

BOLETÍN COMUNICACIONES



XI CONGRESO ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL 19 Y 20 DE ABRIL, 2018

COMUNICACIONES LIBRES

BOLETÍN COMUNICACIONES

**XI CONGRESO
ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL**

19 Y 20 DE ABRIL, 2018

ÍNDICE

1. Acompasando, un cuidado en la salud mental.	
Montserrat Fernández Rubio, Borja Gil Fernández, Mº Nieves Izco García, Mª José Barrios Sánchez, Gemma Álvarez García. UTC Red de Salud Mental Navarra	9
2. Proyecto “Yo Aporto”: Carrera San Silvestre de Estella organizada por personas usuarias del Centro De Rehabilitación Psicosocial.	
Maite Unanua Cía, Ana Hernández Hernández, Miren Karmele Morales Zabalegui, Manuela Linde Blanco. Centro de Rehabilitación Psicosocial Ordoiz, centro concertado con Gobierno de Navarra.....	15
3. Cuidando a los residentes en salud mental: una experiencia con grupos Balint.	
Rocío Hermosillo Torres, Marina Esparza Barandiaran, María Carnicer Castaño, Cristina Domínguez García. Hospital Universitario de Getafe	22
4. Elaboración de una herramienta de planificación anticipada de decisiones en salud mental.	
Patricia González Iglesias, Lorena Velayos Jiménez, Sandra Rodríguez de Torres García, Elena Antoñano Nieto. CSM Francisco Díaz (Hospital Universitario Príncipe de Asturias -Alcalá de Henares, Madrid).....	29
5. Cómo ha influido en mi vida el grupo de ocio saludable.	
Miguel Ángel Figueroa Lillo, Mariano Rubio Redondo, Pedro Antonio Lara García, Manuel Navarrete Cristos. Centro de Rehabilitación Laboral Usera	41
6. El videojuego y el psiquismo infantil: experiencias terapéuticas.	
Andrés Suárez Velázquez. Instituto Psiquiátrico José Germain (Leganés, Madrid)	47
7. La anorexia como lenguaje. Sara Córdoba Sanchís, Esther de Grado González.	
Instituto Psiquiátrico José Germain.....	53
8. Violencia de pareja a las mujeres mayores de 55 años: un estudio en centros sanitarios públicos. Andrés Felipe Correa Palacio, Rocío Paricio del Castillo, Patricia Fernández Martín, Amelia Franquelo García, Elisa Delgado Fuente. Grupo de Género de la Sección de Derechos Humanos de la AEN	61

9. Las claves en el proceso de acogida. La experiencia del EASC de Usera.	
Eva Pizarro Bernal. Centro de Día, Centro de Rehabilitación Laboral Equipo de Apoyo Social Comunitario y Pisos Supervisados de Usera	68
10. Del dolor al duelo: reflexiones tras un grupo psicoterapéutico de dolor crónico.	
Carolina García Calvo, Anna Balagué Puxan. Hospital Universitario de Fuenlabrada ...	76
11. Análisis descriptivo de las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles atendidas en el hospital de Getafe en 2016: la conducta autolesiva como fenómeno emergente.	
Marina Esparza Barandiaran, María Carnicer Castaño, Rocío Hermosillo Torres, Marta Gadea Rojo Carrera, Antonio Uría de los Ojos. Hospital Universitario de Getafe	81
12. Caminando hacia un sistema libre de coerción.	
Márquez Martín, Patricia; López de Loma-Osorio, Víctor. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).....	90
13. Los Grupos Multifamiliares en Buenos Aires. Diferencias entre el contexto público y privado.	
Iraia Zabaleta Andreu, Francisco de Pedro Melgarejo. H. U. Fuenlabrada. Instituto Psiquiátrico José Germain Leganés	99
14. La utilización de la piretoterapia y los barbitúricos en el Manicomio de Leganés (1931-1936).	
Raquel Tierno Patiño y José Morales Zamorano Instituto Psiquiátrico SSM José Germain de Leganés	105
15. Proyecto de grupo multifamiliar al alta de la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario Infanta Sofía.	
Beatriz Gamo Bravo, María Martin Martín Blas, Juan Antonio Palacios Castaño, Blanca Tarjuelo Amor, Carolina Burillo Traid. Hospital Universitario Infanta Sofía	117
16. Cuidados: ¿ofrecemos lo que necesitan? Incorporando y dando voz a sus necesidades y experiencias.	
Natalia Rabanal Alascio, Alberto Prieto Arévalo, M ^a Teresa Ruiz Jiménez. Centro de Día Espartales Sur de Alcalá de Henares124

17. Experiencia grupal para la cocreación del concepto de autonomía en un Centro de Día de Soporte Social.	
Ángeles Palatucci García, Judith Layrana Fontalba, M ^a Teresa Ruiz Jiménez. Centro de Día y Soporte Social “Espartales Sur” de Alcalá de Henares, Madrid	138
18. Los cuidados físicos en el arsenal terapéutico del Manicomio de Leganés durante la Segunda República española.	
Raquel Tierno Patiño y José Morales Zamorano. Instituto Psiquiátrico SSM José Germain de Leganés	145
19. El cine como actividad inductora de la mentalización.	
María Martín Martín-Blas. Hospital Infanta Sofía.....	155
20. La familia adoptiva como contexto reparador.	
Tania Delgado Fernández. Centro prevención y tratamiento de adicciones en jóvenes y adolescentes Los Mesejo.....	163
21. Ciudadanía y salud mental: hacia una atención basada en derechos.	
Francisco José Eiroá-Orosa. Universidades de Barcelona y Yale. Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud Mental en 1 ^a Persona.....	169

1. ACOMPASANDO, UN CUIDADO EN LA SALUD MENTAL

Montserrat Fernandez Rubio

Enfermera Salud Mental UTC Red de Salud Mental Navarra

Monstefernandezrubio@hotmail.com

Borja Gil Fernandez

Mº Nieves Izco Garcia

Mª Jose Barrios Sanchez

Gemma Alvarez Garcia

INTRODUCCIÓN

A pesar de los cambios en la atención en el campo de la salud mental de los últimos años, especialmente con la aparición de los psicofármacos y la generalización de su uso (y con ellos de la promesa incumplida de un “milagro farmacológico”, así como de la instauración casi completa de un paradigma biológico centrado en la prescripción de medicamentos), poner nombre al padecimiento de alguien que sufre malestar psíquico sigue realizándose a través de un corpus de conocimientos basados en una mezcla de observación y saber heredado. Por otra parte, a pesar de los citados fármacos y de la construcción de nuevas terapias, el centro de la atención en salud mental lo sigue constituyendo el encuentro entre una persona que sufre y se encuentra en situación de vulnerabilidad y otra responsable de su cuidado. Se impone así la reflexión constante en torno a los aspectos que pueden conformar esta relación.

El término “acompañamiento” describe la aproximación al modelo del mundo de la otra persona, proceso inmerso en la relación de cuidado que se ha de establecer. Este acercamiento muchas veces se da de forma intuitiva, escapando de alguna forma a la codificación y tecnificación. Sin embargo, puede intentarse una descripción, la cual desarrollamos en este trabajo. De esa forma puede incidirse en los aspectos necesarios para llevarlo a cabo, mejorando la asistencia hacia aquellos que se encuentran en situación de necesitar cuidado (1).

OBJETIVO

Describir el concepto de acompañamiento como parte integral del cuidado en salud mental.

Describir los elementos estructurales del proceso de acompañamiento.

Describir las características fundamentales del terapeuta para establecer una sólida relación de ayuda y las actitudes que la fomentan.

Demostrar la importancia de estos cuidados invisibles para su reconocimiento institucional y social (2).

METODOLOGIA

A partir de metabuscadores (Tripdatabase), revisiones sistemáticas obtenidas a través de la Biblioteca Cochrane y Bases de Datos de estudios (MEDLINE, CINAHL, EMBASE) realizamos una revisión bibliográfica de artículos actuales en relación a acompañamiento, enfermera salud mental, relación terapéutica.

DESARROLLO

Siendo la base de la atención en salud mental el encuentro entre dos personas, y dado que una de estas dos personas es la encargada del cuidado de la otra, responsable de hacer lo posible por establecer un vínculo con el otro, que pueda llevar a conformar una relación de ayuda, se hace necesaria una valoración de algunas cualidades que debería reunir este profesional.

Rogers propuso tres características fundamentales que debía poseer el terapeuta: autenticidad, aceptación incondicional del paciente y comprensión empática (3).

Podemos nombrar algunas técnicas que se han demostrado eficaces para establecer un buen acompañar, como son:

Escucha activa

Se trata de escuchar lo que el otro tiene que contarnos sin interrumpirle, sin predisposición a realizar juicios de valor, mostrando, a través del lenguaje verbal y del no verbal y de la coherencia entre ambos, que estamos a su lado, que le acompañamos y que puede expresarse con libertad.

Calidez

Se cuidará la expresión, el tono, la presencia para facilitar la apertura emocional y que así al sujeto le resulte fácil el acercamiento (4).

Empatía

Tratar, independientemente de nuestras opiniones, de colocarnos en su posición, de ver el mundo desde sus ojos. Es condición indispensable para que se den las circunstancias que permitan una óptima relación de cuidado (5).

Establecer confianza

Además de la autenticidad y la empatía, es fundamental en este punto la percepción de profesionalidad por parte del que sufre. Para ello, durante el acercamiento nos apoyamos en teorías y conocimientos, teniendo en cuenta siempre que no se trata de encasillar ni hacer encajar a la persona en un modelo preestablecido (6).

Buscar puntos comunes

Necesidad de orientar hacia un objetivo común los esfuerzos que realizan tanto profesional como doliente en su intento de superación de la crisis.

Veremos cómo estas características, que podemos denominar los “sospechosos habituales” de la descripción del buen terapeuta, están imbricadas en la noción de acompañamiento, la cual consideramos en este trabajo básica en la construcción de relación terapéutica que pueda ayudar realmente al otro. Tan central la consideramos, que nos atrevemos a otorgarle la categoría de un cuidado en salud mental.

Según Tickle-Degnen y Rosenthal, la descripción de la naturaleza del acompañamiento (*rapport*) empieza con el reconocimiento de que el acompañamiento sólo existe en la interacción entre dos individuos. El sujeto experimenta el acompañamiento como el resultado de una combinación de elementos que emerge durante el encuentro. Es, por decirlo de una forma llana, “cosa de dos” (cabría considerar entonces, en este punto, la situación en la que se dan muchos primeros encuentros con quien padece una crisis, a fin de realizar una reflexión más amplia sobre la importancia de la atención y los sentimientos de calidez en todo el proceso de atención, sin embargo, excede los límites de este trabajo). La experiencia de acompañamiento se expresa claramente en la expresión común de “tener química con alguien” o sentir que “conectamos”.

Se trata entonces de una entidad que no resulta fácil de dividir en sus componentes. Sin embargo, de nuevo siguiendo a Tickle-Degnen y Rosenthal, se puede, a través del estudio de la experiencia del acompañamiento y el lenguaje corriente utilizado para hablar de la misma, proponer tres elementos que la constituirían.

Cuando se da un alto nivel de acompañamiento, los individuos que participan en el encuentro forman, en cierto modo, una unidad con coherencia plena. En ese momento cada uno está enfocado hacia el otro, diríamos que está “involucrado” con el otro. Esta *atención mutua*, que ayuda a crear una interacción focalizada, es el primer elemento que se propone como parte de la estructura del acompañamiento. La sensación de ser el objeto de la atención de la otra persona, a ese sentimiento de interés focalizado, lo denominaríamos el componente afectivo de este primer elemento del acompañamiento.

El segundo componente esencial es lo que se denomina como *positividad*. No hay que entender esto como meras buenas intenciones, al menos, no únicamente. El término positividad hace referencia, en este contexto, al cuidado mutuo que siente por parte del otro cada miembro de la interacción, por un lado. Pero también, por otro, al deseo de ser aceptado y gustar. El sentimiento de ser cuidado, de calidez, sería el aspecto afectivo de este componente.

