «asistente» por cada cuatro internos (44).

Además de las mejoras en la plantilla, durante la jefatura de Salas y Vaca se consiguieron reformas en los servicios asistenciales como la construcción de un balneario, dotándose al gabinete hidroterápico de «todos los adelantos» (43) y la instauración del Servicio de Electroterapia (43, 74). El director de Leganés solía complementar su actividad al frente del Manicomio Nacional con la práctica asistencial privada como especialista en esta modalidad terapéutica (75). Como se ha señalado, se solicitó la intervención de Enrique Fernández Sanz como médico consultor en 1921 quien se encargó de la implantación del Servicio de Laboratorio Clínico del establecimiento (43). Conviene recordar que el establecimiento de laboratorios clínicos en los hospitales psiquiátricos era excepcional y fue una de las demandas que se establecieron en el «Plan moderno de asistencia a los alienados» de 1926 (54). Cuando aún no se había establecido el laboratorio clínico en el manicomio, se autorizaron las investigaciones biológicas realizadas por Ángel Morales Fernández, del Instituto de Higiene Militar (43), destacado por sus estudios sobre la medicación antisifilítica salvarsán- «606»-, tras formarse, en 1910, con Paul Ehrlich (1814-1915) (80, 81), cuyas investigaciones le habían hecho merecedor del premio Nóbel de Medicina.

## EL «ESTUDIO DE ASISTENCIA TÉCNICA Y TERAPÉUTICA A LOS ASILADOS» Y LA APERTURA DEL MANICOMIO A LA ENSEÑANZA

No cabe duda que, una de las cuestiones más novedosas de finales de la segunda década del siglo XX en el Manicomio Nacional de Leganés, fue el estudio dirigido por dos médicos de la institución, Aurelio Mendiguchía Carriche (1894-1965) y Antonio Martín Vegué, regidores también del Municipio de Leganés durante la contienda y los años cuarenta respectivamente (82). Los facultativos analizaron el líquido cefalorraquídeo extraído de 47 enfermos con cuadros clínicos «claramente diferenciados» -demencia precoz, oligofrenias y psicosis degenerativas, epilepsia, síndromes epileptoides y demencia epiléptica y parálisis general progresiva-. Tales muestras fueron sometidas a las reacciones de Lange, Wassermann, Nonne-Apelt, Noguchi y Pandy, que habían sido introducidas en la primera década del siglo XX como métodos de análisis del líquido cefalorraquídeo para el diagnóstico diferencial de la parálisis general progresiva (83). Del resultado de dicha investigación se determinó que «la reacción de Wassermann positiva en líquido cefalorraquídeo, nos dice mucho a favor de una invasión sifilítica» (Salas y Vaca, 1929, p.30). Esta sero-reacción había sido descrita por

August von Wasserman (1866-1925) como una herramienta «definitiva» para diagnosticar la sífilis, en 1906 y, en España se ha considerado el introductor a Hermenegild Arruga (1886-1972) (84, 85).

Salas, al igual que otros mentalistas de la época (87), concedía gran importancia a la oficialización de las enseñanzas psiquiátricas (42), por lo que es lógico que desde el manicomio se colaborara «prestando material científico» para las cátedras de Medicina Legal y Psicología Experimental, en las que Salas ejercía como profesor ayudante (43). También se ofreció colaboración a la Escuela Medico-Militar, a través de Antonio Fernández Victorio (1867-1925) (73), director del Manicomio de Ciempozuelos desde 1918 hasta su fallecimiento en 1925 y muy vinculado, a lo largo de su trayectoria, con la docencia de la disciplina psiquiátrica (88). Si bien ha sido difícil documentar estas colaboraciones, conocemos más la participación de César Juarros (1879-1942) (42, 43), jefe de la consulta de Enfermedades Nerviosas y Mentales del Hospital Militar de Urgencia de Madrid, que impartía cursos de psiquiatría en este asilo a sus alumnos del Instituto Criminológico, institución constituida en 1913 y a la que Juarros estuvo vinculado durante al menos quince cursos (89).

## A MODO DE CONCLUSIÓN

Si bien el Manicomio de Leganés fue inaugurado en el medio de un debate sobre la institución modelo, no cumplía, a principios del siglo XX, las condiciones para considerarse un establecimiento terapéutico ya que, entre otras cuestiones, presentó graves deficiencias arquitectónicas que obligaron a un número nada despreciable de reformas para ampliarlo o acondicionarlo. A lo largo de las primeras décadas se realizaron diferentes ampliaciones arquitectónicas que consiguieron un aumento del número de plazas en la institución, la mayoría en la categoría de pensionista. Por otra parte, se intentó solucionar el problema de abastecimiento de agua que tenía el establecimiento desde su fundación. Durante la jefatura de Salas y Vaca, se acometieron mejoras muy importantes que quedaron reflejadas en su *Mejoras realizadas en los Servicios del Manicomio Nacional* (1929) y que deben entenderse en un marco más amplio de preocupación por la reforma de la asistencia psiquiátrica en el país, tal como propuso en *Frenocomios españoles: bases para la reforma de nuestros servicios de alienados* (1924). En un intento de modificar el carácter benéfico asilar y custodialista del establecimiento, se reformaron las instalaciones como el gabinete de hidroterapia, se reestructuró el servicio de electroterapia y se implantó el laboratorio clínico, si bien, éstas reformas no se tradujeron en una modernización de la asistencia psiquiátrica que recibían los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Espinosa Iborra J. La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX. Valencia: Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina, 1966.
- (2) Comelles J. M. La Razón y la Sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España Contemporánea. Barcelona: PPU, 1988.
- (3) Gracia Guillen D. Medio siglo de la psiquiatría española. Cuad Hist Med Esp 1971; 10: 305–339
- (4) Huertas García-Alejo R. La psiquiatría española del siglo XIX. Primeros intentos de institucionalización. En: Un siglo de psiquiatría en España. Madrid: Extraeditorial, 1995; p. 21–40.

- (5) Huertas R. La organización de la asistencia psiquiátrica en la España del cambio de siglo. *Trabajo social y salud* 2002; 43: 177–190.
- (6) Huertas R. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 2002; 2(2): 92–106.
- (7) Campos R, Huertas R. (1998). Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1998; 18(65): 99–108.
- (8) Huertas R. Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936). Madrid: Frenia, 2002.
- (9) *Gaceta de Madrid*, nº 5398, (24-06-1849), p. 1-2.
- (10) *Gaceta de Madrid*, nº 6537, (16-05-1852), p. 2-4.
- (11) Aparicio Basauri V, Sánchez Gutiérrez AE Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986). *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1997; 61: 125–145.
- (13) Villasante O. Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el periodo de entresiglos. *Frenia* 2005; 5(1): 69-99.
- (14) Lázaro J. Los setenta y cinco años de la psiquiatría española. *Arch Neurobiol (Madr)* 1995; 58: 13-30.
- (15) Lázaro J. La significación de Archivos de Neurobiología en la psiquiatría española de 1936. *Arch Neurobiol (Madr)* 1997; (suppl 1): V-XIX.
- (16) Lázaro J. La reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1995; 15(53): 295–308.
- (17) Rodríguez Arias B. (1925). Reunión nacional de neuropsiquiatras. *Arch Neurobiol (Madr)* 1925; 5: 79-84.
- (18) Saforcada M, Mira E, Rodríguez Arias B. Proyecto de creación de una liga de higiene mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2000 [1926]; 75: 146–153.
- (19) *Gaceta de Madrid*, nº 27, (27-01-1927), p. 562-563.
- (20) González E. *A psiquiatría Galega e Conxo*. Madrid: Ediciones Rueiro, 1977.
- (21) Aztarain J. *El Nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868- 1954)*. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra, 2005.
- (22) López de Lerma J, Díaz Gómez M. *Historia del hospital psiquiátrico sagrado corazón de Jesús de Ciempozuelos, (1881-1989). Un siglo de psiquiatría y de historia de España*. Madrid: Fareso, 1991.
- (23) Livianos L, Ciscar C, García A, Heimann C, Luengo MA y Troppé H. *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesus*. Valencia: Ajuntament de Valencia, 2006.
- (24) García Cantalapiedra MJ. *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1849 1975)*. Valladolid: Diputación de Valladolid, 1992.

- (25). Ríos Molina A, Sacristán C, Sacristán O, López Carrillo X. Los pacientes del Manicomio de la Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968). *Asclepio* 2016; 68(1), 136-155.
- (26) Beveridge A. Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873- 1908. Part I. *Hist Psychiatry* 1995; 6: 21-54.
- (27) Beveridge A. Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873- 1908. Part I. *Hist Psychiatry* 1995; 6: 133-156.
- (28) Delgado M. Los veinte primeros años del Manicomio de Leganés (1852-1871). *Asclepio* 1986; 38: 273-297.
- (29) Mollejo Aparicio E. Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852 a 1936. Madrid: ICOMEM, 2011.
- (30) Tierno R, Villasante O y Vázquez de la Torre P. La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el manicomio Nacional de Leganés. En: Campos R, Montiel L, Huertas García-Alejo, R (coords). *Medicina, Ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*. Madrid: CSIC, 2007; p. 329-345.
- (31) Tierno, R. Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952). *Frenia* 2008; 8: 97-129.
- (32) Vázquez de la Torre P. Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés. *Frenia* 2008; 8: 69-96.
- (33) Conseglieri A. (2008). La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el Manicomio de Santa Isabel. *Fr (Madrid)* 2008; 8: 131-160.
- (34) Vázquez de la Torre P, Villasante O. Psychiatric care at a national mental institution during the Spanish Civil War (1936-39): Santa Isabel de Leganés. *Hist Psychiatry* 2016; 27(1): 51-64.
- (35) Conseglieri Gámez A. El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952). Aspectos organizativos y clínico asistenciales [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2013.
- (36) Villasante O. Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: un frustrado Manicomio-Modelo. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria* 2002; 2(2): 139-162.
- (37) Villasante O. The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900). *Hist Psychiatry* 2003; 14(1): 3-23.
- (38) Villasante O. (2008) Orden y norma en el Manicomio de Leganés (1851-1900): El discurrir diario del paciente decimonónico. *Frenia* 2008; 8: 33-68.
- (39) Candela R, Villasante O. Las historias clínicas en el Manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosología kraepeliniana. En: Martínez Azumendi O, Sagasti N, Villasante Armas O (eds). *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*. Madrid: AEN, 2011, p. 201-220
- (40) Candela R, Villasante O. Degeneracionismo y «escritura» en el manicomio de Leganés. En: Simón Lorda D, Gómez Rodríguez C, Cibeira Vázquez A, Villasante Armas O (eds.). *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* Madrid: AEN, 2013, p. 301-310.

- (41) Villasante O, Candela R. El Manicomio de Leganés en los albores del siglo XX: José Salas y Vaca como jefe facultativo. En: Brigidi S, Comelles JM (eds.). *Locuras, cultura e historia*. Tarragona: Publicacions URV, 2014, p. 67-85.
- (42) Salas y Vaca, J. *Frenocomios españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados*. Madrid: Tipografía de la Revista de Archivos, Bibliotecas y Museos, 1924.
- (43) Salas y Vaca, J. *Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional*. Madrid: Establecimiento tipográfico Artes Gráficas, 1929.
- (44) Fernández Sanz, E. La Reforma de los Manicomios Españoles. *Siglo Médico* 1921, 69: 261–265.
- (45) Fernández Sanz E. Organización en España de la Liga de Higiene Mental y de protección a los alienados. *Siglo Médico* 1922; 69: 592 – 596.
- (46) Fernández Sanz E. La transformación del régimen manicomial. Su fundamento humanitario y científico. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas* 1923; 49: 241–247.
- (47) Rodríguez Lafora G. Los manicomios españoles. *España* 1916; 90: 8–10.
- (48) Historia clínica XX-573. Archivo Histórico del Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain (en adelante se citará como XX-número de historia clínica).
- (49) Campos Marín R. La psiquiatría en la ciudad. Higiene mental y asistencia extramanicomial en España en la década de 1920. *Frenia* 2004; 6(1): 101–111.
- (50) Campos Marín R. Higiene mental y reforma de la asistencia psiquiátrica en España (1900-1931). *Documentos de Psiquiatría Comunitaria* 1995; 7: 199–217.
- (51) *Gaceta de Madrid*, nº 141, (21-05-1885), p. 511.
- (52) Galcerán y Granés A. Consideraciones críticas sobre el Real decreto sobre la reglamentación de los manicomios. *Revista Frenopática Barcelonesa* 1885; 5: 125–132.
- (53) Sereñana P. (1886). Apuntes críticos sobre la vigente ley de dementes. *La independencia médica* 1885; 21: 269-274.
- (54) López Albo W, Fuster J, Morales M. Plan Moderno de asistencia a los alienados, conclusiones. *Archivos de Neurobiología* 1926; 6: 236–237.
- (55) *La Vanguardia* 15 de octubre de 1927, p. 9.
- (56) Gimeno Riera J, Escalas Real J, Torras O. Creación de un cuerpo de alienistas. *Archivos de Neurobiología* 1926; 6: 239–242.
- (57) Peset JL. El Manicomio modelo en España. En: G. E. Berrios, R. Huertas García-Alejo y Peset Reig, J. L. (coords). *Un siglo de psiquiatría en España*. Madrid: Extraeditorial, 1995, p. 43-51.
- (58) Viota y Soliva E. *Memoria histórica del hospital de dementes de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Establecimiento tipográfico de A. Avrial, 1896.
- (59) *Gaceta de Madrid*, nº 128, (8-05-1900), p. 641.
- (60) *Gaceta de Madrid*, nº 122, (2-05-1900), p. 561.

- (61) Nuevos apuntes para el estudio y la organización en España de las instituciones de Beneficencia y de Previsión. Trabajos de la Dirección General de la Administración. Madrid: Sucesores de Rivadeneyra, 1912-1915-1918.
- (62) Candela, R, Villasante, O (En prensa). Pacientes «penales» en instituciones psiquiátricas: cien años del Manicomio Nacional de Leganés (1852-1952). *Dynamis*.
- (63) Arana del Valle JM. Estudio arquitectónico del Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Ordenación del Territorio, Medio Ambiente y Vivienda, 1986.
- (64) Pérez de Guzmán y Gallo J. Sor Teresa Viver y Candell: Superiora de las hijas de la caridad. Madrid: Imprenta de Fortanet, 1911.
- (65) Rodríguez-Torices MA. Rehabilitación del Hospital Santa Isabel (Psiquiátrico José Germain). Leganés. Madrid: Servicio Regional de Salud, Comunidad de Madrid, 1998.
- (66) Suzuki A. A Brain Hospital in Tokyo and its private and public patients, 1926-1945. *Hist Psychiatry* 2003;14 (3): 337-360.
- (67) Gayarre M. Memoria del Manicomio de Ciempozuelos. *Revista Frenopática Española* 1911; 111: 71-89.
- (68) Rodríguez Ocaña E. La salud pública en España en el contexto europeo (1890-1925). *Rev Sanid Hig Publica (Madr)* 1994; 68: 11-27.
- (69) *El Heraldo de Madrid*, 29 de abril de 1929, p.8-9.
- (70) Archivo General de la Administración. Legajo: 44/00145, legajo 4.
- (71) *Gaceta de Madrid*, nº 135, (15-05-1885), p. 447-450. Artículos 52, 56, 57 y 58.
- (72) *Gaceta de Madrid*, nº 135, (15-05-1885), p. 447-450
- (73) Salas y Vaca J. (1921). La reforma de los manicomios en España. *España Médica* 1921; 381: 1-3
- (74) *El Heraldo de Madrid*, 10 de febrero de 1928, p.8
- (75) Expediente colegial de José salas y Vaca. Archivo Histórico del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
- (76) Beveridge, A. Electricity: a history of its use in the treatment of mental illness in Britain during the second half of the nineteenth century. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 157-162.
- (77) Stainbrook, E. The uses of electricity in psychiatric treatment during the nineteenth century. *Bull Hist Med* 1948;22: 156 - 177.
- (78) Historias clínicas XX-223, XX-313 y XX-325.
- (79) Villasante Armas O. Primer certámen frenopático español. Estructura asistencial y aspectos organizativos. *Asclepio* 1997; 49(1): 79-93.
- (80) *El Imparcial*, 3 de octubre de 1910, p. 1.
- (81) Morales Fernández A. Memoria sobre la medicación antisifilítica con el «606» o Salvarsan: Ensayos hechos en el Hospital Militar de Carabanchel. Madrid: (s. n.), 1912.



(82) Alonso Resalt J y López Muñoz M. Los Alcaldes de Leganés. Madrid: Legacom Comunicación, S.A, 1999.

(83) Rodríguez Arias B. La reacción de Lange (oro coloidal) en la parálisis general [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1918.

(84) Calbet i Camarasa JM, Corbella i Corbella J. Diccionari biografic de metges catalans. Vol.1. Barcelona: Fundació Salvador Vives Casajuana, 1981.

(85) Huguet Termes T. Discursos y prácticas acerca de la introducción de la medicina de laboratorio en el escenario asistencial barcelonés (1907-1923): el caso de la sero-reacción de wassermann. En: Campos R, Montiel L, Huertas R. Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI). Madrid: CSIC, 2007, p. 265-274.

(86) Historia clínica XX-103.

(87) Historia clínica XX-710.

(88) Saforcada M, Mira E, Rodríguez Arias B. Enseñanza de la psiquiatría y de la Neurología. Rev Asoc Esp Neuropsiq (2000) [1926]; 75: 177–179.

(89) Gerona Llamazares JL. Historia de la Psiquiatría Militar Española (1800-1970) [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 1993.

**VOLVER AL ÍNDICE**



# INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN LA POSGUERRA ESPAÑOLA: JESUSA PERTEJO (1920-2007) COMO MIEMBRO DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL DEL INSTITUTO «LUÍS VIVES» DE FILOSOFÍA DEL CSIC

Ana Conseglieri Gámez

Julia Álvarez-Arenas Alcamí

Contacto: [anaconseglieri@hotmail.com](mailto:anaconseglieri@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La Guerra Civil Española (1936-1939) rompió con una tradición incipiente de la psicología científica que ya poseía, en los años treinta un reconocimiento y aprecio internacional. Muchas cátedras y centros de investigación quedaron vacíos, se clausuró el Instituto Nacional de Psicotecnia; y se suspendieron la publicación de revistas que se venían editando por entonces.

José Germain al regresar de su exilio, formó parte activa en el proceso de reconstrucción de la psicología llevado a cabo en Madrid, reuniéndose con una serie de discípulos como fueron Mariano Yela, José Luís Pinillos, Miguel Siguan, y la psiquiatra y psicóloga Jesusa Pertejo Seseña.

Durante la década siguiente a la contienda, este grupo de investigadores junto a Germain participaron en una serie de acontecimientos que asentarían las bases del campo de la psicología como disciplina científica: en 1948 se creaba el Departamento de Psicología Experimental del CSIC, en 1953 la Escuela de Psicología, y en 1955 se reorganizaba el Instituto de Psicología General y Aplicada, etc.-.

Jesusa Pertejo había estudiado medicina en la Universidad de Salamanca, realizando prácticas en

el Manicomio Provincial de dicha ciudad en 1942. En 1947, se marchó a Barcelona, donde estuvo formándose, entre otros con el Dr. Folch Camarasa, pionero en la atención a los deficientes mentales; y con el Dr. Sarró, iniciando su formación en psicoterapia. En 1949, tras contactar con el Dr. Vallejo Nájera como director de su tesis (*Adaptación a los niños españoles del Test de Psicomotricidad de Oseretzki*), se trasladó a Madrid y pasó a formar parte del Servicio de Consulta del Hospital Clínico, dirigido por Vallejo Nájera, implantando un «Servicio de Neuropsiquiatría Infantil», y haciéndose cargo del «Servicio de Psicología Clínica».

En 1950 fue nombrada a instancias de José Germain, tras contactar con él en busca de asesoramiento para su tesis, *Colaborador del Departamento de Psicología Experimental del Instituto de Filosofía Luís Vives del CSIC*. En el departamento y bajo las órdenes del profesor Germain, trabajaría junto a otros compañeros interesados en la Psicología como fueron, Mariano Yela, Miguel Siguán, Jose Luis Pinillos, etc.

Pocos años después, en 1954 pasaba a ser Miembro Colaborador en el Extranjero del CSIC marchándose a Ginebra con el profesor André Rey para profundizar en el campo de la psicología clínica, y compaginarlo con su formación dinámica en psiquiatría infantil, así como el estudio del test de Rorschach acerca del cual mostró un gran interés y dominio.

## OBJETIVOS

En el análisis de este trabajo nos planteamos una serie de objetivos que son los siguientes: Reconstruir un periodo de la historia en la que se entrelazaron la psiquiatría y la psicología en España, acercándonos al proceso de institucionalización de la psicología de posguerra (en Madrid) a través de los diferentes acontecimientos que ocurrieron y de los personajes que participaron en su desarrollo centrándonos en la actividad desarrollada por Jesusa Pertejo como miembro del Departamento de Psicología Experimental del CSIC.

Por otro lado, pretendemos ahondar en la figura de Pertejo estudiando su bibliografía, escritos no publicados (como cartas y autobiografías), así como sus relaciones con otros intelectuales de la época, para analizar su importancia dentro del proceso de institucionalización de la psicología de posguerra.

## METODOLOGÍA

Se analiza el material correspondiente a las fuentes primarias (de archivos e impresas), así como bibliografía secundaria. Nuestras fuentes de archivo principales las han constituido la correspondencia de la Doctora Jesusa Pertejo con otros autores de esos años; además de la documentación anexa, fotos, cuentos, biografías, videos, etc.; todo ello pertenece a la documentación anexa no publicada y conservada en el domicilio de la autora. Las cartas han representado una fuente documental muy importante en esta investigación desde una perspectiva histórica ya que ha permitido poder acercarnos a los acontecimientos desarrollados en el ámbito de la psicología desde una óptica más personal y cercana de la mano de los propios autores que escribieron las misivas.

Como fuentes impresas hemos revisado las publicaciones en revista en aquellos años con el fin de conocer el nivel de producción teórica sobre la institucionalización de psicología en esos años, así el trabajo desarrollado por Jesusa Pertejo. Adoptamos como método el análisis cualitativo de los textos.

Hemos realizado una búsqueda exhaustiva de las publicaciones en revistas como la Revista de Psicología General y Aplicada (para ello se ha procedido al vaciado de la revista en la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid); de las actas del CSIC; de las ponencias de congresos y jornadas, y la consulta de la prensa y diarios de la época.

## DESARROLLO

Tras finalizar la contienda, comenzó un proceso complejo de recuperación de la psicología científica. A finales de los cuarenta un grupo de discípulos entorno a José Germain, entre los que se encontraba la psiquiatra Jesusa Pertejo, trataron de obtener una infraestructura institucional que permitiera aproximarse a las líneas científicas consolidadas para la psicología en otros países.

José Germain, fue uno de los principales protagonistas del proceso de institucionalización de la psicología en España. Durante la Segunda República Española obtuvo numerosos cargos de responsabilidad dentro del campo de la psiquiatría y la psicología; disciplinas que por aquel entonces intentaban organizarse como campos independientes.

En esos años, anteriores a la Guerra Civil, la psicología crecía a través de dos vertientes; la pedagógica preocupada por la educación de los niños anormales y aquella que profundizaba en el ámbito de prevención y la recuperación de los accidentados así como la orientación y selección de la formación profesional. En este sentido, en 1930 Germain fue nombrado director del Instituto Psicotécnico de Madrid (que en 1934 pasó a ser Instituto Nacional de Psicotecnia), clausurado al inicio de la guerra.

José Germain al igual que otros muchos intelectuales e investigadores, se vio obligado al exilio, marchándose en su caso, a Suiza, Lovaina (Bélgica) y París donde transcurrió varios años antes de su regreso. Tras regresar de nuevo a España, al finalizar la contienda, José Germain posibilitó la lenta recuperación de la psicología científica en el país, encabezando la reconstrucción de la psicología en Madrid y su institucionalización en España que en esos años estaba sujeta a una formación tomista y escolástica.

A lo largo de la década de los años cincuenta se sucederían una serie de acontecimientos que asentarían las bases de la psicología experimental de la posguerra. Entre ellos se encontraban la puesta en marcha en 1946 de la *Revista de Psicología General y Aplicada*, como órgano de difusión de la actividad y los conocimientos en el área de la psicología.

En 1948 se implantaba el Departamento de Psicología Experimental en el Instituto Luís Vives de Filosofía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, y en 1952 se constituía la Sociedad Española de psicología. Otro de los pilares para la institucionalización de la Psicología fue la Escuela de Psicología y Psicotecnia de la Universidad de Madrid, establecida en 1953, y la reorganización en 1955 del Instituto Nacional de Psicología Aplicada y Psicotecnia como centro de aplicación de la psicología, nombrando como director al profesor José Germain (Orden publicada en el BOE el 5 de marzo de 1955).

En 1948 se produjo el primer contacto entre Jesusa Pertejo y José Germain a través del filósofo y psicólogo Mariano Yela, cuando ella buscaba asesoramiento para su tesis doctoral.

Para su tesis, Jesusa Pertejo había elegido una muestra de una población infantil del centro que dirigía el Doctor Folch Camarasa en Barcelona, a la cual pasaría la batería del Test de Psicomotricidad de Oseretzki. Posteriormente Jesusa regresaba a Madrid, donde debía tomar los cursos de doctorado, inscribiéndose en un curso sobre estadística de psicología, impartido por el doctor Mariano Yela en el Departamento de Psicología del CSIC.

En aquel momento Jesusa estaba dirigiendo el Servicio de Psicología Clínica del Hospital San Carlos en la cátedra del profesor Vallejo Nájera cuando, Mariano Yela propuso a José Germain abrir una nueva sección en el Departamento. Así fue como recibió el 12 de diciembre de 1950 el nombramiento del CSIC que a propuesta del Instituto Luís Vives la nombraban *Colaborador del Departamento de Psicología Experimental* de dicho instituto.

Jesusa Pertejo, 34 años después, reconocía que fue durante esos años cuando trabajó con el mayor nivel y las mejores instalaciones.

En sus propias palabras: «En el Departamento del Consejo, dirigido por el Dr. Germain, todo era factible y yo estaba instalada de la forma más completa, como nunca lo he estado, incluyendo la cámara de Gesell lo que facilitaba la discusión ulterior de los casos por el equipo. Jamás he vuelto a trabajar en aquellas condiciones, que llevaban en sí el sello del señorío de Germain».

Ese mismo año, se incorporó también al Departamento Miguel Siguán, con quien compartió despacho Jesusa Pertejo, comenzando así una amistad que duraba muchos años después. Durante esos años, el equipo formado por Germain, trabajó abordando simultáneamente la terapia de padres e hijos, y el estudio en profundidad de los tests clínicos, como la adaptación del test de Weschler.

Jesusa posteriormente acentuaría «nunca he asistido a reuniones más interesantes que cuando en el despacho del Dr. Germain, Mariano Yela, Miguel Siguán, José Luís Pinillos y alguno más, proponíamos la traducción de este test». José Germain, «toleraba y fomentaba toda teoría científica» y Jesusa Pertejo se decidió a introducir, en su Sección de Psicología Clínica tareas de Psicoterapia infantil que permitían el abordaje de las madres de los niños a los que hacían psicoterapia.

En 1954, con la inquietud de crear una Escuela de Padres, y de ampliar su formación tanto en esta área, como en el de la Psicología Clínica, le propuso al profesor Germain pasar a ser *Miembro colaborador en el Extranjero del CSIC*. José Germain estuvo conforme con dicha decisión, de tal manera que ese mismo año Jesusa Pertejo se marchaba a Ginebra a trabajar al Instituto Rosseau con el profesor André Rey, quien era considerado uno de los mejores Psicólogos Clínicos del momento y cuyos estudios sobre encefalopatías traumáticas le habían llevado a introducir, en 1942, el «Test de la Figura Compleja».

Con esta estancia ampliaba su formación en psicología clínica, y psiquiatría infantil, necesitando para esto último realizar su psicoanálisis personal, compaginando su formación dinámica con el estudio del test de Rorschach con la Dra. Loosli Usteri, experta en la materia; así como con una rica formación en diferentes áreas de la Psicología.

Jesusa Pertejo estaba interesada por la psiquiatría infantil, y se introdujo en el equipo de la Escuela de padres de Ginebra, asistiendo conjuntamente a conferencias con Diatkine y Lebovici; a

seminarios con Mikonski y Canivet, y pudo asistir al laboratorio de psicología mental de Pichot y a cursos con Piaget.

Durante su estancia en el extranjero como miembro colaboradora del Departamento sostuvo una relación epistolar con diferentes autores dentro y fuera del país, siendo particularmente constante la mantenida con el profesor José Germain, intercambiando saberes, publicaciones, conferencias, cursos, etc.

Esta correspondencia, además de sus trabajos publicados en revistas, forma una fuente privilegiada en la cual se reflejan el interés constante entre la psicología y psiquiatría a lo largo de su trayectoria en los años que estuvo trabajando para el Departamento. En fragmentos de misivas que José Germain envía a Jesusa Pertejo podemos reconocer el desarrollo de sucesos como la reorganización del Instituto de Psicología Aplicada, o el transcurso del primer curso de la Escuela de psicología:

«[...] Por lo demás creo que debe volver para la primavera para iniciar tu colaboración con el Instituto (ya te habré conseguido un nombramiento) y para dar un curso de tres meses en la Escuela. No quiero que salga esta primera promoción sin que oigan hablar seriamente del Rorschach y sin que te conozcan a ti. Piensa que es la primera hornada de psicólogos que sale de la Universidad!». (José Germain, 31 de Octubre de 1955).

«[...] darte directamente una noticia que no quería que te llegase por otro conducto: me acaba de nombrar de nuevo, el Ministro, Director del Instituto Nacional de Psicotecnia [...]». (José Germain, 22 de Febrero de 1955).

La Revista de Psicología General y Aplicada, desde su primera edición en 1946, se convirtió en un órgano difusor importante en el campo de la Psicología, contribuyendo de forma considerable a su institucionalización definitiva en el país. Jesusa Pertejo, al igual que muchas otras figuras de la época, participó en dicha revista, publicando un total de 25 artículos a lo largo de su trayectoria profesional, cinco de los cuales serían escritos durante su estancia en Ginebra: los dos pertenecientes a la Sección de Actividades Psicológicas en el extranjero, «*Los servicios médico-pedagógicos de los cantones de Vaud y del Valais, en la Suiza romana*», «*El Profesor Rey Su concepción de la psicología clínica y su forma de trabajo*», una Comunicación Nacional, «*La interpretación del psicodiagnóstico de Rorschach y los dibujos infantiles según F. Minkowska Su obra*», un Comentario sobre un tema, «*Fisiogénesis y psicogénesis de los estados convulsivos*» y sus dos Colaboraciones Extranjeras, «*Estado actual de los tests proyectivos y el problema de su validación*» e «*Interés del empleo del esquema general de motoscopia de Oseretzki*», que sería publicada posteriormente en 1962, tras su regreso a España, instalada ya en Valencia.

José Germain animaba y fomentaba los avances y las relaciones que Jesusa Pertejo iba tendiendo durante su estancia en Suiza como miembro del departamento.

«Me parece muy bien que te hayas puesto en contacto directamente con Pichot para resolver los problemas fundamentales de tu traducción. En cuanto la tenga terminada, envíamela para poder calcular el ajuste de los próximos números, ya que el volumen de ese trabajo sobrepasa el normal» (José Germain, 9 de mayo de 1957).

A su regreso del extranjero en 1957, no puede formar la Escuela de padres en Madrid pues por motivos personales se trasladó a vivir a Valencia. Su especialización en Psicología Clínica-que no existía en España en aquel momento- y sus estudios en la Psiquiatría Infantil, ambas alcanzadas

durante los años que trabajó para el Departamento, le valió para instaurar sucesivamente en las Facultades de Medicina de Valencia y posteriormente en la Facultad de Madrid los Servicios de Psicología Clínica y Psiquiatría de la Infancia.

## CONCLUSIONES

En las primeras dos décadas del franquismo, José Germain en Madrid, se puso al frente del proceso de institucionalización de la psicología como disciplina científica en España. Entre sus discípulos se encontraba la psiquiatra Jesusa Pertejo quien contribuyó activamente en este proceso. José Germain participó en la creación de un Departamento de Psicología Experimental en el CSIC, puso en marcha la Revista de Psicología General y Aplicada y constituyó la Sociedad Española de Psicología en la Universidad de Madrid. Además, promovió la creación de la Escuela de Psicología de la Universidad de Madrid, y reorganizó el Instituto Nacional de Psicotecnia en el año 1955.

A través de la actividad profesional de Jesusa Pertejo en el Departamento de Psicología Experimental del CSIC, tanto los años dedicados dentro de España como fuera del país, podemos acercarnos a conocer cómo ha sido la psicología en los años 50.

La correspondencia, escritos no publicados, y trabajos editados de la autora constituyen unos documentos muy valiosos a partir de los cuales se pueden profundizar en la labor intelectual de Jesusa Pertejo, y en el desarrollo de la psicología en general, permitiendo conocer el recorrido de dicha disciplina en esos años.

## BIBLIOGRAFÍA

Carpintero, H. (1994), *Historia de la Psicología en España*. Madrid, Eudema S.A.

Carpintero, H., Tortosa F. (1996), La Psicología Española a través de la Revista de Psicología General y Aplicada, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49 (3/4), 373-410.

Germain, J. (1980), Jose Germain: Autobiografía II, *Revista de Psicología*, 1 (2), 139-170.

Olabarría González, B. (1997). José Germain y los avatares de la primera institucionalización de la Psicología en España. En Aparicio Basauri, V. (comp.), *Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en España*. Madrid, ELA, pp. 193-212.

Pertejo, J. (1987), Mis encuentros con el Dr. Germain. *Papeles del Psicólogo*, 28 y 29. <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=313>.

Pertejo, J. (2002), Una historia personal. Relato del proceso de mi formación en psicología clínica, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55 (4), 501-513.

Pertejo, J. (1955), EL profesor Rey: Su concepción de la psicología clínica y su forma de trabajo, *Revista de psicología general y aplicada*, 10 (35), 635-639.

Pertejo, J. (1956), Estado actual de los test proyectivos y el problema de su validación, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 11 (40), 663-675.

Pertejo, J. «El Doctor Germain, una aportación personal a su biografía» (documentación no publicada de Jesusa Pertejo conservada en el domicilio de la autora).

Pertejo, J. «Justificación de una no asistencia» (documentación no publicada de Jesusa Pertejo conservada en el domicilio de la autora).

Siguan, M. (2007), In memóriam Jesusa Pertejo (1920-2007), *Anuario de Psicología*, 38 (3), 451-454.

Travieso, D., Rosa, A., Duro, JC. (2001), Los comienzos de la institucionalización profesional de la psicología en Madrid, *Papeles de Psicólogo*, (80).

Fuentes de Archivo (correspondencia, y documentación no publicada de Jesusa Pertejo conservada en el domicilio de la autora).

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# CUANDO POCAS MUJERES ESTUDIABAN MEDICINA: LA FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA DE JESUSA PERTEJO DURANTE LA POSGUERRA ESPAÑOLA

Julia Álvarez-Arenas Alcamí

Ana Consiglieri Gámez

Miriam Baquero Leyva

Contacto: [julia\\_alvarez\\_arenas@hotmail.com](mailto:julia_alvarez_arenas@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Hasta finales del siglo XIX no se produjo el ingreso de una mujer en una Facultad española y durante la mayor parte del siglo XX la presencia de las mujeres en la universidad española fue minoritaria.

En relación con las carreras elegidas, tras la hegemonía de Medicina entre las pioneras, las carreras de Filosofía y Letras, Ciencias y Farmacia fueron las que más representación femenina tuvieron entre sus estudiantes, al contrario que Derecho y Medicina.

Al finalizar la Guerra Civil se produjo un aumento en el número de mujeres que cursan estudios universitarios, aunque continuaron representando una escasa minoría, manteniéndose a grandes rasgos el mismo patrón en cuanto a facultades.

Es en 1940, en plena posguerra española, cuando Jesusa Pertejo Seseña (1920-2007) se trasladó a Salamanca para comenzar allí sus estudios de Medicina junto con una de sus hermanas, María Pertejo Seseña, época en la que, como hemos adelantado, era raro ver a una mujer cursando estudios universitarios y, más aún, la carrera de Medicina.

Jesusa Pertejo manifestó, desde su juventud, un gran interés por la Psiquiatría, y pese a que en aquella época la asignatura de Psiquiatría como tal no figuraba en el plan de estudios, realizó prácticas en el Manicomio Provincial de dicha ciudad. Tras finalizar la carrera con éxito comenzó



un recorrido por diferentes provincias de la geografía española, y posteriormente en el extranjero, que le permitieron formarse en esta disciplina, adquiriendo también otras titulaciones como la de Psicóloga Clínica.

## OBJETIVOS

En el análisis de este trabajo nos planteamos una serie de objetivos: revisar desde una perspectiva más historiográfica, la incorporación de las mujeres a los estudios universitarios de Medicina con las dificultades que existían para hacerlo. Por otro lado, analizar el recorrido biográfico de la figura de Jesusa Pertejo Seseña durante su incorporación a la universidad de Medicina y su acercamiento al campo de la psiquiatría durante la inmediata posguerra.