El tercer y último componente esencial de este constructo llamado acompañamiento sería la coordinación propiamente dicha. Los términos “armonía”, “sincronía” y “sintonizar” lo describen bien. Park y Burgess (1924) describen el aspecto afectivo de esta coordinación de la siguiente forma: “el acompañamiento implica la existencia de una capacidad mutua de respuesta, en la cual los individuos reaccionan de forma inmediata a los sentimientos del otro” (p. 893). La sensación de un cierto equilibrio y armonía constituiría el aspecto emocional de este componente. La base de este componente, sin la cual fallará inexorablemente el resto de la estructura, es la empatía, la habilidad para colocarse en la perspectiva del otro.

La importancia de cada uno de estos componentes cambia durante la construcción de lo que podríamos llamar “estado de acompañamiento”, el cual, por lógica, ha de ser diferente en cada relación, pues no hay dos encuentros iguales.

No puede haber una descripción de la estructura del acompañamiento que obvie su carácter dinámico, su aspecto temporal. El acompañamiento se apoya en los mismos elementos durante su construcción, pero la importancia de cada uno va cambiando según lo haga la relación establecida.

En el comienzo de una relación entre individuos, lo típico es que la conversación se circunscriba a los motivos que llevan a que ese encuentro se produzca, así como un comportamiento cortés, el cual vendrá dado por los usos y costumbres culturales en los cuales se hallen inmersos los sujetos, pues no podemos olvidar que todos, en todo momento, nos encontramos determinados por

una cultura que nos provee de significaciones. La conversación, los gestos, la comunicación en su conjunto está obligada a ceñirse a lo culturalmente aceptable.

En ese momento, la interacción puede notarse un poco incómoda o rígida, de tal forma que se intentará ser amable y atento con la otra persona. Gustar, sin salir de una determinada zona de confort. Los sujetos, en su esfera privada, se concentran en evaluar al otro (ya sea positiva o negativamente), pero sin comunicar las conclusiones de su evaluación, que, dado el carácter inicial del encuentro, se centrará en aspectos externos del otro (vestimenta, gestos, vocabulario, tono, expresión facial), a fin de encontrar en ellos algo que les pueda informar de esos aspectos internos que por el momento resultan inalcanzables. Es en este momento cuando, en la construcción de un acompañamiento, la mayor importancia la cargan los elementos de positividad y atención, ya que en este momento de la relación, ninguno de sus miembros puede esperar una coordinación, una sincronía, pues la falta de experiencia previa entre ellos se lo impide; sin embargo, la ausencia de encuentros previos no impide mostrar amabilidad y calidez, más bien al contrario, esta positividad puede fomentar próximos encuentros. En cuanto a la atención, merece una consideración especial, pues su peso en la estructura no decaerá con los cambios de la relación, convirtiéndose en la verdadera línea de carga que soporte la relación. Sin atención, sin focalizar hacia el otro, no puede darse una relación que pueda ser llamada terapéutica. De tal manera, esta atención tampoco ha de interpretarse en el mismo sentido a lo largo del proceso, pues al inicio indicará interés y querencia por el acercamiento (condición para la continuación de la relación), mientras que más tarde será muestra de la unión entre los sujetos y de una preocupación que hunde sus raíces más profundamente, de una forma más genuina.

En sucesivos encuentros entre los mismos sujetos, el estilo comunicacional variará, puede volverse más predecible, ya que los sujetos utilizarán lo aprendido en los anteriores encuentros para acomodarse a la relación que se está estableciendo, y acomodarse a lo que pueden esperar del otro y lo que el otro espera de ellos. Conforme avanza la relación, se va librando de la imposición cultural y volviéndose menos estructurada, creando sus propias convenciones (aprobadas por los individuos, muchas veces de forma implícita, sin que se haya llegado a verbalizar) y dándose, de forma pareja, un aumento en la eficacia de la comunicación. Los individuos podrán así expresar aspectos más íntimos y con mayor libertad. En este punto de la relación, el elemento de coordinación del acompañamiento será el que adquiera una mayor importancia (junto, de nuevo, a la atención, que como hemos indicado antes está presente en igual intensidad en todo el proceso).

Tasar los componentes no verbales del acompañamiento y su importancia relativa no es fácil, a pesar de la importancia y del potencial de la comunicación no verbal, pues la misma se trata de un flujo continuo de acción, con movimientos y expresiones ocurriendo de forma simultánea y en respuesta a los producidos por el otro. Así, aislar sus elementos y jerarquizarlos resulta complicado. Cabe añadir, a este respecto, que una clase particular de comportamiento, unos gestos determinados, no tienen por qué relacionarse inexorablemente con un significado social invariable. Los mismos gestos pueden ocurrir en escenarios muy diferentes, en interacciones positivas o negativas (por ejemplo, el contacto ocular puede ser un gesto de atención, comprensión y apoyo en una relación, mientras que en relaciones de competencia puede ser una muestra de agresividad). No podemos obviar la historia previa de la relación y los roles que representan cada uno (siendo estos roles siempre parte de una discursividad por la que los individuos se encuentran atravesados). El comportamiento no verbal ha de ser visto así dependiente del contexto e inseparable del mismo.

Según Tickle-Degnen y Rosenthal, otra dificultad se presenta a la hora de medir la importancia o el efecto de los comportamientos no verbales (también se podría, aunque su trabajo no lo

específica, pues no es su intención, aplicar lo mismo a la comunicación verbal, expresiones, frases, muletillas, etc.), y es que, en una suerte de principio de indeterminación, cuanto más aislamos el gesto o la mirada, cada componente en sí mismo, más perdemos de vista el conjunto de la comunicación no verbal, el fluir de la misma y la propia noción central del acompañamiento, que es el hecho de darse en una interacción, en un encuentro, el hecho de que esos actos se dan siempre en respuesta a otros realizados por otro individuo.

A este tipo de análisis, que llamaríamos “molecular”, se le confronta un tipo de análisis que aspire a un mayor nivel de integración, un análisis “molar”, que entiende los gestos, los actos, las miradas, y también las expresiones, frases y cualquier otro componente como solutos en la disolución que sería el acompañamiento.

Quizás, en el inicio de la relación, dado que gran parte de la situación viene dada por determinaciones culturales (tanto a nivel global como determinaciones más locales, como puede ser la costumbre concreta del servicio donde se dé el encuentro entre los dos sujetos), sea más fácil el aislamiento y estudio de los componentes por separado. De esta forma se puede determinar la importancia en esta fase de ciertas actitudes como pueden ser el asentimiento con la cabeza o la sonrisa amable, entendiéndolas siempre como muestras de atención y positividad y no como meros recursos para ganar la “confianza” del otro.

Pero, a medida que la relación vaya avanzando y vaya construyendo sus propios estilos de comunicación y sus propias particularidades, va a resultar más difícil la concreción de cada elemento y sobre todo, determinar la importancia de los mismos sin tener en cuenta el equilibrio que guardan entre ellos, al ser parte de un fluir comunicativo. La sincronía entre dos individuos, así, sólo podrá ser estudiada en términos de molaridad. En este sentido, se ha valorado la utilidad del “espejismo mimético”, entendido éste, como en el caso del cabeceo o la sonrisa, como una muestra de una interacción sincronizada que asienta sus raíces en una relación acompañada, y no como una mera técnica al servicio de la conquista de una falsa armonía con el otro.

Se hace difícil, en todo caso, medir qué actitudes, gestos y palabras concretas pueden ayudar a la construcción de una situación de acompañamiento, y de esta forma, a una relación terapéutica satisfactoria y que cumpla con su misión de ayuda. Podemos nombrar tres factores posibles que debemos tener en cuenta a la hora de pretender medir los elementos que conforman el acompañamiento.

En primer lugar, como se ha dicho, es importante determinar el contexto así como los objetivos iniciales de cada uno de los individuos (y aquí también se impondría otra reflexión más amplia, que de nuevo excede los márgenes de este trabajo, sobre la posibilidad de que alguien con sufrimiento psíquico exprese con libertad sus objetivos y estos sean tenidos no sólo en cuenta, sino como una guía en el proceso terapéutico).

En segundo lugar, ya se ha nombrado, el momento en el que se encuentre el desarrollo de la relación. En un primer momento aquellos elementos indicativos de positividad tendrán un peso mayor, mientras que según se desarrolle la relación los elementos que refuerzan la coordinación serán los que tengan más protagonismo.

El tercer factor dificulta aún más la posibilidad de medir todo el constructo, pues hablamos de la forma en la que los individuos experimentan la sincronía y, de esta forma, lo que esperan en cada momento del otro. La dificultad estriba, lógicamente, en que así como no hay dos sujetos iguales (a pesar de todas las clasificaciones que se puedan hacer), no puede haber dos encuentros, dos relaciones, que sean iguales.

CONCLUSIONES

Ayudar a la persona que sufre malestar psíquico requiere inexorablemente el establecimiento de una relación terapéutica sólida y profunda, que se convertirá en el eje que vertebrará el resto de cuidados y en la que, sin duda, el enriquecimiento va a ser mutuo. El buen profesional tendrá que proponerse un conocimiento profundo de la persona con la que va a establecer la relación.

Para dicho acercamiento, se requerirá previamente el cuestionamiento sobre las propias facultades y límites acerca de una serie de habilidades y conocimientos necesarios para desarrollar una eficaz relación de ayuda(7), partiendo desde el autoconocimiento y la autocrítica, y a través de una cuidadosa observación y escucha activa, para establecer una relación basada en el respeto, que pueda servir de ayuda en la crisis que está atravesando la persona que se encuentra al cuidado del profesional. Sólo a través de un acercamiento respetuoso al modelo del mundo de la otra persona, un acompañamiento que se cuide también de no ser invasivo con el otro, puede establecerse una adecuada relación terapéutica, tan importante y necesaria como cualquier otro tratamiento al que se recurra en el proceso(8), en la cual la persona se sienta libre de expresar o callar lo que le suceda, autónoma para gestionar sus propias decisiones y al mismo tiempo confortada y acompañada.

BIBLIOGRAFÍA

<http://www.pnlydesarrollopersonal.com/que-es-el-rapport/>

Index de Enfermería versión On-line ISSN 1699-5988versión impresa ISSN 1132-1296

Rogers, C. R. A process conception of psychotherapy. *American Psychologist* 1958; 13 (4): 142-149.

Axtell, Roger E. *Gestos. Lo que se considera correcto e incorrecto en la comunicación a través del lenguaje corporal en todo el mundo*. Barcelona: Iberia; 1993

El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. ISBN 84-493-0993-X.

<http://www.pnlnet.com/acomparar-y-guiar-herramienta-de-cambio/>

Marin M. et al. Entrenamiento en habilidades sociales. *Psicothema* 2001; 13 (2): 247-251.

Hurtado S. Enfermería y la relación de ayuda. *Excelencia enfermera* 2004, 0

Tickle-Degnen, L.; Rosenthal, R. The nature of rapport and its nonverbal correlates. *Psychological Inquiry* 1990; 1 (4): 285-293.

Park, R.E.; Burgess, E.W. *Introduction to the science of sociology*, New York: Springer-Verlag;1924.

VOLVER AL ÍNDICE

2. PROYECTO “YO APORTE”: CARRERA SAN SILVESTRE DE ESTELLA ORGANIZADA POR PERSONAS USUARIAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Maite Unanua Cía.
Terapeuta Ocupacional. Centro de Rehabilitación Psicosocial Ordoiz,
centro concertado con Gobierno de Navarra. Avanvida.
ordoiz.tocupacional@avanvida.net

Ana Hernández Hernández
Trabajadora Social. Centro de Rehabilitación Psicosocial Ordoiz, centro
concertado con Gobierno de Navarra. Avanvida

Miren Karmele Morales Zabalegui
Psicóloga. Centro de Rehabilitación Psicosocial Ordoiz, centro
concertado con Gobierno de Navarra. Avanvida

Manuela Linde Blanco
Persona usuaria. Centro de Rehabilitación Psicosocial Ordoiz, centro
concertado con Gobierno de Navarra. Avanvida
ordoiz.tocupacional@avanvida.net

INTRODUCCIÓN

La finalidad del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) Ordoiz ubicado en la localidad de Estella- Lizarra, en Navarra, es la plena inclusión de las personas con problemas de salud mental(1, 2).