## METODOLOGÍA

Se analiza el material correspondiente a las fuentes primarias (de archivos e impresas), así como bibliografía secundaria. Nuestras fuentes de archivo principales las han constituido los escritos autobiográficos de la Doctora Jesusa Pertejo Seseña, además de la documentación anexa, fotos, cuentos, etc.; todo ello pertenece a la documentación anexa no publicada y conservada en el domicilio de la autora. Adoptamos como método el análisis cualitativo de los textos.

## DESARROLLO

Hasta finales del siglo XIX no se produjo el ingreso de una mujer en una Facultad española y durante la mayor parte del siglo XX la presencia de las mujeres en la universidad española fue minoritaria.

En 1872 se matriculó por primera vez una mujer en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, a la que se fueron sumando, progresivamente, otras mujeres a partir de 1873 en distintas universidades. Para ello, tenían que contar con una autorización ministerial y hasta 1875 no se les permitió acudir a clase. Desde 1875 las alumnas que quisiesen cursar los estudios universitarios en el régimen oficial asistiendo a clase necesitaban un permiso especial, hasta 1910, año en el que se regula la admisión de las mujeres en la universidad en las mismas condiciones que los hombres.

Además, es importante señalar, que muchas licenciadas tuvieron serias dificultades para ejercer la profesión correspondiente a su título obtenido, ya que el tener sus estudios concluidos no las habilitaban para el ejercicio profesional. Este fue el caso de María Pertejo, como relata Jesusa en sus escritos, hablando sobre su hermana María: «(...) no se dejaba operar a las mujeres, incluso las que habían hecho Obstetricia como especialidad, si se presentaba la situación de tener que hacer una cesárea, había de ser un hombre el que operase. De ahí que escogiese la especialización de Oftalmología, en la que si dejaban a las mujeres operar de los ojos» (Relato autobiográfico no publicado, 2005).

Respecto a las carreras elegidas por estas mujeres, tras la hegemonía de Medicina entre las pioneras, las carreras de Filosofía y Letras, Ciencias y Farmacia fueron las que contaron con más representación femenina, al contrario que Medicina y Derecho.

En España, una vez terminada la Guerra Civil, se produjo la reincorporación de algunas mujeres a los estudios universitarios, multiplicándose el número de mujeres por diez, pero representando aun así, una minoría. En el año 1940, el número de mujeres en la universidad representaba el 12,6%; y de ellas, el 82% de las alumnas universitarias estudiaban Filosofía y Letras, Ciencias (especialmente Química) y Farmacia.

Sin embargo, estudios como los de Derecho, Veterinaria y Medicina contaba con un número muy reducido de mujeres. Es importante destacar, que si bien el porcentaje de mujeres que cursaban la carrera de Medicina se mantuvo constante durante el primer año de posguerra, se redujo a la mitad durante el segundo, representando únicamente el 5,5%.

Jesusa Pertejo, natural de Zamora, cursó allí sus estudios tanto en la Escuela como en el Instituto de Segunda enseñanza, manifestando desde su juventud un especial interés por la Medicina, y, sobre todo, por la Psiquiatría. Durante la Guerra Civil española compaginó el trabajo en la librería de uno de sus hermanos con estudiar alemán, como queda reflejado en uno de sus escritos «Yo, Jesusa, durante la guerra estudié alemán, pues sabía que si quería ser Psiquiatra había que saberlo».

En 1940, un año después de finalizar la contienda y al regresar su hermano, se marchó a Salamanca a comenzar sus estudios de Medicina, junto con su hermana María, 7 años mayor que ella, con la que ya había coincidido en el instituto de Segunda Enseñanza. Como ya hemos adelantado previamente, era raro ver a mujeres cursando estudios universitarios y, más aún, la carrera de Medicina.

En relación a su experiencia vivida como mujeres que cursaban estudios universitarios, Jesusa en sus escritos no publicados refleja: «Los Profesores nos obligaban a «las chicas» a no estar en clase cuando se explicaban las enfermedades de los genitales masculinos, o cuando en Medicina Forense, había lecciones sobre violación, estupor, homosexualidad, perversiones. Debido a esto, los estudiantes masculinos tomaron por norma no estudiar ellos esas lecciones para el examen, cuando era oral. Pero tenía que haber una chica al menos en la clase cuando se examinaban. Ello nos obligaba a hacer «guardias» turnándonos entre nosotras. Éramos 3 o 4, según el curso, en un total de más de 60 alumnos. ¡Que tiempo aquellos!...» (Relato autobiográfico no publicado, 2005).

Respecto a las prácticas realizadas durante la carrera, años después recordaba: «Allí las Monjas de quirófano guardando la puerta a cal y canto, evitando que las chicas pasásemos antes de que estuviese cubierto púdicamente el paciente a intervenir (...). Igual pasaba cuando acabada la operación quirúrgica, tenían que destaparle... Esperen, decían voy a echarlas «¡todas fuera!» (...). Cuando nosotras hacíamos prácticas en el Hospital de Zamora en verano las Monjas del Hospital no nos dejaban pasar si íbamos sin medias y con manga corta» (Relato autobiográfico no publicado, 2005).

En cuanto a las materias impartidas, la asignatura de Psiquiatría como tal no figuraba en el plan de estudios. Únicamente, a nivel de 7º curso, en la asignatura de Medicina Legal había 5 lecciones de su materia, impartidas por el Dr. Villamil, que se trasladaba desde Santiago de Compostela, su lugar de residencia.

Jesusa Pertejo, sin embargo, continuaba interesada en ampliar sus conocimientos en Psiquiatría, por lo que realizó prácticas en el Manicomio Provincial de Salamanca desde 1942, dirigido por el Dr. Borreguero, a quien llegó a sustituir durante algunos meses de verano. Allí aprendió a hacer diagnósticos dentro de la orientación de la clínica alemana de tradición «krepeliana», si bien se afilió, desde el comienzo, a seguir una orientación preferentemente *psicológica y social*. Para ello, aprovechó también sus **años de estudiante** para acudir a cursos de otras facultades, entre ellos a un curso de Sociología en la Facultad de Derecho, que le permitió, en sus propias palabras, «sacar las enseñanzas básicas para sus estudios ulteriores de Psiquiatría y Psicología, teniendo muy en cuenta los factores sociales en el enfermo y su tratamiento». Acudió también a la consulta del Neurólogo Dr. Escanilla durante 3 años ampliando sus conocimientos de neurología.

Respecto a sus prácticas en el Manicomio de Salamanca años más tarde recordaba: «yo pasaba el tiempo-generalmente las tardes- incrementando la información de los dossiers ya fuese aplicando la citada batería de tests psicológicos, consiguiendo informaciones sobre la familia cuando les visitaban, observando sus comportamientos y también indagando sobre el entono social de donde procedían».

Durante aquellos primeros años de posguerra, las hermanas Pertejo tuvieron que hacer frente a dificultades económicas para cursar sus estudios en Salamanca, gestionando minuciosamente el dinero que les proporcionaba su padre por trimestre, como Jesusa recordaba en el siguiente fragmento: «Nos enfrentamos a emplear las Trescientas pesetas que nos había dado mi padre, para nuestros gastos, estudiando en Salamanca, que habían de durar –según él- hasta las vacaciones del mes de diciembre (...). Pero...para la matrícula de las prácticas no nos llegaban las 300 pts del ala, que nos había dado mi padre. Pero ¡Idea! iríamos como alumnas «libres», que no tenían que pagar prácticas, pero se nos examinaría con Tribunal. Nos inventamos que queríamos «adelantar año» y eso solo lo permitían a los alumnos libres, no a los oficiales. (...) Nadie se podrá creer que a lo largo de toda la carrera, mi hermana y yo solo compramos un libro «La Fisiología de Sympson» nos costó, de segunda mano, unas 40 pts».

La prensa de la época no fue ajena a la repercusión social que tenía la incorporación de las mujeres a los estudios universitarios, así, el Diario de Zamora recogía y reflejaba los éxitos conseguidos por Jesusa y María Pertejo.

Jesusa Pertejo recordaba: «Todos los años, al regresar del curso de estudios en Salamanca, salíamos como noticia en el periódico-Las hermanas Pertejo Seseña regresan a Zamora tras cursar los estudios de medicina en Salamanca con brillantes resultados-».

Años después de haber finalizado sus estudios en Medicina, en el mismo Diario de Zamora se recogía la siguiente noticia:

Las Doctoras Pertejo Seseña reciben un homenaje de sus colegas: Aprovechando la estancia de la Doctora Jesusa Pertejo Seseña en esta ciudad, en un céntrico restaurante recibieron el homenaje de los médicos de Zamora tanto ella como su hermana María para celebrar así sus recientes éxitos profesionales al ingresar por oposición en los Servicios de Oftalmología del Estado la Doctora María Pertejo y por su labor investigadora que viene desarrollando hace unos años en Barcelona como Psiquiatra en el campo de la Psicología Clínica, Criminología y Psiquiatría Infantil su hermana Jesusa. (...). Por nuestra parte, nos asociamos a este homenaje felicitando a estas dos doctoras hijas de Zamora a las que deseamos toda suerte de éxitos que no dudamos obtengan conocidas las dotes de inteligencia y tesón que las caracteriza». (Diario de Zamora de Falange Española de la J.O.N.S.; Año XIII Número 3998- 1949 Diciembre 11).

Ambas hermanas terminaron sus estudios universitarios con éxito, planteándose, en ese momento, qué camino tomar. María Pertejo, por su parte, tenía vocación por la cirugía, sin embargo, como se ha señalado previamente, las mujeres encontraban dificultades para poder ejercer su profesión. Se decidió finalmente por Oftalmología que, al parecer, contaba con menos trabas que otras especialidades de Medicina.

Por otro lado, la admiración e inquietud de Jesusa Pertejo por la Psiquiatría la llevó a emprender un recorrido por diferentes provincias de la geografía española, y posteriormente, en el extranjero, para formarse en esta disciplina, coincidiendo con muchos de los referentes clínicos de la época.

Inicialmente, se marchó a Santander, a la «Casa de Salud del Marqués de Valdecilla» con el objetivo de especializarse en Neurología y Psiquiatría, si bien sólo pudo realizar un curso de 3 meses durante el verano, al encontrar también dificultades por su condición de mujer: «(...) allí no podían admitirme como Médico interno, pues la instalación de aquel Hospital «Casa de Salud del Marqués de Valdecilla» se había construido pensando solo en médicos hombres y no tenían alojamiento para mujeres».

En 1947 se marchó a Barcelona, donde estuvo formándose, entre otros con el Dr. Folch Camarasa, pionero en la atención a los deficientes mentales y con el Dr. Sarró, iniciando su formación en psicoterapia, siendo, en ambos equipos, la única mujer. Durante su estancia en Barcelona también colaboró con Dr. Solé Sagarra, neuropsiquiatra con quien llegó a crear la Sociedad Nacional de Neuropsiquiatría Infantil.

En 1949, tras contactar con el Dr. Vallejo Nájera como director de tesis (Adaptación a los niños españoles del Test de Psicomotricidad de Oseretsky), y con el Dr. Germain, se trasladó a Madrid. Pasó a formar parte del Servicio de Consulta del Hospital Clínico, dirigido por Vallejo Najera, creando un «Servicio de Neuropsiquiatría Infantil», y haciéndose cargo del «Servicio de Psicología Clínica».

En 1950 fue nombrada Colaborador del Departamento de Psicología Experimental del CSIC, bajo las órdenes del profesor José Germain, marchándose en 1954 al extranjero como «Miembro colaborador en el Extranjero del CSIC». Así, en 1954 se marchó a Ginebra con André Rey, realizando también durante esta estancia en el extranjero, su análisis personal, campo en el que sin embargo, sí recuerda que había muchas mujeres haciéndose psicoanalistas.

Regresó a España en 1957, instalándose en Valencia. Allí creó el «Primer centro de Educación Especial» en dicha región, creó en la Cátedra del Profesor Alberca un «Centro de Psicología Clínica y Psiquiatría Infantil» y participó en la fundación de la Sociedad Española de Psicoanálisis con psicoanalistas de Madrid y Barcelona. Además, impartió clases en la Facultad de Pedagogía, y Medicina, mostrando también especial interés en el ámbito docente y en proporcionar a sus alumnos la formación más completa.

En uno de sus escritos no publicados refleja: «Como entre los alumnos que estudiaban los últimos cursos de Medicina los había que querían hacerse Psiquiatras y Psicoterapeutas, acudieron a mí. Les di unos cursos de introducción- a veces en mi casa- eran todos chicos y tras estas informaciones les aconsejé que fuesen a formar a Suiza, incluso orientándoles en trabajos a que podían acceder allí en Hospitales Psiquiátricos de Laussanne y Ginebra con lo que al tiempo de hacer prácticas de Psiquiatría podían hacer su Psicoanálisis personal, que les acreditaría para luego ser además de Psiquiatras, Psicoanalistas».

A su vuelta a Madrid en 1971 participó como colaboradora con el Padre Úbeda en la implantación de los estudios de Psicología en la Universidad Autónoma, inicialmente perteneciente a Filosofía y letras.

Mantuvo desde entonces, una actividad docente en dicha Universidad, ya fuese como Catedrático contratado (1976-1983) o Profesor Titular (1983-1985), implicándose en formar alumnos responsables en el aprendizaje de la Psicología y la Psiquiatría y comprometidos con un ejercicio humanista de la profesión.

En el Departamento de Psicología era la única mujer profesora del Claustro de Profesores de la Facultad de Filosofía y Letras, que luego pasó a ser Facultad de Psicología, donde, también durante mucho tiempo, fue la única mujer del Claustro de Profesores de la Autónoma. A lo largo de sus años como docente en la Universidad, en sus propias palabras, «el número de alumnas en Psicología iba aumentando y muchas veces superior al de los varones tanto la Facultades de Medicina como en la de Psicología».

## CONCLUSIONES

Durante los primeros años de la posguerra, el grupo de mujeres que cursaban estudios universitarios era minoritario, y la gran parte de ellas optaba por carreras como Filosofía y Letras, Ciencias y Farmacia. Además muchas licenciadas tuvieron serias dificultades para ejercer posteriormente la profesión correspondiente a su título obtenido.

Los estudios de Medicina contaba con un número muy reducido de alumnas entre sus estudiantes, cifra que aumentaría progresivamente durante los años posteriores, y particularmente, la asignatura de Psiquiatría como tal no figuraba en el plan de estudios en aquella época.

Jesusa Pertejo se matriculó en la Universidad de Salamanca en 1940 para estudiar Medicina, manifestando desde sus inicios un especial interés por la Psiquiatría. Se acabó especializando en dicha rama de la Medicina adquiriendo también, de su formación específica y ejercicio profesional, el reconocimiento de Psicóloga Clínica.

Sus escritos autobiográficos no publicados, así como la correspondencia que mantuvo con diferentes autores constituye una fuente privilegiada que permite acercarnos al contexto social, pensamientos y saberes de la época, reflejando de una forma más personal, la situación de las mujeres que cursaron estudios universitarios en la posguerra.

## BIBLIOGRAFÍA

Pertejo, J. (2002), Una historia personal. Relato del proceso de mi formación en psicología clínica, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(4), 501-513.

López de la Cruz, L. (2002), La presencia de la mujer en la Universidad Española, *Revista Historia de la Educación Latinoamericana*, 4, 291-299.

Canales Serrano A F. (2006), Las mujeres y la enseñanza científico-tecnológica en la España del siglo XX. *Clepsydra: revista de estudios de género y teoría feminista*, 5, 111-128.

Pertejo, J. (2005), Información, sobre estas dos hermanas, acerca de cómo hicieron la carrera de medicina en la Universidad de Salamanca, cuando las alumnas eran una escasa minoría, durante la postguerra, titulaciones que alcanzaron y ejercicio profesional que ejercieron, siendo mujeres. Documento no publicado.

Carpintero, H. (1994), *Historia de la Psicología en España*. Eudema S.A, Madrid.

Fuentes de archivo (correspondencia, y documentación no publicada de Jesusa Pertejo conservada en el domicilio de la autora).

Diario de Zamora de Falange Española de la J.O.N.S.; Año XIII Número 3998 11 de Diciembre de 1946.

Santesmases, M. J. (2000), *Mujeres científicas en España (1940-1970), Profesionalización y modernización social*, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# EL MANICOMIO DE LEGANÉS DURANTE LA SEGUNDA REPÚBLICA ESPAÑOLA: (1931- 1936): «MÁS ENFERMEROS, MAYOR FORMACIÓN»

**Olga Villasante Armas**

Psiquiatra del Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés

**Raquel Tierno Patiño**

Psiquiatra del Instituto Psiquiátrico SSM José Germain de Leganés

Contacto: [raquel.tierno@salud.madrid.org](mailto:raquel.tierno@salud.madrid.org)

Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación  
«Psiquiatría y cambio social en España (1960-1985)».

Referencia: HAR2015-66374-R (MINECO/FEDER)

## INTRODUCCIÓN

Desde la Edad Media, fundamentalmente, las órdenes religiosas, han sido las encargadas de cuidar a aquellos que perdían la razón, de modo que la asistencia al enfermo mental presentaba una escasa profesionalización del cuidado. El carácter benéfico-asilar y custodialista de las instituciones trató de modificarse durante las primeras décadas del siglo XX, en el contexto de un movimiento reformista, que culminó con la promulgación, en Julio de 1931, del «Decreto sobre asistencia de enfermos mentales» (1, 2). Además de esta reforma legislativa, el Consejo Superior Psiquiátrico dirigido por Gonzalo Rodríguez Lafora, impulsó una formación oficial y unificada del personal encargado de la atención en los establecimientos manicomiales, coincidiendo con el reconocimiento de la profesión «enfermera» en otras áreas como la salud pública (3). No obstante, persiste una laguna historiográfica sobre cómo esta legislación del personal subalterno o auxiliar modificó la atención en las instituciones psiquiátricas españolas.

## OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es describir las disposiciones legales que, durante la Segunda República española, afectaron al personal subalterno de las instituciones -«practicantes, enfermeras y enfermeros, jefes de taller y sirvientes o mozos»-, encargado de la atención de los enfermos mentales. Nos centraremos en conocer si estos cambios afectaron a la cualificación del personal del Manicomio Nacional de Leganés y si se tradujeron en modificaciones en los patrones asistenciales en este establecimiento.

## METODOLOGÍA

Para el trabajo se han utilizado los fondos del Archivo Histórico del Manicomio de Leganés que incluyen las historias clínicas de ese periodo, del Archivo General de la Administración y del Arxiu Nacional de Catalunya. Además se han rastreado los cambios legislativos en la Gaceta de Madrid, se han consultado fuentes periodísticas como el ABC, la prensa profesional de los practicantes y diversos manuales de formación para enfermeros que, con bibliografía secundaria de las últimas décadas, han sido utilizados para la discusión.

## DESARROLLO

Durante el siglo XIX, inmersa España en un contexto de desamparo estatal (sin un sistema público que garantizara una atención sanitaria, ni social), las Órdenes religiosas se encargaron de la organización de la asistencia en los centros de la Beneficencia pública. Este cuidado «vocacional» trató de profesionalizarse, teniendo como punto de partida la Real Orden de 7 de mayo de 1915 (4), que estableció el plan formativo de Enfermería a partir del que nacieron las escuelas oficiales de enfermería (5).

A lo largo de las primeras décadas del siglo XX se alzaron numerosas voces que solicitaban al Estado una solución para la deplorable asistencia y los profesionales dedicados a la asistencia de «los enajenados» reclamaban mayor reconocimiento de su labor como especialistas y mejoras relativas al personal subalterno (1, 2, 6, 7). Se recomendaba la necesidad de formación del personal subalterno y el aumento del número de técnicos, enfermeros y enfermeras. Una Real Orden de 28 de Julio de 1925, se hacía eco de las demandas de los profesionales y nombraba una comisión encargada de reorganizar la asistencia de los dementes y la enseñanza de la psiquiatría. Enfatizaba la falta de personal apto, tanto por falta de formación general («gentes incultas»), como específica, subrayando la falta de un Cuerpo de Practicantes psiquiátricos. Se consideraba, asimismo, la importancia de una buena retribución porque los bajos salarios contribuían a la falta de vocación e interés que generaba un «trato grosero» a estos enfermos (8) Poco después, en 1930, Eduardo Guija Morales presentó, en la cuarta asamblea de la Liga de Higiene Mental, una nueva ponencia sobre la formación y admisión del personal subalterno en los manicomios públicos (9).

Todas estas demandas de formación de la enfermería y las inquietudes reformistas fueron recogidas por el Gobierno republicano y, en los dos primeros años de constitución durante el llamado



«bienio transformador», se modificaron las estructuras técnico-administrativa dependientes de la Dirección General de Sanidad. El Decreto del 10 de noviembre de 1931 determinó la creación del Consejo Superior Psiquiátrico, un órgano consultor, con funciones asesoras y de inspección, presidido por Rodríguez Lafora. Entre sus objetivos se incluyó unificar la formación, establecer el Diploma de «Enfermero Psiquiátrico» y organizar el personal subalterno en los establecimientos psiquiátricos.

El Ministerio de la Gobernación, mediante Orden del 16 de Mayo de 1932, especificaba que, para llevar a buen término el plan de reorganización y modernización de la asistencia psiquiátrica emprendido por la Dirección General de Sanidad, era necesario terminar con el tratamiento inadecuado e, incluso perjudicial, de los enfermos mentales, ya que éstos se hallaban al cuidado de «personas sin preparación alguna previa, ni psíquica ni médica»(10). Así, se dispuso que el personal sanitario subalterno existente en los establecimientos psiquiátricos, públicos y privados fuera de dos tipos: Practicantes en Medicina y Cirugía con el diploma de enfermeros psiquiátricos (en número de dos como mínimo para establecimientos de mas de 50 ingresados) y enfermeros y enfermeras psiquiátricos. Estos últimos estarían al cuidado directo del enfermo mental, constituyendo el elemento auxiliar fundamental de la asistencia psiquiátrica intramanicomial; la proporción necesaria sería de uno por cada 10 enfermos de vigilancia continua y uno por cada 150 enfermos de vigilancia discontinua. Además se reconocía personal subalterno no sanitario: los jefes de taller para laborterapia y los sirvientes o mozos a cargo de limpieza y labores no técnicas. Para la obtención del diploma de Enfermero psiquiátrico era preciso ser mayor de 22 años, pasar un examen médico y psicotécnico, haber demostrado la realización de estudios prácticos y teóricos durante 2 años en un Establecimiento psiquiátrico público o privado y, por último, aprobar un examen que se convocaría anualmente, previa presentación de un certificado de buena conducta. Los Tribunales examinadores estarían compuestos por un representante del Consejo Superior Psiquiátrico, el Inspector Provincial de Sanidad, un representante de la Asociación Española de Neuropsiquiatras y dos psiquiatras de la Beneficencia. Una diferencia significativa entre las categorías era que los Practicantes solo se les requería la estancia de un año en un establecimiento para la obtención de este Diploma de Enfermero Psiquiátrico, lo que no evitó ciertas suspicacias por temor al intrusismo profesional (11, 12, 13, 14).

El programa oficial fue detallado en una Orden del Ministerio de la Gobernación el día 17 de mayo de 1932 (10) y se convocó un concurso entre los médicos españoles para escribir un texto que se ajustase a dicho programa de formación especializada (15). El Consejo Superior Psiquiátrico premió la obra de Luis Valenciano Gayá, titulada «La asistencia al enfermo mental» (16), que pasó a convertirse en el libro más influyente de ese período (17, 18), si bien se publicaron otros manuales para la formación de enfermeros y enfermeras psiquiátricas (19, 20).

Entre otras instituciones, el Manicomio Nacional de Leganés también sufría las carencias formativas del «personal subalterno» y los facultativos reclamaban mejoras en dicha área (21, 22, 23). Una carta muy reveladora con fecha del 12 de julio de 1933, escrita por el médico responsable del departamento de mujeres y dirigida al Jefe facultativo del establecimiento, ponía de manifiesto las deficiencias relativas al personal y sus consecuencias (24). En una detallada queja sobre las dificultades que existían para implantar el trabajo como medio terapéutico señalaba, como aspectos fundamentales, tanto la inadecuación de las instalaciones como la carencia *«de personal subalterno capacitado, no solo en lo que se refiere a los conocimientos que debieran tener para tratar esta clase de enfermos, sino, que, por ser el número a todas luces insuficiente»*. El personal femenino

con el que contaba este departamento de 126 mujeres, según se detalla en la carta, eran seis «*criadas enfermeras*» que trabajaban 8 horas al día, dos cocineras, una «mujer» en el lavadero y las Hermanas de la Caridad. Hay que tener en cuenta que la nomenclatura para designar al personal de cuidado, en general escasamente formado, era muy heterogénea y diferente en función de las instituciones y, en ningún caso, encontramos, entre los documentos de Leganés, alusiones a personal equiparable a «los jefes de taller» para laborterapia, estipulados en la citada legislación de 1932.

Parte de las deficiencias formativas se trataron de subsanar con un curso para practicantes, enfermeros y enfermeras celebrado en 1933 (25), cuyas clases teóricas se impartieron en el Hospital General de La Beneficencia a cargo de los facultativos de Leganés (Mendiguchía Carriche, Fernández Méndez, Martín Vegué y Moreno Rubio). La parte práctica se realizó en el propio Manicomio de Leganés y contó con el apoyo de Enrique Fernández Sanz, Jefe facultativo de la institución, quien realizó la conferencia de clausura (26, 27), sin embargo desconocemos cuantos trabajadores del hospital acudieron y no hemos hallado un manual u otros documentos que recojan dichas lecciones. Desafortunadamente tampoco se han observado en las historias clínicas cambios respecto a épocas previas que sugieran modificaciones en la actividad del personal de cuidado, ya que, de hecho, aún faltaban muchas décadas para encontrar material escrito por enfermeros y enfermeras en la institución.

Fernández Sanz, figura relevante de las reformas republicanas, trasladó su activismo por la mejora de la asistencia al enfermo mental a su actividad al frente del Manicomio Nacional y, en una carta dirigida al Decano Jefe de la Beneficencia General el 31 de octubre de 1931 elevaba las quejas por las disposiciones del Decreto del 29 de octubre de 1931 que preveían reducir a la mitad las plazas de funcionarios del Estado (28). Aclaraba que trabajan en dicho manicomio cuatro médicos auxiliares y que corresponden a cada médico 75 enfermos entre agudos y crónicos, con lo que la supresión de dos de ellos implicaría la atención de 159 enfermos, cifra «incompatible con las necesidades de la psiquiatría moderna». Aludía para justificarlo la ponencia sobre la Reforma de la Asistencia a los Alienados, presentada en 1930, conjuntamente por la Liga de Higiene Mental y la Asociación Española de Neuropsiquiatras (donde se especificaba que ningún médico de manicomio debía tener a su cargo más de 100 enfermos crónicos o 50 si son agudos).

Por otra parte, el Reglamento de 1885, vigente aun durante la Segunda República, establecía tan solo un practicante, aunque los Reglamentos para el Servicio de Practicantes en los Hospitales de la Beneficencia General consideraban la necesidad de dos practicantes y un ministrante barbero en el Manicomio de Leganés (30). Las funciones que correspondían a los practicantes, detalladas en el Reglamento orgánico del Manicomio, eran «ejercer con los enfermeros todos los actos y operaciones de cirugía menor..., y ayudando... en todas las operaciones quirúrgicas y las autopsias» (31). Contar con un solo practicante resultaba, a todas luces, insuficiente ateniéndonos a las quejas de Salas y Vaca que, en 1921, señalaba que, en ocasiones, ni siquiera se podía contar con él «por concurrir a cátedras» (32). Desconocemos cuándo el número de practicantes se incrementó de uno, presente en 1921, a los tres que constan en 1931. Fernández Sanz, también argumentaba en su carta de octubre la necesidad de mantener los tres practicantes que realizaban guardias de 24 horas, uno de cada tres días, además de asistir al médico en sus visitas a los enfermos, realizar curas, etc, lo que suponía un computo de 8 horas diarias, sin ningún día de descanso ni semanal, ni mensual. En caso de reducirse, aunque solo fuese uno de ellos, tendrían que hacer la guardia de 24 horas, a días alternos, lo que suponía una jornada de 12 horas diarias *«manifiestamente ilegal porque vulnera las disposiciones vigentes sobre ordenación del trabajo»*. Probablemente los tres prac-

ticantes, cuyos honorarios anuales eran 2.500 pesetas, eran insuficientes para una población en torno a los 300 pacientes, no obstante una plantilla mayor que en otras instituciones psiquiátricas.

No obstante, la temida reducción de personal no se aplicó en el Manicomio de Leganés, a juzgar por los presupuestos del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, halladas en el Archivo General de la Administración. En el presupuesto de 1935 que incluyen las nóminas correspondientes a diversos meses de 1935, no existen datos concretos sobre los practicantes (33), pero, dado que el número de facultativos se mantuvo, es posible que el resto del personal también. Se incluían, además, 25 mozos enfermeros externos, diez «criadas lavanderas de servicio», y otras 18 «mujeres encargadas del régimen y servicio interno del Manicomio». Esta dotación también había aumentado de manera sustancial frente a los doce enfermeros y ocho criadas lavanderas, referidas por Viota y Soliva (34) o las descritas por Salas y Vaca, en 1929 (35). Ese mismo año se establecía un presupuesto de 7, 5 pts para los 25 mozos enfermeros, mientras que las 10 criadas lavanderas de servicio recibían 3 pts diarias, sin embargo no se han hallado reivindicaciones salariales del colectivo, presentes en otros establecimientos catalanes como el Sanatorio de Martí i Juliá de Salt (20).

Comparando las proporciones entre trabajadores y enfermos del Manicomio de Leganés con otros establecimientos de la época, comprobamos que la dotación es mayor, si bien la mayor parte también incrementaron su personal a lo largo del primer tercio de siglo XX (36). En el Manicomio de Valencia las quejas relacionadas con el personal se tradujeron en el crecimiento de la plantilla en la tercera década: 30 religiosas, en 1923, pasaron a 35 en 1930; 21 ayudantes-enfermeros en 1923 y 49 en 1929; cinco sirvientas en 1923 y 14, en 1929 y dos practicantes en 1923, se convirtieron en cinco en 1929, para atender a 576 ingresados. Peor aún era la situación del Manicomio de Valladolid, que disponía de dos practicantes para casi mil pacientes, a principios de siglo, que únicamente duplicó su dotación en 1927 (37). En el Manicomio de Córdoba, en el año 1931, contaban con dos practicantes para aproximadamente 200 internados (38).

## CONCLUSIONES

La formación del personal subalterno de las instituciones fue impulsada por el Consejo Superior Psiquiátrico con la regulación del título de «diploma de enfermero psiquiátrico», la organización de cursos y la publicación de manuales. Este proceso de cambio trató de implantarse en el Manicomio de Leganés, cuyo Director participó en las reformas republicanas. El número de trabajadores era mayor que en otras instituciones similares, pero su formación era claramente insuficiente. No hemos podido encontrar documentos que refieran la actividad de la enfermería en el establecimiento y, dado que en 1936, cuando se convocaron los primeros exámenes para la concesión del Diploma de Practicantes y Enfermeros psiquiátricos, la guerra civil fragmentó la sociedad no se garantizó la titulación oficial del personal subalterno. Tampoco se han observado reclamaciones salariales como en Cataluña, ya que, sin duda, faltaban asociaciones y estructuras que defendieran la profesionalización de la enfermería que aún le esperaba un proceso tortuoso y lento para su desarrollo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos R, Huertas R. Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX, Revista de la AEN. 1998;18(65):99-108
2. Huertas R. Spanish Psychiatry: The Second Republic, the Civil War and the Aftermath. International Journal of Mental Health. 2007;35(4):61-72.
3. Bernabé J, Gascón E (1999). Historia de la enfermería de Salud. Pública en España (1860-1977). Alicante: UA; 1999
4. Real Orden de 19 de mayo de 1915. Gaceta de Madrid (21.5.1915). Nº 141.
5. Miqueo C, Muñoz B. La enfermería Psiquiátrica. En: Fernández A. Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragón. Zaragoza: Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría; 2014. 337-369.
6. Siles J, García E. Origen histórico de la profesionalización de los cuidados mentales: practicantes, enfermeras y visitadoras psiquiátricas. Enfermería Científica. 1996; (174-175):49-53.
7. Ventosa F. Cuidados psiquiátricos en enfermería en España (siglos XXV-XX). Una aproximación histórica. Madrid. 2000. Editorial Díaz de Santos.
8. Gaceta de Madrid (29.7.1925). Nº210. p661.
9. Lázaro J. Historia de la Asociación Española de neuropsiquiatría (1924-1999). Rev. de la AEN. 2000; 20(75):397-515.
10. Gaceta de Madrid (20.5.1932). Nº141. 1334-1336.
11. Boletín del Colegio Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía en Madrid. 1932; agosto (257): 23.
12. Boletín del Colegio Oficial de Practicantes de Cádiz y su Provincia. 1932; 17 (191): 4-5.
13. Gaceta de Madrid (2.8. 1932).
14. Herrera F. La titulación del enfermero psiquiátrico en la II República española. Minutos Menarini. 1990; 67: 4-8.
15. Gaceta de Madrid (5.7.1931). Nº187.p128.
16. Gaceta de Madrid (14.7.1933). Nº195. p313.
17. Valenciano L. La asistencia al enfermo mental. Publicaciones de Archivos de Neurobiología;1933
18. Duro A, Villasante O. «La asistencia al enfermo mental» de Luis Valenciano: La profesionalización del cuidado al enfermo mental durante la Segunda República Española. Cultura de cuidados. Revista de enfermería y humanidades. 2016; 20(44):51-62.
19. Villasante O. Manuales para enfermeras psiquiátricas: la introducción de la mujer en el cuidado de los enfermos mentales (1909-1955). En: Esteban S, Markez I, Martínez O, Sánchez ML, Urmeneta X, (coords.). Historias De la salud mental para un nuevo tiempo. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2016. pp.43-56.
20. Villasante O. Relaciones interprofesionales en el Manicomio de Leganés: fuentes, hechos y dis-

cursos durante la Segunda República. En Campos R, González de Pablo A, Porras I, Montiel L. Medicina y poder político. Madrid: SEHM-UCM; 2016. pp.71-75

21. Villasante O. The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900). History of Psychiatry. 2003; 14 (1)

3-23.

22. Tierno R. Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952). Frenia. 2008; 8: 97-129.

23. Carta del director fechada el 31 de octubre de 1931 dirigida al Decano de la Beneficencia General, Archivo Histórico del Instituto Psiquiátrico SSM José Germain (no catalogada).

24. Tierno R, Vázquez de la Torre P, Villasante O. El Manicomio Nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931-1936). En: Campos R, Villasante O, Huertas R. De la «Edad de Plata» al exilio. Construcción y «Reconstrucción» de la Psiquiatría española. Frenia; 2008. pp.107-128.

25. *ABC* (4.8.1933); 28

26. Villasante O. Primeros intentos de profesionalización de la enfermería psiquiátrica: de la Segunda República a la Posguerra Española. En: Simón D et al. Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI. Madrid: AEN; 2013. pp.315-329.

27. Candela R, Villasante O. Las historias clínicas del manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosografía Kraepeliniana. En: Martínez O et al. Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría. Madrid: AEN; 2011. pp.201-220.

29. Sacristán J.M., Lafora G, Escalas J. Anteproyecto de legislación para la asistencia al enfermo psíquico. El Siglo Médico. 1930, 86:32-36.

30. Gaceta de Madrid (29.9.1904). Nº301. p341.

31. Reglamento Orgánico del Manicomio de Leganés. Gaceta de Madrid (15.5.1885). Nº 135; tomo II:447-450.

32. Candela R. El Manicomio Nacional de Leganés en el primer tercio del siglo XX (1900-1931): organización asistencial, aspectos demográficos, clínicos y terapéuticos de la población internada, Tesis doctoral Facultad de Medicina UCM; 2017

33. Archivo General de la Administración de Alcalá de Henares, códigos de referencia AGA (8)25 44/02506, (8)25 44/02511, (8)25 44/02514 y (8)25 44/02515.

34. Viota E. Memoria Histórica del Hospital de Dementes de Santa Isabel de Leganés. Madrid: Estudio Tipográfico de A. Avrial; 1896.

35. Salas y Vaca J. Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional de Leganés durante los últimos veinte años. Madrid: Artes Gráficas; 1929.

36. Livianos L, Cíxcar C, García A, Heimann C, Luengo MA, Tropé H. El Manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Paterna (Valencia): T.G. Ripoll; 2006.

37. García M.J. Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1489-1975). Valladolid: Diputación de Valladolid Editora Provincial Servicio de Publicaciones; 1996.

38. Ruíz C. La asistencia psiquiátrica en Córdoba: Manuel Ruíz Maya (1888-1936). En Campos R, Vilasante O, Huertas R. De la «Edad de plata» al exilio. Construcción y reconstrucción de la psiquiatría española. Madrid:Frenia; 2007.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# EL DESCENSO DE LA MORTALIDAD PSIQUIÁTRICA ¿UNA REALIDAD EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS EN LOS AÑOS TREINTA?

**Raquel Tierno Patiño**

Psiquiatra del Instituto Psiquiátrico SSM José Germain de Leganés

**Olga Villasante Armas**

Psiquiatra del Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés

Contacto: [raquel.tierno@salud.madrid.org](mailto:raquel.tierno@salud.madrid.org)

**Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación  
«Psiquiatría y cambio social en España (1960-1985)».**

**Referencia: HAR2015-66374-R (MINECO/EDER)**

## INTRODUCCIÓN

El estado sanitario de la población general se convirtió en una prioridad durante las primeras décadas del siglo XX (1), una de cuyas áreas fue la Salud Pública (2). El desarrollo de la psiquiatría se va a concretar de forma muy específica durante la Segunda República con la promulgación del Decreto de julio de 1931 que regulaba la asistencia al enfermo mental. Posteriormente surgieron diversas regulaciones como el decreto del 10 de noviembre de 1931 que determinaron la creación de un Consejo Superior de Psiquiatría entre cuyas funciones estaría la realización de una estadística nacional anual de enfermos mentales (3). La Sección de Psiquiatría e Higiene Mental envió a partir de dicho momento el modelo de fichas que se debían cumplimentar, obligando a los manicomios a realizar estas estadísticas de forma sistematizada. Estas fichas supusieron los primeros registros nacionales oficiales de diagnósticos clínicos, número de ingresos y altas y cifras de defunción de los enfermos mentales (4, 5).

## OBJETIVOS

Estudiar las estadísticas y valorar si existe un adecuado registro de las defunciones en el Manicomio de Leganés y se puede valorar la mortalidad manicomial, a partir de los años treinta. Asimismo analizaremos el comportamiento de esta variable en el Manicomio durante la Segunda República comparándola con los datos de otras instituciones y épocas posteriores de este establecimiento psiquiátrico madrileño.

## METODOLOGÍA

Las fuentes esenciales de nuestra investigación son los fondos de archivos históricos, principalmente el Archivo Histórico del Instituto Psiquiátrico José Germain, (historias clínicas y documentación anexa conservada: correspondencia, informes y certificados). Se trabajará también con el Fondo Documental del Instituto Nacional Estadístico y se consultarán diversas publicaciones médicas del periodo y bibliografía secundaria.

## DESARROLLO

Aunque el Manicomio Nacional de Leganés no gozaba de muy buena prensa a principios de siglo XX (6), José Salas y Vaca, jefe facultativo del Manicomio Nacional de Leganés en la segunda década, se vanagloriaba de una «halagüeña estadística», llevada a cabo por los profesionales del establecimiento a lo largo de cinco lustros. Un 7% de altas por remisión y un porcentaje de mortalidad entre el 6-8% en las décadas previas a 1931 eran las cifras de las que se enorgullecía (7, 8). Subrayaba Salas, especialmente, las exiguas cifras de muertes por infecciones que no hicieron mella en el Asilo, mientras hacían estragos en los alrededores (refiriéndose específicamente a las epidemias de tifus de 1902 y la de gripe de 1919). Si bien es fácil pensar que, al igual que en el Manicomio de Leganés, existía un interés particular de los establecimientos por controlar las estadísticas de ingresos, altas y mortalidad, no es hasta la llegada de la Segunda República española cuando se estableció la necesidad de clarificar estos datos a nivel estatal.

El lamentable estado de los establecimientos manicomiales en el primer tercio del siglo XX, la escasez de personal, su falta de cualificación y la rigidez del Decreto de 1882 (que burocratizó la asistencia psiquiátrica sin llegar a impedir las irregularidades e ilegalidades que se producían en los ingresos) fueron el caldo de cultivo del movimiento reformista que surgió esos años (24, 26, 27).

La llegada de la Segunda República trajo respuesta a estas demandas y el Estado se dispuso a mejorar la asistencia al enfermo mental con el Decreto de Julio de 1931 como punto de partida (28, 29). Con arreglo al 7º artículo de este Decreto fue creada, dependiente de la Dirección General de Sanidad, una Sección de Psiquiatría e Higiene mental encargada de todo lo relativo a la asistencia psiquiátrica nacional, con secciones en cada Inspección provincial de Sanidad (9). Comenzó, de este modo, a organizarse la estructura que permitiría obtener listas oficiales de todos los Establecimientos psiquiátricos, públicos o privados, y de los enfermos ingresados. Una serie de Órdenes y Decretos que siguieron al de julio de 1931 detallaron las funciones de esta Sección de Psiquiatría e Higiene mental y dispusieron todo lo necesario para su buen funcionamiento (10, 11).



Considerando la necesidad de asesoramiento científico se creó el Consejo Superior Psiquiátrico, encargado, entre otras cuestiones, de la Inspección de los Hospitales Psiquiátricos y de elevar anualmente a la Dirección General de Sanidad la estadística de enfermos mentales. Para ello, el 28 noviembre 1931, se ordenaba que todos los establecimientos psiquiátricos, oficiales y privados, llevaran una estadística general de los enfermos mentales y, otra, especial de las enfermedades mentales con arreglo a la clasificación de Kraepelin, la más reconocida de la época (12, 25). Para facilitar el trabajo taxonómico, nunca antes uniformado, la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental envió un modelo de estas fichas.

La estadística general de carácter mensual entró en vigor rápidamente y, en diciembre, ya se estaban distribuyendo los partes estadísticos, con objeto de ser cumplimentadas y devueltas a la Sección de Psiquiatría, durante la primera semana de enero de 1932. Por el contrario, para la estadística especial de las enfermedades mentales se amplió el margen para facilitar a los facultativos la tarea, antes de considerarla de obligado cumplimiento; así, aunque se repartieron las fichas correspondientes también en diciembre de 1931, se concedió el primer semestre de 1932 para resolver las posibles dudas, debiendo llegar cumplimentadas de forma obligatoria antes del 1 de febrero de 1933.

**Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés**

AÑO DE 193/  
*3er trimestre*

**RESUMEN ANUAL**  
(POR CONCEPTOS)

	Existencia anterior	Entrados	ALTAS					Existencia actual		
			Curación	Remisión	Traslado	Defunción	Total de altas			
<b>I.-Clasificación administrativa</b>	Hombres...	Pensionistas.....	90 (1)	5		3	1	1	5	90
		Beneficencia.....	83	6		6		2	8	81
	Mujeres...	Pensionistas.....	71 (2)	3		2		2	4	70
		Beneficencia.....	52	3		1		1	2	53
	<b>Total</b> .....	<b>296</b>	<b>17</b>		<b>12</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>294</b>	
<b>II.-Clasificación técnica</b>	Agitados.....	49			8		1	9	40	
	Sucios.....	65			2		2	4	61	
	Tranquilos.....	182	17		2	1	3	6	193	
	<b>Total</b> .....	<b>296</b>	<b>17</b>		<b>12</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>294</b>	
<b>III.-Clasificación nosológica</b>	Oligofrenia.....	37	1				2	2	36	
	Esquizofrenia.....	150	5		2		1	5	150	
	Psicosis maníaco-depresiva.....	25	3			2		2	26	
	Paranoia.....	30	3		1	3		4	29	
	Psicopatía constitucional.....	15	1		1	1		2	14	
	Demencia senil.....	6	1						2	
	Parálisis general.....	5							4	
	Psicosis epilépticas.....	14	1		1			1	13	
	Psicosis alcohólicas.....	6					1	2	6	
	Otras psicosis orgánicas y tóxicas.....	8	2		1			1	9	
	<b>Total</b> .....	<b>296</b>	<b>17</b>		<b>6</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>294</b>	

Leganés, 31 de Diciembre de 1931/  
El Jefe facultativo,  
*[Firma]*

(1) 2 con d. T.  
(2) 3 con d. T.

Figura 1. Primer parte estadístico anual del Manicomio de Leganés

Estas fichas estadísticas, mensuales y anuales, resultan de un gran valor para el análisis de los movimientos de la población manicomial ingresada durante los años del estudio. Los datos aparecen detallados en cada uno de los departamentos del Manicomio, estructurados en tres apartados (ver figura 1). La clasificación administrativa, que separaba a los pacientes según género y categoría pecuniaria en varones pensionistas, varones de beneficencia, mujeres pensionistas y mujeres de beneficencia. La clasificación técnica, que los dividía en tranquilos, sucios y agitados, recordaba las

separaciones propuestas por los clásicos y se hallaba recogida en el reglamento interno vigente. Por último, aparecía, por primera vez, una agrupación nosológica uniforme, con 10 categorías que respetaban los grandes grupos de la clasificación kraepeliniana.

Gracias a las fichas estadísticas, registradas desde el inicio por el Manicomio de Leganés, hemos podido averiguar las tasas de mortalidad de la población ingresada en este establecimiento durante la Segunda República. Los datos, en la figura 2, al inicio del período se corresponden con el porcentaje citado en la obra de Salas y Vaca (6, 1% en el Manicomio en 1931), para ir descendiendo progresivamente hasta cifras de 1, 7% antes del estallido de la guerra civil. Téngase en cuenta en la lectura de la gráfica que, para el tratamiento estadístico, los datos de 1931 se han dividido entre 4 y multiplicado por 12 con el objetivo de obtener el comportamiento anual de la variable en cuestión. De igual forma, en lo relativo a 1936 se han tenido en cuenta datos de enero a julio, divididos entre 7 y multiplicados por 12.

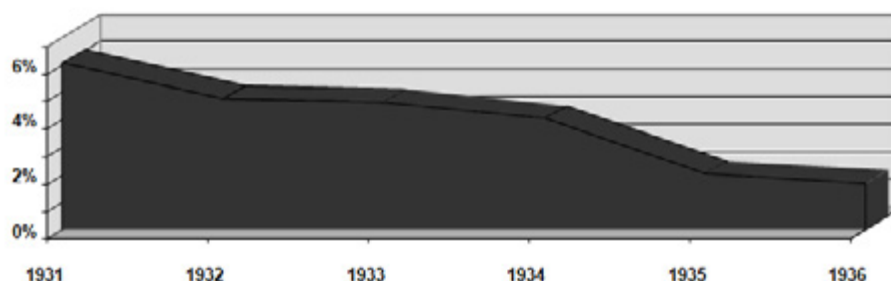


Figura 2. Tasa de mortalidad de la población manicomial de Leganés durante la Segunda República española.

El análisis más exhaustivo de los datos de defunciones parece apuntar a que la disminución de las diferencias entre categorías y secciones, que se registraron los primeros años, podría estar en relación con mejoras realizadas en los departamentos más abandonados: mujeres, beneficencia, agitados y sucios.

En lo que respecta al registro de la mortalidad es llamativo que el Instituto Nacional estadístico publicase en sus Anuarios, las cifras de defunciones manicomiales de 1915 a 1930 (faltando solo los datos de 1917 sin que se conozca el por qué) y, sin embargo, a partir de 1931 desaparezcán. Por alguna razón, la mortalidad de los manicomios no volvió a ser reflejada en las publicaciones del INE hasta el año 1944, el primero después de la guerra. Una posible explicación a este curioso hecho es que el objetivo del Decreto de julio de 1931 (agilizar la asistencia, proteger a los enfermos de los abusos y homogeneizar la nosografía para permitir el desarrollo científico de la especialidad), concentrase el interés estadístico en estos aspectos. Por este motivo quizás, pensamos que las tablas de mortalidad manicomial que, hasta entonces habían aparecido, dejaron paso en los Anuarios del INE a las estadísticas de diagnósticos kraepelinianos (figura 3).



adecuadamente la mortalidad en enfermos mentales ni sus causas, proponiéndose realizar fichas especiales (16). Solo habría que esperar un año para que se reflejasen las tasas de mortalidad en el Anuario del INE, sin que se especificasen las causas de la mortalidad (23).

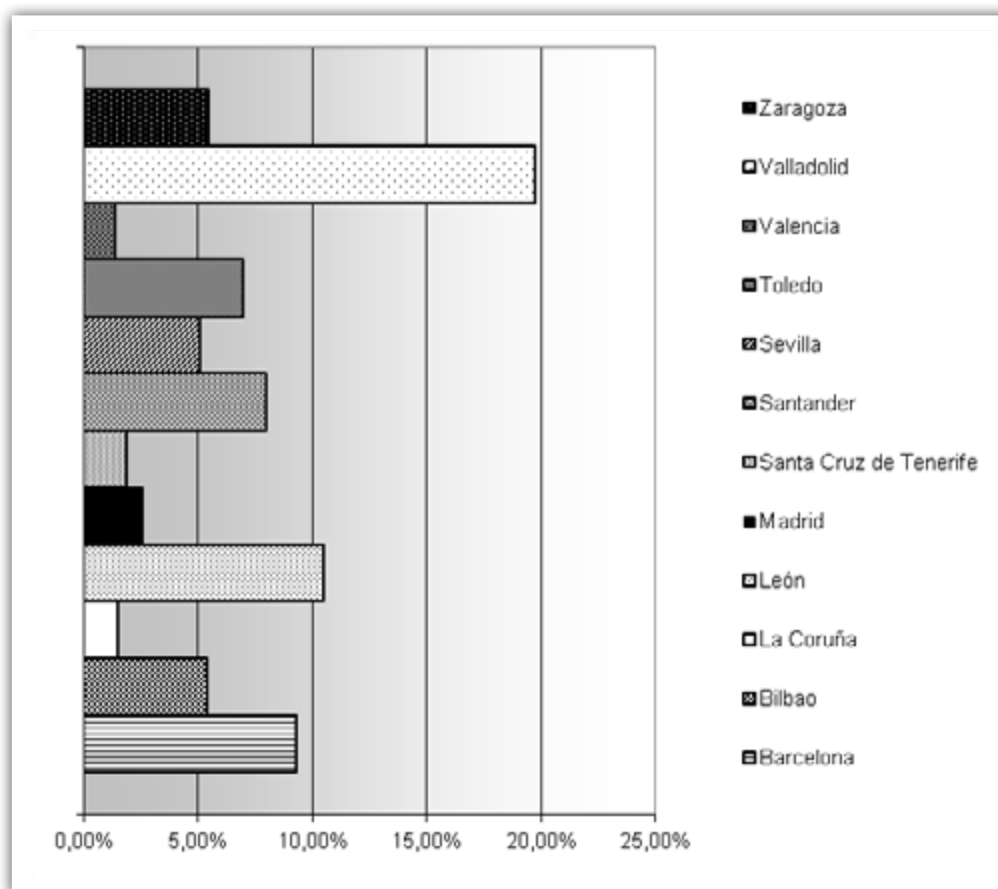


Figura 4. Figura 3. Tasas de defunción en asilos y hospicios de la beneficencia en las capitales de provincias durante 1933.

## CONCLUSIONES

Las reformas republicanas mostraron preocupación por conocer aspectos como el registro de todos los enfermos mentales del país y sus movimientos demográficos; sin embargo, no se registra la mortalidad de las instituciones manicomiales. Las mejoras en el Manicomio de Leganés probablemente contribuyeron a unas cifras mínimas históricas de mortalidad, más bajas que las registradas en otras instituciones. Además se puede realizar un análisis de las categorías diagnósticas y la clasificación técnica de los pacientes por sexos. Con la llegada de la guerra, sin duda, relacionado con las malas condiciones socioeconómicas, se invierte esta tendencia descendente de las tasas de mortalidad, alcanzándose cifras elevadas durante la misma y sobre todo en la primera posguerra.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huertas R. Fuerzas sociales y desarrollo de la Salud Pública en España. 1917-1923. Rev San Hig Pública. 1994; 68:45-55.
2. Huertas R. Política sanitaria: de la Dictadura de Primo de Rivera a la IIª República. Rev. Esp. Salud Pública (internet). 2000 (21 de abril de 2017); 74(mon). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272000000600004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000600004)
3. Gaceta de Madrid (12.9.1931). nº 316:932-933
4. Gaceta de Madrid (2.12.1931). nº 336:1376-1377
5. Tierno R, Villasante O, Vázquez de la Torre P. El Manicomio Nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931-1936). En: Campos R, Villasante O, Huertas R. De *la* «Edad de Plata» al exilio. Construcción y «Reconstrucción» de la Psiquiatría española. Frenia; 2008:107-128.
6. Villasante O. Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el período de entre siglos: asistencia pública frente a sanatorios privados. Frenia. 2005;5(1):69-99.
7. Salas J. Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional. Madrid: Establecimiento tipográfico Artes Gráficas; 1929.
8. Candela R. El Manicomio Nacional de Leganés en el primer tercio del siglo XX (1931-1936): Organización asistencial, aspectos demográficos, clínicos y terapéuticos de la población internada. Madrid. Tesis doctoral UCM. 2017
9. Gaceta de Madrid (7.7.1931).Nº 188. Pp.186-189.
10. Gaceta de Madrid (12.11.1931).Nº 316. P932.
11. Gaceta de Madrid (2-12-1931).Nº 336. Pp.1376-1377.
12. Fernández E. Taxonomía psiquiátrica y asistencia a los alienados. Archivos de Medicina, Cirugía y especialidades.1930;31(2):29-32.
13. Anuario Estadístico Nacional. Madrid: Artes Gráficas.1932. Pp. 632-633.
14. Tierno R, Vázquez de la Torre P, Villasante O. La reforma psiquiátrica durante la segunda república en el Manicomio Nacional de Leganés. En: Campos R, Montiel L, Huertas R. Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2007. pp.329-345.
15. Anuario Estadístico Nacional. Madrid: Artes Gráficas;1934. P47
16. González M. La asistencia psiquiátrica en España. Semana Médica Española. 1943;1-10
17. Tokuhata G. Mortality in State Mental Hospitals of Michigan, 1950-54. Public Health Reports. 1958; 73(8):750-764.
18. Tierno R. Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio de Santa Isabel (1932-1952). Frenia. 2008;8:97-119.

19. Vázquez de la Torre P. El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales. Tesis doctoral UCM. 2012.
20. Vázquez de la Torre P, Villasante O. Psychiatric care at a national mental institution during the Spanish Civil War (1936–39): Santa Isabel de Leganés. *History of Psychiatry*. 2016; 27(1):1-14.
21. Conseglieri A. El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952): aspectos organizativos y clínico asistenciales. Tesis doctoral UCM. 2013.
22. Conseglieri A, Villasante O, Vázquez de la Torre P. El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. Viejas y nuevas prácticas. En Campos, R. González de Pablo (coord), *Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo*. Madrid. Catarata. 2016. 175-204.
23. Anuario Estadístico del INE 1946-47.p1532-1533.
24. Fernández E. Reforma de los manicomios españoles. *Siglo Médico*. 1921; 3510: 261-265
25. Fernández E. Clasificación de las enfermedades mentales. *Rev. Iberoamericana de Ciencias Médicas*. 1907;17:52-53.
26. Sacristán JM. Plan moderno de asistencia a los alienados. *Archivos de Neurobiología*. 1926;6:226–231.
27. Salas J. Frenocomios españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados. Madrid: Tip. de la «Rev. de Archivos, Bibliotecas y Museos»; 1924.
28. Espino J. A. La Reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República: su influencia asistencial. *Estudios de Historia Social*. 1980;14:56-106.
29. Campos R. Higiene mental y reforma de la asistencia psiquiátrica en España (1900-1931). *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*. 1995;7:199-217.

**VOLVER AL ÍNDICE**

**SUJETOS A UN MUNDO  
CON NUEVAS TECNOLOGÍAS  
DE LA INFORMACIÓN  
Y LA COMUNICACIÓN**



# PSICOSIS Y REDES SOCIALES

**Pedro Alberto Marina González**

Psiquiatra. Centro de Salud Mental La Corredoria. Oviedo.  
Profesor Asociado de Psiquiatría. Universidad de Oviedo

**Pilar Marqués Sánchez**

Departamento de Enfermería y Fisioterapia.  
SALBIS Research Group. Universidad de León.

Contacto: [pepaz@telecable.es](mailto:pepaz@telecable.es)

## INTRODUCCIÓN

Las redes sociales y sus cambios pueden tener una influencia directa en la salud y el bienestar. En las personas con enfermedad mental las interacciones sociales se asocian con mejoras en la calidad de vida y la autoestima y todos los estudios encuentran una correlación entre mejoría y número de relaciones (1).

Sin embargo, las personas con esquizofrenia tienen unas redes sociales de menor tamaño, una mayor proporción de familiares entre los miembros de la red y una estructura menos compleja (2, 3, 4). En este sentido, las intervenciones para pacientes con trastornos mentales graves que amplían las redes sociales y la implicación con la comunidad mejoran su calidad de vida (1, 5).

De otro lado, recientes estudios ponen de manifiesto que las intervenciones con personas afectadas por trastornos psicóticos basadas en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) suponen mejoras en diversas áreas, incluida socialización y conectividad social (6). Estas tecnologías parecen especialmente prometedoras en jóvenes con un primer episodio psicótico (7).

## OBJETIVOS

Con estos antecedentes se lleva a cabo una revisión bibliográfica con el propósito de explorar: 1º si las personas con psicosis utilizan intervenciones basadas en TIC, 2º si el uso que hacen es seguro y 3º si son eficaces, tanto desde el punto de vista clínico como por su capacidad de producir cambios en la estructura de la red social.



## RESULTADOS

### Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) un nuevo medio para trabajar con los pacientes

Los estudios revisados ponen de manifiesto que las intervenciones con personas afectadas por trastornos psicóticos basadas TIC suponen mejoras en diversas áreas tales como síntomas psicóticos, socialización y conectividad social, percepción social, depresión y adherencia al tratamiento (6).

En efecto, el estudio de Gottlieb y cols. (15) acerca de la eficacia de un programa de terapia cognitivo-conductual a través de internet para reducir la angustia y el deterioro funcional causado por alucinaciones auditivas permanentes, obtuvo una mejoría en la intensidad de los síntomas. Asimismo los estudios de Rotondi y cols. (16) y de Glynn y cols. (17) que estudian el impacto de intervenciones familiares basadas en internet para pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores y para cuidadores solo, respectivamente, muestran reducción en el estrés familiar, mejora en el apoyo social percibido y en la sintomatología psicótica positiva. Otros estudios de intervenciones utilizando telefonía móvil para la detección precoz de recaídas (10) y para promover la adherencia al tratamiento, potenciar las interacciones sociales y reducir el impacto de las alucinaciones auditivas (18) obtienen también buenos resultados en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.

Además, estas tecnologías parecen especialmente prometedoras en el caso de jóvenes con un primer episodio psicótico (PEP). Los menores de 25 años aparecen como los mayores usuarios de internet y se está apreciando que los pacientes con PEP muestran una actitud positiva hacia intervenciones apoyadas en internet y, en especial hacia las desplegadas en redes sociales (7, 19). En este sentido, el grupo de McGorry (20) ha puesto en marcha en Melbourne un programa de terapia social para PEP que integra redes sociales en línea para pares, intervenciones psicosociales interactivas individualizadas y participación de profesionales para garantizar la calidad y seguridad de las actividades, demostrando que tiene una elevada tasa de uso, escasos abandonos, alta satisfacción, mejoran la conectividad social y se acompañan de una significativa reducción de la sintomatología depresiva.

En este contexto adquiere valor la afirmación de Ben-Zeev (21) de que las tecnologías móviles, por su extraordinario desarrollo, suponen una formidable oportunidad para transformar la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia: «las características de las tecnologías móviles contemporáneas: portabilidad, fuente de alimentación autónoma, diseño cada vez más manejable, ..., facilitan algo revolucionario, nos permiten llevar la investigación, evaluación y tratamiento fuera de los laboratorios y las clínicas para llegar al mundo real en tiempo real donde los individuos negocian sus vidas a diario y lidian con enfermedades psiquiátricas crónicas y su deterioro funcional».

### ¿Qué tipo de intervenciones basadas en TIC se han puesto en práctica para personas con enfermedades mentales graves?

Los trabajos publicados acerca de la eficacia de las mismas estudian el uso de foros para grupos de pares y psicoeducación online y los basados en conectividad mediante telefonía móvil.

La utilización de soporte mediante grupos de pares online y de servicios adaptados al usuario ha mostrado resultados prometedores (8). El apoyo entre pares se sustenta en la teoría de que las personas que padecen una aflicción encuentran ayuda, orientación y seguridad en otras que hacen frente a dificultades similares (8). Además, la capacidad de ayudar a otros mejora la autoestima y reduce las vivencias de estigmatización (22). Investigaciones en servicios adaptados al usuario han mostrado en pacientes con psicosis una fuerte asociación entre apoyo de pares, empoderamiento, redes sociales y recuperación (22). El soporte social parece ser, también, un factor protector de las recaídas en casos con PEP (23).

Las intervenciones psicoeducativas en pacientes con psicosis han demostrado que mejoran la adherencia al tratamiento, reducen las tasas de recaída, promueve las relaciones sociales e incrementa la satisfacción con los servicios de salud mental (9). Investigaciones preliminares muestran que la psicoeducación online tiene la misma aceptación y efectividad que la realizada cara a cara y llega a ser preferible (24), aunque es necesario indagar en qué elementos se basa su efectividad.

En cuanto a la evidencia relacionada con el uso de la telefonía móvil en pacientes con psicosis, las primeras investigaciones demuestran que las intervenciones basadas en teléfonos móviles y sms son eficaces para la detección precoz y prevención de recaídas, reduciendo hospitalizaciones (10), así como para mejorar la adherencia al tratamiento y la socialización y reducir la intensidad de la alucinaciones auditivas (18)

## **Interés de las personas con psicosis en las nuevas tecnologías**

Por tanto, estos estudios ponen de manifiesto que las intervenciones psicosociales basadas en TIC para pacientes psicóticos son eficaces. Ahora bien, ¿son estos pacientes personas interesadas en el uso de estas tecnologías? El rápido desarrollo de las TIC está cambiando el modo en que las personas se relacionan entre ellas y con la comunidad. Nunca hasta ahora tanta información y la posibilidad de acceder a ella e intercambiarla habían estado al alcance de tantos. Obviamente, también para los pacientes con psicosis internet es una poderosa fuente de información y apoyo, con capacidad de influir en la toma de decisiones y comportamientos relacionados con la salud, así como en la relación paciente-terapeuta. Además, la conexión online con redes sociales puede posibilitar las relaciones con otras personas esquivando las limitaciones propiciadas por algunos síntomas de la enfermedad y las consecuencias sociales derivadas. En la revisión sistemática llevada a cabo por Highton-Williamson y cols (7) acerca del uso de redes sociales en línea de personas con psicosis, concluyen que este grupo de personas usan las redes sociales basadas en internet con más frecuencia que los grupos control (26, 27, 28) y emplean más tiempo que aquellos en chats y juegos online, aunque tienen menos contactos sociales cara a cara. Las principales razones para el uso de redes sociales en pacientes psicóticos son hacer nuevas relaciones y mantener las existentes (27, 28, 29, 30), contactar con personas conocidas con las que habían perdido la relación (30) y recibir y proporcionar apoyo (29, 31, 32, 33), y lo hacen amparados en el anonimato, disfrutando de la comodidad de la ausencia de jerarquías, aprovechando una nueva forma de relacionarse (33).

## **Psicosis, nuevas tecnologías y seguridad**

Teniendo en cuenta que las personas con psicosis hacen uso de las TIC y su utilidad para sustentar intervenciones terapéuticas, otro aspecto relevante es averiguar si este uso es seguro. El uso de

las redes sociales no debe poner en peligro la estabilidad clínica ni la privacidad y tampoco añadir problemas como una excesiva dependencia de internet. Algunas personas con psicosis presentan un estilo personal que puede poner en riesgo su seguridad cuando interactúa en una red social en línea. Además, algunos síntomas, como la suspicacia, se pueden acentuar en un ambiente online. Sin olvidar que las cuestiones de seguridad que implican a psicóticos jóvenes son especialmente relevantes dada su vulnerabilidad. Por tanto las intervenciones para pacientes psicóticos basados en redes sociales en línea deben contar con adecuados niveles de protección y vigilancia. Sin embargo, son muy pocos los estudios que incluyen protocolos de seguridad (17, 20). No obstante, el estudio de seguridad y privacidad basado en uno de estos protocolos (11), que constituye uno de los primeros de este tipo de estudios, concluye que creando un entorno de relación específico para los usuarios del programa y con el adecuado soporte de los moderadores para crear una atmósfera protectora que permita detectar signos de deterioro estas intervenciones son plenamente seguras.

### **¿Por qué las intervenciones basadas en TIC son eficaces? ¿Qué aportan con respecto a otro tipo de intervenciones?**

La principal ventaja de esta modalidad de intervenciones es la accesibilidad. Está demostrado que las intervenciones psicosociales dirigidas a la prevención de recaídas, manejo de los síntomas y recuperación de la funcionalidad en un programa integral de tratamiento de la esquizofrenia son más efectivas que la farmacoterapia aislada (34). Sin embargo, muchos pacientes tienen un acceso limitado a programas de apoyo psicológico, estimándose en algunos estudios que la tasa de acceso está por debajo del 10% (12, 35). Las razones de tan escasa utilización tienen que ver con los costes de puesta en marcha y desarrollo de este tipo de programas, las dificultades para acceder a ellos (zonificación, barreras geográficas, dificultades de desplazamiento) y el estigma asociado a los centros de tratamiento, que muchos pacientes con trastornos mentales graves rehúyen.

Por tanto, las TIC proporcionan una extraordinaria oportunidad para hacer llegar a un mayor número de personas intervenciones psicosociales con eficacia demostrada en el tratamiento de la psicosis. Además, los estudios realizados hasta ahora ponen de manifiesto que las actividades psicosociales basadas en TIC presentan al menos tan buenos resultados como los realizados cara a cara. Así pues, las nuevas tecnologías simplifican y agilizan el acceso a programas de tratamiento, sorteando las barreras geográficas, las limitaciones temporales y los condicionantes del estigma, al tiempo que mejoran la relación coste-efectividad de este tipo de actividades. No obstante, todavía son necesarios más estudios que confirmen todas estas ventajas (6).

Pero es posible que el interés de las TIC en personas con esquizofrenia vaya más allá de la accesibilidad a las intervenciones psicosociales. Incluso se podría hipotetizar que la mejoría apreciada al evaluar estas intervenciones no depende exclusivamente del acierto de las mismas sino que estaría también relacionado con un cambio de fondo en la configuración de la red social de la persona, y que este cambio significaría un potencial de mejoría que iría más lejos al atribuible a la propia intervención. Es decir, que las TIC proporcionarían a los pacientes con esquizofrenia una oportunidad de hacer cambios estructurales en su red social, y que estos cambios conllevarían una mejoría en la expresión clínica de la enfermedad.

¿Por qué? Los modelos teóricos acerca del origen de la esquizofrenia contemplan variables genéticas, orgánicas y socioculturales. La evidencia disponible señala la influencia de los factores genéticos y sociales, pero no da ninguna indicación clara de las variables y mecanismos más

específicos involucrados en cualquier tipo de modelo. No obstante, en la iniciativa «*Grand Challenges on Global Mental Health*» (36), se afirma que «es probable que los futuros avances clave deriven de descubrimientos en el campo de la genómica y la neurociencia, conjuntamente con la exploración del papel de los contextos sociocultural y ambiental»

Los conocimientos actuales acerca de la influencia genética en la esquizofrenia están bien documentados. Sin embargo se carece de un marco teórico que aglutine las investigaciones socioculturales, aunque hay evidencias que sugieren que las condiciones sociales juegan un papel importante en la incidencia y curso de la enfermedad,

## **Análisis de Redes Sociales, marco teórico para la investigación social en psicosis**

Por tanto, disponer de un marco teórico para la investigación social en este campo tiene una enorme importancia y, en este sentido, el Análisis de Redes Sociales (ARS) puede proporcionar una base adecuada para ello. La red social de una persona la componen los contactos sociales directos, las relaciones entre ellos y las relaciones de éstos con otros que no están conectados con el individuo focal. Estas redes se pueden considerar como los «ladrillos» de la estructura social y su formación, mantenimiento y ruptura formarían parte de un proceso social universal. El conocimiento de cómo estos procesos funcionan proporciona una base conceptual y metodológica para estudiar cómo operan los factores sociales en la esquizofrenia.

El ARS es un conjunto de técnicas de análisis para el estudio formal de las relaciones entre actores y para analizar las estructuras sociales que surgen de la recurrencia de esas relaciones o de la ocurrencia de determinados eventos. Las redes sociales son, por tanto, conjuntos de relaciones sociales o interpersonales que ligan individuos u organizaciones en «grupos». Como fruto de las «relaciones», directas e indirectas, entre actores (la interacción, la comunicación, el intercambio, etc.), se pueden identificar estructuras relacionales a las que atribuir la emergencia de propiedades sistémicas; éstas estructuras emergentes nos pueden ayudar a comprender, y por tanto a predecir e incluso a gestionar mejor, los resultados de la acción humana (13).

Obviamente una idea fundamental que sustenta el ARS es que las interacciones entre individuos y organizaciones en la red social, además de reflejar los flujos de conocimiento y comunicación, podrían tener un impacto relevante en el comportamiento de los actores. El ARS analiza también cómo la estructura social de relaciones en torno a las personas, grupos, u organizaciones afecta a las creencias y a la conducta de los mismos. No obstante, y aunque esto no es objeto del ARS, las acciones intencionales de individuos también pueden afectar la estructura social. Las redes sociales son a la vez la causa y el resultado de las conductas de los individuos.

Los elementos básicos que definen una red son esencialmente dos: los actores que establecen las relaciones entre sí, y estas relaciones; los primeros son representados por puntos en la red o nodos y los segundos por líneas. Si los actores se describen como nodos y sus relaciones como líneas entre pares de nodos, el concepto de red social pasa de ser una metáfora a una herramienta operativa analítica que utiliza el lenguaje matemático de la teoría de grafos, de las matrices y del álgebra relacional (13)

La investigación y la teoría de las relaciones sociales, destacan como una de las contribuciones más sólidas de las ciencias sociales a la comprensión de la distribución, la experiencia y las consecuencias de la enfermedad (37, 38, 39). En respuesta a los problemas de salud, las personas

pueden activar estratégicamente los lazos de sus redes sociales para ayudar a manejar la crisis y la incertidumbre. Las redes sociales son activadas porque los problemas de salud, especialmente cuando son severos, exceden las capacidades de afrontamiento de los individuos (40).

Pero la activación no es habitualmente el resultado de un proceso racional de toma de decisiones, sino que es la cultura de la red a la que pertenece el individuo, con sus creencias, valores y aptitudes, las que modulan aquella. Las redes que poseen una cultura relacionada con la salud que incluye habilidad para reconocer síntomas de la enfermedad, identificar las necesidades de apoyo y ayudar al acceso a los servicios sociosanitarios, tiene más posibilidades de ser activadas que aquellas que carecen de esta cultura. Los individuos desarrollan estilos de salud a través de la socialización con redes sociales y estos determinan la actitud ante la enfermedad, la búsqueda de ayuda, las profesiones relacionadas con la medicina y hacia los servicios de salud (41). Por tanto, la activación de los vínculos expresa el libre albedrío del individuo operando dentro de las limitaciones de sus hábitos, la cultura de la red a la que pertenece y la disponibilidad recursos asistenciales.

Datos empíricos sugieren que las redes sociales de las personas con enfermedades mentales son amplias, dan mucho apoyo y están muy implicadas, sobre todo en las fases iniciales de la enfermedad (40). Sin embargo, en las enfermedades mentales más estigmatizantes la activación de las redes sociales implica costes, como la atribución de la enfermedad a defectos del carácter, el cuestionamiento de las emociones, capacidades y opiniones, o la limitación de la autonomía e independencia propiciada por los cuidados y protección del entorno. Estas experiencias pueden tener efectos a largo plazo en el paciente, tales como baja autoestima, asilamiento social, ansiedad, depresión y pérdida de confianza en una recuperación prolongada (42).

## Redes sociales en esquizofrenia

¿Cuáles son las características de las redes sociales en personas con esquizofrenia? El ARS aplicado a personas con diagnóstico de esquizofrenia tuvo una época especialmente productiva en los años ochenta del pasado siglo a partir de los clásicos trabajos de Muriel Hammer y Christian Beels (2, 43, 44, 45). Los resultados de los diferentes estudios mostraron que los pacientes esquizofrénicos en comparación con controles sanos tenían unas redes sociales de menor tamaño, una mayor proporción de familiares entre los componentes de la red y una estructura menos compleja. Además, las redes sociales de pacientes con múltiples ingresos eran más pequeñas y con menos contactos fuera de la familia que las de los pacientes con un primer ingreso (46).

De igual manera, revisiones más recientes aprecian las mismas características y diferencias entre las redes sociales de pacientes con esquizofrenia y de controles sanos (3), si bien llaman la atención sobre la importancia que tiene, además de la cantidad, la calidad de las relaciones (47). Un estudio llevado a cabo en Suecia encuentra que tras el ingreso hospitalario las redes sociales no aumentan en tamaño pero mejoran la calidad de las relaciones (48). Los estudios actuales que estudian la composición de las redes sociales de pacientes con psicosis encuentran que tienen menos amigos y más profesionales que en la población general y que el debut de la enfermedad implica cambios en la red que incluyen la pérdida de amigos (4, 49).

Las redes sociales y los cambios en las redes pueden tener una influencia directa en la salud y el bienestar. Los estudios muestran que en los enfermos mentales las interacciones sociales se asocian con mejoras en la calidad de vida y la autoestima y todos los estudios encuentran una correlación entre mejoría y número de relaciones (1, 50).

## CONCLUSIONES

Intervenciones que proporcionen ayuda para establecer nuevos contactos sociales puede ser particularmente importantes y efectivos para las personas con redes sociales especialmente limitadas. Las intervenciones para pacientes con trastornos mentales graves que amplían las redes sociales y la implicación con la comunidad pueden mejorar su calidad de vida (1, 14, 51, 52).