Nuestra misión es ofrecer intervenciones individualizadas, adaptadas a las características y necesidades de cada persona atendida, para que recupere una vida plena y con sentido al margen del trastorno, a través de la consecución de autonomía personal, participación activa e inclusión en la comunidad, como ciudadana de pleno derecho.

Sin embargo, somos conscientes de que la participación activa e inclusiva de las personas con trastorno mental es muy costosa. El estigma y la discriminación siguen siendo la principal barrera que impide que sean capaces de construir una vida satisfactoria y con sentido.

Por ello, en nuestro servicio llevamos a cabo una serie de prácticas inclusivas que englobamos dentro de un proyecto común que hemos denominado “YO APORTE”, con el que intentamos cambiar la imagen social tradicional de las personas con trastorno mental como receptoras pasivas de servicios que ofrece la comunidad a prestadoras de los mismos. Así las personas usuarias de nuestro centro, apoyadas por los equipos profesionales han sido capaces de colaborar con diferentes entidades e incluso planificar, organizar y poner en marcha diferentes tipos de actividades educativas, de ocio, lúdicas, etc., dirigidas a la población general.

Dentro de este proyecto, las personas usuarias y las profesionales del servicio nos planteamos ofrecer a la comunidad de Estella-Lizarra la organización desde el propio centro de una actividad deportiva hasta entonces inexistente en nuestra localidad, la Carrera San Silvestre.

En la actualidad, tras la celebración de su sexta edición, podemos decir que esta actividad es un evento consolidado en la ciudad de Estella-Lizarra.

La carrera se gestó en el año 2012 a iniciativa del CRPS Ordoiz como una actividad de ocio para las personas usuarias, en la que también participaran personas de la comunidad. Todo ello enmarcado en un ambiente lúdico y festivo que terminaría con una chocolatada en las instalaciones del centro. La actividad se incluyó dentro de la programación especial de Navidad del servicio y suponía una novedad en la ciudad de Estella-Lizarra.

Ante el sorprendente interés que despertó esta primera edición, nos planteamos dar un salto cualitativo para la edición de 2013 y convertir la actividad en un evento a semejanza de San Silvestres de otras localidades de la geografía nacional. Este cambio fue posible gracias a la colaboración del Club Atlético Irazu, el club de atletismo de Estella-Lizarra, con el que nos pusimos en contacto para organizarla conjuntamente.

De ahí en adelante, hasta esta última edición (2017), se ha conseguido la consolidación de este acontecimiento deportivo popular. Además, cada año debido a la gran repercusión de la carrera, son más las entidades colaboradoras y patrocinadoras de la misma.

Es el deseo de todos que el evento se prolongue durante muchos años.

OBJETIVOS

El objetivo final es promover la implicación de las personas usuarias en la organización, planificación y participación de actividades para la comunidad, desempeñando un rol activo y significativo; así como la de realizar una actividad con carácter sensibilizador y de inclusión social.

Los objetivos específicos son:

- Visibilizar a las personas con problemas de salud mental para generar una imagen positiva y favorecer la inclusión de las mismas como personas de pleno derecho.
- Dar a conocer el centro de rehabilitación psicosocial a la comunidad.
- Contribuir a la comunidad aportando a la sociedad una nueva actividad.
- Facilitar la participación de las personas usuarias en actividades sociales organizando un evento para la comunidad y participando en la carrera San Silvestre (Como corredores/as y / o voluntarios/as).
- Crear un ambiente de distensión cuya finalidad sea la diversión y la generalización de habilidades trabajadas en los centros de rehabilitación psicosocial.
- Favorecer acciones solidarias con otros colectivos (ej: banco de alimentos y/o otras asociaciones.) a través de la realización de la carrera.
- Facilitar el desarrollo de ocupaciones significativas en las personas usuarias dentro de su propio entorno, desarrollando roles en los que puedan mostrar competencia.

METODOLOGÍA

Como muchos otros procedimientos, actividades o programaciones realizadas en el centro, la organización de la San Silvestre se ejecuta desde un **Equipo de Gestión Compartida. (EGC)**

Los EGC son grupos mixtos de trabajo cuya característica definitoria es la horizontalidad en la relación profesional – persona usuaria (de igual a igual) en el abordaje de aspectos que tienen que ver con la organización y gestión del servicio, y que con anterioridad eran competencia exclusiva de los y las profesionales.

A través de estos grupos de trabajo se consigue la participación real y efectiva de las personas usuarias en el servicio(3).

El EGC que se encarga de la Carrera San Silvestre está conformado por tres personas usuarias y dos profesionales del centro que voluntariamente han querido formar parte de este equipo. En las asambleas mensuales del centro se recuerda a todas las personas usuarias la posibilidad de participar en el equipo. Este equipo se reúne de manera periódica para desarrollar las tareas de organización y planificación de dicha carrera.

Durante los meses de septiembre a enero (ambos incluidos) el EGC establece una o dos horas semanales, según necesidades, para revisar temas pendientes, reparto de funciones, solución de dudas, nuevas ideas, etc.

Cada miembro del EGC elige voluntariamente en qué medida quiere implicarse a la hora de gestionar las tareas. Así, si una persona tiene contactos que ayuden a conseguir nuevas colaboraciones o si otra persona tiene una habilidad en otra área, se facilita la involucración en esa tarea.

DESARROLLO

Las principales acciones que este equipo lleva a cabo, meses previos al desarrollo de este evento, son la revisión de la planificación anterior, gestiones con el departamento de deportes del Ayuntamiento (solicitud para la realización de esta carrera, solicitud de recursos materiales y humanos), búsqueda de patrocinadores y colaboradores, coordinación continua con el Club Atlético Irazu. El equipo también se encarga del diseño de la cartelería y su difusión, de redactar las noticias para los medios de comunicación y de participar en la rueda de prensa y gestionar las inscripciones, entre otras.

Desde el taller laboral-ocupacional de Ordoiz se preparan bolsas del corredor para las 400 primeras inscripciones, que en la última edición incluía una mochila, un botellín de agua, una manzana, un yogur líquido, el tríptico informativo del CRPS Ordoiz y el cuestionario de satisfacción. Al llenar el cuestionario se deposita en una urna, se asigna un número con el que se accede a participar en los sorteos que se realizan al finalizar la carrera y que consisten en: material deportivo, un desayuno, una comida y una cena en diferentes establecimientos de la ciudad, donados por las entidades colaboradoras.

Igualmente, desde el taller laboral-ocupacional de Ordoiz, se prepara el material que incluyen las cestas que se entregan a los tres primeros premios de las diferentes categorías.

El mismo día de la carrera las principales tareas son: preparación del recorrido colocando las vallas que van a señalizar el mismo, distribución de las mesas de inscripciones, podiums de meta, etc. También se realizan las inscripciones y reparto de dorsales para las cinco categorías (infantil,

alevín, benjamín, prebenjamín y absoluta), se distribuye la bolsa del corredor, se participa señalizando el recorrido, se realiza la entrega de premios y se finaliza desmontando y recogiendo todo el material que se ha utilizado durante el evento.

Días posteriores al acontecimiento, el EGC de la San Silvestre se reúne para realizar una valoración global de la carrera, a través de los datos recogidos por medio de:

- Cuestionarios de satisfacción para las personas participantes en las carreras.
- Cuestionarios de satisfacción para las personas usuarias que han participado en la organización.
- “Libro de sugerencias” al finalizar la actividad donde las personas que han participado, las entidades colaboradoras, las propias personas usuarias, etc. pueda comentar sus impresiones.
- Recogida de otra información por diversas fuentes: dificultades, incidencias, sugerencias, etc. que pueden llevar a realizar modificaciones para los próximos años.
- Número de participantes en las diferentes categorías.
- Apariciones públicas en medios de comunicación.
- Fotos y videos durante la actividad.
- Recogida de experiencias y relatos en primera persona.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La San Silvestre es actualmente un evento consolidado en la ciudad y resulta una actividad rehabilitadora que contempla múltiples beneficios.

El último año, la VI San Silvestre de Estella-Lizarra, organizada por el CRPS Ordoiz y el Club Atlético Irazu, volvió a ser un éxito alcanzando su mayor número de participantes. En esta ocasión se inscribieron 462 corredores de los cuales 282 participaron en la categoría absoluta.

De todas las **personas participantes** un total de 256 contestaron a nuestro cuestionario de satisfacción. Los datos de estos cuestionarios fueron los siguientes (la puntuación es sobre 5):

- La actividad realizada: 4, 74/5
- La preparación y eficacia de las personas responsables de la misma: 4, 78/5
- La organización: planificación, materiales utilizados, medios técnicos, etc.: 4, 80/5
- El lugar donde se ha desarrollado 4, 78/5
- La duración y el horario establecido: 4, 70/5
- La valoración global: 4, 81/5
- El 100% de las personas que llenaron el cuestionario recomendarían la actividad.

Algunas de las sugerencias/comentarios que se recogieron en los cuestionarios de satisfacción de los y las participantes fueron las siguientes: *que se pueda realizar inscripción previa para las personas que son de fuera de la ciudad, la prueba absoluta más larga, agradecimientos por tratarse de una carrera solidaria para otros colectivos, menos distancia en la carrera de los participantes*.

pantes adultos, premios para los mejores disfraces para que más gente se anime a disfrazarse, mayor publicidad en los medios de comunicación, y comentarios del tipo: "fantástico", "¡seguid así!", "todo ok", "¡está muy bien así", "todo genial, " enhorabuena por la iniciativa", "me parece todo genial, muchas gracias", "no hay nada que mejorar", " enhorabuena Ordoiz", etc.

Destacar la carta al director realizada por un participante de la carrera publicada en el Diario de Noticias de Navarra en enero de 2017:

"Siempre me ha gustado pasarme el último día del año por Lerín para ver a primera hora de la tarde la San Silvestre. Da gusto cómo se vuelca todo el pueblo con esta carrera, que es todo un espectáculo y sufrimiento para los que corren. Además, hay un ambiente muy bueno, tanto que parece que son fiestas, con las calles llenas y la gente animando. Animo a todo el mundo a que vaya.

Desde hace unos años se hace también carrera en Estella y en otros sitios de la zona, y creo que es todo un acierto. ¡Qué mejor forma de despedir el año que con el deporte! En Estella, por ejemplo, se alegra mucho la mañana de Nochevieja y ves a muchos participantes que salen a correr para pasárselo bien, entre risas y cachondeo con los disfraces (también hay quien corre para ganar, como es lógico). Para los que nos gusta el deporte, es una buena oportunidad esa de disfrutar también antes de tomarte algo por ahí y de llenar la mañana.

Desde aquí quiero felicitar a todos los que ponen su granito de arena para que puedan celebrarse estas y todas las carreras en general, porque me imagino que supondrá un esfuerzo enorme y que a veces igual desde fuera no se valora del todo.

Especialmente quiero agradecer al Centro Ordoiz que se involucre tanto desde la primera edición en la carrera de Estella. Son un ejemplo a seguir."

Con respecto a la satisfacción de las personas usuarias, un total de 12 personas (de las 16 que participaron de manera activa en la preparación de la carrera) respondieron al cuestionario, y la recogida de datos fue la siguiente:

- Mejora de la autoestima y sentimientos de valía personal: 4, 73/5
- Ampliación del número o frecuencia de relaciones personales: 4, 5/5
- Adquisición de habilidades y conocimientos que permitan el manejo más autónomo en diferentes situaciones de la vida: 4, 64/5
- Elección libre en base a preferencias, gustos, etc.: 4, 55/5
- Desempeño de un papel útil y valioso para la sociedad: 5/5
- Respeto a los mismos derechos que el resto de personas: 4, 91/5
- El 100% de las personas que llenaron el cuestionario recomendarían la actividad.