En este sentido, desarrollar un proyecto de investigación con la metodología del análisis de redes sociales podría poner luz sobre estas cuestiones y sentar las bases desde las que organizar el estudio y conocimiento de las influencias socioculturales y ambientales en la esquizofrenia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cornwell B, Laumann EO. 2014. The health benefits of network growth: new evidence from a national survey of older adults. *Social Science & Medicine* . URL: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613005170](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613005170)
2. Hammer M. 1981. Social Support, Social Networks, and Schizophrenia *Schizophrenia Bulletin* 7 (1): 45-57 doi:10.1093/schbul/7.1.45
3. Albert M, Becker T, McCrone P, Thornicroft G. 1988. Social networks and mental health services utilisation: a literature review. *International Journal Social Psychiatry*; 44:248–66. <http://dx.doi.org/10.1177/002076409804400402>
4. McDonald E, Sauer K, Howie L, Albiston D. 2005. What happens to social relationships in early psychosis? A phenomenological study of young people's experiences. *Journal Mental Health*;14:129-43. <http://dx.doi.org/10.1080/09638230500060052>
5. Hansson L, Middelboe T, Sørgaard KW, Bengtsson-Tops A, Bjarnason O, Merinder L, et al. 2002. Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 106:343–50. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02346.x>
6. Alvarez-Jimenez M, Alcazar-Corcoles MA, González-Blanch C, Bendall S, McGorry PD, Gleeson JF. 2014. Online, social media and mobile technologies for psychosis treatment: A systematic review on novel user-led interventions. *Schizophrenia Research*. 156 96–106
7. Highton-Williamson E, Priebe S, Giacco D. 2015. Online social networking in people with psychosis: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 61(1) 92–101
8. Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., Rowe, M., 2006. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophrenia Bulletin*. 32 (3), 443–450
9. Xia, J., Merinder, L.B., Belgamwar, M.R., 2011. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review*. 6, CD002831.
10. Spaniel, F., Vohlidka, P., Hrdlicka, J., Kozeny, J., Novak, T., Motlova, L., Cermak, J, Bednarik, J., Novak, D., Hoschl, C., 2008a. ITAREPS: information technology aided relapse prevention programme in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 98 (1–3), 312–317.

11. Gleeson, J., Lederman, R., Wadley, G., Bendall, S., McGorry, P., Alvarez-Jimenez, M. 2014. Safety and privacy outcomes from a moderated online social therapy for young people with first-episode psychosis. *Psychiatric Services*. 65 (4), 546–550.
12. Lehman, A.F., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R.W., Dickerson, F.B., Dixon, L.B., Goldberg, R., Green-Paden, L.D., Tenhula, W.N., Boerescu, D., Tek, C., Sandson, N., Steinwachs, D.M., 2004. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin* 30 (2), 193–217.
13. Sanz, L. 2003. Análisis de Redes Sociales: o como representar las estructuras sociales subyacentes. *Apuntes de Ciencia y Tecnología*, Nº 7, 21-29.
14. Sibitz I, Amering M, Unger A, Seyringer ME, Bachmann A, Schrank B, et al. 2011. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*; 26:28–33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.08.010>
15. Gottlieb, J.D., Romeo, K.H., Penn, D.L., Mueser, K.T., Chiko, B.P., 2013. Web-based cognitive-behavioral therapy for auditory hallucinations in persons with psychosis: a pilot study. *Schizophrenia Research*. 145 (1–3), 82–87.
16. Rotondi, A.J., Anderson, C.M., Haas, G.L., Eack, S.M., Spring, M.B., Ganguli, R., Newhill, C., Rosenstock, J., 2010. Web-based psychoeducational intervention for persons with schizophrenia and their supporters: one-year outcomes. *Psychiatric Services*. 61 (11), 1099–1105.
17. Glynn, S.M., Randolph, E.T., Garrick, T., Lui, A., 2010. A proof of concept trial of an online psychoeducational program for relatives of both veterans and civilians living with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 33 (4), 278–287.
18. Granholm, E., Ben-Zeev, D., Link, P.C., Bradshaw, K.R., Holden, J.L., 2012. Mobile Assessment and Treatment for Schizophrenia (MATS): a pilot trial of an interactive textmessaging intervention for medication adherence, socialization, and auditory hallucinations. *Schizophrenia Bulletin*. 38 (3), 414–425.
19. Lederman, R., Wadley, G., Gleeson, J.F., Spiteri-Staines, A., Alvarez-Jimenez, M., 2011. Supporting young people with psychosis in the community: an ICT-enabled relapse prevention tool. *Proceedings of the Pacific Asia Conference on Information Systems (PACIS)*, Brisbane.
20. Alvarez-Jimenez M, Bendall S, Lederman R, Wadley G, Chinnery G, Vargas S, Larkin M, Killackey E, McGorry PD, Gleeson JF. 2013. On the HORYZON: Moderated online social therapy for long-term recovery in first episode psychosis. *Schizophrenia Research* 143 143–149.
21. Ben-Zeev, D., 2012. Mobile technologies in the study, assessment, and treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 38 (3), 384–385.
22. Corrigan, P.W., 2006. Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*. 57 (10), 1493-1496
23. Norman, R.M., Malla, A.K., Manchanda, R., Harricharan, R., Takhar, J., Northcott, S., 2005. Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophrenia Research*. 80 (2–3), 227–234



24. Jones, R.B., Atkinson, J.M., Coia, D.A., Paterson, L., Morton, A.R., McKenna, K., Craig, N., Morrison, J., Gilmour, W.H., 2001. Randomised trial of personalised computer based information for patients with schizophrenia. *British Medical Journal* 322 (7290), 835–840.
25. Walker, H., 2006. Computer-based education for patients with psychosis. *Nursing Standard*. 20 (30), 49–56.
26. Martini, T., Czepielewski, L. S., Fijtman, A., Sodre, L., Wollenhaupt-Aguiar, B., Pereira, C. S., Kauer-Sant'Anna, M. 2013. Bipolar disorder affects behavior and social skills on the Internet. *PLoS ONE*, 8, e79673.
27. Mittal, V. A., Tessner, K. D., & Walker, E. F. 2007. Elevated social Internet use and schizotypal personality disorder in adolescents. *Schizophrenia Research*, 94, 50–57.
28. Spinzy, Y., Nitzan, U., Becker, G., Bloch, Y., & Fennig, S. 2012. Does the Internet offer social opportunities for individuals with schizophrenia? A cross-sectional pilot study. *Psychiatry Research*, 198, 319–320.
29. Bauer, R., Bauer, M., Spiessl, H., & Kagerbauer, T. 2013. Cyber-support: An analysis of online self-help fóruns (online self-help forums in bipolar disorder). *Nordic Journal of Psychiatry*, 67, 185–190.
30. Veretilo, P., & Billick, S. B. (2012). Psychiatric illness and Facebook: A case report. *Psychiatric Quarterly*, 83, 385–389.
31. Chang, H. J. 2009. Online supportive interactions: Using a network approach to examine communication patterns within a psychosis social support group in Taiwan. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 60, 1504–1517.
32. Haker, H., Lauber, C., & Rössler, W. 2005. Internet forums: A self-help approach for individuals with schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 474–477.
33. Schrank, B., Sibitz, I., Unger, A., & Amering, M. 2010. How patients with schizophrenia use the Internet: Qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 12, e70.
34. Mueser, K.T., Deavers, F., Penn, D.L., Cassisi, J.E., 2013. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review Clinical Psychology*. 9, 465–497.
35. Lehman, A.F., Steinwachs, D.M., 1998. Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. *Schizophrenia Bulletin*. 24 (1), 11–20 (discussion 20–32).
36. Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS, et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011; 475:27-30.
37. House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. 1988. Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540e545.
38. Pescosolido, B. A., & Levy, J. A. 2002. The role of social networks in health, illness, disease, and healing: the accepting present, the forgotten past, and the dangerous potential for a complacent future. *Social Networks and Health*, 8, 3e25.
39. Smith, K. P., & Christakis, N. A. 2008. Social networks and health. *Annual Review of Sociology*, 34(1), 405e429.



40. Perry B; Pescosolido B. 2015. Social network activation: The role of health discussion partners in recovery from mental illness. *Social Science & Medicine* 125 116e128
41. Lo, M C M., & Stacey, C L 2008. Beyond cultural competency: bourdieu, patients and clinical encounters. *Sociology of Health & Illness*, 30, 741e755.
42. Wahl, O. 2012. Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 9e10.
43. Hammer M, Makiesky-Barrow S and Gutwirth L. 1978. Social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 4 (4): 522-545 doi: 10.1093/schbul/4.4.522
44. Beels CC. 1981. Social Support and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 7 (1): 58-72 doi:10.1093/schbul/7.1.58
45. Beels CC, Gutwirth L, Berkeley J, and Struening E. 1984. Measurements of Social Support in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 10 (3): 399-411 doi: 10. 1093 /schbul/10.3.399
46. Hirschberg W. 1988. Social networks in schizophrenic disorders--a review. *Psychiatric Praxis*;15 (3):84-9.
47. McDonald EM, Hayes RL, Baglioni AJ Jr. 2000. The quantity and quality of the social networks of young people with early psychosis compared with closely matched controls. *Schizophrenia Research*; 46:25–30. [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)00024-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00024-4)
48. Brunt D, Hansson L. 2002. The social networks of persons with severe mental illness in in-patient settings and supported community settings. *Journal Mental Health*; 11:611–21. <http://dx.doi.org/10.1080/09638230021000058175>
49. Catty J, Goddard K, Burns T. 2005. Social services and health services day care in mental health: the social networks and care needs of their users. *International Journal Social Psychiatry*; 51:23–34. <http://dx.doi.org/10.1177/0020764005053267>
50. Eklund M, Hansson L. 2007. Social network among people with persistent mental illness: associations with sociodemographic, clinical and health-related factors. *Int J Soc Psychiatry*; 53:293–305. <http://dx.doi.org/10.1177/0020764006074540>
51. Hansson L. 2006. Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*;113:46–50. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00717.x>
52. Hansson L, Middelboe T, Sørgaard KW, Bengtsson-Tops A, Bjarnason O, Merinder L, et al. 2002. Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 106:343–50. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02346>

**VOLVER AL ÍNDICE**

# EVALUACIÓN CRÍTICA DEL USO DE LAS NUEVAS TIC EN SALUD MENTAL

José Manuel López-Santín

Patricia Álvaro Serón

Contacto: [25275@parcdesalutmar.cat](mailto:25275@parcdesalutmar.cat)

## INTRODUCCIÓN

La psiquiatría, que trata con la conducta y experiencia humana anormal, es una disciplina médica nacida y configurada a partir de la modernidad. Y como tal supone unas aspiraciones y soporta unos lastres derivadas del proyecto ilustrado. Se ha caracterizado lo moderno en base a la expropiación de la experiencia, su estructura intelectual apoyada sobre los conceptos de representación y subjetividad, la emergencia de la amenaza por el nihilismo y su manejo positivista por medio de la divinización de la naturaleza y la objetivación/cosificación y fetichización de la subjetividad y la sociabilidad (1). En tanto producto moderno la psiquiatría traslada la semiología médica a la psiquiátrica y termina restringiendo la comprensión del signo psiquiátrico. No obstante, éste posee unas especificidades a las que es preciso atender (2). Se entiende aquí que la psicopatología es una «técnica reflexiva de creación de objetividad inteligible» (3). Y como de técnica (o tecnología, según la acepción que empleemos) trata el asunto se hará una breve aclaración, sin pretender abundar en un tema tan extenso como interesante. Baste decir que la Técnica (con mayúsculas) se puede entender como la matriz común a muchos o todos los saberes prácticos constituidos en técnicas (mecánica, sociología, arquitectura, economía...), donde viene expresado el modo histórico en que se conforman sujetos y objetos, Mundo y Naturaleza. Sería una lógica de las prácticas, presente en cada una de ellas sin agotarse por ninguna. Lo que interesa remarcar es que la psicopatología como técnica configura el objeto al que se dirige, el sujeto, y al agente que realiza la actividad, el psiquiatra (3).

Se aceptará aquí el uso del concepto «paradigma tecnológico» (4) para referirnos a la profundización de las características modernas en el ámbito de la psiquiatría concretado en algunos aspectos objetivadores del discurso y las acciones expertas en materia psiquiátrica. Se han resumido en la

objetividad de las observaciones mediante el experimento, la asunción de los problemas de salud mental como resultado de mecanismos o procesos fallidos fisiológicos o psicológicos, la explicación causal de éstos y la intervención sobre ellos de forma instrumental e independientemente de relaciones interpersonales y valores. De la limitación y nocividad de este paradigma beben las aspiraciones de la recién denominada psiquiatría crítica o postpsiquiatría (5). Ésta, frente a la importancia de los expertos, el marco tecnológico y el individualismo metodológico que asume la psiquiatría académica del siglo XX, promueve un énfasis democrático por medio de la ciudadanía y su participación, un marco ético por encima del tecnológico y reivindica la importancia de los contextos en la metodología para el trato con lo mental (6). Se va a entender así la salud mental desde una perspectiva comunitaria, es decir, no como cuestión que únicamente atañe al individuo que presenta tal o cual síndrome inscrito en su cerebro, sino a la persona que se encuentra inmersa en una red social amplia y con la que continuamente interacciona constituyéndose recíprocamente. Y de igual forma se atenderá a los efectos sobre la comunidad. Porque individuo y sociedad, Sí-Mismo y Otro, van de la mano. Y porque la salud mental no es algo ajeno a la cultura y aproximarse a la salud mental es acercarse a lo social también. Sirva de ejemplo la prevención en salud mental que necesariamente debe tomar a la comunidad como su objeto de acción para ser realmente efectiva. Desde esta perspectiva se propone reflexionar y cuestionar las intervenciones que como profesionales de la salud mental realizamos en nuestra actividad. Incluso antes de actuar (prevención cuaternaria) (7). Se trata de un objetivo crucial de nuestra actividad profesional puesto que cualquier intervención que realizamos, e incluso antes con la intención de tratar, comporta unos efectos, ya sean beneficiosos o nocivos que debemos conocer lo mejor posible.

## OBJETIVOS

Se constata que desde que inició su andadura el nuevo siglo la generalización del acceso a Internet de banda ancha ha marcado la extensión progresiva del uso de nuevas tecnologías de la comunicación e información (TIC) en materia de salud. Su promoción viene de la mano de los organismos económicos y políticos nacionales e internacionales encargados de mantener el ritmo de crecimiento económico. Desde la crisis financiera mundial del año 2008 se ha procedido a la reformulación de las políticas de salud pública enfocándose en la búsqueda de inversiones que rentabilizar y la reducción de gasto público por medio de recortes en el sistema de salud tanto en plantillas como en servicios (8). En definitiva, la crisis ha facilitado tanto la digestión de reducciones drásticas de gasto público en materia de sanidad como su reorientación, ahora más dirigido a inversiones tecnológicas que se atribuyen algunos méritos dudosos y pendientes de demostrar.

En este contexto, se han puesto en marcha múltiples proyectos que implican la extensión de las TIC en el ámbito de la salud mental. Para ejemplificarlo se mencionan algunos desarrollos cercanos territorialmente. En primer lugar, dos organizaciones que promueven su impulso y desarrollo. El Clúster Salud Mental Catalunya (CSMC), asociación de empresas, grupos empresariales, administración, entidades, entre otros, con la finalidad de promocionar y estimular la innovación y servicios de valor añadido en el sector de la salud mental, y la Fundació TIC Salut del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que a día de hoy acredita aplicaciones para móviles (Apps) en salud mental de forma bastante grosera. Por otro lado, la proliferación de proyectos europeos realizados en centros públicos concertados para testar terapias psicológicas *on-line* en depresiones leves-mo-

deradas (*ifightdepression*), el uso de Apps para el registro y monitorización de variables físicas y espaciales en pacientes con trastorno bipolar (Proyecto SIMPLe) o esquizofrenia (mRESIST), el uso del *whatsapp* o mensajería para recordar el tratamiento, las visitas u ofrecer apoyo a personas con ideas de suicidio. Todo esto se está implementando ya en el sistema de salud público catalán de forma muy poco regulada.

Así las cosas, este trabajo tiene el objetivo de centrarse fundamentalmente en el análisis y la reflexión ética sobre el uso de las TIC en salud mental. Se busca evaluar de forma crítica los usos que ya se están realizando de las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud mental y señalar algunos efectos que se pueden producir con una extensión masiva y acrítica, y en términos básicamente de eficiencia económica y satisfacción del usuario, como actualmente sucede.

El trabajo se centrará especialmente en las prácticas médico-psicológicas mediadas por dispositivos móviles. Sin embargo, se incluirán de forma marginal algunos aspectos de otras prácticas asistenciales que hacen uso de las TIC de distintas formas y no sólo mediante móviles.

## METODOLOGÍA

Se revisa literatura de actualidad acerca de las nuevas TIC en salud, específicamente en salud mental: artículos científicos recientes buscados a través de *Pubmed*, revisiones publicadas a través de *Pubmed*, recomendaciones de práctica clínica, artículos de opinión de revistas médicas y proyectos de investigación en torno a las tecnologías en salud mental.

Se reflexionan los resultados sobre la base conceptual de diversos autores que tratan la cuestión técnica/tecnológica y su influencia durante la modernidad tardía sobre la subjetividad y la sociedad.

Se apuntan algunas limitaciones del uso de las nuevas tecnologías en una disciplina híbrida como es la psiquiatría (9) y las consecuencias resultantes de una efectuación poco crítica.

## APPS Y DISPOSITIVOS MÓVILES, ¿QUÉ APORTAN?

Con objeto de evitar algunas confusiones terminológicas (10) y en aras de la claridad empezaremos definiendo algunos conceptos de más general a más particular:

1) e-salud (e-Health o salud electrónica o salud en línea o cibersalud) y su especialización, e-salud mental. Pretende englobar todas las infraestructuras y aplicaciones propias del mundo de las telecomunicaciones aplicadas al campo de la salud. Incluye la prestación de servicios sociosanitarios, la vigilancia y los cuidados, así como lo relativo a la investigación, formación y divulgación.

2) telemedicina, y su especialización telepsiquiatría. Prestación de servicios de medicina a distancia y para cuya implementación se utilizan las TIC. Incluyen procesos asistenciales (teleconsulta), apoyo a la continuidad asistencial (historia clínica digital compartida), información a usuarios y formación de profesionales. Para ello se utilizan desde los servicios telefónicos estándar hasta el uso de aplicaciones en dispositivos móviles.

3) m-salud (m-salud mental). Cuando para el ejercicio de la práctica médica se utilizan dispositivos móviles, como teléfonos, sistemas de monitorización de pacientes, u otros sistemas sin cables. Aquí se incluirían todos aquellos dispositivos y aplicaciones portátiles en móviles inteligentes.

El significativo avance de las TIC en los últimos tiempos ha permitido su aplicación al sector salud de numerosas maneras. La OMS en su informe de 2010 (11), completado por 114 países, refiere que un 30% de estos países tenían ya una agencia para el desarrollo de la telemedicina y el 50% de ellos tenían instituciones científicas implicadas en su desarrollo. También la prestación de servicios de salud mental a través de sistemas de telecomunicación está teniendo una extraordinaria expansión. Por ejemplo, en el 2013 casi el 6% de todas las aplicaciones de salud móvil estaban destinadas a la salud mental (12). En la actualidad su comercialización no cesa de aumentar exponencialmente. Pese a ello, la americana Food and Drug Administration (FDA) no ha establecido una mínima supervisión reguladora para éstas y su actividad ha quedado a expensas del mercado (13). Aunque la bibliografía sobre su eficacia sigue siendo escasa, se presentan como útiles para el diagnóstico, para el autorregistro y el seguimiento de síntomas, como complemento a la terapia habitual y como recordatorios de citas y tareas de terapia (14). Algunas también proporcionan medios para interactuar con los terapeutas entre las consultas. Importancia singular tiene la recolección de datos por aplicación de smartphone, que puede dividirse en dos categorías: datos activos (como encuestas, autorregistros), que requieren la participación activa del sujeto para ser generados, y datos pasivos (como trazas GPS), generados sin la participación o la acción directa del sujeto. Actualmente hay una falta de datos de adherencia a largo plazo, la mayoría de los estudios terminan a las 6 semanas, por lo que se conoce poco sobre cómo los pacientes aprenden a usar o aceptar las nuevas aplicaciones en tiempos de seguimiento más largos. De todas formas, se tiende a presuponer una mayor tasa de abandono a medio-largo plazo del uso de las Apps que precisan de la introducción de datos activos por lo que cobran especial importancia las de uso pasivo. Y es a partir de estas y otras presuposiciones, que se desarrolla el concepto de «fenotipo digital». El propósito del fenotipado digital es capturar, con una interferencia mínima, diferentes aspectos de las formas en que los sujetos interactúan con el mundo circundante mediante la recolección de trayectorias espaciales (mediante el sistema de posicionamiento global [GPS]), patrones de movilidad física (vía acelerómetro) y muestras de audio (a través del micrófono) (15, 16).

Si bien el seguimiento ambulatorio de rutina puede conllevar una evaluación cara a cara regular más o menos frecuente, esta tecnología podría capturar estos índices conductuales continuamente y registrar-vigilar el cruce de una determinada línea roja social o de un comportamiento sutil significativo. Por ejemplo, la disminución de la comunicación, la actividad motora o los aspectos alterados del habla con un cambio particular en los tiempos de sueño podrían ser el precursor de una recaída depresiva. Del mismo modo, los patrones característicos de desplazamiento y de comunicación asociados con lugares y personas con un alto riesgo de abuso de sustancias podrían presagiar un mayor riesgo de recaída en el consumo, o patrones de comunicación estereotípicos y un mayor aislamiento social podrían indicar una descompensación psicótica inminente. Recientemente, y sobre la base de los criterios de dominio de investigación RDoC, se están proponiendo estos dispositivos de captura conductual objetiva como herramientas útiles para la investigación etiológica de los trastornos mentales en su correlación con otros niveles biológicos jerárquicamente inferiores (17).

A modo de resumen, se puede afirmar que la bibliografía respecto a la eficacia de las TIC en salud mental sigue siendo escasa. Predominan los estudios con limitaciones metodológicas como la falta de un grupo control, número reducido de sujetos incluidos en los estudios, alta variabilidad en la definición y determinación de las variables para evaluar los resultados.

Sin embargo, sus autores tienden a recomendar su uso al considerar que pueden mejorar en gran medida el acceso a la salud mental, la adherencia al tratamiento, ofrecer oportunidades para invo-

lucrar y capacitar a los pacientes, permitir que los servicios ofrezcan mayor flexibilidad y adaptación a las necesidades individuales de cada paciente. Y suponen que los beneficios potenciales para los pacientes incluyen una mayor participación en su atención y detección temprana de descompensaciones, un ajuste más oportuno del tratamiento, la toma de decisiones compartida, así como la disminución de costes y la reducción del estigma por no tener que desplazarse a un centro de salud mental. Otra de las características beneficiosas sería su potencial para proveer mayor objetividad y fiabilidad a los procesos de evaluación, diagnóstico y seguimiento. De aquí su promoción desde el NIMH, principal garante del reduccionismo biologicista en la aprehensión de los trastornos mentales que relega los significados y los contextos a la categoría de ruido ambiente.

Se justifica su uso particularmente en la población adolescente aludiendo a la accesibilidad de un Smartphone en esta franja de edad, a ser la edad diana de la mayoría de trastornos mentales y a la dificultad de éstos en tomar la iniciativa de consultar en los servicios de salud mental por motivos económicos, por vergüenza u otros motivos. Así las Apps tendrían su papel en la prevención primaria pero también secundaria (18, 19).

En resumidas cuentas los **beneficios** pasarían por la mejora y rapidez del acceso, la amigabilidad de la herramienta, y en consecuencia la mejora de la adherencia al tratamiento, el autocuidado y la autorresponsabilidad por medio de la participación y capacitación de los usuarios y el grado de satisfacción de pacientes y familiares por la accesibilidad y la no necesidad de desplazamiento.

Por otro lado se resumen sus **debilidades** en la falta de evidencia de equivalencia clínica, la inexistencia de reportes sobre costo-efectividad, la debilidad de los aspectos éticos como la confidencialidad, la seguridad y privacidad y el fondo de rentabilidad económica como fin último de la mayoría de Apps disponibles en el mercado, la discriminación económica y cultural que pueden inducir, la ausencia de un marco regulador de acreditación y prescripción y por último, y no por eso menos importante, los problemas técnicos que limitan su uso adecuado. Por su parte, algunos especialistas en el tema tratan de ir planteando y solventando algunos de esos problemas de fondo para facilitar su implementación y su funcionamiento en el contexto clínico real (20, 21).

Asimismo la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) recientemente ha publicado un modelo de evaluación de aplicaciones para teléfonos inteligentes que no recomienda o aprueba específicamente ninguna aplicación, sino que orienta a los médicos por medio de una serie de preguntas organizadas por cuestiones esenciales relativas a su uso clínico y estructuradas de forma jerárquica (información de fondo o **background** de la App, seguridad y privacidad, evidencia, facilidad de uso e interoperabilidad) para hacer un uso crítico de las mismas (22).

Encontrar el equilibrio adecuado en la evaluación y la regulación del espacio de mSalud implica una revisión juiciosa de la evidencia y una colaboración densa entre los diversos grupos de interesados, cada uno con su propia experiencia y expertez para abordar un tema socialmente importante.

## ASPECTOS ÉTICOS DEL USO DE LOS NUEVOS DISPOSITIVOS

El material revisado señala como debilidad en materia de ética lo referente a la confidencialidad de datos y la ausencia de marco legal regulador coherente con la materia que se trata. Sin embargo, ninguna fuente revisada se interesa por los efectos que su uso puede comportar en niveles más generales.

Muchos filósofos y sociólogos han tratado la cuestión de la técnica/tecnología y sus consecuencias en el ser humano y el mundo que habita. Pero por su agudeza, contexto histórico y su capacidad de anticipación respecto a la cuestión que se trata aquí, Günther Anders (23, 24) se nos antoja una referencia ineludible. Sin pretender abarcar su obra ni mucho menos, conviene señalar algunas cuestiones que apunta sobre los efectos de la tecnología en el ser humano. Anders lanza sus afilados dardos contra la automatización por medio de las máquinas porque implica tanto la mutación del ser humano en pieza de un sistema autonomizado e incomprensible para éste como en materia prima disponible para la economía en un sentido amplio. Una industrialización/maquinización del sistema de producción y consumo que implica hacer superfluo al hombre en su trabajo y que lleva a la irresponsabilidad en su actividad y la limitación moral que comporta dicha irresponsabilidad. Asimismo alerta de sus efectos en el ser humano tanto sobre las emociones y los sentimientos (consigo mismo, con los otros y con las máquinas) como sobre la modificación de la experiencia que implica la doble existencia espacial (esquizo-topía la llama) o temporal (simultaneidad como presente) en su relación con el mundo, o el empobrecimiento de su capacidad lingüística, imaginativa y afectiva. Y, por último, admirable es también la anticipación que hace de la abolición del sentido que se produce por la automatización y la adopción de mecanismos compensatorios varios del hombre para su manejo con el sinsentido de su existencia.

Por su parte, G. Agamben (25) define los dispositivos como «cualquier cosa que tenga de algún modo la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivientes». Y así, serían dispositivos, no sólo las instituciones disciplinarias, sino cualquier cosa que medie entre los seres vivientes o sustancias y su ser sujeto. A esa mediación se la denomina proceso de subjetivación. En virtud de esa definición la psiquiatría es un claro ejemplo de dispositivo. Y lo es en tanto técnica que por medio de su discurso y sus prácticas, sus instrumentos, procedimientos y métodos, conforma los objetos (síntomas, síndromes, sujetos) y los sujetos-agentes (psiquiatras). Se postula aquí que el principal asunto ético es el que hace referencia al modo de subjetivación que se produce en los procesos técnicos de la psiquiatría mediada por nuevos instrumentos como son las TIC. Y es que los procesos de subjetivación mediados por estos nuevos dispositivos configurarán sujetos distintos y psiquiatras distintos. Y obviamente, sociedades distintas.

Se puede especular sobre los procesos que se pueden desencadenar con el uso masivo en psiquiatría de las nuevas tecnologías revisadas aquí. Los sujetos conformados lo harán como sujetos pasivamente monitorizados y en registro permanente de su estado fisiológico, su localización espacial, su timbre de voz, sus movimientos. Algo que puede comportar un sentirse acompañado y cuidado continuamente, pero que al mismo tiempo puede generar un sentimiento de dependencia de expertos que interpreten las señales que genera el propio cuerpo y den sentido a las propias sensaciones y experiencias. Siguiendo este hilo se podría derivar un extrañamiento y una cosificación de los propios procesos fisiológicos y psicológicos y una pérdida de capacidad y poder sobre uno mismo que no puede dejar de incidir en el estado afectivo de la persona. Y en un mundo donde las características modernas cada vez se hacen más profundas, los sistemas expertos (26) son lo que proveen de los mecanismos para adquirir control y dominio sobre uno mismo de forma reflexiva, dándose en forma de psicoeducación, *conseiling*, *coaching*, *mindfulness* u otros similares. Se responsabiliza al sujeto del mantenimiento de su cuidado por los medios promovidos por sistemas expertos. Y puede terminar por construirse como el sujeto genético que bautiza Nikolas Rose (27) cuando describe a sujetos convenientemente autónomos, prudentes, autorrealizantes y responsables en virtud de su diagnóstico genético o como los Hombres-Máquina que disecciona el



colectivo Tiqqun (28) cuando se refiere a esos sujetos tan responsables y cuidadosos con su salud que llevarán una vida de enfermos para no serlo nunca.

Por otro lado, la aceleración del tiempo y la inmediatez del cumplimiento del deseo que proporcionan en la atención las TIC pueden condicionar en aspectos tan amplios como fundamentales en el desarrollo de las personas como pueden ser la aceptación de las frustraciones o postergación de los deseos inmediatos, la posibilidad de experimentar otras posibilidades adaptativas personales o con el círculo próximo de allegados o el manejo adaptativo de la espera por medio de la paciencia, la serenidad o la meditación atenta. Esa aceleración e inmediatez fomenta además la acción mediada por la emoción, reactiva y de corta duración, más que la acción mediada por sentimientos más duraderos o valores más enraizados en la persona. Se contribuye así también a la aceleración e inestabilidad.

La imagen del sujeto y la sociedad que proporciona el filósofo surcoreano Byung-Chul Han puede ayudar a visualizar lo que parece emerger bajo procesos sociales tales como el de la implementación de las TIC en psiquiatría. Éste se refiere a la actual sociedad con la metáfora de la transparencia, para describir el positivismo extremo que vivimos (29). Una sociedad que precisa de gran cantidad de datos e información que circule aceleradamente, pero incapaz de generar un conocimiento organizado con sentido, organizado de forma narrativa, que no sea una mera adicción de datos (30). Y precisamente esa es la diferencia entre la actual psiquiatría hegemónica, que ahonda aún más en sus mermas con la promoción desmesurada de las TIC, y la psicopatología que como se decía al inicio del trabajo tiene por misión la producción de inteligibilidad.

## **ALGUNOS ASPECTOS CONCRETOS DEL USO DE TIC EN SALUD MENTAL**

Algunos autores se han encargado de poner hilo a la aguja y han tratado algunos problemas relativos al uso de las nuevas tecnologías en salud mental (31). Por tratarse de cuestiones centrales destacamos algunos.

Sadler ha planteado el problema de la asunción de valores tecnológicos en la atención psiquiátrica y los ha resumido en tres puntos: 1) la terapia entendida como instrumento orientado a unos fines determinados obvia u olvida la narración del proceso, 2) se origina una hiponarratividad que se promueve por la formalización del lenguaje y que contribuye al extrañamiento de las propias experiencias del sujeto, y 3) se reduce al clínico a mero instrumento (terapeuta robot que administra píldoras psicoterapéuticas) en pro de la estandarización y homogeneización, haciéndolo así fácilmente reemplazable. Se vuelve de nuevo a los lugares comunes que emergen durante este análisis: reificación del clínico y el sujeto objeto de atención, extrañamiento/distanciamiento de la propia experiencia, empobrecimiento de la significación y narratividad de la experiencia.

Por su parte, J. Radden señala que el modelo tecnológico traiciona algunas cuestiones esenciales de la práctica psiquiátrica ética. Así, resume en cinco características algunas especificidades que marcan la relación profesional-paciente en psiquiatría. El compromiso de la autonomía del paciente en algunas ocasiones, la excepcionalidad del poder del experto, la involuntariedad más o menos manifiesta del paciente que acude a consulta, la base fiduciaria traicionada por el profesional en situaciones de riesgo para el paciente o terceros y el papel de la personalidad del



profesional como herramienta terapéutica a través del vínculo establecido. Todas ellas remiten a la alianza terapéutica, factor fundamental de los procesos terapéuticos de recuperación. La extensión ilimitada de un modelo tecnológico puede afectar sobremanera en este sentido, puesto que por las especificidades de la psiquiatría se requiere en la comunicación por parte del profesional de algunas virtudes morales como son la sensibilidad, la calidez, la inteligencia emocional, la moderación, la confiabilidad o la autenticidad que no pueden solventarse por medios tecnológicos y puramente instrumentales (32).

No abundaremos en otras cuestiones igualmente notorias del tema que se trata. Simplemente anotar que Charland ha mostrado algunas carencias en la aprehensión de la esfera emocional y afectiva mediada por una perspectiva tecnológica que reduce o elimina los aspectos morales y los valores de las emociones con la consiguiente pérdida de comprensión del sujeto que consulta. Y Mender ha señalado la inadecuación de las teorías de la información que fundamentan las TIC para tratar con la subjetividad y los significados, algo fundamental para el ejercicio de nuestra actividad.

Y es que es necesario para el ejercicio responsable, ético y efectivo de nuestra profesión atender tanto a las características de lo que nos traemos entre manos como a los condicionantes socioeconómicos y culturales que conforman el contexto de nuestra praxis, como hemos tratado en otros lugares (33, 34).

## CONCLUSIONES

El paradigma tecnológico hegemónico en psiquiatría se presenta de diversas formas. Una de ellas es la actual irrupción de las TIC como instrumento evaluativo y terapéutico en el campo de la salud mental.

Su implementación en los sistemas de salud públicos se está haciendo de forma no suficientemente fundamentada a la vista de lo revisado en el presente trabajo. Los ensayos son metodológicamente precarios aún, no han demostrado evidencia de mejora sobre otros métodos o instrumentos y tienen un enorme vacío ético que afecta tanto a la finalidad fundamental con la que se comercializan como a la afectación de la confidencialidad y privacidad de datos, entre otros.

Por otro lado, como instrumento nuevo para el trato médico-psicológico, técnico, con el hombre implica una modificación fundamental de éste y del agente que lo emplea. Ese cambio, que tiene implicaciones éticas esenciales, no ha sido considerado, y mucho menos evaluado.

Partiendo de diversos autores que han tratado la cuestión de la técnica y su relación con la subjetividad y la sociedad, se han expuesto algunas consideraciones relativas al uso de las TIC en psiquiatría y se ha especulado sobre sus posibles implicaciones venideras en un sentido amplio.

Asimismo, se han señalado algunos problemas concretos específicos que implica el uso de TIC en el campo de la salud mental como son la mutación del clínico en instrumento reemplazable, el extrañamiento de las propias experiencias y el empobrecimiento de su propia significación o la afectación sobre el vínculo terapéutico que se establece en la relación profesional-paciente.

## REFERENCIAS

- 1- Ramos Gorostiza P. Modernidad, psiquiatría y delirio. *Átopos*, 2007; 6:13-30.
- 2- Ramos Gorostiza P., Adán Manes J. Misunderstanding psychopathology as medical semiology: an epistemological enquiry. *Psychopathology*. 2011;44:205-15.
- 3- Rejon Altable C. Concepción de la psicopatología como lógica. Un ensayo de teoría de la psiquiatría. Madrid: UAM, 2012.
- 4- Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Ed. Grupo 5. Madrid, 2013.
- 5- Bracken P and Thomas P. Postpsychiatry: a new direction for mental health. *BMJ* 2001; 322 (7288):724-727.
- 6- Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry. Mental health in a postmodern world. New York: Oxford University Press, 2005.
- 7- Ortiz Lobo A, Ibáñez Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85: 513-523.
- 8- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson S, McKee M. (2012). 'Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe', Policy Summary No 5 (Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory of Health Systems and Policies).
- 9- Marková IS, Berrios GE. Epistemology of psychiatry. *Psychopathology*. 2012;45(4):220-7.
- 10- Imison C, Castle-Clarke S, Watson R and Edwards N (2016). Delivering the benefits of digital health care. Research report. Nuffield Trust.
- 11- WHO (World Health Organization). Telemedicine. Opportunities and developments in member states. Report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series. Volume 2. ISBN 978 92 4 156414 4 ISSN 2220-5462© World Health Organization 2010
- 12- Donker T, Petrie K, Proudfoot J et al. Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review. *J Med Internet Res* 2013;15:e247.
- 13- Torous J, Roberts LW. Needed Innovation in Digital Health and Smartphone Applications for Mental Health: Transparency and Trust. *JAMA Psychiatry*. 2017 May 1;74(5):437-438.
- 14- Deslich S, Stec B, Tomblin S, Coustasse A. Telepsychiatry in the 21(st) century: transforming healthcare with technology. *Perspect Health Inf Manag*. 2013 Jul 1;10:1f. Print 2013. Review.
- 15- Onnela JP, Rauch SL. Harnessing Smartphone-Based Digital Phenotyping to Enhance Behavioral and Mental Health. *Neuropsychopharmacology*. 2016 Jun;41(7):1691-6
- 16- Torous J, Kiang MV, Lorme J, Onnela JP. New Tools for New Research in Psychiatry: A Scalable and Customizable Platform to Empower Data Driven Smartphone Research. *JMIR Ment Health*. 2016 May 5;3(2):e16.
- 17- Torous J, Onnela JP, Keshavan M. New dimensions and new tools to realize the potential of RDoC: digital phenotyping via smartphones and connected devices. *Transl Psychiatry*. 2017 Mar 7;7(3):e1053. doi: 10.1038/tp.2017.25.

- 18- Powell AC, Chen M, Thammachart C. The Economic Benefits of Mobile Apps for Mental Health and Telepsychiatry Services When Used by Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017 Jan;26(1):125-133. doi: 10.1016/j.chc.2016.07.013. Epub 2016 Oct 15. Review.
- 19- Nelson EL, Cain S, Sharp S. Considerations for Conducting Telemental Health with Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017 Jan;26(1):77-91. doi: 10.1016/j.chc.2016.07.008. Epub 2016 Oct 15. Review.
- 20- Torous J, Nebeker C. Navigating Ethics in the Digital Age: Introducing Connected and Open Research Ethics (CORE), a Tool for Researchers and Institutional Review Boards. *J Med Internet Res*. 2017 Feb; 19(2): e38.
- 21- Mohr DC, Weingardt KR, Reddy M, Schueller SM. Three Problems With Current Digital Mental Health Research . . . and Three Things We Can Do About Them. *Psychiatr Serv*. 2017 May 1;68(5):427-429.
- 22- American Psychiatry Association. Mental Health Apps. 2016. Recuperado a partir de: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/mental-health-apps>
- 23- Anders G. La obsolescencia del hombre. (Vol I). Sobre el alma en la época de la segunda revolución industrial. Valencia: Pre-Textos, 2011.
- 24- Anders G. La obsolescencia del hombre. (Vol II). Sobre la destrucción de la vida en la época de la tercera revolución industrial. Valencia: Pre-Textos, 2011.
- 25- Agamben G. ¿Qué es un dispositivo?. Barcelona: Editorial Anagrama S.A, 2015.
- 26- Giddens A. Modernidad e identidad del yo. Barcelona: Ed Peninsula, 1995.
- 27- Rose N. Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. La Plata; UNIPE: Editorial Universitaria, 2012.
- 28- Tiqqun. Hombres-máquina: modo de empleo. Madrid: Editorial Acuarela & A. Machado, 2006.
- 29- Byung-Chul Han. La sociedad de la transparencia. Barcelona: Herder Editorial S.L., 2013.
- 30- Byung-Chul Han. Psicopolítica. Barcelona: Herder Editorial S.L., 2014.
- 31- Phillips J editor. Philosophical perspectives in technology and psychiatry. New York: Oxford University Press, 2009.
- 32- Priebe S, Dimic S, Wildgrube C. Good communication in psychiatry-a conceptual review. *Eur Psychiatry*, 2011;26:403-7.
- 33- Molins Gálvez F, López-Santín JM. La simplificación neopositivista del lenguaje de la psicopatología desde una perspectiva post-wittgenstiana. *RAEN*, 2015; 35 (125):135-145.
- 34- López-Santín JM, Álvaro Serón P, Molins Gálvez F. Cambios formales en la entrevista psiquiátrica. ¿qué hay de fondo?. *RAEN*, 2015; 35 (126): 277-287.

**VOLVER AL ÍNDICE**

# NUEVAS FORMAS DE VIOLENCIA EN LA ADOLESCENCIA

**Encarnación Mollejo Aparicio**

Jefa del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental  
del Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey

**Contacto:** [encarnacion.mollejo@salud.madrid.org](mailto:encarnacion.mollejo@salud.madrid.org)

## INTRODUCCIÓN

En España ha crecido en los últimos años la preocupación social por los actos de violencia entre iguales, en particular en el entorno escolar, que en algunos casos han alcanzado tal nivel de gravedad que les ha convertido en protagonistas mediáticos (1).

El fácil acceso a las tecnologías de la información y de la comunicación TIC, ha generado una nueva forma de violencia entre los niños y adolescentes, el ciberacoso, consiste en acosar, intimidar o humillar a un compañero/a a través de las redes sociales, e-mail, chat o teléfono móvil de forma reiterada y prolongada en el tiempo. Algunas formas de ciberacoso se basan en el envío de mensajes ofensivos y amenazas, suplantación de la identidad, pirateo de una cuenta personal, difusión de información personal, retoque de fotos y vídeos comprometidos, difusión vía redes sociales de rumores o rankings de rasgos negativos, o también hacerle el «vacío», la no inclusión en los mismos generando una sensación de aislamiento hacia la víctima (2, 3).

Las características que definen el **ciberacoso o cyberbullying** son: la intencionalidad del agresor, el desequilibrio de poder entre agresor y víctima, la reiteración de la violencia a lo largo del tiempo, el poder realizar el acoso en cualquier momento y desde cualquier lugar, y la posibilidad de mantener el anonimato el agresor (4).

Hoy en día, la mayoría de los usuarios de las TIC's son jóvenes y adolescentes, alrededor del 70% de los usuarios de las redes sociales son menores de 35 años. Las ventajas de las TIC's son muchas, pero no podemos olvidar las consecuencias negativas cuando se realiza un uso inadecuado, abusivo o indiscriminado que puede aumentar la vulnerabilidad especialmente en los niños y adolescentes (5).

El ciberacoso está íntimamente asociado con el aumento del uso de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) entre la actual generación de niños y niñas, a los que ya se considera «nativos digitales». Según datos del Instituto Nacional de Estadística del año 2015, prácticamente

toda la población escolar entre 10 y 15 años (por encima del 90%) tiene acceso a internet, y un porcentaje muy alto de alumnos de entre 12 y 16 años tiene su propio teléfono móvil (en torno al 90%). Además, diversos estudios realizados en España demuestran que los adolescentes usan principalmente las TIC para comunicarse con sus amigos, especialmente a través de redes sociales (6).

Las distintas redes sociales establecen diferentes límites de edad para su uso en Europa. En España la edad mínima legal para tener un perfil en una red social es 14 años. Sin embargo, los datos indican que casi un 40% de los menores entre 9 y 13 años tiene su propio perfil en una red social.

Las redes sociales suponen una nueva forma de socialización. Cerca del 40% de los menores españoles consideran que «es más fácil ser ellos mismos en Internet que en persona». Un porcentaje ligeramente inferior (37%) afirma que para ellos es más fácil hablar con la gente a través de Internet que cara a cara. Un 19% de los menores españoles afirman que se comunican en Internet con personas que han conocido en Internet y con las que no tienen ninguna conexión más allá de las redes sociales (7).

Determinadas prácticas de intercambio de información en las redes sociales que pueden entrañar riesgo y/o conducir a situaciones de ciberacoso no deseadas, como sexting y grooming.

**Sexting:** Es la difusión o publicación de imágenes o vídeos de tipo sexual producidos por el propio remitente, principalmente a través del teléfono móvil. Se trata de una práctica que los jóvenes realizan como regalo a sus parejas, como elemento de coqueteo o para captar la atención. El principal riesgo que entraña el sexting es que una vez que el contenido es enviado, el remitente pierde el control del mismo. El receptor de la fotografía o vídeo puede distribuirla a terceros de forma deliberada (venganza o ruptura con la pareja) o contribuir a su difusión involuntariamente (descuido, robo o pérdida del terminal). En definitiva, el contenido puede tener difusión pública entre el grupo de amigos del receptor, en el entorno escolar, o incluso, en páginas web de carácter pornográfico teniendo serias repercusiones sociales y emocionales en la persona (7, 8).

Puede afectar al menor en su relación con el entorno escolar y contribuir a un aislamiento autoimpuesto para evitar miradas, comentarios y más acoso por aquellos que han visto u oído hablar de las imágenes difundidas. En este sentido, la humillación pública a la que puede ser sometida la víctima puede llegar a constituirse en ciberbullying si los compañeros del menor utilizan el hecho como elemento para el acoso (9).

El contenido sexual también puede ser utilizado como un elemento para extorsionar o chantajear al protagonista de las imágenes, en lo que describimos como grooming. Es el ciberacoso ejercido deliberadamente por un adulto para establecer una relación y un control emocional sobre un menor con el fin de preparar el terreno para su abuso sexual. El grooming suele pasar por diferentes fases –una primera fase de toma de contacto o amistad, una segunda fase de inicio de la relación fundamentada en la confianza mutua y una tercera fase de abuso sexual, ya sea explícito o implícito-. El abuso sexual a través de las nuevas tecnologías puede tener importantes consecuencias negativas psicológicas para el menor, pero también puede entrañar un riesgo físico, al poder convertirse en un abuso sexual real (10, 11).

Los menores, por tanto, se presentan no sólo como objeto de ciberacoso sino también como el sujeto que puede llevar a cabo esas agresiones o abusos. El ciberacoso es una forma de violencia de especial complejidad, por la publicidad y exposición de la víctima, y también por la impunidad que el anonimato de internet puede otorgar a los agresores (12).

Al tratarse de un medio no presencial, favorece la idea de «virtual», percibiéndose por los agresores en muchas ocasiones como un juego inofensivo. Esta percepción favorece la continuidad del fenómeno pues es considerado por el agresor como inocuo para las víctimas.

## OBJETIVOS

Dar a conocer las nuevas formas de violencia en los niños y adolescentes a través de las TIC, los riesgos que conlleva el uso de los medios digitales, las consecuencias para la salud de los adolescentes, y las recomendaciones para un uso seguro.

La prevención de la violencia en niños y adolescentes, es la mejor forma de acabar con estas y otras formas de violencia en la sociedad. La prevención implica conocer las nuevas formas de violencia entre iguales, educar en la no violencia, el respeto a la diversidad, en un uso responsable y ético de los medios digitales.

## METODOLOGÍA

Se basa en el análisis de los resultados del I estudio de ciberbullying según los afectados, realizado por la Fundación ANAR, y el estudio llevado a cabo por Save the Children sobre el bullying y ciberbullying en la infancia.

La fundación ANAR en 1994 pone en marcha el Teléfono ANAR de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (900 20 20 10), para dar una respuesta rápida y eficaz a los problemas y necesidades de los niños y adolescentes a través de la escucha telefónica. La atención va dirigida tanto a menores por el Teléfono del Niño y del Adolescente como para adultos, a través de la Línea del Adulto y la Familia (600 50 51 52), cuando demandan una orientación para ayudar a menores de su entorno.

El Teléfono ANAR es atendido las 24 horas por un equipo de profesionales especializados en el mundo de la Infancia (psicólogos, psiquiatras, pedagogos...) que ofrecen orientación telefónica a menores que se encuentran en situaciones de riesgo y solicitan ellos mismos, o a través de adultos que conocen su situación, apoyo y ayuda profesional para resolver sus problemas.

Los profesionales realizan una valoración y orientación psicológica y/o un asesoramiento de carácter jurídico y/o social. En la mayoría de los casos, las orientaciones conllevan la derivación a un recurso externo (aquél que sea el adecuado para el caso concreto) y, en algún caso, conlleva la intervención por parte del equipo de ANAR, trasladando el caso a las autoridades o entidades pertinentes y realizando posteriormente un seguimiento. Después de la realización de este asesoramiento, se procede a la redacción de un expediente anonimizado e individualizado del caso de cada menor, que es la fuente primaria de recogida de información empleada en este proyecto.

La Fundación ANAR, basa su estudio en la información recogida a través de las llamadas realizadas al teléfono ANAR de atención a niños y adolescentes, y la línea de atención al adulto y la familia. En lugar de suministrar encuestas a una población determinada, se procedió a un vaciado de la información de los expedientes, para lo cual se diseñó un modelo de cuestionario con el fin de estructurar la información recogida en los expedientes en variables concretas que pudieran ser tratadas como datos cuantitativos.

La población objeto de estudio fueron los niños/as y adolescentes que habían sufrido acoso escolar y que habían llamado al Teléfono ANAR entre los años 2013 y 2015. Durante estos tres años se recibieron un total de 60.408 llamadas sobre acoso escolar. Para la obtención de la muestra se recogió de forma aleatoria 550 casos de acoso escolar sobre el total de 1.363: 127 de casos de ciberbullying; 402 de otros tipos de acoso escolar; y 21 en los que no se puede saber el tipo de acoso. En el análisis de resultados se diferenciaron dos grupos las víctimas de ciberbullying y las víctimas de otros tipos de acoso escolar diferente al ciberbullying (13).

Save the Children es una organización no gubernamental que desarrolla múltiples programas en diferentes países relacionados con la promoción de la salud, nutrición, atención en emergencias, calidad educativa, y la erradicación de la violencia y explotación laboral infantil, etc.

Con el fin de promover una educación positiva y la erradicación de todo tipo de violencia contra la infancia, Save the Children, realizó un estudio sobre el bulling y ciberbullying en la infancia, pasando una encuesta a 21.487 estudiantes entre 12 y 16 años de Educación Secundaria Obligatoria (1º ESO a 4º ESO) que asistían a centros educativos públicos en el territorio español. Las encuestas se realizaron de septiembre de 2014 a junio de 2015 (8).

## CONCLUSIONES

De los 21.487 estudiantes de ESO encuestados un 6, 9% habían sufrido ciberacoso. Extrapolado al conjunto de la población el número de víctimas de ciberacoso se eleva 82.000 menores de edad (8).

**El medio empleado** en la gran mayoría de casos de ciberacoso (90%) es el teléfono móvil, principalmente el envío de Whatsapp (80, 9%), seguido de las redes sociales en un 36, 2% de las ocasiones. Tan sólo un 20% utilizan los ordenadores o las tablets para agredir (13).

Respecto al **sexo**, 7 de cada 10 adolescentes que sufren ciberbullying son mujeres. Los ciberacosadores eran hombres un 4, 5% y un 3% mujeres (13).

**La edad media** de las víctimas es de 13, 6 años. La edad de inicio del problema se sitúa en los 12, 9 años, lo que revela que la media de tiempo que el adolescente tarda en contar lo que está padeciendo, es de 9 meses. Los adolescentes tienen una baja percepción de riesgo y cuando se atreven a contar lo que les está sucediendo suelen estar en una situación límite en la que se encuentran indefensos o incapaces de resolver (13).

El 47, 1% de los ciberacosadores eran amigos de la víctima. Fenómeno contrario a lo que ocurre en otros tipos de acoso escolar donde 7 de cada 10 no eran amigos previamente (13).

En cuanto a diferencias entre **comunidades autónomas**, Andalucía, Murcia, Melilla e Islas Baleares, el promedio de niños y niñas que han sufrido acoso o ciberacoso o reconocen haber acosado o ciberacosado a alguien es superior a la media estatal (8).

**El tipo de agresión** más frecuentes (62, 6%) son los insultos y palabras ofensivas, seguido de amenazas (24, 3%) y del envío de fotos y/o videos comprometidos (20, 9%) (13).

Al preguntar a los niños/as y adolescentes **los motivos del ciberacoso** a sus compañeros, respondieron mayoritariamente no saber por qué ejercían este tipo de violencia. La segunda causa más frecuente fue por molestarle, seguido de estas otras respuestas: «gastarle una broma»; para



vengarme; porque le tengo manía; porque me provocó; por sus características físicas; por su color de piel, cultura o religión; por su orientación sexual; por las cosas que le gustan: cine, música, juegos (8).

En el ciberacoso, no hay contacto cara a cara y la audiencia del acoso puede amplificarse sin control y se prolonga más en el tiempo, ya que un insulto o una imagen se quedan «colgados» en las redes. Estas características del ciberacoso su mayor difusión, la permanencia en el tiempo, en ocasiones el anonimato del agresor, hacen que consecuencias del ciberacoso sean más graves para la víctima que otras formas de acoso.

El 92% de los menores padecen **secuelas psicológicas**: Ansiedad, tristeza, miedo, aislamiento social, soledad, baja autoestima, trastornos psicossomáticos e intentos de suicidio son las principales secuelas psicológicas detectadas. Sin embargo solo el 18% de los casos que padecieron cyberbullying recibieron tratamiento psicológico (13).

8% de las víctimas sufrieron acoso de tipo sexual, con graves consecuencias para los menores (13).

Tanto las víctimas como los que agreden muestran escasa autoestima. Entre los niños y niñas que declaran haber acosado a otro menor de edad, se detecta, además, menor empatía cognitiva y afectiva, menos asertividad y una más baja capacidad para resolver conflictos. No hay diferencias significativas ni por edades ni por sexos (8).

Asociada al ciberacoso, esta la denominada «ley del silencio», por la que el resto de niños y niñas no denuncian esta situación por miedo al rechazo social que puede implicar. Esto supone que a veces sea difícil de detectar, la mayoría de los niños tardan en contárselo a los padres por miedo a una reacción excesiva, y aunque la mayoría de los compañeros (85, 1%) lo sabían, no reaccionaron (13).

Es fundamental restaurar el daño ocasionado, apoyando psicológicamente a la víctima y poniendo en marcha mecanismos de justicia restaurativa encaminados a educar al agresor y no criminalizarle. En casos extremos es preciso solicitar la implicación de Fuerzas de Seguridad del Estado.

En las denuncias de ciberacoso, grooming ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, es conveniente aportar pruebas gráficas del material vejatorio o calumnioso (correos, comentarios en foros, fotos, etc.) que el acosador haya generado. La Policía tiene una Brigada de Investigación Tecnológica (<http://www.policia.es/bit/index.htm>), encargada de este tipo de labores, como la persecución de amenazas, injurias y calumnias por correo electrónico, SMS, foros, web, etc., para la protección al menor en el uso de las nuevas tecnologías, pornografía infantil, piratería digital, estafas en Internet, virus, sustracción de datos, suplantación de la identidad.

Para prevenir las situaciones de ciberacoso es de vital importancia trabajar tanto con los niños y las niñas como con los principales agentes de su entorno. Y para ello, no solo es importante que los niños y las niñas lo conozcan y aprendan a detectarlo; también es esencial educarlos en un uso responsable de las TIC (2, 9, 14). Esta educación no debe realizarse desde posturas de miedo, prohibición o rechazo de la realidad digital, sino acompañándoles para promover una ciudadanía digital, con conciencia sobre lo que significa la intimidad, la privacidad y la protección de los derechos y deberes en este entorno, y para que adquieran medidas de autoprotección en el uso de las TIC, aumentando el conocimiento de las herramientas y de sus posibles riesgos (15, 16).



## BIBLIOGRAFÍA

1. Defensor del Pueblo-UNICEF. Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria 1999-2006. Madrid. Publicaciones de la Oficina del Defensor del Pueblo. 2007.
2. Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid, Cyberbullying: guía de recursos para centros educativos en casos de ciberacoso. ([http://www.defensordelmenor.org/upload/documentacion/publicaciones/pdf/GUIA\\_Ciberbullying.pdf](http://www.defensordelmenor.org/upload/documentacion/publicaciones/pdf/GUIA_Ciberbullying.pdf))
3. Ortega R., Zych R., Izabela. La ciberconducta y la psicología educativa: retos y riesgos. *Psicología Educativa*; 2016, 22 (1) 1-4
4. Ortega R., Zych R., Izabella y Martín-López L. Cyberbullying: a systematic review of research, its prevalence and assessment issues in Spanish studies. *Psicología Educativa*; 2016, 22 (1) 1-9
5. Garaigordobil, M. Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2011, 22 (1) 233-254
6. INE (2015): Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. <http://www.ine.es/prensa/np933.pdf>
7. Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Plan de confianza del ámbito digital del Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es. Madrid. 2015. [http://www.chaval.es/chavales/sites/default/files/Guia\\_Actuaci%C3%B3n\\_contra\\_Ciberacoso\\_vf\\_pi.pdf](http://www.chaval.es/chavales/sites/default/files/Guia_Actuaci%C3%B3n_contra_Ciberacoso_vf_pi.pdf)
8. Ana Satre (Coord). Yo a eso no juego. Bulling y Cyberbullyng en la infancia. Save the Children, 2016. [www.savethechildren.es/publicaciones/yo-eso-no-juego](http://www.savethechildren.es/publicaciones/yo-eso-no-juego)
9. Ferran, B. Usos y Malos Usos de las nuevas tecnologías: cyberbullying. Variables psicológicas y educativas para la intervención en el ámbito escolar. *Asociación Universitaria de Educación y Psicología*, 2013, 397-400
10. Guía legal sobre cyberbullying y grooming. Observatorio de la Seguridad de la Información. Área Jurídica de la Seguridad y las TIC. INTECO, Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación.
11. Guía de actuación contra el ciberacoso. Padres y educadores. INTECO. Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación. ([http://www.inteco.es/Seguridad/Observatorio/guias/guiaManual\\_grooming\\_ciberbullying](http://www.inteco.es/Seguridad/Observatorio/guias/guiaManual_grooming_ciberbullying))
12. Cyberbullying y privacidad, guía para profesores. Proyecto Daphne. Centro de Seguridad en Internet Protegeles.
13. I Estudio sobre cyberbullying según los afectados. Informe del teléfono ANAR. Fundación Mutua Madrileña, Fundación ANAR. 2016. [www.anar.org](http://www.anar.org)
14. Del Rey R, Mora-Merchán J.A, Ortega R. Programas e iniciativas para afrontar el cyberbullying. *La convivencia escolar: aspectos psicológicos y educativos*. 2010.

15. Guía de buenas prácticas TIC para las familias. Junta de Castilla y León. <http://www.educa.jcyl.es/es/temas/participacion-educativa/guia-buenas-practicas-tic-familias>

16. Uso inteligente de las nuevas tecnologías. Consejos prácticos. Programa Aprende de la Junta de Castilla y León. 2011.

**VOLVER AL ÍNDICE**

# COGNICIÓN SOCIAL

# PROCESAMIENTO COGNITIVO Y FUNCIONAMIENTO SOCIAL EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA: LA CAPACIDAD MENTALIZADORA

Alicia Ruiz Toca

Ana Madrigal Aguilera

Jimena Tamayo Santamaría

Guillermo Lahera Forteza

Contacto: [aliciaruiztoca@gmail.com](mailto:aliciaruiztoca@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La velocidad de procesamiento (VP) es un constructo central en el campo de las alteraciones cognitivas que afectan a los pacientes con esquizofrenia<sup>1</sup>. Se ha definido la VP como el número de respuestas correctas que una persona es capaz de ofrecer en una prueba que requiere una serie de operaciones cognitivas en un tiempo limitado de ejecución<sup>2</sup>. Entre las pruebas que tradicionalmente se han venido utilizando para la medición de esta capacidad se encuentran la fluencia verbal, el test de codificación de símbolos y Trail Making Test<sup>3</sup>. Su déficit se ha asociado a defectos en el funcionamiento global psicosocial<sup>4</sup>, resolución de problemas de la vida diaria<sup>5</sup> y habilidades sociales<sup>6</sup>.

Algunos estudios de laboratorio han tratado de diferenciar las unidades más elementales de la velocidad de procesamiento, mediante pruebas que valoran el tiempo de reacción, tanto en paradigmas de respuesta simple (TRs) como en paradigmas de respuesta de elección (TRe)<sup>7</sup>. Aunque estrechamente relacionado, el TR se define y diferencia de la velocidad de procesamiento, como «el tiempo requerido para que se inicie la respuesta motora tras la captación de un estímulo por los órganos sensoriales y se establece en etapas tempranas del procesamiento de la información»<sup>8</sup>. El

tiempo de reacción, medido a partir de pruebas propias, se ha considerado también como uno de los déficits cognitivos más severos en etapas estables de la enfermedad<sup>9</sup>. Aunque existen diferencias evidentes entre la velocidad de procesamiento y TR, son muy escasos los estudios que tratan de forma clara y discriminante ambos constructos.

La atención sostenida (AS) o vigilancia (V), definida como la capacidad para mantener el foco atencional en una tarea durante un período prolongado de tiempo, ha sido considerada ampliamente como un fenotipo de la esquizofrenia<sup>10</sup>. El interés tradicional de este dominio cognitivo radica en proporcionar una medida de procesamiento cognitivo general que afecta a diferentes factores importantes dentro del campo de la neuropsicología de la esquizofrenia, como son; la velocidad de procesamiento y el tiempo de reacción<sup>9</sup>. Un bajo rendimiento en pruebas que evalúan AS, como el Continuous Performance Test (CPT), parece asociado a factores de riesgo genéticos<sup>11</sup> y se encuentra presente tanto en las primeras etapas<sup>12</sup>, como en etapas tardías de la enfermedad<sup>13</sup>.

Un dominio cognitivo que ha recibido mayor atención en los últimos años es el procesamiento emocional, una dimensión relevante de la cognición social que incluye la capacidad para identificar, facilitar, entender, predecir y manejar emociones<sup>14</sup>. Dada su relevancia en el campo de la psicosis, la cognición social se incluye junto con la atención sostenida y la velocidad de procesamiento en la Batería de Consenso para la evaluación de la esquizofrenia de la Investigación de Medidas y Tratamientos para mejorar la Cognición en la Esquizofrenia (MATRICS). Como precursores de esta línea de investigación podríamos citar los trabajos de Frith<sup>15</sup>, quién propuso que una anomalía en la Teoría de la Mente (ToM) podría subyacer al desarrollo de síntomas psicóticos, generando un gran volumen de publicaciones al respecto<sup>16, 17</sup> y encontrándose resultados más controvertidos para la asociación con sintomatología paranoide<sup>18, 19</sup>.

Recientemente se ha sugerido una relación entre los procesos atencionales y el procesamiento emocional<sup>20</sup> lo que podría explicar el impacto sinérgico de ambas dimensiones cognitivas en la funcionalidad.

Estos déficits, para los que no existe un tratamiento satisfactorio en la actualidad, resultan importantes para la calidad de vida e integración comunitaria, por eso resulta importante, de cara a la evaluación e intervención eficaz esclarecer la forma de relación entre ellos, y a su vez con la sintomatología psicótica, aún desconocida en el paradigma de la investigación<sup>21</sup>.

## OBJETIVOS

Comparar los perfiles de errores en mentalización en pacientes con esquizofrenia con sujetos control formado por sujetos sin un diagnóstico psiquiátrico.

Comparar el rendimiento en tareas de velocidad de procesamiento y tiempo de reacción en pacientes con esquizofrenia con sujetos control formado por sujetos sin un diagnóstico psiquiátrico.

Comparar el rendimiento en tareas de atención sostenida en pacientes con esquizofrenia con sujetos control formado por sujetos sin un diagnóstico psiquiátrico.

Analizar la relación entre variables cognitivas (velocidad de procesamiento, tiempo de reacción y atención sostenida) y el perfil de ejecución en mentalización en pacientes con esquizofrenia.

Analizar la relación entre variables cognitivas y el perfil de ejecución en mentalización con variables clínicas, en pacientes con esquizofrenia.

Analizar la relación entre el perfil de ejecución en mentalización y funcionalidad global psicossocial en pacientes con esquizofrenia.

## METODOLOGÍA

### Diseño

Se trata de un estudio observacional transversal de tipo caso-control con el propósito de analizar las relaciones entre; variables cognitivas (velocidad de procesamiento, capacidad de atención sostenida y tiempo de reacción) capacidad de mentalización y funcionalidad, en una muestra de 89 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y 100 sujetos controles sin enfermedad psiquiátrica.

### Muestra

La muestra estaba compuesta por pacientes cumplen el diagnóstico de esquizofrenia, en base a los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales, versión 5 (DSM-5), que acuden a su revisión habitual en la consulta de psicología, psiquiatría y/o de enfermería en el Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento Francisco Díaz, el centro de Salud Mental Puerta de Madrid, así como en los diferentes centros de rehabilitación psicossocial, miniresidencias y centros de día de Alcalá de Henares, (Madrid). Las características sociodemográficas y el tratamiento farmacológico en el momento del estudio se determinaron a través de la revisión de los registros médicos disponibles.

### Criterios de inclusión:

Pacientes ambulatorios de ambos sexos, de edad comprendida entre 18 y 65 años.

Cumplir los criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia, según el DSM –5<sup>22</sup>.

Cumplir criterios de estabilidad clínica (no ingresos hospitalarios en los últimos 3 meses).

En régimen ambulatorio en seguimiento en el centro de Especialidades Francisco Díaz, Centro de Salud Mental Puerta de Madrid o centros de Rehabilitación Psicossocial de Alcalá de Henares.

Firma del Consentimiento Informado por escrito.

### Criterios de exclusión:

Trastornos psiquiátricos diferentes al de los criterios de inclusión.

Datos de impregnación moderada-severa según la Escala de Acatisia de Simpson-Angus.

Retraso mental (se determinará de acuerdo con informes y registros médicos)

Enfermedad neurológica, historia de traumatismo craneoencefálico, enfermedad médica grave.

Analfabetismo funcional.

Abuso de sustancias psicoactivas exceptuando el tabaco.

Negativa a participar.

El grupo control estaba formado por 100 sujetos sanos, sin patología neurológica ni seguimiento en salud mental en los últimos 12 meses. Presentó las mismas condiciones sociodemográficas que el grupo experimental. Las características sociodemográficas se determinarán a través de entrevistas personales.

El grupo control estaba formado por 100 sujetos sanos, sin patología neurológica ni seguimiento en salud mental en los últimos 12 meses. Presentó las mismas condiciones sociodemográficas que el grupo experimental. Las características sociodemográficas se determinarán a través de entrevistas personales.

### **Criterios de inclusión grupo control:**

Edad de 25 a 65 años

Ausencia de patología psiquiátrica actual o presente en los últimos 12 meses.

Firma de consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión grupo control:**

Pacientes con cualquier diagnóstico actual de los ejes I ó II del DSM-IV-TR (incluyendo abuso o dependencia de sustancias o de abuso de alcohol en el momento de la inclusión en el estudio, excepto si la dependencia está en fase de remisión completa. No se aplica a la nicotina ni a la cafeína); patología médica grave e inestable, no controlada.

#### ***Variables dependientes:***

La variable dependiente será mentalización.

#### ***Variables independientes:***

Las variables independientes serán; variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, convivencia, nivel educativo, categoría y situación laboral), variables clínicas (historia perinatal, enfermedades físicas, consumo de psicoestimulantes, historia de consumo de tóxicos, horas de sueño, historia de esquizofrenia, antecedentes familiares, tratamiento farmacológico y adherencia a tratamiento) variables clínicas asociadas al diagnóstico de esquizofrenia (síntomatología psicótica), variables cognitivas (velocidad de procesamiento, tiempo de reacción y atención sostenida) y funcionalidad.

#### ***Instrumentos***

**Escala de acatisia de Simpson-Angus versión breve (SAS), (Simpson y Angus, 1970). Versión española<sup>23</sup>.** Instrumento de 6 ítems utilizado para evaluar la presencia y gravedad de la sintomatología parkinsoniana. Es la escala de evaluación más utilizada para el parkinsonismo en los ensayos clínicos en los pasados 25 años. Los 6 ítems están enfocados en evaluar tanto la rigidez como la bradicinesia, y no evalúan la rigidez subjetiva o el enlentecimiento. Los ítems son evaluados con una escala de gravedad de 0 a 4, con definiciones para cada puntuación

**Positive and negative syndrome scale (PANSS),<sup>24</sup> Versión Española<sup>25</sup>.** Entrevista semiestructurada de 30-40 minutos de duración. Consta de 30 ítems (síntomas) que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). Está formada por tres subescalas de evaluación de síntomas: la positiva (PANSS-P), la negativa (PANSS-N) y la de psicopatología general (PANSS-PG) de 16 ítems. La subescala positiva evalúa: delirios, alucinaciones, desorganización conductual, excitación, grandiosidad, desconfianza y hostilidad. La subescala negativa evalúa: embotamiento afectivo, retraimiento emocional y social, contacto pobre, pensamiento estereotipado, falta de espontaneidad. La subescala de psicopatología general evalúa: ansiedad, depresión, desorientación, sentimientos de culpa, etc.

**Velocidad de procesamiento: Trail making test, parte A (TMTa)<sup>26</sup>:** La parte A de la Trail Making Test es una prueba breve y cronometrada de capacidad de exploración visual y de seguimiento visomotor que se ha incluido en la MCCB como indicador de la velocidad de procesamiento. La parte A requiere conectar números consecutivos situados de manera irregular en una hoja de papel. El rendimiento en la tarea supone el total de segundos que tarda el sujeto en realizar la actividad.

**Subtest de codificación de símbolos de la brief assessment of cognition in schizophrenia (BACS)<sup>27</sup>:** Evaluación breve de procesos cognitivos en esquizofrenia; mide la velocidad de procesamiento visomotora que se obtiene al escribir lo más rápidamente posible una serie de números que se asocian con símbolos durante un periodo de 90 segundos. En rendimiento se valora sumando el total de asociaciones correctas. Esta prueba se encuentra incluida en la MCCB.

**Fluencia verbal semántica: animal naming<sup>28</sup>.** Esta prueba de fluencia verbal evalúa la producción espontánea y rápida de palabras que forman parte de la categoría «animales». La versión para la MCCB de esta prueba de fluencia semántica consiste en nombrar el mayor número posible de animales en 60 segundos.

**Atención sostenida y Tiempo de Reacción: Prueba de ejecución continua-pares idénticos: Continuous performance test-identical pairs (CPT-IP), versión para MATRICS<sup>29</sup>:** Es una medida informatizada de atención sostenida o de vigilancia. La versión utilizada en MATRICS implica la observación de una serie de dígitos que aparecen brevemente en el monitor de un ordenador y se responde pulsando un botón cuando dos estímulos consecutivos son idénticos. La ejecución se valora mediante el índice de detección de señal D-prime «d» que mide la relación entre el número de respuestas correctas y el número de falsas alarmas. Los valores de «d» oscilan entre -4.214 y 4, 214. Los valores de «d» más altos indican mejor rendimiento, mientras que un valor por debajo de 1 se considera muy pobre rendimiento.

**Mentalización: Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC)<sup>30</sup>** validación en Español<sup>31</sup>. Un instrumento audiovisual de alta validez ecológica para la evaluación de la cognición social de trastornos como la esquizofrenia a través de diferentes escenas sociales sencillas que requieren atender a diferentes aspectos de la cognición social (reconocimiento de emociones, intenciones, aspectos contextuales, gestos y pragmática del lenguaje), importantes para interpretar correctamente interacciones sociales de la vida cotidiana. El rendimiento se valora sumando el total de aciertos y de errores de cada subtipo de mentalización (hipermentalización, hipomentalización y no mentalización).

**Funcionalidad Global: Escala Personal and Social Performance (PSP)<sup>32</sup>, Versión Española<sup>33</sup>,** para valorar funcionamiento personal, laboral y social. Este instrumento ha demostrado una alta validez discriminante para distinguir diferentes grados de disfuncionalidad en diferentes áreas en pacientes con esquizofrenia. Presenta un valor de 1 (mínimo grado de autonomía) a 100 (máximo grado de autonomía).



## DESARROLLO

La selección de la muestra se efectuó de acuerdo con los criterios de inclusión en los centros seleccionados. A cada paciente se le asignó una cita de una hora para realizar la evaluación en los diferentes recursos de salud mental (ambulatorios, centro de día y miniresidencia), que comenzó con la firma del consentimiento informado y cumplimentación de la hoja de registro de datos. Se aplicaron a continuación los cuestionarios para la evaluación de variables clínicas (PANSS), funcionalidad (PSP) y las pruebas de medición del tiempo de reacción (CPT-IP), de atención sostenida (CPT-IP), velocidad de procesamiento (TMTa, BACS, Animales) y mentalización (MASC). El grupo control siguió el mismo procedimiento de evaluación, a excepción de las variables clínicas y funcionalidad que no se valoraron.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS<sup>34</sup> versión 23.0. El nivel de significación fijado para todas las pruebas de contraste de hipótesis del 0,05.

En la prueba T de diferencia de medias se observaron diferencias estadísticamente significativas en velocidad de procesamiento (TMTa:  $t=7,474$ ,  $p=.000$ ; Animales  $t=-6,943$ ,  $p=.000$ ; BACS  $t=-10,195$ ,  $p=.000$ ), atención sostenida ( $t=-7,013$ ,  $p=.000$ ), tiempo de reacción ( $t=6,736$ ,  $p=.000$ ). En la prueba MASC se encontraron diferencias en ambos grupos, tanto en aciertos ( $t=-10,965$ ,  $p=.000$ ), errores por déficit de mentalización ( $t=11,085$ ,  $p=.000$ ) como en errores por no mentalización ( $t=8,634$ ,  $p=.000$ ). No se encontraron diferencias en errores por hipermentalización ( $t=,134$ ,  $p=,893$ ).

El perfil de errores en mentalización en el grupo de pacientes fue: hipomentalización (media=10,79,  $sd=4,394$ ), hipermentalización (media=7,17,  $sd=3,141$ ) y no mentalización (media=5,91,  $sd=3,439$ ), mientras que en el grupo control se observó un perfil de errores en mentalización: hipermentalización (media=7,11,  $sd=3,197$ ), hipomentalización (media=4,79,  $sd=2,672$ ) y no mentalización (media=2,33,  $sd=1,891$ ).