Las personas usuarias además refieren que a raíz de esta iniciativa ha mejorado su autoestima, su sentimiento de pertenencia a un grupo, se sienten útiles y valoradas. Algunos de sus testimonios en primera persona son:

"Me parece que es un trabajo en equipo, que requiere de mucha implicación, solidaridad, y sobre todo... ¡si fuera los estigmas!"

"Me siento que participo en algo bueno, útil."

“Resulta satisfactorio preparar las bolsas del corredor, es un placer poder colaborar con actividades que la sociedad valora”

“Me siento muy bien, me gusta colaborar con la san silvestre porque me ayuda, me da salud. Me encanta”

“Estoy muy contento de ayudar en un evento tan importante para Estella. Estoy orgulloso de participar en el grupo de Ordoiz que tan importante papel juega en toda la organización. Cualquier colaboración que haga me satisface.”

“Me sentí útil. Estaba acompañado por un montón de gente que estaba animada por participar en la carrera y que nos perciben como personas sanas de mente.”

“Como persona, me sentí útil, muy responsable. Me sentí muy contenta por hacer una cosa que nunca había hecho, y por mi parte seguiré haciéndola ya que me siento valorada. Me sentí querida y mil cosas más que no sé cómo explicar. Muy contenta y muy útil.”

“La valoración personal que hago de este incremento progresivo en mi responsabilidad es positiva porque, aunque suponga más trabajo, hace que me sienta útil y valorado, lo que mejora mi autoestima y también más implicado en un proyecto común, lo que mejora mi sentimiento de pertenencia al grupo. Por otro lado, y como dato anecdótico, me he percatado de la cantidad de gestiones que hay que realizar, de la cantidad de detalles que hay que ultimar, de la cantidad de cabos sueltos que hay que atar para llevar a cabo un evento de estas características.”

“La preparación de un evento deportivo como la San Silvestre de Estella/Lizarra, que cuenta con un importante tirón popular tanto de participantes como de público, requiere un gran esfuerzo organizativo en el que deben preverse muchos aspectos todos ellos importantes: desde la búsqueda de patrocinadores, pasando por la confección de las bolsas del corredor, hasta la supervisión del recorrido durante la carrera para evitar incidentes con los viandantes; sólo por citar algunos ejemplos.

Personalmente, me he involucrado de lleno en muchas de estas actividades, pero de dos de ellas estoy especialmente orgulloso: la entrega de una medalla el día de la competición y mi intervención en la rueda de prensa anterior a esa fecha. La razón es la siguiente.

La tendencia a formar asociaciones para defender los intereses comunes de nuestro colectivo, las personas con problemas de salud mental, es muy positiva. Pero considero que podemos hacer algo más: erigirnos en nuestros propios representantes, no que otras personas hablen por nosotros, y dedicarnos a actuar en la vida pública para velar por nuestros derechos.

Todo esto está muy bien, pero exige un requisito previo: salir del armario, quitarse la careta, darse a conocer como persona con problemas de salud mental; esto es lo que yo he hecho y de lo que no me arrepiento, aunque pueda tener también algunas consecuencias desagradables en el futuro. Y es que no tenemos que obviar todo el estigma social aún imperante hacia nuestro colectivo; pero tampoco que la mejor manera de erradicarlo pasa, según la opinión de los expertos, por el testimonio personal de las personas afectadas. Sólo se puede aceptar aquello que se conoce, y si es en primera persona, mucho mejor.

Por tanto, la San Silvestre marca un punto de inflexión, una toma de conciencia de cuál es el camino para superarme a mí mismo y contribuir con mi granito de arena a la eliminación de los prejuicios y recelos sociales hacia mi colectivo.”

Destacar también, el carácter solidario de la carrera, este último año se recaudaron 580 euros a través de dos huchas habilitadas junto a las mesas de inscripciones para ayudar a Aiora y Yeray, dos niños de la zona que necesitan tratamientos costosos para sus enfermedades y cuyos familiares contaron con nosotros para hacer eco de su causa. En la edición de 2016 conseguimos recoger un total de 340 kg de comida no perecedera que entregamos al banco de alimentos.

Otra manera que tenemos de medir los resultados de la carrera es a través de las **apariciones públicas** en los medios de comunicación. Tanto los días antes de la carrera, como los de después, la prensa, radio y revistas locales divultan nuestra labor. El número de apariciones en prensa escrita y radio superan las 25 anuales sin contar redes sociales donde hay más dificultades para medir estos datos.

En 2015 el CRPS Ordoiz recibió un **reconocimiento público** durante la celebración de la Gala del deporte de Estella por su labor en la promoción de la San Silvestre de Estella-Lizarra durante 3 años consecutivos.

En conclusión, podemos afirmar que esta actividad supone importantes beneficios en los diferentes agentes implicados en la misma:

- Para las personas usuarias que participan activamente supone la adquisición de un mayor nivel de autonomía al verse implicadas en labores de organización y planificación, al mismo tiempo que mejora su autoestima y sentimiento de valía personal y aumenta su satisfacción con el papel útil y valioso que desempeñan.
- Para las entidades colaboradoras genera una gran satisfacción que conlleva el mantenimiento y el compromiso de repetir año tras año esta actividad.
- Para la población general supone la adquisición de información veraz sobre la realidad de las personas con problemas de salud mental y sus capacidades con el fin de que valoren la diversidad como una cualidad y no como un defecto.
- Para la sociedad general supone el aumento del conocimiento de las actividades llevadas a cabo en el centro, fomentando así la sensibilidad social y promocionando la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shepherd, G. Boardman, J. y Slade, M. Making Recovery a Reality. London : Sainsbury Centre for Mental Health 2008 (Traducción a castellano en : Hacer de la recuperación una realidad. Sevilla . Servicio Andaluz de Salud; 2008).
2. Shepherd, G. Boardman, J. y Burns, M. (2009) Implementing Recovery . A methodology for change. London. Sainsbury Centre for Mental Health; 2009 (Traducción castellano : Implementando la recuperación. Una metodología para el cambio organizativo. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.; 2009) .
3. Pérez, A. Hernández, A., Monreal, C. y Mateo, S. Equipos de Gestión Compartida (ECG): una experiencia sobre la participación real y efectiva de las personas usuarias en nuestros servicios. Revista Asociación Madrileña de Salud Mental, 2016; 40: 40-45.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

3. CUIDANDO A LOS RESIDENTES EN SALUD MENTAL: UNA EXPERIENCIA CON GRUPOS BALINT

**Rocío Hermosillo Torres
PIR 1 H. Universitario de Getafe
recio.hermosillo@salud.madrid.org**

**Marina Esparza Barandiaran
MIR 2 H. Universitario de Getafe**

**María Carnicer Castaño
MIR 3 H. Universitario de Getafe,**

**Cristina Domínguez García
PIR 3 H. Universitario de Getafe**

INTRODUCCIÓN

Los grupos Balint surgen como aportación teórico-práctica del psicoanalista húngaro Michael Balint en la formación de los médicos, resaltando la importancia de los aspectos psicológicos incluidos en la relación médico-paciente y cómo la persona del profesional juega un papel fundamental en el proceso terapéutico.

Este trabajo intenta rescatar el valor de estos grupos en el desarrollo de los residentes de salud mental a partir de la experiencia vivida en un grupo en el cual participamos, considerándolo como un espacio para la meditación de nuestro quehacer y que ofrece la oportunidad de tener un enfoque integral para así procurar una atención sanitaria global y multidisciplinaria.

OBJETIVOS

Describir la experiencia de cuidado de cuatro residentes en salud mental a través del Grupo Balint y mostrar su función en nuestra formación.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica acerca de los grupos Balint y reflexión sobre nuestra experiencia.

DESARROLLO

La formación del residente en salud mental

Como menciona Tizón en su texto(1), en España el acceso a la especialización se ve eclipsada por la primacía de lo memorístico; creemos que esto sucede no solamente a los médicos, sino a todos aquellos que en su momento aspirábamos a ser residentes de salud mental a través de

un examen tipo MIR; quedando al descubierto cómo los sistemas de evaluación marcan nuestra enseñanza y preparación.

Siendo residentes de salud mental, en psicología clínica y psiquiatría, hemos visto con claridad las lagunas de nuestra instrucción de pregrado: se nos ha trasmido con ímpetu lo racional, lo biológico y lo basado en la evidencia, descuidándose lo emocional, lo relacional y lo grupal, aquél otro terreno que marca día a día nuestro desempeño clínico.

Es indiscutible que nuestra competencia profesional no termina con la culminación de la residencia, sino que es parte de un continuum; somos conscientes de la necesidad de una trayectoria continuada, que tenga en cuenta a la par lo cognitivo y lo experiencial, que nos permita un lugar para deliberar sobre nuestras profesiones, marcadas más allá de lo biológico, por realidades psicológicas, sociales y antropológicas.

En este punto converge nuestro interés en los Grupos Balint, herramienta que consideramos de un elevado beneficio para nuestra labor, porque nos brinda un espacio para pensar y sentir desde un enfoque biopsicosocial lo que sucede en nuestras interacciones profesionales, con los pacientes, sus familias, nuestros compañeros y la institución a la que pertenecemos.

Balint y el surgimiento de sus grupos

Michael Balint nace en 1896 en Budapest y muere en 1979 en Londres; termina sus estudios de medicina en 1918(2) y, tras escuchar a Freud en una conferencia ese mismo año, se interesa en el psicoanálisis(3); siendo director del Instituto de Psicoanálisis de Budapest, en 1939 se traslada a Inglaterra, estableciéndose finalmente en Londres en 1945.

Comienza en la clínica Tavistock en 1948, y por invitación de la que sería su futura esposa, Enid Eichholz, pasa a formar parte del *Family Discussion Bureau* dirigido a trabajadores sociales; surgiendo así sus seminarios de discusión de casos, con la idea de brindarles una mejor formación con técnicas psicológicas(2).

En este medio, Balint comprende que los profesionales se veían impelidos emocionalmente ante las relaciones que establecían con las personas con problemas matrimoniales y que necesitaban un espacio protegido y unas herramientas psicológicas para poder hablar de sus vivencias(4).

Entendida la potencia de este método y reflexionando sobre su práctica, en 1950 inicia en la clínica Tavistock de Londres los grupos a los que aquí hacemos referencia, para complementar el aprendizaje de los médicos y así atender a los aspectos psicológicos presentes en todas las relaciones humanas, incluidas las del médico y su paciente, huyendo del predeterminismo genético-biológico centrado en el síntoma.

Balint suponía que más allá del tratamiento farmacológico, la medicina más utilizada era la persona del propio médico y que poco se enseñaba sobre cómo aplicarla(5); además pensaba que la psicoterapia no consistía únicamente en una acumulación de contenidos teóricos, sino que estaba marcada por el campo dinámico que se construía en la relación paciente-terapeuta, donde cobraba similar preeminencia tanto las emociones despertadas del lado del paciente, como del lado del terapeuta(4).

De esta forma, al igual que su analista y maestro Sandor Ferenczi, Balint puso especial énfasis en la contratransferencia, dando luz así a las influencias emotivas y personales que tiene el profesional sanitario en todo vínculo, tanto con el paciente, como con la institución y otros profesionales.

Se interesa en consecuencia en tres campos: las relaciones médico-paciente, paciente-y su enfermedad y las interacciones de los miembros del grupo con el grupo y su conductor(2).

Tal como indica Sunyer(2), Balint fue un pionero; por un lado en su trabajo con los profesionales de la salud, por aplicar creativamente conceptos psicoanalíticos; por otro, por subrayar la unión cuerpo-mente en la comprensión de las relaciones paciente-enfermedad, adelantándose así a su tiempo. Resulta llamativo como a pesar de estas aportaciones, Balint fue ignorado por sus compañeros ingleses de la clínica Tavistock, tanto por los clínicos como por los especialistas en formación grupal como Bion o Ezriel.