En el análisis de correlaciones bivariadas se observaron relaciones significativas entre variables sociodemográficas y las variables de estudios. En concreto se encontraron asociaciones entre la edad y funcionalidad ( $P=-,440$ ;  $p=.000$ ), TMTa ( $P=.566$ ;  $p=.000$ ), BACS ( $P=-,444$ ;  $p=.000$ ), atención sostenida ( $P=-,405$ ,  $p=.000$ ), tiempo de reacción ( $P=286$ ,  $p=.007$ ) y aciertos en mentalización ( $P=-,293$ ;  $p=.006$ ). Los años de evolución se relacionan con funcionalidad ( $P=-,296$ ;  $p=.005$ ), VP (TMTa:  $P=341$ ,  $p=.001$ ; BACS:  $P=-,231$ ;  $p=.009$ ) y con atención sostenida ( $P=-,283$ ;  $p=.008$ ). No existe relación entre años de evolución y tiempo de reacción ni cognición social. El número de ingresos no se relacionó con ninguna variable de estudio ( $p>.05$ ).

Se observaron relaciones significativas entre la velocidad de procesamiento en todas las pruebas (TMT  $P=,423$ ;  $p=.000$ , Animales  $P=-,394$ ;  $p=.000$ , BACS  $P=-,560$ ;  $p=.000$ ) y aciertos en cognición social, así como en todos los subtipos de errores en mentalización ( $p<.05$ ). Se observó una tendencia de significación entre TMTa y errores en hipomentalización ( $P=.196$ ;  $p=.069$ ). También se observó una tendencia de relación entre tiempo de reacción y aciertos en cognición social ( $P=-,224$ ,  $p=.040$ ), y no se observó ninguna relación con los subtipos de errores en mentalización ( $p>.05$ ). La atención sostenida se asoció con errores por hipermentalización ( $P=-,279$ ;  $p=.010$ ) y no mentalización ( $P=-,372$ ;  $p=.000$ ).

No se observaron relaciones significativas entre sintomatología positiva ( $P=-,021$ ,  $p=,846$ ) sintomatología negativa ( $P=-,166$ ,  $p=,125$ ) sintomatología general ( $P=-,002$ ,  $p=,983$ ) y aciertos o sub-

tipos de errores en cognición social. Tampoco se observaron relaciones significativas entre sintomatología positiva, sintomatología negativa, sintomatología general y variables cognitivas ( $p > .05$ ). Únicamente se encontró una asociación significativa entre sintomatología negativa con animales ( $P = -, 268, p = .011$ ) y tiempo de reacción ( $P =, 250, p = .019$ ).

La funcionalidad se asoció a todas las subescalas de la PANSS ( $p < .05$ ). El nivel de funcionalidad correlacionó con velocidad de procesamiento (TMT  $P = -, 275, p = .009$ , y BACS  $P =, 366, p = .000$ ), atención sostenida ( $P = .221; p = .040$ ) y con errores por déficit de mentalización ( $P = -, 305, p = .004$ ).

## CONCLUSIONES

El presente trabajo trata de profundizar en el análisis de la relación entre el procesamiento cognitivo y la capacidad mentalizadora que presentan los pacientes con esquizofrenia y su deterioro funcional. En primer lugar hemos discriminado entre variables relacionadas, como el tiempo de reacción, la velocidad de procesamiento y la atención sostenida. Nuestros resultados indican que son unidades de análisis diferenciables y con impacto diferente sobre la funcionalidad y la mentalización. Así, aparece que la velocidad de procesamiento y la atención sostenida correlacionan significativamente con el grado de deterioro funcional. El tiempo de reacción (o tiempo de respuesta) es una variable cognitiva escasamente medida en los estudios sobre esquizofrenia y mide el tiempo que transcurre entre la estimulación de un órgano sensorial y el inicio de una respuesta o reacción manifiesta. Nuestros resultados sugieren que el TR tiene menores consecuencias funcionales en los pacientes con esquizofrenia. En nuestro estudio la velocidad de procesamiento, entendida como un indicador de funcionamiento cognitivo general, se relacionó con todos los subtipos de errores en mentalización, mientras que el TR no mostró ninguna relación con los subtipos de errores en mentalización. De forma consistente con investigaciones recientes donde han considerado la relación entre la atención y procesos emocionales encontramos que en nuestro estudio la atención sostenida se asoció con errores por hipermentalización<sup>20</sup>. Estas asociaciones entre neurocognición y procesamiento emocional son relevantes dado que en la vida cotidiana nos vemos inmersos en una multitud de estímulos emocionales dinámicos y breves en el tiempo dentro del contexto de la interacción social, que requieren de un rápido procesamiento y análisis. En nuestro caso, los pacientes más inatentos son los que requerirían una mayor interpretación de la situación de análisis social en un intento por completar la información no atendida. Es importante destacar las diferencias encontradas entre pacientes y sujetos sin enfermedad en el patrón de errores en mentalización. Tal y como se ha visto en anteriores estudios sobre teoría de la mente<sup>35</sup>, el único subtipo de errores que no presentó diferencias significativas entre los grupos fue el subtipo de errores por hipermentalización, mientras que las personas sin enfermedad cometen más errores en hipermentalización a la hora de interpretar la información social, los pacientes con esquizofrenia muestran una tendencia a la falta de mentalización. Este patrón es sugerente de un modo diferente de organizar y analizar la información en esquizofrenia. Sin embargo, no se encontraron relaciones significativas entre sintomatología y mentalización, cuestión que pone en tela de juicio la asociación entre los síntomas positivos y negativos de la psicosis con los diferentes patrones de interpretación e inferencia de las situaciones sociales<sup>35</sup>.

La principal limitación del estudio es la dificultad para controlar mediadores en las variables cognitivas identificados en otros estudios, como la reserva cognitiva premórbida, o el cociente

intelectual<sup>2</sup> y la no evaluación de otras variables cognitivas importantes en esquizofrenia como la memoria de trabajo y funciones ejecutivas<sup>36</sup>. Por otro lado, las variables objeto de estudio no explican una relación de causalidad, sino sólo una asociación que requeriría un trabajo posterior de investigación. La escasez de estudios acerca del impacto de variables cognitivas como la velocidad de procesamiento y el reconocimiento de emociones, tienen sobre el funcionamiento global psico-social en población con diagnóstico de esquizofrenia, justifica la aproximación exploratoria de este campo de trabajo y abre una línea de investigación para estudios futuros.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Andersen R, Fagerlund B, Rasmussen H, Ebdrup BH, Aggernaes B, Gade A, et al. The influence of impaired processing speed on cognition in first-episode. *Eur Psychiatry*. 2013 Aug;28(6):332-9.
2. Knowles EEM, David AS, Reichenberg A. Processing Speed Deficits in Schizophrenia: Reexamining the Evidence. *Am J Psychiatry*. 2010 Jul;167(7):828-35.
3. Knowles EEM, Weiser M, David AS, Glahn DC, Davidson M, Reichenberg A. The Puzzle of Processing Speed, Memory, and Executive Function Impairments in Schizophrenia: Fitting the Pieces Together. *Biol Psychiatry*. 2015 Dec;78(11):786-93.
4. Marino L, Nossel I, Choi JC, Nuechterlein K, Wang Y, Essock S, et al. The RAISE Connection Program for Early Psychosis: Secondary Outcomes and Mediators and Moderators of Improvement. *J Nerv Ment Dis*. 2015 May;203(5):365-71.
5. Revheim N, Schechter I, Kim D, Silipo G, Allingham B, Butler P, et al. Neurocognitive and symptom correlates of daily problem-solving skills in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2006 Apr;83(2-3):237-45.
6. Harvey PD, Keefe RSE, Patterson TL, Heaton RK, Bowie CR. Abbreviated neuropsychological assessment in schizophrenia: Prediction of different aspects of outcome. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2009 May;31(4):462-71.
7. Kappenman ES, Luck SJ, Kring AM, Lesh TA, Mangun GR, Niendam T, et al. Electrophysiological Evidence for Impaired Control of Motor Output in Schizophrenia. *Cerebral Cortex*. 2015; 24: 1-9.
8. Chang WP, Arfken CL, Sangal MP, Boutros NN. Probing the relative contribution of the first and second responses to sensory gating indices: A meta-analysis. *Psychophysiology*. 2011 Jul;48(7):980-92.
9. Agnew-Blais J, Seidman LJ. Neurocognition in youth adults under age 30 at familial risk for schizophrenia: A quantitative and qualitative review. *Cogn Neuropsychiatry*. 2013;18:44-82.
10. Gold JM, Goldberg RW, McNary SW, Dixon LB, Lehman AF. Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. *Am J Psychiatry*. 2002 Aug;159(8):1395-402.
11. Üçok A, Direk N, Koyuncu A, Keskin-Ergen Y, Yüksel Ç, Güler J, et al. Cognitive deficits in clinical and familial high risk groups for psychosis are common as in first episode schizophrenia. *Schizophr Res*. 2013 Dec;151(1-3):265-9.
12. Bora E, Murray RM. Meta-analysis of Cognitive Deficits in Ultra-high Risk to Psychosis and First

Episode Psychosis: Do the Cognitive Deficits Progress Over, or After, the Onset of Psychosis?. *Schizophr Bull.* 2014 Jul;40(4):744-55.

13. Irani F, Kalkstein S, Moberg EA, Moberg PJ. Neuropsychological Performance in Older Patients With Schizophrenia: A Meta-Analysis of Cross-sectional and Longitudinal Studies. *Schizophr Bull.* 2011 Nov;37(6):1318-26.

14. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G. Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion.* 2001 Sep;1(3):232-42.

15. Frith CD. *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia.* Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.

16. Brüne M. «Theory of mind» in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin* 2005; 13 (1): 21–42.

17. Harrington L, Siegert, RJ, McClure J. Theory of mind in schizophrenia: a critical review. *Cognitive Neuropsychiatry* 2005; 10 (4): 249–286.

18. Randall F, Corcoran R, Day JC, Bentall RP. Attention, theory of mind, and causal attributions in people with persecutory delusions: a preliminary investigation. *Cognitive Neuropsychiatry* 2003; 8: 287–294.

19. Harrington L, Langdon R, Siegert RJ, McClure J. Schizophrenia, theory of mind, and persecutory delusions. *Cognitive Neuropsychiatry* 2005; 10 (2): 87–104.

20. Tsotsi S, Bozikas VP, Kosmidis MH. The role of attention processes in facial affect recognition in schizophrenia. *Cogn Neuropsychiatry.* 2015. Nov;20(6):526-41.

21. Narayanan SS, Bhatia T, Velligan DJ, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. A case control study of association between cognition and functional capacity in schizophrenia. *Schizophrenia Research,* 2015; 169: 165-168.

22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* Washington: American Psychiatric Association; 2013.

23. Calvo-Gómez JM, Sánchez-Pedraza R, Jaramillo-González LE, Tarcisio-Mantilla C. Validating the Simpson-Angus Extrapiramidal Collateral Symptom Evaluation Scale. *Rev Salud Publica (Bogota).* 2006 Jan-Apr;8(1):74-87. Spanish.

24. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): rationale and standardisation. *Br J Psychiatry Suppl.* 1989 Nov;(7):59-67.

25. Peralta-Martín V, Cuesta-Zorita MJ. Validation of positive and negative symptom scale (PANSS) in a sample of Spanish schizophrenic patients. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1994 Jul-Aug;22(4):171-7. Spanish.

26. Partington JE, Leiter RG. Partington's pathway test. *The Psychological Service Center Bulletin.* 1949; 1: 9-20.

27. Keefe RSE. *Brief Assessment of cognition in Schizophrenia (BACS) Manual – A: Version 2.1.* Durham: Duke University Medical Centre; 1999.

28. Benton AL, Hamscher. Multilingual aphasia examination manual (revised). Iowa: University of Iowa, AJA Associates; 1978.
29. Cornblatt BA, Risch NJ, Faris G, Friedman D, Erlenmeyer-Kimling L. The Continuous Performance Test. Identical pairs version (CPT-IP): New findings about sustained attention in normal families. *Psychiatry Res.* 1988 Nov;26(2):223-38.
30. Dziobek I, Fleck S, Kalbe E, Rogers K, Hassenstab J, Brand M, et al. Introducing MASC: A movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 2006; 36: 623–636.
31. Lahera G, Boada L, Pousa E, Mirapeix I, Morón-Nozaleda G, Marinas L, et al. Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC): Spanish validation. *J Autism Dev Disord.* 2014 Aug;44(8):1886-96. Spanish.
32. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli, R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand.* 2000; 101: 323-9.
33. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Bousoño M, Bascaran MT, Guzmán-Quilo C, Bobes J. Validation of the Spanish Personal and Social Performance scale (PSP) in outpatients with stable and unstable schizophrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2011;4: 9-18.
34. Norušis MJ. *SPSS 6.1 Guide to Data Analysis.* Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1995.
35. Montag C, Dziobek I, Richter IS, Neuhaus K, Lehmann A, Sylla R, Heekeren HR, Heinz A, Gallinat J. Different aspects of theory of mind in paranoid schizophrenia: Evidence from a video-based assessment. *Psychiatry Research* 2011; 186: 203–209.
36. Zaragoza S, Bobes J, García-Portilla P, Morralla C. On behalf of the EPICOG-SCH Study Group. Cognitive Performance associated to functional outcomes in stable outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res: Cognition.* 2015 Apr; 2: 146–158.

**VOLVER AL ÍNDICE**

# VALORACIÓN DE LA COGNICIÓN SOCIAL, ALTERNATIVAS PARA MEJORAR LA VALIDEZ ECOLÓGICA

**Guillermo Benito Ruiz**

Psicólogo. Fundación INTRAS, Castilla y León

**Cristina Luzón Collado**

Psicóloga. Práctica privada, Madrid

**Javier Arrillaga**

Psicólogo. Práctica privada, Madrid

**Guillermo Lahera Forteza**

Psiquiatra. Universidad de Alcalá, Madrid

Contacto: [respsico.burgos@intras.es](mailto:respsico.burgos@intras.es)

## INTRODUCCIÓN

La cognición social constituye una habilidad básica para la adaptación del sujeto a su entorno. En aquellas personas en las se muestra alterada, se aprecian dificultades en la esfera relacional. Estos déficits no se acompañan necesariamente de un peor rendimiento en otras áreas cognitivas, lo que sugiere que se trata de una alteración específica. La evaluación de la cognición social constituye un reto desde el punto de vista metodológico, pretendemos en este trabajo abordar el por qué de tal complejidad y presentar una propuesta para superarla.

### Revisión del problema de la evaluación de la cognición social

Como punto de partida, conviene distinguir las diferencias entre la cognición «no social» de aquellas capacidades que se orientan a la percepción e interpretación de estímulos sociales.

Fiske y Taylor (1) sostienen que no se puede considerar a las personas como un estímulo equiparable a cualquier otro objeto físico, resumiéndolo en la frase «la gente no son cosas». Distinguen varias diferencias básicas entre las personas y las cosas en tanto objetos perceptibles:

-Las personas somos al mismo tiempo sujetos activos (percibimos y procesamos a otros) y objetos pasivos (somos percibidos y procesados por otros) en la misma interacción.

-Las personas influenciamos nuestro entorno social. Bien sea de forma deliberada y consciente o inconsciente, cualquier tipo de relación que establecemos conlleva cambios en los demás participantes. De esta forma, es imposible no comunicar, por tanto, el hecho de estar expuesto a una interacción social implica influir en ella de alguna forma.

-Las personas perciben a su vez que están siendo percibidas por otros, se creará entonces un bucle perceptivo al interactuar con ellas. Esto permite la cognición en varios órdenes, en la que las personas «saben que el otro sabe».

-Los sujetos sociales pueden (y suelen) cambiar en varios aspectos mientras se los está percibiendo. Cada paso en una interacción se convierte en la base para el siguiente.

-La veracidad de lo percibido en las personas es más difícil de verificar que en las cosas (quizá imposible, pues se abre al campo de lo subjetivo).

-Los objetos no tienen una intención, las acciones de las personas pueden tenerla o no (y ser consciente o inconsciente).

-La cognición social implica explicaciones «sociales», las cuales no se pueden equiparar directamente a las causas directas frecuentes en otros campos como el físico o el lógico.

Visto esto, se puede asumir que una baja capacidad cognitiva orientada a lo social dificulta tener interacciones «exitosas». Esto resulta más fácil de observarse en personas con un déficit en cognición social asociado a un trastorno psiquiátrico o neurológico, como sucede en la esquizofrenia o el autismo (2). Hay actualmente varios programas de intervención orientados a mejorar el funcionamiento ejecutivo y social para personas con esquizofrenia, que han confirmado su efectividad (3). El estudio de la relación entre ambas variables es complejo, dado que cada uno de ellos engloba a su vez múltiples componentes y estos no siempre están bien identificados.

No hay actualmente un consenso sobre qué abarca la cognición social y qué relación hay entre sus componentes. Sí que se asume que el funcionamiento social está influido directamente por la capacidad de cognición social del sujeto.

Dejando de lado la complejidad conceptual (qué variables la integran y cómo se relacionan), es necesaria una reflexión sobre la validez de la evaluación, dado que las pruebas disponibles abarcan solo algunos de sus componentes y suelen recurrir a estímulos poco válidos desde el punto de vista ecológico. Se exponen brevemente a continuación algunas de las pruebas más extendidas en la valoración de la cognición social.

## Evaluación de la teoría de la mente: Tareas clásicas

Se pueden considerar pruebas de un solo ítem, permiten valorar si se ha adquirido un grado determinado de capacidad.

-Falsa creencia de primer orden.

-Tareas de falsa creencia de segundo orden

- Evaluación de «meteduras de pata» (Faux Pas) (4).
- Tareas de comprensión de insinuaciones (hinting task) (5).

La más conocida de esta clase es la prueba de Sally y Anny, en la que el evaluado tiene que distinguir, en una situación representada con dibujos, qué es lo que conoce cada personaje para poder predecir su conducta.

### **Tareas avanzadas de teoría de la mente:**

Exploran habilidades de mentalización en personas mayores de seis años planteando situaciones que requieren comprender chistes, engaños, metáforas, sarcasmo, ironía o comunicación pragmática. Igual que las anteriores, son pruebas de un sólo ítem.

### **Pruebas estandarizadas de Teoría de la Mente:**

Son aquellas que se han desarrollado desde una aproximación psicométrica.

- TEG: Tarea Eye Gaze (6).
- V-SIR: Versailles-Situational Intentional Reading (7).

### **Evaluación de la percepción emocional.**

Diseñadas para valorar la capacidad de reconocer y discriminar emociones en otras personas, casi siempre mostrando imágenes de rostros.

- Pictures of Facial Affect. (8).
- Face Emotion Identification Test (FEIT)(9).
- Face Emotion Discrimination Test (10).
- BLERT: Bell-Lysaker Emotion Recognition Task (11).
- FEEL: Facially Expressed Emotion Labeling (12).
- FAIT: Facial Affect Identification Test (13).
- TASIT: The Awareness of Social Inference Test (14).
- IAPS: International Affective Picture System (15).
- Emotion Recognition Test (16).
- Test Leer la Mente en los Ojos Versión Revisada (17).
- The Cambridge Mindreading (CAM) Face-Voice Battery (18).
- Prueba de Evaluación del Reconocimiento de Emociones (PERE) (19).

### **Evaluación de la Percepción Social:**

Este constructo se solapa con el conocimiento social, se refiere a la capacidad de percibir patrones (normas, costumbres, usos) en las relaciones sociales, así como tenerlas en cuenta para guiar la propia conducta e interpretar la de terceros.



- Escala de Percepción Social (20).
- Schema Component Sequencing Task-Revised (21).
- SFRT: Situational Feature Recognition Test Version 2 (22).
- PONS: The Profile of Nonverbal Sensitivity, (23).
- IPT: The Interpersonal Perception Task (24).
- SKS: Social Knowledge Scale (25)

### **Evaluación del estilo atribucional:**

Se refiere a la tendencia a atribuir las causas de eventos a la acción e intención de terceros o de uno mismo.

- Personal and Situational Attributions Questionnaire (IPSAQ). (26)
- The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ) (27).
- CDSII: Causal Dimension Scale II (28).
- Attribution Style Questionnaire (ASQ-B ) versión modificada (29).

### **Pruebas globales de valoración de la cognición social**

Se describen aquí algunas pruebas que han incluido varias de las dimensiones arriba descritas, aunque no tengan un fundamento teórico común y no aborden las mismas dimensiones.

-Rama de Manejo Emocional ACEITE (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test): Según los autores del test, esta parte de la prueba valora la capacidad de abrirse a los sentimientos y de modularlos en uno mismo y en los demás así como de promover la comprensión personal y el «crecimiento» (30). Es el instrumento con el que se valora la cognición social en la en la batería de evaluación de la cognición en la esquizofrenia desarrollada por MATRICS, excluyendo las otras seis tareas de la prueba MSCEIT. Esta rama se compone de dos subescalas independientes. Su valor radica en que cuenta con una gran muestra recogida en varios contextos culturales, lo que permite obtener datos de calidad alta sobre su validez y fiabilidad.

- Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC): versión española de Lahera et al. (31).

Se trata de una película de vídeo que valora la cognición social atendiendo a la vez a varios de sus componentes y superando en validez ecológica a las anteriormente descritas. Los autores asumen que la presentación en vídeo de una situación cotidiana compleja con varios personajes es un estímulo más cercano a la realidad que las viñetas cortas y aisladas (ya sean escritas o en vídeo). Está compuesta de una película de unos 15 minutos de duración que muestra una trama con cuatro personajes, la cual se va deteniendo en determinadas escenas para mostrar 46 preguntas de elección múltiple acerca de las mismas. Los resultados valoran si el evaluado demuestra en cada ítem ausencia, insuficiencia, adecuación de cognición social, y un cuarto bloque en el que se ha «sobrepensado» llegando a conclusiones para las que no hay información suficiente.

## Limitaciones en la evaluación de la Cognición Social comunes a los instrumentos de medición:

Visto el conjunto de pruebas descritas arriba, se deben citar ciertas características que deben tenerse en cuenta antes de su aplicación en cualquier ámbito de evaluación. En el caso de la cognición social, resultan especialmente relevantes para evitar sesgos o limitaciones que impiden extrapolar los resultados de cada prueba a contextos reales.

-Sesgo de deseabilidad social: dado que la cognición social una capacidad deseable para la mayoría de personas, se puede esperar que muchos de los evaluados con test intenten obtener el máximo de puntuación posible. Muchas personas prefieren que se las considere como «sociables», «activas socialmente», «con habilidades sociales», extravertidos y, en general, que «saben estar con gente». Esto implica que presten una atención mayor a todo lo que tenga que ver con estos aspectos en las situaciones de evaluación, más aún si se está valorando algo que tenga que ver de algún modo con el desempeño social (32). El hecho de que ningún instrumento de cognición social oculte lo que está intentando medir, los hace presentar este sesgo, pues al mostrarse lo que se evaluará hay una atención y un esfuerzo más altos que en situaciones naturales

-También se puede sospechar que las respuestas relacionadas con la atribución de causas a otras personas sea más «benévolas» que en situaciones naturales, de modo que se muestren los evaluados como personas «justas y razonables» (33). Estos sesgos son inherentes a cualquier proceso de evaluación, pero sus efectos son claramente limitadores en este contexto. Ocultar al evaluado la intención de la evaluación no es posible con un test de lápiz y papel convencional, una entrevista o una actividad de cualquier tipo en la las respuestas se tendrán en cuenta para inferir determinada capacidad.

-Atención Selectiva: la capacidad cognitiva parte del procesamiento de los estímulos percibidos, y se procesa sólo aquello que se tiene representado (bien sea percibido directamente o representado). En el campo de la cognición social, esto implica que el nivel de atención que se aplique a las situaciones sociales mostradas para evaluar altere los «inputs» sensoriales sobre los que se hace el procesamiento y, por tanto, influye sobre la probabilidad de «éxito» en la resolución de problemas planteadas en las pruebas.

Todas las pruebas aquí citadas se elaboraron de tal modo que la atención de los sujetos es dirigida a los estímulos relevantes. Esto es algo que no sucede en situaciones sociales naturales, pues estas, a parte de los estímulos propiamente sociales, muestran un conjunto mucho mayor de estímulos que los acompañan (al menos, el entorno físico en toda su complejidad). Parte del éxito en la resolución de tareas de cognición social se basa en la adecuada atención a los estímulos relevantes, lo cual no lo pueden valorar los test de este tipo porque ya se muestran al sujeto sólo aquellos estímulos implicados en cada ítem. La capacidad de atención hacia lo relevante queda así fuera de la evaluación.

-Especificidad de instrumentos: La mayoría de pruebas con las que se cuenta evalúan dominios concretos de la cognición social de un modo independiente y aislado. Si se considera la cognición social como un conjunto de capacidades, es necesario utilizar un conjunto de pruebas complementarias entre si para llegar a una representación completa de la misma. Sería entonces necesario contar con pruebas que abarquen distintos dominios, o al menos distingan entre la percepción de estímulos y las inferencias sobre lo percibido. Actualmente, es necesario aplicar distintas pruebas en una misma evaluación, lo que complica el proceso, la interpretación y aplicabilidad de la información obtenida.

## Mejoras de la Validez ecológica. Instrumentos en vídeo y texto

Como se sugiere más arriba, la situación social en la que se tiene que aplicar por naturaleza este tipo de cognición, no se puede recoger en un cuestionario ordinario de lápiz y papel. Los instrumentos que presentan imágenes o escenas de vídeo aisladas no se pueden considerar tampoco como equiparables a la realidad que pretenden reflejar. Ni siquiera un vídeo que represente la situación social está exento de sesgos. La no necesidad de atender a lo relevante y la ausencia de un contexto y espontaneidad propias de lo social hacen muy distinto el test de la situación social real.

El logro de los autores del MASC al desarrollar una película compleja es destacable en este sentido, pues la prueba en vídeo resuelve varios de los problemas derivados de la descripción de las escenas en texto (cada evaluado puede imaginar cosas completamente distintas a partir del mismo texto, no así de un vídeo).

Las diferencias tan amplias entre las tareas, (en su presentación, formato y duración) no hacen fácil comparar distintas pruebas. Las fuentes de error debidas a cada una de las modalidades de evaluación se acumulan en caso de querer utilizar varias pruebas conjuntamente para tener una visión más amplia de conjunto.

Se puede asumir que el estado actual de la investigación de la cognición social con herramientas psicométricas está dando sus primeros pasos y no ha desarrollado todavía instrumentos válidos y fiables que recojan suficientes dominios relevantes en una única prueba. La dificultad de ofrecer estímulos realmente sociales para su evaluación es alta por todo lo expuesto anteriormente.

Los logros más destacables desde el punto de vista psicométrico ha sido demostrar la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas y no clínicas con determinados instrumentos. De hecho, en muchos casos son pruebas de un sólo ítem o experiencias que identifican la adquisición de un rasgo o su carencia (como pasa en las tareas de la falsa creencia). Esto es algo apreciable en el caso de necesitar identificar características sustanciales de determinados trastornos (como es el caso de la incapacidad de las cogniciones de segundo orden en el autismo), pero no permite clasificar a los sujetos en un continuo atendiendo a su capacidad.

En conjunto, las pruebas con las que se valora actualmente la cognición social presentan estas limitaciones:

- No se basan en estímulos sociales reales, sino su representación. Las pruebas (de papel y lápiz) presentan por tanto problemas de validez ecológica.

- Conllevan una selección de los estímulos considerados por los autores más relevantes de la situación social, lo que implica una simplificación forzada y excluyen la capacidad de atención del evaluado.

- No abarcan en conjunto todas las posibles dimensiones que componen la cognición social (recogen constructos distintos, no siempre correspondientes entre sí y eludiendo el problema de su relación).

- Las pruebas más difundidas son «experiencias» en las que se valora la adquisición de hitos evolutivos, por tanto su puntuación es una variable dicotómica, no continua.

- No han sido validadas en su mayoría y no cuentan con baremos para ninguna población específica (excluyendo MSCEIT).

Estas limitaciones en la evaluación no son nuevas en la psicología y la psiquiatría. La neuropsico-

logía es el campo en el que se pueden encontrar más y mejores acercamientos al problema de la valoración válida.

Burgess et al. (34) sostienen que la validez ecológica de una prueba

(neuropsicológica en su caso) se ha de determinar por el grado de representatividad de las tareas y el nivel de generalización de los resultados. La representatividad de un test según ellos depende principalmente del nivel de correspondencia entre la situación de aplicación durante el desarrollo y las posibles situaciones reales y cotidianas a las que un evaluado debe responder con las capacidades que se valoran. La validez ecológica es un requisito importante pero no es el único para obtener validez externa.

Los elementos que influyen en la capacidad de una prueba para predecir el rendimiento o aplicabilidad en la vida real son varios:

- El entorno de la evaluación: debe reflejar las características propias de la situación de la vida real relevante para dicha evaluación. No solo se tiene que asegurar la fidelidad al entorno «natural» de aplicación, el material de una prueba ha de ser integrable en el contexto sociocultural más amplio. Esto implica que las pruebas deban adaptarse en algunos casos a características sociales específicas. También es necesario asegurar un grado suficiente de representatividad y de naturalidad en la evaluación. Es importante que el entorno en que se realiza la evaluación y los posibles evaluadores mantengan los estímulos más importantes de la situación real y no son lejanos a lo que resulta cotidiano para el evaluado.

- La naturaleza de los estímulos que componen el instrumento de medida: Neisser (35) alertó sobre el hecho de que los estímulos y situaciones empleados en gran

parte de la evaluación psicológica se diferencian de los estímulos reales de forma muy clara,

a menudo resultando poco adecuados para comprender el fenómeno estudiado. Muchas de las investigaciones utilizan material que resulta «abstracto, discontinuo y sólo es auténtico de forma marginal, dando la impresión de que se busca deliberadamente faltar a la validez ecológica con tales diseños». Según este autor, los estímulos ecológicamente válidos permiten atender a ellos un largo tiempo y son complejos en detalles, y casi siempre abordan múltiples modalidades sensoriales. El investigador ha de preguntarse al recurrir a cualquier prueba si los estímulos que la componen son actuales y estables en el entorno natural en el que se debería hacer la medición, y si lo siguen siendo cuando se sacan de su entorno natural para incluirlos en un entorno de evaluación. También ha de preguntarse si esos estímulos son relevantes y naturales para la población evaluada.

- Naturaleza de la tarea: Hasta qué punto la acción que se pide al sujeto en la evaluación es algo habitual en su repertorio de conductas es una cuestión a relevante de cara a la validez.

Una evaluación con validez ecológica debería asegurar que la respuesta que se pide al

evaluado sea natural, representativa y pertenezca al repertorio habitual. Igualmente, habría que contrastar hasta qué punto la respuesta que se está pidiendo es relevante de cara a los procesos que se están investigando.

Estos tres factores (entorno de evaluación, naturaleza de los estímulos y naturaleza de las acciones), sirven para ilustrar la complejidad que entraña el desarrollo de pruebas ecológicamente válidas. En el estudio de la validez ecológica, se plantea el conflicto que se da al tratar de mantener al mismo tiempo lo que se podría considerar un «control científico» de las situaciones, estímulos y

tareas de la evaluación (objetividad), y asegurar que esos tres componentes se dan de forma totalmente comparable al modo en que se encuentran en la vida real (realismo). El investigador se ve abocado a decidir en qué parte de la línea naturalidad-control de la situación se coloca para evaluar determinada variable, asumiendo que el equilibrio perfecto no siempre es posible.

Atendiendo a estos condicionantes, en este trabajo se pretende mostrar

## OBJETIVOS

1. Desarrollar una prueba basada en la interacción real, que satisficiera los criterios de un grupo de expertos y que fuera aplicable a una muestra en condiciones normales.
2. Obtener datos relativos a la aplicabilidad, validez y la fiabilidad del nuevo instrumento.

## METODOLOGÍA

### Materiales:

-Prueba para la valoración de la cognición social basado en una interacción real. Se diseñó una situación social real, en la que la persona evaluada estaba expuesta a una interacción con dos personas más (las cuales se comportaban de forma pre-establecida). Durante la interacción se representaban distintas viñetas independientes que permiten valorar la capacidad del sujeto para percibir las y procesarlas. La prueba se compone de un total 30 ítems independientes (partes de la situación social) sobre los cuales era interrogado el evaluado al terminar la interacción en su conjunto.

Se atendió cuidadosamente en el desarrollo de los ítems, perteneciendo cada uno a alguna dimensión de cognición social previamente identificada (teoría de la mente, percepción emocional, procesamiento emocional, estilo atribucional y conocimiento social).

Un grupo de expertos validó la calidad y adecuación de los ítems, así como la pertenencia a sus respectivas submodalidades.

Los dos miembros del equipo de investigadores encargados de realizar la representación de la interacción social recibieron instrucciones concretas sobre cómo interpretar los ítems, de modo que el ritmo, intensidad y carga emocional fuera lo más parecido posible para todos los evaluados. El grupo de expertos también valoró la calidad y credibilidad de la representación en una prueba piloto realizada a tal efecto

-MSCEIT, se eligió esta prueba como el patrón de oro para la cognición social, atendiendo a su gran respaldo psicométrico y ser la prueba de elección del grupo MATRICS.

-MASC, se consideró que esta prueba es la más válida desde el punto de vista ecológico, atendiendo a que su formato en vídeo ofrece estímulos parecidos a la realidad social y que recoge diferentes sub-constructos.

## Muestra:

Se reclutó una muestra de cincuenta sujetos, con una media de edad de 22 años (56% mujeres), a quienes se administró la prueba junto a dos instrumentos considerados estándares para valorar la cognición social: las áreas de manejo emocional y manejo social de MSCEIT (de poca validez ecológica) y la prueba MASC (considerada de alta validez ecológica).

## DESARROLLO

En cada aplicación de la prueba, los dos investigadores recrearon una situación social ante el evaluado (la cual no era espontánea sino que obedecía al guion pre-establecido y sus indicaciones). Durante la prueba, los evaluados no eran conscientes de la intención real del estudio, pues no les era revelado hasta el final de la situación social para que atendieran libremente a los estímulos presentados.

Tras la interacción, se procedió a administrar un cuestionario para comprobar que han captado la información relevante (30 ítems, siendo necesario que las respuestas se adaptasen a la descripción previamente fijada para que se considere correcta). Finalmente, se administraban las otras dos pruebas (MASC y MSCEIT) con las que se comparaba la prueba para la valoración de la cognición social basado en una interacción real aquí descrita.

## CONCLUSIONES

Resultados:

-Un grupo de expertos valoró como adecuada la formulación de los ítems y su representación para valorar la cognición social superando las limitaciones de validez presentes en otras pruebas.

-La aplicación de la prueba no mostró ninguna incidencia en la muestra.

-A partir de los datos recogidos en la muestra, se seleccionaron los ítems que aportaron una mejor fiabilidad en su conjunto para la prueba final (Alfa de Crombach = 0,705).

-La estructura de los ítems propuesta inicialmente fue comprobada mediante de escalamiento multidimensional, confirmando parcialmente las subdimensiones incluidas en el diseño de la prueba.

-En lo referente a la validez de la prueba, la matriz de correlación de los distintos instrumentos mostró una asociación significativa y moderada con MASC y no se asoció significativamente con ninguna de las escalas de MSCEIT.

Los datos obtenidos con esta prueba confirman que el instrumento es aplicable, es tolerado por los evaluados y resulta factible utilizarlo como prueba para valorar la cognición social.

La fiabilidad obtenida es media-alta por lo que es posible utilizar este instrumento para fines de investigación con garantías de que permitirá clasificar correctamente a los sujetos en base a sus competencias en cognición social.

La estructura interna de las dimensiones de cognición social se confirma parcialmente.

El análisis de la matriz de correlación con las otras pruebas empleadas en el estudio confirma la validez del instrumento aquí expuesto.

## REFERENCIAS

1. Fiske ST, Taylor SE. Social cognition. New York: McGraw-Hill; 1991.
2. Bellack AS, Morrison RL, Wixted JT, Mueser KT. An analysis of social competence in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1990 Jun;156:809–18.
3. Horan WP, Kern, R. S., Green M, Penn DL. Social cognition training for individuals with schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2008;11(3):205–52.
4. Gregory C, Lough S, Stone V, Erzinclioglu S, Martin L, Baron-Cohen S, et al. Theory of mind in patients with frontal variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: theoretical and practical implications. *Brain*. 2002 Apr;125(Pt 4):752–64.
5. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating «theory of mind» in people with schizophrenia. *Schizophr Res*. 1995 Sep;17(1):5–13.
6. Baron-Cohen S. *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*. Boston: MIT Press/Bradford Books.; 1995.
7. Bazin N, Brunet-Gouet E, Bourdet C, Kayser N, Falissard B, Hardy-Baylé M-C, et al. Quantitative assessment of attribution of intentions to others in schizophrenia using an ecological video-based task: a comparison with manic and depressed patients. *Psychiatry Res*. 2009 May 15;167(1-2):28–35.
8. Ekman P, Friesen WV. *Pictures of Facial Affect*. Consulting Psychologists Press; 1976. book.
9. Mueser KT, Penn DL, Blanchard JJ, Bellack AS. Affect recognition in schizophrenia: a synthesis of findings across three studies. *Psychiatry*. 1997;60(4):301–8.
10. Kerr SL, Neale J. Emotion perception in schizophrenia: specific deficit or further evidence of generalised poor performance? *Journal of Abnormal Psychology*. 1993;(102):312–8.
11. Bell M, Bryson G, Lysaker P. Positive and negative affect recognition in schizophrenia: a comparison with substance abuse and normal control subjects. *Psychiatry Research*. 1997 Nov;73(1-2):73–82.
12. Kessler H, Bayerl P, Deighton R, Traue D. Facially expressed emotion labelling (FEEL). *Verhaltensmedizin*, 23. 2002;23:297–306.
13. Lee S, Lee H, Kweon Y, Lee C, Lee K. The Impact of Executive Function on Emotion Recognition and Emotion Experience in Patients with Schizophrenia. *Psychiatry Investigation*. 2009;6:156–62.
14. McDonald S, Flanagan S, Rollins J, Kinch J. TASIT: A new clinical tool for assessing social perception after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2003 Jun;18(3):219–38.