El método Balint

Como menciona Buitrón en su texto(3), los grupos Balint en su origen estaban constituidos por un grupo homogéneo de médicos que se conducían como instrumento de enseñanza, investigación y aprendizaje del enlace médico-paciente, creados para dar palabra a los médicos en su malestar y subjetividad; con el objetivo de promover el entendimiento y la sensibilización de los componentes psicológicos inmersos en esa relación.

El grupo estaba formado por entre 6 y 12 participantes, reunidos con un conductor psicoanalista, alrededor de un año y medio, con frecuencia semanal y con una duración aproximada de cada encuentro de 90 minutos.

Se remarcaba la espontaneidad del proceso, por eso se pedía que los profesionales participantes expusieran de forma oral y sin notas un caso que les hubiera impactado y en el que sintieran que algo de lo relacional no se había resuelto correctamente, así el encuentro lejos de centrarse en el diagnóstico o en la psicopatología, se focalizaba en los sentimientos despertados en los vínculos del médico con su paciente.

Tras la presentación del caso, los miembros del grupo estimulados por el conductor, realizaban preguntas y se comentaba lo que el relato despertaba; el médico que traía el caso debía soportar el no recibir consejos y de manera relajada poder sostener lo que sus compañeros le transmitían sobre lo que sentían o pensaban acerca de su relación con el paciente.

El grupo con una escucha diferente, podía proporcionar emociones distintas a la que desconocía el médico, comentándose los aspectos psicológicos y relacionales implicados en el caso.

El conductor por su parte, no debía sostener ningún tipo de lazo con los miembros del grupo; su tarea principal consistía, sin perder los objetivos y el encuadre del grupo, en facilitar la asociación libre por parte de los integrantes.

Resultaba primordial entonces, que el conductor proporcionara las condiciones necesarias para el funcionamiento adecuado del grupo, respetando los tiempos de cada uno de sus participantes, entendiendo por esto: el ritmo, el clima y el lenguaje de ese grupo(6).

Los grupos Balint en España

A partir de los años 60 se tiene conocimiento de los primeros grupos Balint que funcionaron en España, teniendo en Cataluña su primera generación de profesionales; y aunque en los años ochenta se popularizó a mayor velocidad de lo que permitían sus capacidades, el efecto fue una

caída de su idealización; a pesar de esto, en los años noventa, se intentó un nuevo repunte, que no terminó de madurar(3).

En España en comparación con otros países desarrollados, la presencia y evolución de los grupos Balint es mucho menor, encontrándonos en la actualidad, con que pocos son los centros de atención que mantengan los grupos Balint como parte de su formación sanitaria.

Según Buitrón(3), existen múltiples factores que explican por qué los grupos Balint no lograron consolidarse: 1) la vertiginosa evolución técnica que llevó hasta el menosprecio de la subjetividad, 2) la presión asistencial que no brinda un momento para poder parar a reflexionar sobre la profesión, 3) la realidad social, donde la salud es una parte más del mercado y 4) la falta de adaptación de los conductores y de la metodología a esta actualidad.

Diversificación y modificación de los grupos Balint

La metodología de los grupos Balint se ha transformado en un intento de conciliación a esta nueva realidad social en la que nos vemos sumergidos los profesionales de la salud mental; en la que se alienta institucionalmente a funcionar rápidamente, en la que se mira con lupa la lista de espera, en la que se cuantifican los tiempos y no se fomenta la elaboración.

La actualidad de nuestra práctica, su modelo de trabajo grupal, su enfoque multiprofesional, impulsaron el desarrollo de grupos de reflexión tipo Balint, y otras tantas variaciones de la técnica, que pasan desde grupos operativos hasta los grupos de sensibilización(7).

Dentro de las variaciones técnicas, encontramos que los grupos: a) suelen ser semicerrados, dando flexibilidad a los participantes, b) de mayor tamaño para reducir costos, c) heterogéneos disciplinariamente, en ellos pueden participar profesionales adjuntos de medicina, enfermería, trabajo social y psicología, además de residentes, d) incorporan en el foco del grupo, la asociación que establece el paciente con el médico y con el resto de los profesionales(3).

Los objetivos de estos grupos tipo Balint también son distintos a los originarios; en un intento de resumirlos, Tizón(7) en otro de sus textos los enumera: 1) ayudar a darse cuenta de los elementos psicológicos que entraña la relación médico paciente, 2) dar ideas de cómo estos componentes pueden ayudar a mejorar la salud, en una visión integral del ser humano, 3) proporcionar a los profesionales de la salud elementos de formación psicológica, 4) auxiliar al profesional para que puedas identificar sus conflictos personales y cómo éstos repercuten en su práctica, 5) integrar en los participantes la relevancia de los elementos anteriores en su bienestar personal y profesional, 6) favorecer procesos de derivación a otros dispositivos cuando sea adecuado.

Aportaciones actuales de los grupos tipo Balint

Como bien apunta Daurella(5) los grupos Balint resultan imprescindibles para prevenir el *burn out* (alternando trabajo clínico y no clínico, suscitando el trabajo en grupo, debatiendo experiencias emocionales y marcándose objetivos realistas). Darle un espacio a estas temáticas aumenta la satisfacción profesional y el sentimiento de bienestar, lo que repercute en la calidad del servicio prestado a nuestros usuarios.

Se constata también en otras prácticas que los participantes de grupos con perspectiva Balint, ensanchan su capacidad introspectiva, ampliando la competencia para relacionarse con los pacientes(8).

Las personas que tienen destreza en estos grupos, defienden su trascendencia como ayuda para los clínicos y como herramienta valiosísima para la formación, en tanto que permiten una integración de lo psicosocial y la aptitud reflexiva, así como por su función de contención para ansiedades y sufrimientos de los participantes en sus relaciones profesionales(1).

Los grupos Balint siguen intentando incidir en la disociación presente aún hoy en día en la formación de los futuros profesionales de la salud mental entre el cuerpo y la mente, brindando un aprendizaje emocional, devolviendo la subjetividad a la formación de los profesionales, ayudándoles a saber gestionar sus recursos internos, para que a su vez sean capaces de gestionar los recursos externos de nuestra sanidad pública de una forma sensata(3).

Nuestra experiencia en un grupo Balint

Debido a que somos residentes del H. Universitario de Getafe, tenemos la suerte de contar con un día a la semana dedicado a nuestra formación, en la cual compartimos vivencias, emociones y aprendizajes con los compañeros residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería en salud mental de los H. de Fuenlabrada, Parla y Leganés.

Dentro de este día de formación, se nos brindan cursos teóricos, supervisión de casos, sesiones clínicas, bibliográficas y un espacio dedicado a los grupos Balint.

Somos conocedoras del privilegio que esto supone en comparación con otros compañeros residentes de otros Hospitales, y consideramos que este “privilegio” debería ser básico para todos, ya que sin éste la formación que recibimos se vería afectada y perderíamos referencias para afrontar la realidad en la que intentamos incidir desde nuestras profesiones.

Dicho esto y sin olvidar las supervisión que cada uno de nosotros recibe en su rotación, queremos enfocarnos en los grupos Balint, espacio en el cual coincide la visión integral a la cual aspira nuestra profesión y que vivimos como parte de nuestra formación holística, así como una experiencia de cuidado hacia nosotras por parte de nuestras instituciones que validan este ensayo.

En estos grupos Balint se nos permite un tiempo para poder hablar y escuchar las inquietudes, preocupaciones y ansiedades que compartimos los residentes en salud mental, sin el cual cargaríamos con la frustración de no tener un tiempo para cavilar sobre nuestra tarea, y un espacio para dejarse sentir lo que en el día a día tal vez por la presión asistencial en la que nosotras también nos vemos envueltas, intentaríamos ignorar pero que terminaría por afectarnos.

El grupo Balint al cual asistimos, iniciado el curso pasado, tiene una periodicidad mensual con 1 hora y media de duración entre los meses de octubre a mayo, y con la idea de sostenerse a lo largo del tiempo que duran nuestras residencias.

Debido a que somos una cantidad considerable de residentes el día de formación, nos dividen en tres grupos tipo Balint de aproximadamente 20 personas, en los cuales participamos residentes de diferente año de formación, de enfermería, psiquiatría y psicología clínica de los Hospitales Universitarios de Fuenlabrada, Parla, Leganés y Getafe, lo cual enriquece la experiencia y nos permite ampliar la visión de nuestras dificultades relaciones en nuestra profesión.

Dos de los tres grupos Balint que se desarrollan están formados por dos conductores; el grupo en el que nosotras participamos está compuesto por una conductora y un conductor; además de realizarse una forma más tradicional de estos grupos, también se efectúa psicodrama.

Este grupo Balint es el primero en el que concurrimos y que percibimos como espacio contenido de ansiedades, en el que recibir comprensión y observaciones de nuestros compañeros residentes, que nos hacen discurrir sobre nuestra práctica sanitaria y permiten por otra parte tener la práctica de integrar un grupo y trabajar nuestras propias resistencias.

Por otro lado, pensamos que el desarrollo de estos grupos es una herramienta que permite ampliar la formación del residente en salud mental en nuestro país, que en ocasiones parece en exceso focalizada en el modelo médico de la relación profesional-paciente, dejando de lado la parte vincular de la misma.

CONCLUSIONES

La formación del profesional de la salud mental aún hoy en día está minada por la versión desmembrada del ser humano en dos continentes que parecen no entenderse: cuerpo y mente; a la vez se sigue transmitiendo generalmente en las aulas un enfoque individualista, ignorado el relieve de los grupos a los que pertenecemos y el peso de las lazos que el ser humano establece en todos los niveles en los cuales participa.

Como residentes de psicología clínica y psiquiatría, constatamos que nuestro aprendizaje cognitivo ha sido el que se ha visto favorecido en nuestros estudios de pregrado.

En el tiempo variado que llevamos de práctica profesional, nos hemos dado cuenta que la parte emocional y vivencial de nuestro aprendizaje es de igual o mayor trascendencia que el cúmulo de conocimientos teóricos.

Los grupos Balint son una experiencia que complementa nuestra formación como residentes de salud mental, entregándonos la oportunidad de contar con un modelo integral de enfrentarnos a nuestra profesión, ayudándonos a contener ansiedades y frustraciones que todo residente se encuentra en su función clínica, haciendo conscientes nuestras capacidades y limitaciones en nuestras ocupaciones, favoreciendo el trabajo horizontal con los otros profesionales con los que trabajamos y con nuestros pacientes.

Consideramos que efectuando algunas actualizaciones al método clásico, los Grupos Balint siguen siendo una herramienta de gran valor en el sistema sanitario público, tanto para los residentes como a los profesionales ya instalados, siendo una forma de cuidado que la propia institución brinda a sus trabajadores y a los pacientes que ellos atienden, porque permiten que el profesional se vea favorecido por un aprendizaje emocional, que le posibilitará gestionarse internamente para saber gestionar externamente los recursos materiales y humanos con los cuales se relaciona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tizón JL, Sobre la formación integral del médico: aportaciones de las Primeras Jornadas Estatales de estudio y reflexión sobre el tema. *Educación médica*. [Internet] 2009 [marzo2018]; 12(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S157518132009000500003
2. Sunyer Martín JM. La función teorizante II. Autores de referencia en la psicoterapia de grupo. En Sunyer Martín JM .Psicoterapia de grupo grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos. 1a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 2008. p.195-271.

3. Ribé Buitrón JM, ¿Qué fue de los tradicionales grupos Balint ? En defensa de la perspectiva Balint y una metodología adaptada en los espacios de coordinación con Atención Primaria. Norte de Salud Mental. [Internet] 2012 [marzo2018]; 10 (44):13-27 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4116518>
4. Del Longo N. Los grupos Balint en la formación psicoterapéutica. Revista chilena de psicoanálisis [Internet] 2012 [marzo2018]; 29(2). Disponible en: <http://www.apch.cl/2012/images/stories/documentos/revista/vol29dic/Resumen%20Del%20Longo.pdf>
5. Daurella N. La aportación de los grupos Balint, una perspectiva actualizada. [Internet] 2010 [marzo2018]. Disponible en http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Projectes/Salut_Mental_2010/Docs/G_Balint_NDaurella.pdf
6. Jaite M. Tres temas Balint. Revista Asociación Española Neuropsiquiatría. [Internet] 1990 [marzo2018]; 10 (32). Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15127>
7. Tizón JL. Sobre los Grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médico-paciente. Atención Primaria [Internet] 2005 [marzo2018];36:453-555. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sobre-los-grupos-balint-el-13081060>
8. Arillo Crespo A, Zabalegui Ardaiz MJ, Ayarra Elia M, Fuentes Goñi C, Loayssa Lara JR, Pascual Pascual, P. El grupo de reflexión como una herramienta para mejorar la satisfacción y desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios. Atención Primaria [Internet] 2009 [marzo2018]; 41(12): 688-694. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709003011>

4. ELABORACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN SALUD MENTAL

Patricia González Iglesias

Lorena Velayos Jiménez

Sandra Rodríguez de Torres García

**Elena Antoñano Nieto
CSM Francisco Díaz**

(Hospital Universitario Príncipe de Asturias -Alcalá de Henares, Madrid)

patricia.gonzalez.iglesias@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Se ha definido la recuperación en Salud Mental como: “la capacidad de vivir bien con la presencia o ausencia de enfermedad mental que una persona tenga (o el nombre que cada uno elija para nombrar a su experiencia)”(1).

Clifford Beers y Judi Chamberlin fueron figuras pioneras en este paradigma, el primero desde el siglo XIX destacando su obra *La mente que se encontró a sí misma* (1908) y Judi Chamberlin, en el siglo XX, participó en la creación del día del “orgullo loco” (“mad pride”), así como en la creación de grupos de defensa de pacientes mentales desde principios de 1970.

Más recientemente, esta concepción de recuperación fue desarrollada principalmente por grupos de usuarios de Salud Mental a principios de los años 70, en un contexto más amplio de lucha por la defensa de los derechos de distintos colectivos ciudadanos. Este concepto surge en el seno de un movimiento político de personas que han tenido experiencia de tratamiento psiquiátrico y de hospitalización, los autodenominados movimientos de ex pacientes y de supervivientes de la psiquiatría. Sus dos metas principales son desarrollar alternativas de autoayuda al tratamiento psiquiátrico basado en el modelo médico, así como asegurar los derechos humanos y civiles de las personas etiquetadas como “enfermos mentales” (1).

En los últimos años, diversos organismos como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2 y 3) están demandando una mayor atención hacia la prevención de situaciones de vulneración de derechos humanos en Salud Mental.

La Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) es una de las herramientas más novedosas que tiene el objetivo de facilitar que los usuarios de los dispositivos de salud mental vean fomentada su capacidad de autonomía, implicación en su propio tratamiento y el cumplimiento de sus derechos.

Las personas con Trastorno Mental Grave o sufrimiento psíquico intenso pueden tener crisis sintomáticas graves que disminuyen su capacidad de tomar decisiones. Muchos pacientes han experimentado tratamientos e ingresos involuntarios que describen como no terapéuticos y que afectan negativamente a la relación terapéutica(4). Muchos de ellos consideran que no son tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones respecto a su tratamiento y, perciben que a menudo son los

médicos y las enfermeras los que toman las decisiones por ellos(5). Esta situación genera impotencia, un factor de riesgo clave de la enfermedad psiquiátrica. Por otra parte, en ocasiones los profesionales tienen que tomar decisiones en lugar de los pacientes que resultan ser complicadas y hacen invertir muchos recursos y esfuerzo, convirtiéndose en situaciones muy complicadas para el personal de salud mental. Planificar la recaída puede ayudar a mejorar la alianza terapéutica y, por lo tanto, reducir la necesidad potencial de hospitalización(4), así como medidas terapéuticas involuntarias para el paciente.

Se ha observado que una alianza de trabajo valorada positivamente por el paciente se asocia con menos problemas conductuales y sociales(6). Se concibe la interacción como una relación de experto a experto, siendo el profesional experto en salud mental, y el paciente en su propia vida(7).

La habilidad de los pacientes para ejercer control e influencia sobre su tratamiento puede actuar como un factor protector en situaciones de riesgo de enfermedad, incluso cuando existe un elevado nivel de estrés, puesto que significa vencer una situación de impotencia y adquirir control sobre la propia vida(8). Según Gray et al.(5), hasta que no trabajemos con los pacientes para llevar a cabo elecciones compartidas en colaboración, los resultados clínicos de los pacientes no mejorarán.

El formulario de Planificación Anticipada de Decisiones o Voluntades Anticipadas en Salud Mental es una herramienta que permite que las personas con diagnóstico psiquiátrico recojan, en momentos de estabilidad psicopatológica, preferencias de cara a posibles situaciones futuras en que se considera que no tienen capacidad para tomar decisiones por sí mismos, sobre todo en contexto de Ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) o Servicio de Urgencias.

La Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental permitiría por un lado, defender los derechos de las personas con diagnóstico psiquiátrico y, por otro lado, facilitar la labor de los profesionales y allegados, mejorar la vinculación con los pacientes así como lograr una mayor implicación de los mismos en su propio tratamiento.

Las preferencias incluidas en el documento de planificación anticipada de decisiones se apoyan en la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente(9).

Este instrumento se inicia en Estados Unidos a mediados de los años 90. Hoy en día es una herramienta de trabajo consolidada en muchos de los sistemas sanitarios del mundo anglosajón, especialmente en Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda, Canadá y el Reino Unido. Dentro de España, los antecedentes podemos encontrarlos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, donde esta herramienta se emplea de manera habitual y ha sido incorporada en el sistema informático y en el historial clínico de los pacientes(10).

OBJETIVOS

El objetivo de este artículo es presentar un modelo de formulario de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental y una guía dirigida a profesionales para facilitar su cumplimentación. Será aplicable, en un inicio, en la red de Servicios de Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (Madrid).

METODOLOGÍA

De forma previa a la elaboración de la herramienta de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental y la guía orientativa correspondiente que se propone en este artículo, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática con el objetivo de recoger información y reflexionar acerca de la situación actual de los instrumentos dirigidos a recoger las preferencias del paciente de Salud Mental en situaciones de crisis.

La revisión bibliográfica se realizó en los meses de julio hasta septiembre de 2016, y se utilizaron diferentes bases de datos: Pubmed, CSIC-ISOC, Psicodoc, Psycinfo, y el portal web de la Asociación Española de Psiquiatría (AEN). Se incluyeron en la revisión bibliográfica los artículos que abordaban distintos aspectos en relación a la PAD: distintas herramientas utilizadas en diferentes situaciones con el objetivo de actuar en consonancia al respeto de los derechos de los pacientes de Salud Mental, estudios que revisan los facilitadores y barreras para utilizar estos instrumentos, investigaciones de tipo empírico en las que se revisa la utilidad de estas herramientas sobre distintas variables de salud mental, etc. Se seleccionaron todos aquellos artículos escritos en inglés o castellano. No se aplicó criterio de temporalidad al filtrar los artículos revisados, de modo que se obtuvieron artículos desde la década de los 90 hasta la actualidad. Por el contrario, se excluyeron de la revisión bibliográfica aquellos artículos referidos a las voluntades anticipadas en pacientes con dificultades de etiología orgánica.

A partir de esta revisión y teniendo en cuenta los aspectos más representativos de los artículos consultados, se elaboró un borrador inicial de la herramienta. Éste fue dado a conocer a todos los profesionales que trabajan en los distintos dispositivos que conforman la red de servicios de Salud Mental que corresponden al Hospital Universitario Príncipe de Asturias, con una gran aceptación por parte de los mismos.

Posteriormente se realizó un estudio descriptivo más exhaustivo del borrador, basado en la metodología Delphi. Se pretendió conocer la opinión de un grupo de expertos formado por pacientes y profesionales acerca de la propuesta de herramienta de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental.

El grupo de profesionales expertos estuvo conformado por una muestra de doce personas pertenecientes a los distintos dispositivos implicados en la red de Salud Mental de Alcalá de Henares, a saber: cinco psiquiatras, un residente de la especialidad de psicología clínica, dos psicólogos orientados al servicio de rehabilitación y otra psicóloga perteneciente a la Asociación de Salud Mental Este (ASME) que presta servicios a pacientes y sus familias, una trabajadora social, un enfermero y un auxiliar de enfermería de la Unidad de Hospitalización Breve (UHB).

Por otra parte, fueron diez los pacientes que formaron parte de la muestra de personas que hubieran tenido experiencia de sufrimiento psíquico intenso, con experiencia previa de al menos un ingreso la Unidad de Hospitalización Breve.

El grupo de moderadores se conformó por 4 personas, residentes internos en psicología, quienes se corresponden con la autoría del artículo presente. Se analizaron las respuestas de forma independiente entre los moderadores y, posteriormente, se realizó puesta en común a fin de recoger todas las sugerencias recibidas.

El estudio se realizó en dos bloques. En primer lugar se realizaron 2 fases de valoración en las que se recogieron las opiniones y propuestas de mejora en el colectivo de los profesionales, modi-

ficando la herramienta hasta conseguir un protocolo consensuado. Posteriormente, se sometió a valoración al grupo de personas con experiencia de sufrimiento psíquico intenso. En este caso, también se requirieron 2 fases de recogida de opinión y propuestas hasta alcanzar el consenso.

DESARROLLO

De la revisión sistemática realizada en los meses de julio a septiembre de 2016 y de la revisión de algunos protocolos que recogen las preferencias en caso de crisis en personas que han tenido sufrimiento psíquico intenso se objetivó que las preferencias tenidas en cuenta, con mayor frecuencia, cubrían las siguientes áreas: identificación de las circunstancias en las que poder usar dicho protocolo, personas con las que se desea contactar y con las que no en caso de encontrarse en situación transitoria de incapacidad de toma de decisiones, preferencias de tratamiento farmacológico así como de medidas terapéuticas que se desea o no recibir, preferencias en relación a hábitos personales, profesionales responsables del tratamiento en UHB así como otro apartado para preferencias que no se hubiesen incluido en categorías anteriores (10, 11).

Se elaboró un borrador inicial del formulario que contemplaba las preferencias en las áreas mencionadas anteriormente así como una guía para los profesionales con el fin de ayudar en su labor de facilitador para el paciente en la cumplimentación de la PAD. Este borrador inicial fue entregado y explicado personalmente a todos los profesionales de los distintos dispositivos de la Red de Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (Madrid), con el fin de valorar la opinión global acerca del mismo, dado que el objetivo último es su implantación en este área. Los dispositivos involucrados fueron: UHB, Servicio de Urgencias, Centros de Salud Mental Francisco Díaz y Puerta de Madrid, Hospital de Día Puerta de Madrid, Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares y de Torrejón de Ardoz, Centro de Día de Espartales y de Nueva Alcalá, Miniresidencia de Espartales y del Val y CAID de Alcalá de Henares.

En general, la herramienta tuvo una valoración positiva. No obstante, algunos de los problemas que señalaron al respecto vinieron de parte de alguno de los dispositivos de rehabilitación donde los pacientes atendidos presentan mayor deterioro cognitivo que en otros dispositivos, teniendo reconocida en muchos casos la incapacidad, y siendo tutelados por familiares o por la Comunidad de Madrid. En este sentido, señalaron dificultades a la hora de que estos pacientes reflejasen preferencias viables y consistentes en el tiempo en relación a su tratamiento. Asimismo, algunos dispositivos más sanitarios como la UHB anticiparon dificultades a la hora de tener que actuar en contra de las preferencias que el paciente ha indicado en su herramienta de PAD con el fin de máxima beneficencia del código ético, ajustándose al Artículo 763 de la ley de Enjuiciamiento Civil (12). En general, otras inquietudes en los dispositivos se refirieron a qué profesionales serían los encargados de ayudar al paciente a cumplimentar su PAD, y qué criterios se seguirían para seleccionar a los pacientes susceptibles de llenar este documento.