15. Lang P, Bradley M, Cuthbert B. International Affective Picture System (IAPS): Technical Manual and Affective Ratings. Gainesville: University of Florida.: Center for Research in Psychophysiology; 2008.
16. Johnson SA, Stout JC, Solomon AC, Langbehn DR, Aylward EH, Cruce CB, et al. Beyond disgust: impaired recognition of negative emotions prior to diagnosis in Huntington's disease. *Brain*. 2007 Jul;130(Pt 7):1732–44.
17. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The «Reading the Mind in the Eyes» Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001 Feb;42(2):241–51.
18. Golan O, Baron-Cohen S, Hill J. The Cambridge Mindreading (CAM) Face-Voice Battery: Testing Complex Emotion Recognition in Adults with and without Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2006 Feb;36(2):169–83.
19. Gil-Sanz D. Prueba de Evaluación del Reconocimiento de Emociones (PERE) [Internet]. 2014. Available from: <http://www.proyectoscores.es/pere.php>
20. Fuentes, García, Sonia, Ruiz J, Dasi C, Soler M. La Escala de Cognición Social (ECS): Estudio piloto sobre la evaluación de la cognición social en las personas con esquizofrenia. *Rehabilitación Psico-social*. 2011;8(1).
21. Corrigan PW, Wallace CJ, Green MF. Deficits in social schemata in schizophrenia. *Schizophr Res*. 1992 Dec;8(2):129–35.
22. Corrigan PW, Silverman R, Stephenson J, Nugent-Hirschbeck J, Buican BJ. Situational familiarity and feature recognition in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1996;22(1):153–61.
23. Rosenthal R, Hall J, DiMatteo M, Rogers P, Archer D. Sensitivity to Non Verbal Communication; The PONS Test. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979.
24. Costanzo M, Archer D. The Interpersonal Perception Task-15 (IPT-15). A Guide for Researchers and Teachers. Berkley, California: University of California Extension; 1993.
25. Cutting J, Murphy D. Impaired ability of schizophrenics, relative to manics or depressives, to appreciate social knowledge about their culture. *Br J Psychiatry*. 1990 Sep;157:355–8.
26. Kinderman P, Bentall RP. A new measure of causal locus: the internal, personal and situational attributions questionnaire. *Person Individ Diff*. 1996;20(2):261–4.
27. Combs D, Penn, David, Wicher M, Waldheter E. The Ambiguous Intention Hostility Questionnaire (AIHQ) a new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranoia. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2007;12(2):128–43.
28. McAuley, E, Duncan T, Russell D. Measuring causal attributions: The Revised Causal Dimension Scale (CDSII). *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1992;18:566–73.
29. Moritz S, Woodward T, Burlon M, Braus D, Andersen B. Attributional style in schizophrenia: Evidence for a decreased sense of self-causation in currently paranoid patients. *Cognit Ther Res*. 2007;31:371–83.



30. Mayer J, Salovey P. MSCEIT. Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso. Madrid: TEA Ediciones; 2007.
31. Lahera G, Boada L, Pousa E, Mirapeix I, Morón-Nozaleda G, Marinas L, et al. Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC): Spanish Validation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2014 Aug;44(8):1886–96.
32. Chung YS, Barch D, Strube M. A meta-analysis of mentalizing impairments in adults with schizophrenia and autism spectrum disorder. *Schizophr Bull*. 2014 May;40(3):602–16.
33. Aronson E. *The social animal*. 9th ed. New York: Worth Publishers; 2004. 431 p.
34. Burgess PW, Alderman N, Forbes C, Costello A, Coates LM-A, Dawson DR, et al. The case for the development and use of «ecologically valid» measures of executive function in experimental and clinical neuropsychology. *J Int Neuropsychol Soc*. 2006 Mar;12(2):194–209.
35. Neisser U. *Cognitive psychology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1967.

**VOLVER AL ÍNDICE**

# EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN COGNICIÓN SOCIAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN ENTORNO RESIDENCIAL

**Guillermo Benito Ruiz**

Psicólogo. Fundación INTRAS, Castilla y León

**Noelia Aguado Sánchez**

Educadora Social. Fundación INTRAS, Castilla y León

**Andrés Sancho Arnáiz**

Educador Social. Fundación INTRAS, Castilla y León

**María Jesús Hernando Martínez**

Educadora Social. Fundación INTRAS, Castilla y León

**Carolina Elena Elena**

Psicóloga, directora de la Residencia para Personas con Trastorno Mental Grave Burgos. Fundación INTRAS, Castilla y León

**Contacto:** [respsico.burgos@intras.es](mailto:respsico.burgos@intras.es)

## INTRODUCCIÓN

La integración en la comunidad como ciudadanos de pleno derecho pasa, entre otros logros, por la posibilidad de relacionarse socialmente sin dificultades en cualquier entorno. Esto es una con-

dición necesaria pero no suficiente para el poder desenvolverse de forma autónoma en contextos laborales, educativos y comunitarios normalizados .

La rehabilitación de las capacidades que sustentan estas relaciones suele ser una pieza fundamental de los programas de intervención para personas con trastorno mental grave (TMG). Esta población muestra déficits en sus capacidades de interacción social (1), siendo esta considerada un indicador importante en su evolución clínica (2).

El enfoque tradicional basado en el desarrollo de «habilidades sociales» se ha visto complementado recientemente por uno basado en la «cognición social», el cual se orienta a dimensiones cognitivas concretas que subyacen a la capacidad global para la interacción (3). Se ha dado así un cambio en lo que se debe desarrollar en la intervención, si antiguamente se buscaba dotar de recursos concretos que facilitarían la interacción social, hoy se busca fortalecer las capacidades que permiten interactuar (dando por hecho que se alcanzarán de forma autónoma los recursos concretos).

No existe demasiada información actualmente sobre los instrumentos de intervención ni de la valoración de sus efectos en un entorno residencial .

## OBJETIVOS

Valorar los cambios en varias dimensiones de la cognición social producidos por un programa de intervención específico para personas con trastorno mental grave institucionalizadas en una mini residencia

## METODOLOGÍA

### Materiales:

El programa de intervención aplicado se desarrolló específicamente para personas con trastorno mental grave usuarias de una mini-residencia. Se partió de dos recursos de intervención ya existentes y que cuentan con estudios que avalan su uso en personas con TMG «Social Cognition and Interaction Training» (4) y Meta-Cognitive Training (5). A partir de los materiales incluidos en estas intervenciones, se desarrolló un programa centrado en las siguientes dimensiones: reconocimiento emocional, autocontrol del estrés, teoría de la mente, intersubjetividad, conjeturas-atribución, conductas topográficas verbales.

Los materiales de los que se partía constituyeron la fuente inicial de ejercicios y actividades para presentar en las sesiones del programa, siendo complementadas con las aportaciones que demandaban los usuarios y las que los profesionales consideraban oportunas atendiendo al desarrollo alcanzado.

El programa contó con 35 sesiones, de una hora de duración y celebración semanal.

La intención del programa es superar en la medida de lo posible las limitaciones presentes en los programas de los que se partía previamente. El grupo de trabajo encargado de desarrollar el programa identificó los siguientes aspectos a mejorar:

-Exceso de apartados teóricos. Debido a las dificultades de atención y procesamiento de la información, los usuarios no se benefician completamente de las «indicaciones» que aportan los módulos expuestos de forma análoga a una clase.

-Poca participación fuera del recurso. Se intentó siempre que fuera posible realizar las sesiones fuera del aula de formación para dar más naturalidad y fomentar el contacto con el exterior de la residencia.

-Intervenciones restringidas a problemas concretos y establecidos de antemano. Se preguntó a los usuarios previamente qué logros pretendían obtener con su intervención en el programa. Estos objetivos fueron empleados para elaborar ejercicios prácticos para las sesiones.

-Poca generalización y transversalidad. Gracias a que el equipo que llevó a cabo el programa está también disponible para otras intervenciones en la residencia, se pudo conectar el programa de cognición social con las tareas abordadas en el programa de actividades de la vida diaria y con situaciones espontáneas surgidas durante la convivencia.

### **Muestra:**

27 usuarios (15 mujeres, de entre 28 y 63 años) de una mini-residencia para personas con trastorno mental grave que quisieron participar en el programa. Los usuarios presentan los siguientes diagnósticos: esquizofrenia paranoide (12), esquizofrenia residual (9), esquizofrenia desorganizada (4) y trastorno bipolar (2).

20 de ellos acudieron a al menos 20 sesiones de las 35 celebradas.

## **DESARROLLO**

Se partía de una valoración individual previa de las cinco dimensiones de interés. En esta fase, un educador, un cuidador y el psicólogo valoraban a cada participante en cada aspecto, con la intención de tener una medición basal para valorar los efectos de la intervención.

El programa fue aplicado en sesiones semanales de una hora, para lo cual se formaron tres grupos con el fin de que fuera más cómodo llevar a cabo las actividades y se pudiera prestar más atención a los participantes. Los grupos permitían también adaptar las actividades al nivel de los usuarios y sus preferencias en la medida de lo posible.

Las sesiones eran dirigidas por los educadores y el psicólogo de la residencia, teniendo la participación ocasional de otros empleados.

En la medida de lo posible, se utilizaban ejemplos traídos de la convivencia en el recurso, siendo así más fácil que los usuarios se motiven a acudir y participar.

Se trató de generalizar la intervención a la vida en la residencia, de modo que se facilitara el uso de las herramientas que se abordaban en el programa en situaciones surgidas espontáneamente fuera de las sesiones.

Tras concluir las 35 sesiones del programa, se volvió a evaluar a cada participante en las mismas dimensiones.

En vista de la gran variabilidad de los elementos sobre los que se interviene, se elaboraron plantillas con dimensiones propias de cada una de las cinco áreas y se decidió emplear un criterio de puntuación de 3 niveles para cada una (sin cambios, mejora insuficiente, mejora apreciable o completa).

## CONCLUSIONES

Los participantes que han completado este programa lo han valorado positivamente, consideran que es adecuado para ellos. Al preguntarles específicamente sobre qué les ha aportado destacan los siguientes puntos:

- Mejoras en sus «conjeturas», reconocen mejor qué parte es real y qué parte no lo es.
- A la hora de resolver conflictos, están más receptivos a escuchar, a las otras personas implicadas.
- Mejor reconocimiento de emociones, les cuesta menos identificarlas en los demás y en si mismos
- Más empatía entre compañeros.
- Escucha activa, demostrar al otro que se le ha entendido
- Ser más «críticos», expresar de forma asertiva su visión de las cosas.
- Transmitir sus deseos de forma más clara, asegurándose de que sea entendido por los demás.
- Gestión de preocupaciones y emociones negativas. Cuentan con recursos para hacerles frente.
- Reforzar conocimientos teóricos que ya tenían.
- Seguridad , mejor percepción de uno mismo
- Mejor concentración. Atención durante lo que dura la sesión
- Socializarse. »Don de gentes», de puertas para afuera.

Los profesionales, por su parte, complementan estas opiniones con lo siguiente;

-Atribuciones más acertadas, pero dependientes del contexto. Es más fácil que resuelvan correctamente ejemplos de la vida real en los que ellos no están implicados directamente.

-Si no están experimentando ninguna emoción intensa, son capaces de reconocer cuándo su atribución es interna-externa incluso las de otras personas.

-Generan más conversaciones casuales, establecen diálogos, se pueden acercar a grupos de gente desconocida sin ansiedad o miedo.

-Mejora del reconocimiento emocional, aunque muy variable según los participantes.

La evaluación cualitativa ha mostrado mejoras en la mayoría de los participantes, (18 de ellos han mejorado a juicio de los profesionales en al menos una dimensión). Si bien algunas son solo parciales y precisan de mantener la intervención para consolidarse y extenderse a otros ámbitos.

Lo verdaderamente importante de estas intervenciones (generalizar sus resultados a situaciones reales) no se puede valorar adecuadamente por medio de la observación. Es necesario que este tipo de programas se realicen fuera de los recursos para que generen capacidades sociales reales y estas puedan ser evaluadas de una forma válida.

## REFERENCIAS

1. Pinkham AE, Penn DL. Neurocognitive and social cognitive predictors of interpersonal skill in schizophrenia. *Psychiatry Research*. agosto de 2006;143(2-3):167-78.
2. Bell M, Tsang HWH, Greig TC, Bryson GJ. Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcomes in schizophrenia. *Schizophr Bull*. julio de 2009;35(4):738-47.
3. Lee VK, Harris LT. How social cognition can inform social decision making. *Frontiers in Neuroscience* [Internet]. 2013 [citado 4 de junio de 2014];7. Disponible en: <http://www.frontiersin.org/Journal/10.3389/fnins.2013.00259/full>
4. Penn D, Roberts DL, Munt ED, Silverstein E, Jones N, Sheitman B. A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research*. diciembre de 2005;80(2-3):357-9.
5. Moritz S, Woodward, T. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20:619-25.

**VOLVER AL ÍNDICE**

# ESTUDIOS DESCRIPTIVOS

# ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA AGENDA DE ATENCIÓN AL RIESGO SUICIDA (ARSUIC) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

**Carmen Aguilar Romero**

MIR Psiquiatría H. U. Fuenlabrada

**Iraia Zabaleta Andreu**

MIR Psiquiatría H. U. Fuenlabrada

**Paloma Vázquez de la Torre Escalera**

Psiquiatra CSM Fuenlabrada

Contacto: [carmenaguir@gmail.com](mailto:carmenaguir@gmail.com).

## INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye un importante problema de salud pública y en gran medida, puede tratarse de una conducta prevenible. El conocimiento acerca del comportamiento suicida ha crecido enormemente en las últimas décadas. Es bien conocida la multicausalidad por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas. Se han estudiado ampliamente los factores de riesgo y de protección frente a la conducta suicida, identificándose estos factores por la investigación epidemiológica tanto en la población general como en los grupos vulnerables. Además, el aumento del conocimiento de factores psicológicos y de los mecanismos cognitivos relacionados con el comportamiento suicida, entre otros los sentimientos de desesperanza, rigidez cognitiva, sentimientos de atrapamiento, deterioro de la capacidad de decisión, impulsividad. De la misma forma, también ha aumentado el conocimiento de la función protectora que ejerce el sistema social y las buenas aptitudes de afrontamiento. (1)



En España es en la actualidad la primera causa de muerte no natural por encima de los accidentes de tráfico y, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tercera causa de mortalidad en adultos jóvenes que comprende el intervalo de edades entre los 15 y 44 años. España, como el resto de países de la cuenca mediterránea, ha sido históricamente un país con baja tasa de suicidio. Sin embargo, los datos observados en los últimos años apuntan a una posible tendencia al alza. El último registro de suicidio y lesiones autoinflingidas del Instituto Nacional de Estadística (INE) es del año 2015 y fue publicado en febrero del 2017. En esta ocasión, parece que hay una reducción en la tasa de suicidio respecto a la del año 2014, en los años previos había ido en aumento. En el caso concreto de la Comunidad de Madrid también se observa la misma evolución. (2) El fenómeno de aumento lineal en las cifras de los últimos años, parece estar asociado a la irrupción de la crisis financiera del año 2008 y a las graves consecuencias que ha generado a nivel social, laboral y familiar. (3) Uno de los puntos que se ha vinculado al aumento de suicidios durante la crisis, es el relativo a los desahucios. (4) En un estudio reciente se ha encontrado que un 68,4 % de las personas en proceso de desahucio, presentan la mayoría de las características de un trastorno por estrés postraumático. Este síndrome supone atravesar una experiencia vital de extrema gravedad y puede tener consecuencias a largo plazo sobre la salud mental del individuo. (5)

A partir de la fecha en cuestión, el año 2008, el número de fallecimientos por suicidio superó por primera vez al de víctimas por siniestros de tráfico en nuestro país. (6) El Instituto Nacional de Estadística (INE) es el encargado de recoger los datos de suicidio consumado. Desde 1906 y hasta 2006 el INE tenía dos fuentes, la estadística de suicidio recogida a partir de los datos facilitados por el Ministerio de Justicia y la estadística de causas de muerte, obtenida a partir del Ministerio de Sanidad. Durante este período era habitual que existiera una gran discordancia entre los resultados descritos por uno y por otro, puesto que con frecuencia no existía una uniformidad de criterios para establecer que la muerte se había producido por suicidio y solía ser habitual la pérdida de información durante el proceso, debido a su complejidad y extensión. De forma sistemática, las cifras de suicidio determinadas durante este período por el Instituto de Medicina Legal, han sido superiores a los datos finales que han quedado recogidos en el INE, lo que podría significar que ha existido una infraestimación del suicidio en España. No obstante, a partir de 2006, en un intento de estandarización internacional, la fuente única pasa a ser la tasa de defunciones por causa de muerte que recoge el Instituto Nacional de Estadística y que publica con carácter anual. (7)

Analizando lo anteriormente expuesto, parece razonable que la conducta suicida ocupe un lugar relevante en las estrategias de mejora de la práctica de la Salud Mental. En mayo del 2013, la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó oficialmente el primer plan de acción sobre salud mental de la historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El plan de acción insta a todos los Estados Miembros de la OMS a que demuestren su máximo compromiso con la Salud Mental alcanzando metas específicas. La prevención del suicidio es un componente integral del Plan de acción sobre salud mental, y la meta es reducir un 10% para el 2020 la tasa de suicidio en los países. (1) Siguiendo este objetivo, desde el año 2012 y hasta el año 2014, se ha procedido a incluir en los Hospitales con Servicio de Psiquiatría de la Comunidad Autónoma de Madrid, la prestación ARSUIC, acrónimo que corresponde a las palabras Atención al Riesgo Suicida. La finalidad de este servicio es el de crear una agenda de citación específica destinada a los pacientes con potencial riesgo suicida.

La evaluación del riesgo suicida es un tema ampliamente descrito por la literatura científica. El predictor más fuerte de riesgo suicida son las tentativas autolíticas previas, precisamente este grupo de pacientes es uno de los que pretende incluir en la red de Salud Mental la agenda ARSUIC.

Es de sobra conocido también por la literatura científica la asociación entre el suicidio y el trastorno mental. Según algunos estudios analizados, se estima que el 90% de los pacientes que presentan conducta suicida padecen algún tipo de sufrimiento mental. En particular los trastornos de tipo afectivo son los que tienen una mayor asociación. (8, 9)

La agenda de Atención al Riesgo Suicida, permite asegurar a dichos usuarios, una cita para seguimiento ambulatorio en el Centro de Salud Mental de referencia, en el plazo máximo de una semana, tras el alta hospitalaria o del servicio de urgencias. La Comunidad Autónoma de Madrid ha sido la primera comunidad autónoma española que ha implementado un código preventivo como este. Desde el año 2014 el Hospital Universitario de Fuenlabrada cuenta con este servicio.

Durante la implantación de la agenda ARSUIC se plantearon ciertas dificultades y polémicas respecto a la adecuación de los servicios a su propósito. Entre los diferentes problemas señalados, destacan las dificultades de agenda y de dotación de profesionales para atender este programa.

Entre los claros objetivos que señala la OMS para la prevención del suicidio señala la mejora en la recolección de datos de suicidio y tentativas de suicidio y la mejora en la evaluación de la efectividad de las intervenciones. (10)

Según lo señalado, parece relevante prestar atención a la agenda ARSUIC y a su funcionamiento, por lo que hemos llevado a cabo un análisis descriptivo de dicha agenda en el Hospital Universitario de Fuenlabrada durante el año 2015. Esperamos en el futuro poder ampliar, comparar y obtener más datos sobre el funcionamiento de la agenda y poder evaluar de esta forma las posibles mejoras que aporta en el control y tratamiento del riesgo suicida.

## OBJETIVOS

Describir las características sociodemográficas (edad y sexo) de los pacientes citados, valorar la adherencia a las citas a través de asistencia o no asistencia a primera consulta, describir estacionalidad mediante la observación del número de citaciones al mes y analizar el motivo de derivación a la agenda de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC), en el Hospital Universitario de Fuenlabrada durante el año 2015.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en el que se analizan las variables sociodemográficas de edad y sexo, la asistencia o no asistencia a primera consulta, el número de citaciones al mes y el motivo de derivación a la agenda de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC), en el servicio de Salud Mental de Fuenlabrada, Madrid, durante el año 2015.

En el estudio se han excluido las citas realizadas de forma errónea o las que han sido duplicadas. Los datos han sido obtenidos a través del registro en el sistema informático SELENE, siendo proporcionados por el servicio de informática del Hospital de Fuenlabrada. Se ha mantenido en todo momento la confidencialidad de los mismos, así como respetado la legislación vigente en materia de Protección de Datos, Ley Orgánica 15/1999.

## DESARROLLO

La muestra total es de 52 pacientes que fueron citados en la agenda de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC) durante el año 2015. Atendiendo a la variable sexo, se observa que 33 pacientes son mujeres (63%) y 19 pacientes son hombres (37%). Respecto a la variable edad, las edades se clasifican en intervalos de 10 años. No hay citaciones en menores de 10 años. Entre el intervalo de 11 a 20 años hay 3 pacientes (6%); entre los 21 y 30 años, 7 pacientes (13%); entre los 31 y 40 años, 13 pacientes (25%); entre los 41 y 50 años, 12 pacientes (23%); entre los 51 y 60 años, 9 pacientes (17%); entre los 61 y 70 años, 6 pacientes (12%); y entre los 71 y 80 años, 2 pacientes (4%). No hay pacientes citados que superen los 80 años de edad. La media de edad es de 43,3 años. El valor de la mediana para la variable edad es de 41 años. Mientras que la moda, el valor más repetido de la muestra, corresponde también a 41 años.

Si analizamos la asistencia a primera cita, se objetiva que no asistieron a la primera cita un total de 28 pacientes (54%), frente a los 24 pacientes (46%) que sí que asistieron.

Al describir el número de citaciones al mes para estudiar la existencia o no de un carácter estacional de las citas, se obtienen los siguientes resultados: en enero fueron citados 9 pacientes (17%); en febrero, 2 pacientes (4%); en marzo, 5 pacientes (10%); en abril, 2 pacientes (4%); en mayo, 2 pacientes (4%); en junio, 3 pacientes (6%); en julio, 7 pacientes (13%); en agosto, 1 paciente (2%); en septiembre, 7 pacientes (13%); en octubre, 2 pacientes (4%); en noviembre, 2 pacientes (4%); y en diciembre, 10 pacientes (20%).

Si atendemos al motivo de derivación a la agenda ARSUIC, 31 pacientes (60%) fueron citados tras realizar una sobreingesta medicamentosa voluntaria, 10 pacientes (19%) por presentar ideas de muerte, 5 pacientes (10%) después de haberse realizado autolesiones, 4 pacientes (8%) tras intento de ahorcamiento o de precipitación y 2 pacientes (4%) por otros motivos, entre los que destaca, sintomatología psicótica aguda.

## CONCLUSIONES

De los datos obtenidos del estudio, se extrae que el perfil de paciente atendido en la agenda de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC) corresponde a una mujer, en el intervalo de edad de los 31 a los 40 años, que realiza un intento autolítico por sobreingesta medicamentosa voluntaria.

Respecto a los estudios epidemiológicos previos, existe una concordancia en cuanto al sexo, ya que las tentativas autolíticas suelen ser más habituales en mujeres, mientras que el suicidio consumado es más frecuente en hombres. (11) Cabe señalar, sin embargo, un aumento progresivo de la tasa de suicidio en mujeres hasta el año 2014, en el que se recogió en el registro del INE la tasa más alta jamás registrada (2). En cuanto a la edad, las tasas de intentos de suicidio son mayores en adolescentes y adultos jóvenes, cómo es el caso de nuestra muestra. (12) Sin embargo, la prevalencia de suicidio consumado es mayor en ancianos, debido a la mayor intencionalidad, utilización de métodos más letales y menor probabilidad de sobrevivir a las secuelas físicas del intento en este rango de edad. (11) Según los datos del INE en 2015 en España, el suicidio por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación fue el más frecuente entre los hombres, con 1421 defunciones, y muy por debajo le sigue el saltar de un lugar elevado, con 526 defunciones. En las mujeres, el

método más frecuentemente utilizado de suicidio consumado fue el saltar de un lugar elevado, con 316 defunciones, seguido de cerca por el ahorcamiento, 243, y en tercer lugar el envenenamiento con diferentes tipos de fármacos, 108. (2) No obstante, la tentativa autolítica más habitual en nuestro medio tanto en hombres como en mujeres, es la intoxicación medicamentosa, en particular el uso de psicofármacos, los fármacos más frecuentes son las benzodiazepinas. (13)

Por otra parte, en cuanto a la variabilidad en el número de citas por mes, se observa que los dos meses con mayor número de citas corresponden a los meses de diciembre de 2015 (20% de los pacientes) y enero de 2015 (17% de los pacientes). Estos meses coinciden con la celebración de Navidad y Año Nuevo respectivamente. En 1999 se desarrolló un estudio que analiza la relación entre las festividades europeas y los intentos de suicidio, a partir del Estudio Multicéntrico en Parasuicidio de la WHO/EURO de 1996. (14) En él se demuestra una correlación entre las fluctuaciones temporales de los intentos de suicidio y los principales días festivos que prueba la existencia de períodos de «alto riesgo» cercanos a las festividades, en los que los individuos que están en riesgo de suicidio pueden ser más vulnerables que en otros periodos. Asimismo, se hace hincapié en establecer más específicamente qué caracteriza a este grupo de gente más «vulnerable a las festividades». Se señala también el efecto «Broken-promise» o promesa rota, enunciado por Gabennesch en 1988, que pretende dar una explicación a este fenómeno y podría resultar relevante en la prevención. (15) Esta teoría contiene una importante reflexión: el estado afectivo del suicida puede verse influenciado negativamente por las circunstancias que tienden a promover las expectativas de sentirse mejor. Sería quizás importante aumentar en dichas fechas la accesibilidad a servicios de ayuda, como centros de atención en crisis o líneas telefónicas de ayuda a personas en crisis temporales.

El análisis de los datos reveló que la inasistencia a la primera cita es superior a la asistencia. Si bien este dato no es posible compararlo con el tiempo anterior a la implantación de la agenda ARSUIC, resulta destacable y merecería ser objeto de un análisis posterior más exhaustivo. Por otro lado, no consta un seguimiento posterior de las personas que no acuden a esta primera cita, por lo que se desconocen los motivos de dicha inasistencia, pero que debería ser también objeto de análisis ulterior para conocer posibles mejoras en la aplicación de la agenda.

En cuanto al motivo de derivación, cabe señalar la utilización de la agenda de manera puntual para la citación de pacientes con sintomatología psicótica, lo que no se contempla en los objetivos del programa. Este hecho podría deberse a un error en el uso de dicha prestación, aunque también cabría la posibilidad de que se tratase de pacientes con un episodio psicótico agudo y susceptible de beneficiarse de una citación urgente en CSM de zona. De esta forma podría evitarse la hospitalización en planta de agudos con todas las consecuencias que conlleva y favorecer un curso más natural del episodio.

Con todo lo anteriormente expuesto, nos parece relevante realizar nuevos estudios en los que se continúe analizando el funcionamiento de la agenda de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC) en los siguientes años de implantación. Consideramos interesante también ampliar el análisis de la prestación a otros hospitales de la Comunidad Autónoma de Madrid que cuenten con dicho servicio. De la misma forma, resulta fundamental analizar de forma más detallada los factores que influyen en el fenómeno de no asistencia a primera cita, con el fin de proporcionar un servicio de mayor calidad a usuarios que han realizado una tentativa autolítica. Personas en un momento de elevado sufrimiento mental y alta vulnerabilidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global.
2. Estadísticas de defunciones según causa de muerte. INE. (publicadas hasta el año 2015, nota de prensa febrero 2017.) [www.ine.es](http://www.ine.es)
3. Bernal, James A. Lopez, et al. «The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis». The European Journal of Public Health (2013): ckt083.
4. Daponte Codina, Antonio, Inmaculada Mateo Rodríguez, and Hugo Vásquez-Vera. «Los desahucios y la salud, se necesita una respuesta desde la salud pública en España». Gaceta Sanitaria 30.4 (2016): 239-241.
5. Equipo de Investigación en Desahucios y Salud. Estado de salud de la población afectada por un proceso de desahucio. Granada 2014. Disponible en: <https://granadastopdesahucios.files.wordpress.com/2014/10/resumenejecutivo-desahucios-final-240914b.pdf>
6. Navarro-Gómez, Noelia. «El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles». Clínica y Salud 28.1 (2017): 25-31.
7. Giner, Lucas, and Julio A. Guija. «Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal». Revista de Psiquiatría y Salud Mental 7.3 (2014): 139-146.
- 8 Schreiber, Jennifer, Larry Culpepper, and A. Fife. «Suicidal ideation and behavior in adults». (2015).
- 9 .Sáiz, Pilar A., and Julio Bobes. «Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta». Rev Psiquiatr Salud Ment 7.1 (2014): 1-4.10 .World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. A framework. Geneva: World Health Organization; 2012.
- 11 Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (Eleventh edition.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- 12 Kennebeck, S., and L. Bonin. «Suicidal behavior in children and adolescents: Epidemiology and risk factors». UpToDate. July 8 (2015): 2015.
- 13 Jiménez Morón, D. «Cantidad y tipo de fármacos en los intentos de suicidio por intoxicación medicamentosa». Psiquiatría Biológica 11.6 (2004): 211-218.
14. Jessen, G., Jensen, B. F., Arensman, E., Bib-Brahe, U., Crepet, P., Leo, D. D., ... & Ostamo, A. (1999). Attempted suicide and major public holidays in Europe: findings from the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatrica Scandinavica, 99(6), 412-418.
15. Gabennesch, H. (1988). When promises fail: a theory of temporal fluctuations in suicide. Social Forces, 129-145.

**VOLVER AL ÍNDICE**

# CARACTERÍSTICAS DE LAS ATENCIONES PSIQUIÁTRICAS LLEVADAS A CABO EN UNA UNIDAD DE INTERCONSULTA Y ENLACE

**Ricardo Angora Cañego**

Área de Gestión Clínica y Salud Mental  
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.  
Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Patricia Fernández Sotos**

Área de Gestión Clínica y Salud Mental  
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid

**Ana Mesa Suarez**

Área de Gestión Clínica y Salud Mental  
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid

**María Jesús Del Yerro Alvarez**

Área de Gestión Clínica y Salud Mental  
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid

**Francisco Arias Horcajadas**

Área de Gestión Clínica y Salud Mental  
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid

Contacto: [ricardo.angora@salud.madrid.org](mailto:ricardo.angora@salud.madrid.org)

## INTRODUCCIÓN

Crece el número de personas ingresadas en un hospital general, por padecer patología médica o quirúrgica, que presentan psicopatología añadida. Los médicos responsables solicitan atención para estos pacientes a los servicios de psiquiatría hospitalaria. Para la respuesta, estos servicios se dotan de unidades específicas de interconsulta que forman parte de su estructura. (1).

Las actividades de Interconsulta de Psiquiatría han experimentado una diferenciación que ha conducido al reconocimiento como subespecialidad dentro de la Psiquiatría. Al contrario que otras subespecialidades de la Psiquiatría, no se ocupa de un subgrupo concreto de trastornos psiquiátricos o del tratamiento de pacientes de un determinado grupo de edad, sino de pacientes que se encuentran en un contexto clínico determinado.

La Interconsulta de Psiquiatría se ocupan del conocimiento relacionado en la intersección entre la patología médico quirúrgica y los trastornos mentales. En la práctica asume la tarea de las derivaciones episódicas mediante las que se solicita consejo en relación a diagnóstico, necesidad de pruebas complementarias, pronóstico o tratamiento. De esta forma los psiquiatras de interconsulta ejercen de consultores del resto de médicos de otros servicios.

La Interconsulta persigue colaborar con el resto de profesionales médicos en la atención integral de los pacientes. Teniendo en cuenta el abordaje de la enfermedad con un enfoque biopsicosocial con perspectiva integradora. No obstante existen diferentes concepciones, según los modelos coexistentes dentro de la psiquiatría, que hacen que se desarrollen diversos tipos de estrategias en la respuesta a esta necesidad. Aunque se puede afirmar que en todos ellos se busca la relación entre la patología somática, la psicopatología presente y los factores psicológicos, sociales y ambientales que concurren en los pacientes. (2)

Existe un acuerdo respecto a la situación de los pacientes ingresados en las áreas médico-quirúrgicas de un hospital general en cuanto a encontrarse en un entorno en el que están alterados sus hábitos de vida, se ven modificadas las interacciones habituales, existen diferentes costumbres y se producen relaciones interpersonales con profesionales desconocidos. Todo ello, junto al problema somático que le ha llevado al hospital, tiene un importante impacto emocional en la persona. Como consecuencia se pueden llegar a producir alteraciones comportamentales del paciente, pero también por extensión en los familiares que le acompañan. Esto va a influir en la evolución del proceso somático y en la respuesta al tratamiento que el paciente recibe.

La prevalencia de psicopatología en los pacientes ingresados en servicios médico-quirúrgicos oscila entre el 30%-y el 70% según diferentes estudios (3). Esto ha hecho crecer la demanda por parte de los responsables médicos que desarrollan su actividad en diferentes servicios asistenciales. Como consecuencia, las unidades de Interconsulta han experimentado un importante crecimiento que les ha llevado a tener una identidad propia en los grandes hospitales generales.

En esta situación actual, conocer las características de los casos sobre los que se realiza la demanda, es clave para la disponibilidad de recursos asistenciales de salud mental y su organización. Estos casos suelen implicar dificultades diagnósticas por el factor de confusión que la psicopatología ocasiona (4). También se aprecia un incremento en el uso de pruebas diagnósticas y en la necesidad de actuaciones que se llevan a cabo, lo que motiva un excesivo uso de servicios sanitarios. De forma añadida, los pacientes con psicopatología asociada a su proceso somático presentan un promedio de estancias más prolongadas que se objetiva en el 80% de los casos. Lo más trascen-



dente es el incremento de la morbilidad y mortalidad de estos pacientes que conlleva a plantearse realizar intervenciones de mayor calidad asistencial en estos casos.

Así pues, la comorbilidad psiquiátrica en pacientes ingresados en servicios médico-quirúrgicos de un hospital general, precisa de un tratamiento integral. Una respuesta coordinada por parte de la Interconsulta de Psiquiatría con los diferentes servicios asistenciales en el hospital general es clave para la optimización de los recursos sanitarios. Esto exige el desarrollo de unidades de interconsulta de psiquiatría bien dotadas, con profesionales multidisciplinares capacitados y con recursos suficientes para llevar a cabo intervenciones de calidad que van a redundar en la mejora clínica de los pacientes y en el bienestar, que se hace extensible a sus familiares y entorno.

## OBJETIVOS

Analizar la demanda de atención para pacientes hospitalizados en servicios médico-quirúrgicos, a la Unidad de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría del hospital universitario 12 de Octubre.

Describir las características epidemiológicas de pacientes adultos hospitalizados en servicios médicos y quirúrgicos atendidos por el equipo de la Unidad de Interconsulta y Enlace.

Objetivar la respuesta que se proporciona desde la Unidad de Interconsulta de Psiquiatría al constante incremento de la demanda asistencial.

## METODOLOGÍA

Se obtuvieron datos de las atenciones prestadas por la Unidad de Interconsulta y Enlace del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. La Unidad se encuentra ubicada en el Centro de Actividades Ambulatorias del complejo asistencial. En nuestro medio (área sanitaria nº 11 de la Comunidad de Madrid), se trata de un hospital general de 3º nivel que atiende un área sanitaria de 520.000 habitantes.

La recogida de datos, que se circunscribió al año 2015, estuvo centrada en pacientes adultos (mayores de 18 años) hospitalizados. La tarea de aportación de datos e información contó con la participación del equipo de profesionales que conforma la Unidad de Psiquiatría de Enlace. Se trata de un equipo multidisciplinario compuesto por profesionales de psiquiatría, psicología y enfermería. La atención que se proporciona se implementa a través de intervención psiquiátrica junto a atención psicológica en modalidad de psicoterapia coadyuvante a una parte de los pacientes atendidos, así como evaluación neuropsicológica. Para la coordinación del equipo, se realizan sesiones diarias con la participación de todo el equipo, en la que se analizan brevemente todos los casos sobre los que se solicita consulta. Los casos más complejos se tratan en profundidad en una sesión clínica semanal.

Los datos demográficos y clínicos de los pacientes, se recogen a diario en una base de datos Excel de Microsoft salvaguardando la identidad de los pacientes. Para el diagnóstico clínico se tuvieron en cuenta las clasificaciones internacionales de trastornos mentales de mayor uso, la Clasificación



Internacional de Enfermedades CIE 10 y la Clasificación de Enfermedades Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) DSM-IV-TR. Posteriormente los datos han sido tratados mediante análisis estadístico descriptivo.

## DESARROLLO

Durante el año 2015 se realizaron 1029 atenciones por parte de la Unidad de Interconsulta y Enlace, un 6% más que en el año previo.