Se decidió que todos los recursos del área pudieran tener acceso a la herramienta PAD y ayudar así al paciente a cumplimentarla. Asimismo, se consideró necesaria la coordinación entre los dispositivos a la hora de estar al día con las reformulaciones de la herramienta PAD de los pacientes. Se aclaró que se trata de un instrumento que pretende favorecer el proceso terapéutico y facilitar la labor del profesional y del paciente, dándoles a ambos un espacio donde pensar acerca de aspectos que ayudan al paciente en situaciones de crisis. En este sentido, el documento presenta

las preferencias del paciente, que pueden verse afectadas por distintos factores en el momento de la crisis, algo que se explicita en la guía se le explicará al paciente desde un principio (ej. que prefiera una medicación y no se disponga de ella, que desee ser atendido por un profesional que no se encuentra en su jornada laboral...). Por otra parte, la herramienta PAD se debería adaptar a cada situación, constituyendo en todo momento un elemento facilitador y no obstaculizador del proceso terapéutico, ajustándose a cada caso individual.

Posteriormente, se procedió a realizar un análisis más exhaustivo de la herramienta consistente en un estudio descriptivo mediante metodología Delphi, con el fin de lograr una herramienta consensuada tanto por profesionales como por personas con experiencia de sufrimiento psíquico intenso. Se recibieron propuestas por ambas partes.

En el grupo de profesionales, se propusieron modificaciones tanto en el formulario como en la guía de instrucciones:

En primer lugar, la posibilidad de incluir la escala SUMD para valorar conciencia previa de enfermedad, sugiriendo que sólo se aplicase la herramienta en pacientes con capacidad de insight conservada. Se desestimó esta sugerencia al considerar que la herramienta de PAD recoge las preferencias de las personas, independientemente del nivel de conciencia de enfermedad.

En segundo lugar, añadir en el ítem “en qué circunstancias quiero que se haga uso de este documento” un apartado referente a la designación de personas que podrían ayudar al paciente a identificar las circunstancias que le hacen estar en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones.

En tercer lugar, algunos ajustes semánticos: incluir en el ítem “personas a las que avisar/no avisar de que estoy en el hospital, de las que deseo/no deseo recibir visitas, y a las que deseo/no deseo que se informe de mi situación” la posibilidad de añadir el número de teléfono de estas personas; sustituir el ítem “prefiero recibir la siguiente medicación...” por “de los tratamientos que he recibido anteriormente prefiero...”; sustituir el ítem “prefiero recibir la siguiente intervención terapéutica...” por “de las actuaciones terapéuticas que he recibido anteriormente prefiero...”; añadir en el ítem “preferencias respecto a los psiquiatras” la terminación “en la planta de Psiquiatría”; añadir en el apartado de las firmas al “representante/tutor”. En la guía para profesionales se propuso sustituir el término “patología” por “sintomatología”.

En cuanto al bloque de personas que han tenido la experiencia de sufrimiento psíquico intenso, las principales modificaciones que se realizaron fueron:

En primer lugar, propusieron de forma general la inclusión de un mayor número de ejemplos en los ítems de: “De los tratamientos farmacológicos que he recibido previamente prefiero...”, “De las actuaciones terapéuticas que he recibido anteriormente, prefiero...”, “Otras cosas que me hacen sentir bien y cosas que me hacen sentir mal durante mi estancia en el hospital” “Otras preferencias durante mi estancia en el hospital”, “Información sobre hábitos personales”, haciendo especial hincapié en esta última, con el fin de facilitar su comprensión.

En segundo lugar, la inclusión de medidas no farmacológicas, como por ejemplo ofrecer la toma de alguna infusión, de forma intermedia entre la contención verbal y la contención farmacológica en una situación donde se pudiese producir un fenómeno de escalada.

En tercer lugar, en cuanto al ítem “Preferencias respecto a los psiquiatras en la planta de Psiquiatría” propusieron añadir un apartado en relación a determinar las cualidades que les gustaría

que el profesional tuviera en su contacto con ellos (tono de voz, por ej), independientemente de qué persona concreta fuera.

En cuanto al resto de ítems propuestos mostraron su acuerdo y pertinencia desde el principio. Tras la inclusión de las propuestas, durante la segunda fase se mostraron de acuerdo con la herramienta final, consideraron el formulario como una herramienta muy útil para expresar sus preferencias.

Tras los cambios realizados en respuesta a las sugerencias de los grupos de expertos, se les devolvió la nueva herramienta, mostrando todos ellos su acuerdo con ella. El formulario final de la herramienta PAD se expone en el ANEXO I, así como la guía de ayuda para profesionales (ANEXO II).

En el mes de enero de 2018 se procedió a elaborar un Procedimiento para la Elaboración de Planificación Anticipada de Decisiones que facilitara el inicio de su aplicación en el Área de Alcalá de Henares. La inclusión de la herramienta se realizó creando una carpeta compartida con acceso a ella desde todos los dispositivos del área donde todos los profesionales implicados en el tratamiento de un paciente pudieran acceder y añadir nuevas herramientas de PAD. El instrumento PAD puede actualizarse cuando se considere oportuno, siendo sustituidas las versiones anteriores de PAD del paciente, que quedan recogidas igualmente en una carpeta aparte.

Se espera que a partir del mes de abril de 2018 los formularios de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental puedan comenzar a ser cumplimentados por los pacientes con ayuda de los distintos profesionales del área con los siguientes objetivos:

En relación a los pacientes de Salud Mental: contribuir a mejorar la capacidad de autonomía y toma de decisiones; favorecer un “sentimiento de empoderamiento” en el paciente; favorecer la alianza terapéutica y la comunicación; facilitar la adherencia al tratamiento (farmacológico, psicológico u otro tipo de intervenciones). Transversalmente, facilitar la conciencia de enfermedad y el conocimiento de las posibilidades de intervención, así como mejora de la conciencia sobre sus derechos.

En relación a los profesionales sanitarios y el servicio de Salud Mental: puede disminuir la complejidad de la toma de decisiones, ya que disminuye la incertidumbre sobre lo que debe o no hacerse, y mejorar así el clima del equipo asistencial en el proceso de toma de decisiones; proporcionar mayor seguridad ética y jurídica; ayudar a prevenir conflictos con la familia o la persona representante; disminuir la angustia y la posible sensación de culpa tras aplicar tratamientos potencialmente aversivos en situaciones de crisis; contribuir a proporcionar una asistencia integral de calidad conforme a los valores del Sistema Sanitario Público; y podría disminuir costes económicos del servicio mediante una reducción en el número de ingresos y/o en la duración de los mismos en los usuarios de salud mental que completan el formulario de Voluntades Anticipadas, así como una disminución del uso de los servicios de urgencias en general, siendo posible una mayor contención ambulatoria.

CONCLUSIONES

La planificación anticipada de decisiones conlleva una ideología propia y una visión global de la salud mental en la que el centro del proceso es la persona. Esta ha de sentirse escuchada y tomada en consideración aun cuando no sea capaz de tomar decisiones por sí misma. Se pretende fomentar la defensa de los derechos humanos de las personas etiquetadas como “enfermos men-

tales” pasando a verlos como personas dignas, autónomas, capaces de tomar decisiones por sí mismas, y pilares fundamentales en su proceso de recuperación.

La planificación de decisiones anticipadas en salud mental es un instrumento potencialmente útil, aún en vías de desarrollo. En el desarrollo del formulario de PAD que se presenta en este trabajo se objetivan algunas limitaciones que podrían ser solventadas en estudios posteriores. Entre ellas, la ausencia de una metodología cuantitativa o un análisis cualitativo más exhaustivo que permita valorar algunas dimensiones de los ítems propuestos en el formulario (ej. validez, adecuación...). Por otra parte, el hecho de que las opiniones recogidas para diseñar la herramienta se refieran únicamente a profesionales y pacientes del área sanitaria de Alcalá de Henares puede constituir otra debilidad del estudio. No obstante, el objetivo de este trabajo ha sido realizar una primera aproximación a una herramienta de planificación anticipada de decisiones en salud mental que pueda empezar a ser utilizada en dicho área, pudiendo en un futuro valorar efectos de esta sobre el proceso terapéutico, así como realizar las modificaciones oportunas que se ajusten a las necesidades de profesionales y de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Doughty C, Tse S, Duncan N, McIntyre L. The Wellness Recovery Action Plan (WRAP): workshop evaluation. *Australas Psychiatry*. 2008; 16(6):450-6.
2. Roig A, Moreno A, Gonzalez O, Diez ME, Hernandez, M, Leal J y Santos F. Sobre la reforma de la legislación civil en materia de protección de personas con discapacidad. *Grupo de etica y legislacion. Asociación Española de Neuropsiquiatria2016 (EN:.http://aen.es/wp-content/uploads/2016/11/AEN-Boletin-NOVIEMBRE.pdf)*
3. ONU (Organización de las Naciones Unidas). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. [Internet]. Madrid; [consultado 2016 Nov 30]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
4. Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, Henderson RC, Szumukler G, Thornicroft G. Improving Therapeutic Relationships: joint crisis planning for individuals with psychotic disorders. *Qual Health Res*. 2015; 25(12):1637-47.
5. Gray R, Spilling R, Burgess D, Newey T. Antipsychotic long-acting injections in clinical practice: medication management and patient choice. *Br J Psychiatry*. 2009; Suppl. Nov;52:S51-6.
6. Ruchlewska A, Kamperman AM, van der Gaag M, Wierdsma AI, Mulder NC. Working Alliance in Patients with Severe Mental Illness who need a Crisis Intervention Plan. *Community Ment Health J*. 2016; 52(1):102-8.
7. Kemp V. Use of ‘chronic disease self-management strategies’ in mental healthcare. *Curr Opin Psychiatry*. 2011; 24(2):144-8.
8. Oficina Regional para Europa de la OMS (Organización Mundial de la Salud). User empowerment in mental Health. 2010.
9. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 11, (14-11-2002).

10. Escuela Andaluza de Salud Pública. Guía Planificación anticipada en Salud Mental. 2015.
11. Reilly J, Atkinson JM. The content of mental health advance directives: Advance statements in Scotland. *Int J Law Psychiatry*. 2010; Mar-Apr;33(2):116-21.
12. Artículo 763 de Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Ley 1/2000 de 7 de enero. Boletín Oficial del Estado, nº 7, (08-01-2000).

ANEXO I: FORMULARIO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN SALUD MENTAL.

Este documento reemplaza a cualquier formulario de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental previo.

Yo, D/D^a _____, con DNI/NIE/Pasaporte Nº _____,

Deseo que las siguientes preferencias e indicaciones se tengan en cuenta en la **atención en la Urgencia o Ingreso hospitalario** cuando me encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones, relacionada con un problema de Salud Mental (SM):

1.-¿En qué circunstancias quiero que se haga uso de este documento? (Por ejemplo: si me siento perseguido, si me viene a la cabeza la idea de hacerme daño, si me siento fuera de control...)

Creo que la siguiente persona o las siguientes personas: _____

puede o pueden ayudarme a identificar situaciones en que me encuentro con incapacidad transitoria para tomar decisiones.

2.-Personas a las que avisar/no avisar de que estoy en el hospital, de las que deseo/no deseo recibir visitas, y a las que deseo/no deseo que se informe de mi situación:

Deseo que se avise a las siguientes personas		Deseo que NO se avise a las siguientes personas
Nombre	Teléfono	

Deseo recibir visitas de		Deseo NO recibir visitas de:
Nombre	Teléfono	

Deseo que se informe de mi situación a:		Deseo que NO se informe de mi situación a:
Nombre	Teléfono	

3.-De los tratamientos farmacológicos que he recibido previamente prefiero...

SITUACIÓN (ej. insomnio, angustia, agitación, asustado, triste, enfadado, desconfiado, disociado o desconectado del medio...)	Prefiero recibir la siguiente medicación	Prefiero NO recibir la siguiente medicación

4.-De las actuaciones terapéuticas que he recibido anteriormente, prefiero... /

SITUACIÓN (ej. estoy angustiado, inquieto, asustado, triste, enfadado, desconfiado, disociado o desconectado del medio...)	QUÉ ME AYUDA (ej. que me dejen solo, que hablen conmigo, que me acompañen, que me den una taza, que me den medicación, que vengan mis familiares, que vengan mis amigos, dar una vuelta, fumarme un cigarrillo...)	QUÉ NO ME AYUDA (ej. que me dejen solo, que hablen conmigo, que me acompañen, que me den una taza, que me den medicación, que vengan mis familiares, que vengan mis amigos, dar una vuelta, fumarme un cigarrillo...)