La psicopatologías más frecuentes atendidas fueron: trastornos afectivos 32, 4%; trastornos relacionados con el abuso de sustancias 19, 8%; trastornos adaptativos 14, 1%; trastornos orgánicos 9, 3%; trastornos de ansiedad 6, 7%; trastornos psicóticos 3, 4%; trastornos de personalidad 2, 3%. (Anexo 1)

Del análisis de estos datos y la comparación con años previos, se aprecia un incremento de los trastornos afectivos. Entre estos, los trastornos afectivos menores con clínica depresiva ha sido la más frecuente y en menor proporción el Trastorno Depresivo Mayor Unipolar y más reducido el Trastorno Bipolar, mientras que se mantienen los Trastornos Distímicos. Este incremento puede ser debido en parte a una mayor sensibilidad de los profesionales sanitarios a la hora de evaluar el estado de los pacientes, al tiempo que una mayor capacidad de demanda de atención por parte de los pacientes y de su entorno familiar.

Se aprecia una disminución en los trastornos orgánicos atendidos en relación a años precedentes. Aunque se mantiene en primer lugar el Síndrome Confusional Agudo, se aprecia un incremento relativo de los trastornos por deterioro cognitivo con la Enfermedad de Alzheimer a la cabeza seguida por la Demencia Vascular. Se mantienen los trastornos relacionados con SIDA/VIH y los Trastornos Mentales Orgánicos por traumatismo craneoencefálico, así como los trastornos del sueño. Sin embargo se aprecia un incremento en los trastornos catatónicos de origen orgánico, quizás debido a un mayor rigor en el diagnóstico de los mismos. La disminución global de trastornos orgánicos ha sido debida a la mayor implicación de los médicos responsables de los pacientes en el diagnóstico y atención de estos cuadros, tras una actividad de concienciación llevada a cabo por los componentes del equipo de la Unidad de Interconsulta de Psiquiatría en la interacción diaria con los colegas de otras especialidades. Especialmente se aprecia una mayor implicación del Servicio de Medicina Interna.

Se mantiene el porcentaje de trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicotropas. Destacan los pacientes ingresados en servicios de Medicina Interna y Medicina Digestiva como consecuencia de las complicaciones somáticas por el consumo abusivo de alcohol. Se ha colaborado estrechamente con los médicos de estos servicios en la prevención del Síndrome de Abstinencia en estos pacientes. En un segundo tiempo, la atención en estos casos se ha centrado en llevar a cabo entrevista motivacional para conseguir conectar a estos pacientes con el programa de deshabitación de alcohol existente en el área de Interconsulta con funcionamiento ambulatorio. Se ha apreciado un incremento en los pacientes con consumo abusivo de benzodiazepinas, particularmente en pacientes de edad avanzada. A parte de la prevención del Síndrome de Abstinencia, se ha seguido una estrategia de reducción escalada de las dosis y la combinación con medicación ansiolítica no benzodiazepínica. Se han mantenido la relación porcentual de atenciones a pacientes con dependencia de cocaína y de opiáceos.

También se mantiene el porcentaje de Trastornos Adaptativos derivados del proceso de enfermar y que se manifiesta con clínica ansiosodepresiva y alteraciones conductuales entre las que destaca la conducta regresiva y la irritabilidad.

Igualmente se mantienen las interconsultas por clínica de ansiedad. Entre estos destaca el Trastorno por Estrés Agudo, que ha estado relacionado en la mayoría de los casos con la evolución tórpida de la enfermedad o con la comunicación de mal pronóstico del proceso somático o del diagnóstico de graves patologías añadidas. También se ha mantenido el porcentaje de los episodios de Angustia relacionados con procesos graves, particularmente en el Servicio de Oncología y Hematología. En menor medida se han atendido episodios disociativos relacionados con las situaciones de estrés por hospitalización.

Se aprecia una ligera disminución en la atención a pacientes con Trastornos Psicóticos ingresados en servicios médico-quirúrgicos. Muy probablemente debido al efecto que están produciendo los programas de prevención y cuidado de problemas de salud física de pacientes con Trastorno Mental Grave. Estos programas instaurados en los Centros de Salud Mental, se han reforzado desde hace 3 años con protocolos de seguimiento de estos pacientes lo que está teniendo un efecto positivo en la prevención de trastornos metabólicos y cardiovasculares de esta población de pacientes.

Las demandas de atención a pacientes con Trastornos de Personalidad han estado motivadas por incumplimiento terapéutico y de pautas de conductas relacionadas con la promoción de la salud de su enfermedad de base.

De todos los pacientes atendidos el 4, 7% habían realizado tentativas autolíticas. Estos pacientes habían llevado a cabo intentos de suicidio de alta letalidad y se les puede considerar supervivientes de suicidio. La mayoría de las demandas provenían de las Unidades de Cuidados Intensivos y servicios de Traumatología y quirúrgicos. A estos pacientes se les ha realizado una atención integral de intervención en crisis, con un tratamiento intensivo durante la estancia hospitalaria, asegurando la continuidad de cuidados al alta hospitalaria.

Aparte de describir las características epidemiológicas de los pacientes atendidos por la Unidad de Interconsulta de Psiquiatría, analizamos en este estudio la demanda de atención por parte de los diferentes servicios médico-quirúrgicos del hospital.

Más de la mitad de las solicitudes, con un 58% provinieron de los servicios médicos, seguidos de los servicios quirúrgicos con un 18%. Las Unidades de Cuidados Intensivos supusieron un 13% del total y ya en menor proporción, los servicios de Ginecología y Obstetricia con un 4%. Por la relación especial que se mantiene con el Servicio de Neurología, se cuantifico su demanda en el 4% del total de las interconsultas realizadas, al igual que el servicio de Oncología con un 3%. (Anexo 2)

En el análisis de las demandas por presentar los pacientes psicopatología se aprecia que en un número importante eran causados directamente por la enfermedad de base del paciente. Se trata de síntomas de ansiedad, depresión, fatiga vital o alteraciones conductuales. En la búsqueda diagnóstica, se encontraron trastornos neurológicos como el ACV o la Enfermedad de Parkinson que provocaban clínica depresiva, junto a trastornos endocrinos, infecciones o procesos oncológicos. En los casos de cardiopatía isquémica, los pacientes que habían desarrollado Insuficiencia Cardíaca el motivo de la consulta fue la clínica depresiva. Mientras que en el caso de padecer trastornos gastrointestinales, la psicopatología más frecuente fueron los síntomas de ansiedad. Los pacientes oncológicos sobre los que se solicitó atención a la Unidad de Interconsulta de Psiquiatría fue motivada por cuadros adaptativos. En el caso de los servicios quirúrgicos y del Servicio de Medicina

Interna la clínica por la que se solicitó la colaboración fue primordialmente por síndromes confusionales.

Sin embargo en la mayoría de las demandas de pacientes ingresados que presentaban psicopatología asociada, esta era debida a una reacción psicológica al proceso de enfermar. El estrés de los estadios agudos de las enfermedades graves hacía que estas personas presentaran respuestas de estrés agudo, trastornos adaptativos, o reacciones de angustia. También eran objeto de demanda por psicopatología los casos por estar siendo sometidos a tratamientos intensivos como la quimioterapia o radioterapia, capaces de producir un estrés importante.

En otros casos la solicitud de interconsulta de psiquiatría por los servicios médico-quirúrgicos se argumentaba por la presencia de síntomas físicos sin que se detecte mediante la exploración y pruebas complementarias un trastorno somático que explique estos síntomas. En unos casos los síntomas físicos se habían producido en el contexto de un trastorno mental, como dolor, fatiga y debilidad en caso de Trastorno Depresivo Mayor o por síntomas de hiperactividad simpática asociados a un Trastorno de Ansiedad. Pero en otros pacientes los síntomas físicos estaban asociados a Trastornos Somatomorfos. Entre estos, destacaban los Trastornos por Somatización de pacientes ingresados en los servicios de Medicina del Aparato Digestivo, Neurología u Obstetricia, así como los Trastornos Conversivos que han supuesto un significativo número de interconsulta desde el Servicio de Neurología.

Otra parte importante de la demanda ha estado motivada por casos de procesos somáticos asociados a factores psicosociales. Se ha producido en el caso de pacientes ingresados por patología cardíaca como hipertensión, arritmias o angina; por patología pulmonar como asma; por patología inflamatoria intestinal como Enfermedad de Crohn o Colitis Ulcerosa; por cefaleas o neurodermitis o por angioedema o urticaria.

Por último se aprecia un incremento en la demanda de interconsulta de psiquiatría por falta de adherencia al tratamiento, por descuido en las pautas establecidas, abandono de hábitos saludables relacionados con el exceso de ingesta o falta de actividad física, por consumo perjudicial de alcohol o por conductas de riesgo.

## CONCLUSIONES

Las atenciones psiquiátricas a pacientes ingresados con patología médico-quirúrgica suponen un destacable número de casos en un hospital general y una importante demanda.

Se aprecia un incremento de la demanda de atención por problemas psicológicos que precisa un refuerzo de profesionales psicólogos, que también deben hacer frente a una mayor demanda de atención a familiares de pacientes.

Igualmente se aprecia un aumento de la demanda por bajo cumplimiento en los tratamientos que precisa un refuerzo de profesionales de enfermería especializada en salud mental que realice tareas de concienciación y educación para la salud.

La mayoría de los casos atendidos se resuelven durante la hospitalización en colaboración con los profesionales de dichos servicios. Sin embargo se precisa una mejora en la coordinación para la atención y especialmente en el caso de los tratamientos pautados a los pacientes

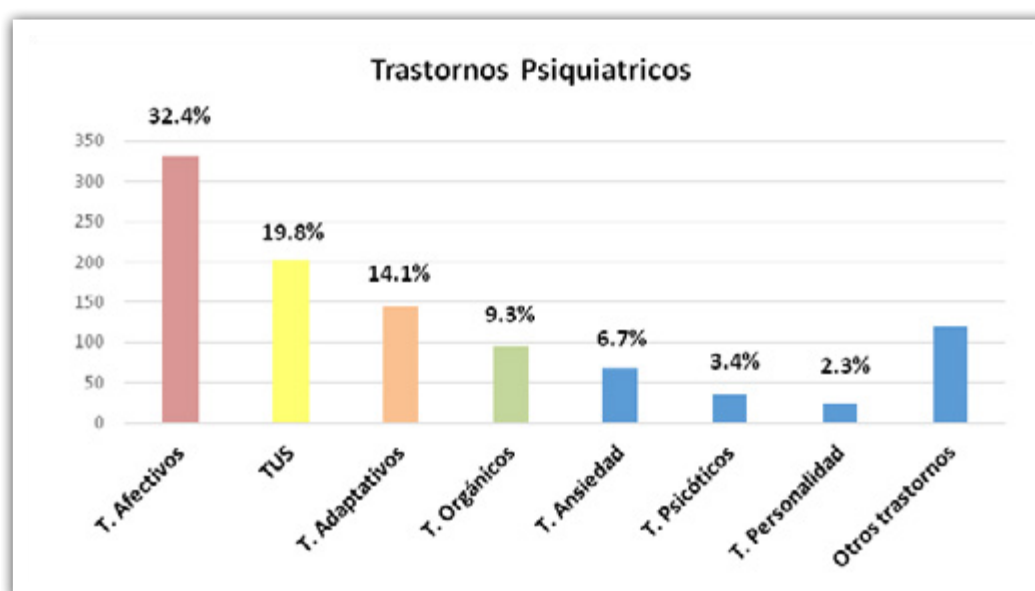
El abordaje integral y multidisciplinar de los pacientes con enfermedades somáticas que presentan psicopatología añadida, está contribuyendo a mejorar el bienestar de los pacientes, a disponer de un mayor apoyo de sus familiares durante el ingreso y a una mejor y más rápida recuperación.

A pesar de las limitaciones de un estudio transversal, el conocimiento de datos demográficos y características clínicas de las demandas de Interconsulta psiquiátrica proporciona datos clave para la elaboración de estrategias racionalizadas de gestión de estas unidades.

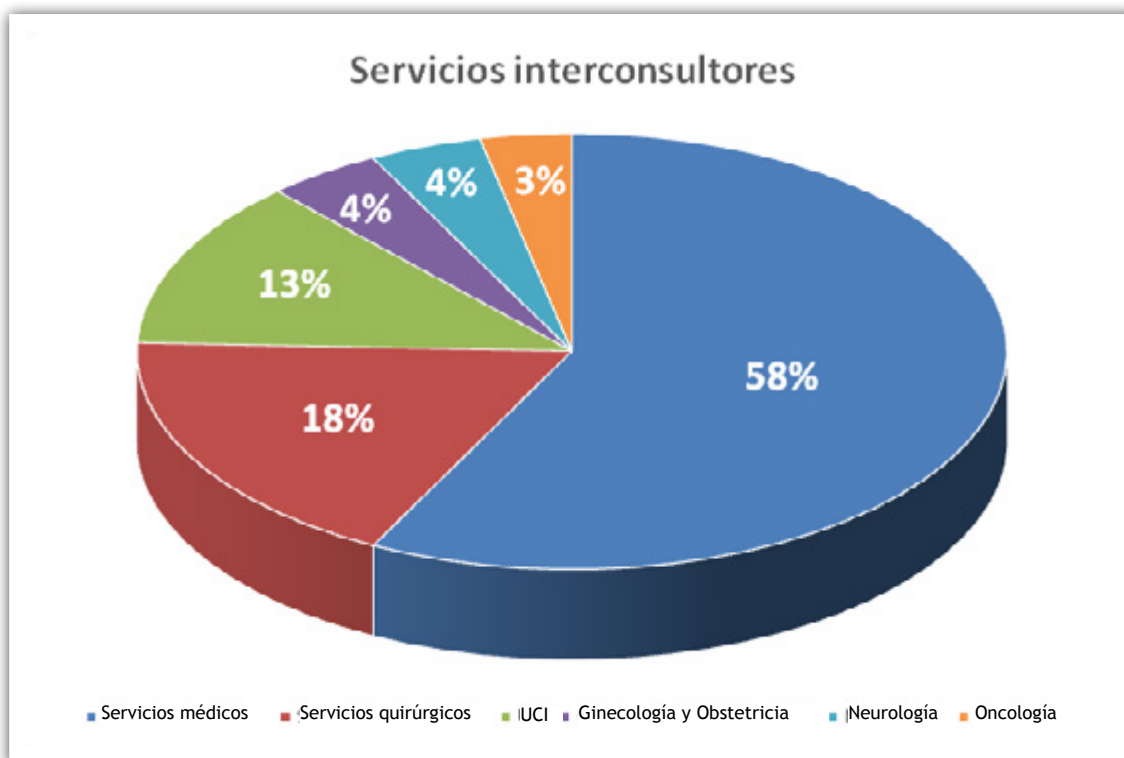
## REFERENCIAS

1. Smith GC, Clarke DM, Herman HE. Establishing a consultation-liaison psychiatry clinical database in an Australian general hospital. *Gen Hosp Psychiatry*. 1993 Jul, 15(4):243-53
2. Leentjens AF, Boenink AD, Son HN, Strack van Schijndel RJ, van Croonemborg JJ, van Everdingen JJ, van der Laan NC, van Manwijk H, van Os TW; Netherlands Psychiatric Association. The guideline «consultation psychiatry» of the Netherlands Psychiatric Association. *J Psychosom Res*. 2009 Jun;66(6):531-5.
3. Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB. *Psychiatric care of the medical patient*. 2a ed. Nueva York: Ed. Oxford University Press. 2000)
4. Neehall J, Beharry N. The pattern of in-patient psychiatric referrals in a general hospital. *West Indian Med J*. 1993 Dec; 42(4):155-7

## ANEXO 1 TABLAS



## ANEXO 2 GRÁFICOS



[VOLVER AL ÍNDICE](#)

# TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE

José Salavert Jiménez

Àurea Fernández Ribas

Violeta Pérez Rodríguez

Marta Bové Lascurain

Nicolás Ramírez Nebreda

UIPA Hospital Sant Rafael - Hospital Univ. Vall d'Hebron. Barcelona.

FIDMAG Hermanas Hospitalarias. Barcelona.

Contacto: [36776jsj@comb.cat](mailto:36776jsj@comb.cat)

## INTRODUCCIÓN

Son pocos los estudios de prevalencia de Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) en población con diagnóstico de Discapacidad Intelectual (DI), con cifras que oscilan entre un 1 y un 6, 4% (Taggart, McLaughlin, Quinn, & Milligan, 2006) (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson, & Allan, 2007) (Slayter, 2010) (van Duijvenbode et al., 2015) (Lin et al., 2016), llegando hasta cifras del 8 al 20% cuando existe a su vez un diagnóstico psiquiátrico comórbido (Bachman, Drainoni, & Tobias, 2004) (Chaplin, Gilvarry, & Tsakanikos, 2011). Aunque el alcohol es la principal sustancia de consumo en la población con DI (Taggart et al., 2006) (van Duijvenbode et al., 2015), en comparación con la población sin DI, parece advertirse en datos recientes, la tendencia a un menor uso del alcohol y un mayor consumo de cannabis en las personas afectas de DI (J. VanDerNagel, Kiewik, Buitelaar, &

DeJong, 2011), así como una edad de inicio mucho más temprana de lo que sería esperable (Kiewik, VanDerNagel, Kemna, Engels, & DeJong, 2016). Respecto a aspectos relacionados con la asistencia a los TUS en población con DI, parecen existir datos suficientes en la línea de que existe una menor demanda de tratamientos en esta población que en la de sujetos sin DI, del mismo modo que el acceso a recursos especializados de tratamiento, tanto en TUS como en DI, también es menor en el grupo de personas con DI afectas de TUS (H. Miller & Whicher, 2009) (Carroll Chapman, 2012).

Entre los factores de riesgo que se han identificado para el desarrollo de TUS en población con DI, los siguientes son los más aceptados: sexo masculino, edad joven, grado leve de DI, vivir independizado, tener un diagnóstico psiquiátrico comórbido, tener problemas de tipo legal o alteraciones de conducta graves y finalmente, las situaciones personales de pobreza y exclusión social (Taggart et al., 2006) (H. Miller & Whicher, 2009) (Slayter, 2010) (van Duijvenbode et al., 2015) (Lin et al., 2016).

Por otra parte, también se han descrito consecuencias clínicas y psicosociales de los TUS en pacientes afectos de DI. Las más frecuentemente descritas son: el aumento de comportamientos agresivos, la mayor presencia de síntomas psiquiátricos (principalmente de ansiedad, afectivos, psicóticos e ideación suicida), cambios negativos a nivel de función cognitiva, mayor presentación de conductas de riesgo (a nivel sexual, de accidentalidad, de absentismo de centros ocupacionales, etc.), aumento de la probabilidad de verse inmersos en situaciones de victimización por parte de terceros (explotación física, sexual y económica principalmente), más dificultades de socialización, de pérdida de rutinas diarias y mayor aislamiento social, mayor probabilidad de policonsumo de sustancias, más problemas de salud física y también mayor frecuencia de problemas legales (Taggart et al., 2006) (H. Miller & Whicher, 2009) (Chaplin et al., 2011) (To, Neiryneck, Vanderplasschen, Vanheule, & Vandeveld, 2014) (Lin et al., 2016).

Finalmente, la literatura de la que disponemos hasta la fecha en esta materia, pese a escasa, ha sido capaz de señalar algunas dificultades específicas que plantea el abordaje de los TUS en población con DI: a) en primer lugar existe una problemática en el nivel de la comunicación de estos pacientes, lo que dificulta al clínico la obtención de información precisa sobre diferentes aspectos relacionados con el consumo de sustancias como por ejemplo la cantidad y patrones de consumo; b) la evaluación está también dificultada por la falta de cuestionarios y escalas de evaluación adaptadas a las necesidades especiales de este grupo de pacientes; c) por lo que respecta a los tratamientos, también es notoria la falta de adaptación de los mismos, tanto a nivel de intervenciones farmacológicas como psicoterapéuticas, para población afectada de DI, que presenta una alta tasa de comorbilidades médicas y una especial sensibilidad a los secundarismos de los psicofármacos y por otra parte, una disminución del grado de competencia o capacidad para el consentimiento informado con las suficientes garantías ante diferentes opciones de tratamiento como son por ejemplo los tratamientos interdictores; y finalmente d) que en el momento actual hay muy poca evidencia científica de cara a guiar la práctica clínica por falta de ensayos clínicos controlados que prueben la efectividad de intervenciones específicas en este grupo poblacional (Kerr, Lawrence, Darbyshire, Middleton, & Fitzsimmons, 2013) (H. Miller, 2015) (van Duijvenbode et al., 2015).

## OBJETIVOS

Con la intención de aumentar el conocimiento del estado actual de los TUS en población con DI, el presente estudio ha tenido como objetivos: 1) estudiar la prevalencia de TUS en una muestra de pacientes con DI ingresados en una unidad de agudos; 2) describir los TUS observados en estos pacientes por tipo de sustancia y gravedad; 3) analizar la relación entre la presencia de TUS y variables clínicas, ambientales y pronósticas; y 4) mostrar la realidad asistencial describiendo los dispositivos asistenciales desde los que se está interviniendo en los casos estudiados y reflexionar sobre aspectos a mejorar en la atención a estos pacientes.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y retrospectivo por revisión de historias clínicas de pacientes ingresados en la unidad de agudos del Hospital Sant Rafael- Hospital Univ. Vall d'Hebron de Barcelona, en un período de diez años (desde octubre de 2005 a octubre de 2015). Los pacientes incluidos fueron todos los pacientes ingresados en la unidad de agudos en el citado período de tiempo, de todas las edades entre los 18 y los 65 años, que tuvieran un diagnóstico de DI según criterios actualizados a la versión cinco del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), incluyendo todas las categorías de discapacidad intelectual: leve, moderada, grave y no especificada. Se excluyó a todos aquellos pacientes cuyo diagnóstico de DI no pudo ser corroborado como basado en pruebas diagnósticas estandarizadas en la revisión de historias clínicas que se llevó a cabo.

### Análisis Estadístico

Las comparaciones entre grupos para las variables clínicas y pronósticas se realizaron mediante la prueba Chi-cuadrado, t de Student y la correlación de Spearman (una de las variables de la correlación no seguía una distribución normal bivariada) según fue apropiado. Todas las variables sociodemográficas, clínicas y pronósticas se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

## DESARROLLO

La muestra total obtenida fue de 88 participantes que cumplieron los criterios de inclusión (40 hombres y 48 mujeres). Un 52, 3% tenían una DI leve, el 40, 9% una DI no especificada, un 3, 4% DI moderada y otro 3, 4% DI grave. La edad media  $\pm$  desviación estándar (DE) de la muestra fue de 36,  $17 \pm 11$ , 54. Con respecto al estado civil, un 93, 1% de los participantes eran solteros. A nivel de situación residencial, el 72, 7% vivía con su familia de origen. Laboralmente, un 44, 3% se encontraba en situación laboral de paro sin subsidio y un 48, 8% eran pensionistas.

Los principales diagnósticos psiquiátricos motivo de ingreso en la unidad de agudos fueron: 1) Esquizofrenia (29, 5%), Trastorno psicótico no especificado (19, 3%), Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones o la conducta (12, 5%) y Trastorno Esquizoafectivo (8%).



Un 42% de los participantes cumplía criterios para un diagnóstico de TUS cuando se incluyó el Trastorno por Consumo de Tabaco en el análisis. El tabaco fue de forma indiscutible la principal sustancia de consumo y con respecto al diagnóstico de Trastorno por Consumo de Tabaco, éste cumplía criterios DSM-5 de gravedad en el 77% de los que lo presentaban. Cuando se excluyó el diagnóstico de Trastorno por Consumo de Tabaco del análisis, los pacientes con TUS fueron el 36, 4% de la muestra de sujetos con DI estudiados. La principal sustancia de consumo después del tabaco fue el cannabis, con criterios de Trastorno de Consumo de Cannabis para un 25% de la muestra (un 32% con criterios de gravedad), seguido del Trastorno de Consumo de Alcohol en un 22, 7% (20% con criterios de gravedad) y del Trastorno de Consumo de Cocaína en un 13, 6% (grave en un 50% de casos). Al centrar la atención en los patrones de policonsumo, el consumo de más de una sustancia fue en efecto el patrón más frecuente (70% de los sujetos estudiados con TUS) frente al consumo de una sola sustancia (30% de la muestra de pacientes con TUS). Los patrones de policonsumo más frecuentes fueron la combinación de alcohol y cannabis en el 20% de pacientes con TUS, la combinación de cannabis y cocaína en el 13% y la combinación de alcohol, cannabis y cocaína (7%) y de alcohol, cannabis, cocaína y estimulantes (7%).

No se encontraron diferencias significativas para la presencia de TUS en relación al sexo, la edad, ni la situación de convivencia. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la presencia o no presencia de TUS analizando por tipo de trastorno psiquiátrico que motivó el ingreso en la unidad de agudos. Entre los pacientes afectados de TUS, no hubo diferencias significativas entre tipo de TUS analizando por tipo de trastorno psiquiátrico comórbido. En relación al tipo de DI, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos para el Trastorno por Consumo de Cannabis ( $\chi^2(3) = 8.3, p = 0.04$ ) y el Trastorno por Consumo de Cocaína ( $\chi^2(3) = 8.7, p = 0.03$ ) con una sobrerrepresentación de dichos trastornos en el grupo con DI leve.

A nivel de pronóstico evolutivo, se observó un mayor número de ingresos psiquiátricos para el grupo de TUS (excluyendo el tabaco) frente al grupo sin historia de TUS (media  $\pm$  DE: grupo con TUS =  $3.75 \pm 2.37$ , grupo sin TUS =  $2.63 \pm 2.05$ ;  $t = -2.3, p = 0.02$ ). Por otra parte dentro del grupo con TUS (sin incluir tabaco) se observó una correlación positiva entre el número total de ingresos psiquiátricos y el número de sustancias de consumo ( $r = 0.35, p < 0.001$ ). Se empleó la correlación de Spearman porque una de las variables no seguía una distribución normal bivariada.

Pasando a valorar los recursos de la red de salud implicados en la asistencia a estos pacientes, analizando los dispositivos de asistencia, el recurso ambulatorio con más participación en la asistencia a los pacientes con DI estudiados fue el Centro de Salud Mental de zona (47, 7%), seguido del Servicio Especializado de Salud Mental para DI (28, 4%). Curiosamente, el Centro de Asistencia de Sustancias (CAS) de zona sólo fue el recurso principal de asistencia para el 1, 1% de la muestra. Cuando se restringió el análisis a la muestra de pacientes con TUS (sin incluir tabaco), el Centro de Salud Mental de zona seguía siendo el recurso principal de asistencia (59, 4%), seguido a mucha distancia de los recursos especializados como el Servicio Especializado de Salud Mental para DI (12, 5%) y la red especializada en adicciones (CAS) desde la que se estaba efectuando el seguimiento de sólo el 3, 1% de pacientes.

## CONCLUSIONES

A la vista de los resultados del presente estudio de prevalencia de período, podemos concluir que la prevalencia de TUS en población con DI y trastornos psiquiátricos comórbidos es alta. Este resultado está en concordancia con la literatura previa que señala a este grupo de población como de especial riesgo para TUS (Taggart et al., 2006) (Carroll Chapman, 2012) (van Duijvenbode et al., 2015). Es importante destacar aquí que la dependencia a nicotina es muy prevalente, habiendo alertado ya trabajos anteriores del impacto negativo sobre la salud física del colectivo de personas con DI que implica el consumo de tabaco (Kerr et al., 2013); esto hace de especial interés la implementación de programas de deshabituación tabáquica desde la red de asistencia adaptados a este grupo poblacional especial, no existiendo hasta la fecha programas de intervención científicamente validados en estos pacientes (Kerr et al., 2013), tratándose por tanto de un campo de interés a desarrollar.

Los Trastornos por Consumo de Cannabis, de Alcohol y de Cocaína son los más frecuentes en concordancia con lo que se ha visto en estudios recientes en pacientes con DI (To et al., 2014); y por lo que se refiere al subgrupo de DI leve, considerado factor de riesgo para TUS en estudios en población con DI (H. Miller & Whicher, 2009) (van Duijvenbode et al., 2015), el uso de Cannabis y el uso de Cocaína serían los que representarían las prevalencias más altas en nuestro estudio. Este hallazgo es diferente a la observación más habitual de una mayor prevalencia del Trastorno por Consumo de Alcohol frente a otras sustancias en pacientes con DI (Chaplin et al., 2011) (To et al., 2014), al igual que sucede en población sin DI, pero está en la línea de datos recientes respecto a una tendencia al mayor uso de cannabis principalmente, pero también de cocaína (aunque en mucho menor medida) en personas con DI (J. VanDerNagel et al., 2011). El predominio de policonsumidores en la muestra de nuestro estudio (un 70% de la muestra) podría guardar relación con el hecho de que se trata de una muestra con una media de edad joven, ya que estudios anteriores en población con DI han demostrado un predominio de los patrones de policonsumo de sustancias en muestras más jóvenes (J. VanDerNagel et al., 2011) (To et al., 2014). En todo caso el estudio muestra, como se observa en la mayoría de estudios previos, que los pacientes con DI consumen todo el espectro de sustancias tóxicas (van Duijvenbode et al., 2015).

Como era esperable, de los resultados se concluye también una peor evolución clínica en pacientes con DI afectados de TUS, con necesidad de mayor número de ingresos psiquiátricos respecto a aquellos sin TUS; siendo también mayor la tasa de reingresos a mayor número de sustancias consumidas.

No se encontraron diferencias significativas para la presencia de TUS en relación al sexo, la edad y la situación de convivencia, al contrario de lo que se esperaría (predominio en hombres, jóvenes e independizados de su familia de origen) según datos previos en la literatura (Taggart et al., 2006) (To et al., 2014) (van Duijvenbode et al., 2015). Si bien, el rango de edades de los pacientes estudiados fue de una muestra joven en su conjunto, y respecto a la variable de situación de convivencia, prácticamente las 3/4 partes de pacientes estudiados vivían con sus familias de origen, por lo que existiría una limitación por muestra insuficiente de pacientes independizados, con falta de potencia estadística para evitar el error de tipo II (falsos negativos).

A la vista de los resultados se puede concluir también que en nuestro medio, la participación de

las redes asistenciales especializadas en el tratamiento de pacientes con DI y de las redes especializadas en el tratamiento de pacientes con TUS, en la atención al grupo específico de pacientes duales afectos de DI y TUS estaría muy por debajo de lo recomendado por expertos. En este sentido las recomendaciones de práctica clínica de que disponemos en el presente, pese a ser muy escasas, recomiendan el asesoramiento y seguimiento desde los equipos asistenciales especializados en adicciones y desde los equipos específicos de salud mental para DI, debiendo estos realizar un abordaje conjunto (McLaughlin, Taggart, Quinn, & Milligan, 2007) (H. Miller, 2015). Probablemente en las redes especializadas en Salud Mental para DI se tienda a excluir o a no evaluar correctamente a los pacientes con TUS por falta de experiencia en el campo de las adicciones (J. E. L. VanDerNagel et al., 2014) y por su parte las redes de adicciones no estén adecuadas a las características de los pacientes con DI (con claras dificultades para la toma de decisiones encaminadas al cambio desde una perspectiva de responsabilidad e iniciativa propia del paciente) (van Duijvenbode et al., 2015), resultando en definitiva en que los pacientes con DI y TUS se encuentran con barreras en el acceso a los recursos más especializados. Cabe en este sentido destacar la falta de tratamientos adaptados a este tipo de pacientes, tanto farmacológicos como psicológicos (Kerr et al., 2013) (van Duijvenbode et al., 2015). A nivel farmacológico es prioritario considerar las frecuentes comorbilidades médicas en población con DI, de cara a valorar las interacciones (es de especial interés considerar la polimedicación antiepiléptica, muy común en esta población), así como la diferente sensibilidad en estos pacientes a los efectos de los psicofármacos con motivo del daño en sus estructuras cerebrales, así como de particularidades a nivel farmacocinético y farmacodinámico. A nivel psicoterapéutico no cabe duda de que es importante la adaptación de los materiales e intervenciones psicoeducativas (con priorización de canales visuales por ejemplo), así como de intervenciones de eficacia demostrada para combatir la ambivalencia y aumentar la motivación para el cambio en pacientes con TUS como son la entrevista motivacional, las terapias de grupo, los programas de prevención de recaídas y las técnicas de reducción de daños, destacándose la importancia de un estilo terapéutico no confrontativo, abierto y empático en este tipo de pacientes (H. Miller, 2015) (J. E. L. VanDerNagel, Kemna, & Didden, 2013) (van Duijvenbode et al., 2015).

Las reflexiones finales en relación al tema que nos ocupa son principalmente cuatro: 1) la importancia de la identificación del problema de TUS en población con DI, ya que no se trata de una problemática menor, sino más prevalente de lo que a priori esperaríamos encontrar en nuestra práctica clínica; 2) la importancia de derivar correctamente a los pacientes identificados a recursos especializados y de una buena coordinación y colaboración entre estos dispositivos en la asistencia a estos pacientes; 3) la necesidad de adecuar los instrumentos de evaluación y los tratamientos a este subgrupo especial de la población; y finalmente 4) destacar la falta de estudios de intervención en TUS en población DI (sólo se dispone de pequeños estudios piloto), lo que convierte el tema en un área de interés de cara a iniciar investigaciones sobre abordajes de tratamiento específicos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bachman, S. S., Drainoni, M. L., & Tobias, C. (2004). Medicaid managed care, substance abuse treatment, and people with disabilities: review of the literature. *Health Soc Work, 29* (3), 189-196.
- Carroll Chapman, S. L. (2012). Substance abuse among individuals with intellectual disabilities.

*Research in Developmental Disabilities*, 33(4), 1147-1156.

Chaplin, E., Gilvarry, C., & Tsakanikos, E. (2011). Recreational substance use patterns and co-morbid psychopathology in adults with intellectual disability. *Res Dev Disabil*, 32(6), 2981-2986.

Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry*, 190, 27-35.

Kerr, S., Lawrence, M., Darbyshire, C., Middleton, A. R., & Fitzsimmons, L. (2013). Tobacco and alcohol-related interventions for people with mild/moderate intellectual disabilities: a systematic review of the literature. *J Intellect Disabil Res*, 57(5), 393-408.

Kiewik, M., VanDerNagel, J. E., Kemna, L. E., Engels, R. C., & DeJong, C. A. (2016). Substance use prevention program for adolescents with intellectual disabilities on special education schools: a cluster randomised control trial. *J Intellect Disabil Res*, 60(3), 191-200.

Lin, E., Balogh, R., McGarry, C., Selick, A., Dobranowski, K., Wilton, A. S., et al. (2016). Substance-related and addictive disorders among adults with intellectual and developmental disabilities (IDD): an Ontario population cohort study. *BMJ Open*, 6(9), e011638.

McLaughlin, D. F., Taggart, L., Quinn, B., & Milligan, V. (2007). The experiences of professionals who care for people with intellectual disability who have substance-related problems. *Journal of Substance Use*, 12(2), 133-143.

Miller, H. (2015). Alcohol Use Disorders. In S. Bhaumik, D. Branford, M. Barrett & K. G. Satheesh (Eds.), *The Frith Prescribing Guidelines For People With Intellectual Disability*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

Miller, H., & Whicher, E. (2009). Substance misuse. In A. Hassiotis, A. Barron & I. Hall (Eds.), *Intellectual disability psychiatry: a practical handbook*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Slyter, E. M. (2010). Demographic and clinical characteristics of people with intellectual disabilities with and without substance abuse disorders in a Medicaid population. *Intellect Dev Disabil*, 48(6), 417-431.

Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res*, 50(Pt 8), 588-597.

To, W. T., Neiryneck, S., Vanderplasschen, W., Vanheule, S., & Vandeveld, S. (2014). Substance use and misuse in persons with intellectual disabilities (ID): results of a survey in ID and addiction services in Flanders. *Res Dev Disabil*, 35(1), 1-9.

van Duijvenbode, N., VanDerNagel, J. E., Didden, R., Engels, R. C., Buitelaar, J. K., Kiewik, M., et al. (2015). Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: current status and future directions. *Res Dev Disabil*, 38, 319-328.

VanDerNagel, J., Kiewik, M., Buitelaar, J., & DeJong, C. (2011). Staff Perspectives of Substance Use and Misuse Among Adults With Intellectual Disabilities Enrolled in Dutch Disability Services. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 8(3), 143-149.

VanDerNagel, J. E. L., Kemna, L., & Didden, R. (2013). Substance use among persons with mild intellectual disability: Approaches to screening and interviewing. *NADD Bulletin*, 16, 87-92.

VanDerNagel, J. E. L., Kiewik, M., Postel, M. G., van Dijk, M., Didden, R., Buitelaar, J. K., et al. (2014). Capture recapture estimation of the prevalence of mild intellectual disability and substance use disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 808-813.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

## FE DE ERRATAS

<https://amsm.es/2017/05/27/fe-de-erratas-del-boletin-de-comunicaciones-libres-de-las-xxvii-jornadas-estatales-aen/>





# SUJET\_S A LO SOCIAL

XXVII JORNADAS ESTATALES  
SALUD MENTAL AEN



MADRID 1, 2 Y 3 JUNIO 2017



[AENJORNADAS2017.WORDPRESS.COM](http://AENJORNADAS2017.WORDPRESS.COM)