5.-Preferencias respecto a los psiquiatras en la planta de Psiquiatría.

Prefiero ser tratado por el siguiente profesional	Prefiero no ser tratado por el siguiente profesional

Cualidades del profesional que hacen sentir bien (por ej. prefiero que me hablen en tono bajo, que sea un hombre/mujer, que estemos sentados/de pie al hablar, que me hablen despacio...):

6.-Información sobre hábitos personales: me gustaría que se tuvieran en cuenta los siguientes hábitos personales (por ej. hábitos de higiene, hábitos al dormir, dieta, hábitos religiosos o espirituales, costumbres...).

7.- Otras cosas que me hacen sentir bien y cosas que me hacen sentir mal durante mi estancia en el hospital (por ej. estar solo/acompañado en la habitación de ingreso, que haya/no haya ruidos, ver la TV solo/acompañado...):

Me hace sentir bien...	Me hace sentir mal...

8.- Otras preferencias durante mi estancia en el hospital (por ej. hacer manualidades, jugar al pin pon, escuchar música...):

9.-Designación e información sobre el representante. Seleccionar una opción dependiendo de la situación del paciente:

9.1. Deseo nombrar para que actúe como **mi representante** cuando me encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones a:

D/Dª _____ con DNI/NIE/Pasaporte Nº _____,
Teléfono _____, E-mail: _____

9.2. Mi tutor legal es:

D/Dª _____ con DNI/NIE/Pasaporte Nº _____,
Teléfono _____, E-mail: _____

10.-Fecha de cumplimentación

En, _____ a ____ de ____ de ____.

TITULAR	REPRESENTANTE/TUTOR	PROFESIONAL
Fdo: Nombre y apellidos:	Fdo: Nombre y apellidos:	Fdo: Nombre y apellidos:

VOLVER AL ÍNDICE

5. CÓMO HA INFLUIDO EN MI VIDA EL GRUPO DE OCIO SALUDABLE

Miguel Ángel Figueroa Lillo

Mariano Rubio Redondo

Pedro Antonio Lara García

Manuel Navarrete Cristos

Centro de Rehabilitación Laboral Usera. Madrid

grupoocicrl@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Desde sus orígenes el ocio ha sido considerado muy importante en la vida del ser humano ya que promueve la salud y el bienestar del individuo. Además de actuar como agente socializador en contraposición al trabajo. El ocio es la capacidad de uso del tiempo libre fuera de lo laboral(1). Desde nuestro punto de vista, empleamos el ocio de manera productiva cuando predominan actividades que no son destructivas para el individuo y la sociedad, esto es el ocio saludable.

Berne estudia en 1964 el ocio desde el punto de vista de la psicología, trabajando sobre el juego y las relaciones humanas(2). Cada vez con mayor relevancia, se considera esencial el mantener un “tiempo libre” dentro de nuestras actividades cotidianas. En la actualidad, denominamos “ocio” a toda diversión o acción de descanso, sin referirnos a éste como un tiempo “muerto” en el que no hacemos nada. Sino el hecho de realizar actividades que generan bienestar y satisfacción(3).

En nuestra percepción del ocio saludable, tratamos de realizar actividades que nos enriquezcan mediante las relaciones sociales en nuestro tiempo libre. Para ello, en el grupo de ocio del CRL de Usera(4) llevamos a cabo todo tipo de actividades culturales (como visitas a exposiciones, museos y similares), actividades de esparcimiento, lúdicas, recreativas y relacionales. Sin olvidarnos, de mantener un ambiente sano en todos los sentidos.

Según nuestra experiencia, el uso del tiempo libre es una dificultad cuando se padecen problemas mentales de diversa índole. Según las estadísticas, hay un gran número de nosotros que aun no trabajamos pero estamos en preparación para ello. Por tanto, el uso del tiempo libre es importante por tratarse de todo un tiempo en el que normalmente no se tienen muchas cosas que hacer. Los programas de desarrollo del ocio y tiempo libre, representan una respuesta de salud mental comunitaria a la carencia de red social de apoyo que afecta a la población psiquiátrica crónica(1). El programa de ocio autónomo consigue que a través de estas actividades realizadas y las relaciones que se establecen entre los participantes, se mejore la calidad de vida de éstos, a través de la instauración de lazos amistosos entre nosotros.

Según Lemos y Fernández(5), el soporte social mejora las oportunidades de recuperación y la sensación de bienestar, concluye que el aislamiento social es un factor de riesgo para la salud.

Nuestro grupo de ocio comenzó siendo un grupo supervisado y, con el tiempo, se ha convertido en un espacio de ocio no estructurado, entendiéndose por esto un tipo de ocio al que se denomina

normalizado o libre. Su característica principal es que se trata de un tipo de ocio poco exigente, con un bajo nivel de compromiso y se realiza sin apoyo profesional (si acaso, ocasionalmente) y en compañía de otras personas. Nos estamos refiriendo a este ocio no estructurado cuando, por ejemplo, hacemos una salida para visitar algún museo, vamos a tomar algo o simplemente pasamos el día al aire libre cuando hace buen tiempo(6).

OBJETIVO

El objetivo principal de la presente comunicación es dar a conocer la existencia del grupo de ocio autónomo del CRL de Usera, su evolución a lo largo del tiempo y los resultados relativos a su satisfacción en primera persona.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada se trata de un estudio descriptivo a través de la experiencia en primera persona de los participantes del Programa de Ocio del CRL de Usera, que comprende desde su inicio en el año 2014 hasta el momento actual, en marzo de 2018.

El equipo de trabajo del presente estudio ha sido conformado por cuatro autores que pertenecen al grupo de ocio del CRL de Usera. Para la elaboración del trabajo, se han organizado reuniones dirigidas a conocer cuestiones técnicas y organizativas para el planteamiento del estudio y para elaborar un primer esquema de cómo llevarlo a cabo. En estas primeras reuniones se intercambiaron impresiones generales y a partir de ellas se decidió el modo de realización. En reuniones posteriores, se contó con la participación de siete integrantes del grupo de ocio con el fin de desarrollar los puntos acordados y de recoger las experiencias personales para poder incluirlas y dar forma al estudio.

En las reuniones han participado también la Psicóloga y la Terapeuta Ocupacional del CRL de Usera, con un papel orientador y de apoyo técnico en dudas y/o incidencias surgidas.

La organización de las reuniones ha sido diaria durante un periodo de tiempo de dos semanas, y se han desarrollado en el CRL de Usera.

DESARROLLO

Desde septiembre de 2014 se inició la aventura y la andadura del Grupo de Ocio para usuarios del CRL de Usera, como respuesta a unas inquietudes comunes de varias personas de salir y disfrutar de los fines de semana, sin sentir el señalamiento de las etiquetas o el estigma que se siente en otro tipo de agrupaciones.

En sus principios, el número de personas era apreciablemente menor, conformándolo dos o tres personas, cantidad que se mantuvo hasta transcurrido un año y medio, momento en el que hubo cambios, con un aumento progresivo en el que se añadieron nuevos participantes. Con la incorporación de nuevos usuarios en el CRL, y una mayor difusión del programa, se extendió el conocimiento sobre éste. Además, se facilitó la forma de comunicación y de dar a conocerlo. El número actual, como se ha descrito, ha aumentando de manera significativa y con variación de asistentes en relación a las inserciones laborales u otras circunstancias de cada cual.

Es muy importante para el grupo que sus integrantes tengan su propia autonomía en su toma de decisiones en la elección de actividades o en el desarrollo de éstas.

No hay requisitos exclusivos para la participación en él, es un grupo abierto a todas las personas del CRL de Usera que muestren interés, sensibilidad y cordialidad para crear un ambiente de “buen rollo”. Está abierto a que personas conocidas, amigos o familiares de los participantes puedan también apuntarse a las salidas sin necesidad de consultarlos, ya que se trata de un acuerdo previo con el que todo el mundo está de acuerdo. Se tiene mucho en cuenta hacer una buena acogida de las nuevas personas en participar y un conocimiento de ellas en su evolución personal a través del tiempo compartido en común para una mayor comodidad y empatía. Se hace hincapié en que se mantenga el contacto informando continuamente por los medios de comunicación y contacto establecidos por el grupo.

En su inicio, el equipo del CRL de Usera daba apoyo profesional con una de las profesionales (Terapeuta Ocupacional: TO), pero en un momento dado el mismo grupo consideró no necesario en tanto que había suficiente autonomía por parte de los usuarios.

En la actualidad, la organización de las salidas de los fines de semana se realiza en reuniones participativas. Para ello, las personas que asisten ponen en común sus propuestas a través de un “*brainstorming*” (lluvia de ideas) y se decide democráticamente, por mayoría, cuál se va a realizar. Posteriormente, se difunde lo decidido por medio del boca a boca y mediante un cartel con imágenes realizado en el Taller de Diseño del centro, en el que se explica la actividad, horario e itinerario. Paralelamente, se utiliza la herramienta Google Calendar para enviar la convocatoria a todos los integrantes del grupo de ocio del CRL de Usera que hayan facilitado su correo electrónico. Además se avisa de esta misma convocatoria por medio de sms, llamadas telefónicas y/o a través de la aplicación de Whatsapp, grupo recientemente creado, lo cual facilita mucho la comunicación.

Las fuentes de consulta para buscar actividades son páginas específicas de internet centradas en ocio, guías de ocio de papel impreso, entre otros recursos informativos.

Existen unos acuerdos establecidos por todos los integrantes para facilitar la organización general de las salidas y garantizar que pueda asistir el mayor número de personas posible. Una condición principal es que la actividad programada tenga un coste máximo de cinco euros, con sus oportunas excepciones, con lo que se buscan iniciativas gratuitas o subvencionadas con el certificado de discapacidad o la tarjeta de desempleado. Es por ello que la mayoría de las salidas son de tipo cultural, como visitas a museos, galerías o locales de ocio con exposiciones, o en su defecto, excursiones al aire libre u organización de partidas de juegos de mesa en locales de acceso público. Ejemplo de ello son salidas a la Casa de Campo, Parque de Las Naciones, Parque Felipe VI e incluso rutas a la sierra madrileña: Navacerrada. La última excursión ha sido a la ciudad de Cuenca con la novedad de una duración de un fin de semana, en la que la asistencia fue mayor que la media de las salidas habituales. El grupo demostró su autonomía y se encontró muy satisfecho en la convivencia con el aliciente añadido de que la ciudad era totalmente desconocida para algunas de las personas.

Respecto al desarrollo de las salidas, llegado el día previsto, las personas se reúnen en el punto de encuentro acordado para realizar la actividad o visita decidida. Una vez cumplido el tiempo de cortesía acordado entre todos de 15 minutos, se va al lugar propuesto y se lleva a cabo la visita o actividad. En ocasiones, se pueden formar varios grupos de interacción, ya que los participantes pueden llevar distintos ritmos durante el transcurso de la jornada o agruparse por afinidad, inte-

reses comunes o conversaciones que puedan mantenerse en cada momento. Cuando finaliza la visita, los participantes suelen dirigirse a tomar algo (los que así lo decidan).

A continuación pasamos a describir de manera esquemática, tanto los objetivos comunes como la metodología y desarrollo de las actividades por parte de los integrantes del grupo (Tabla 1).

Tabla 1. Metodología y Desarrollo de las actividades de ocio

Área	Reunión Organizativa	Difusión de información	Desarrollo de la actividad
Metodología	Periodicidad semanal Mantenimiento y actualización de grupo Gmail. Recabar información sobre actividades. Puesta en común y lluvia de ideas para la selección de la actividad que se va a realizar. Elección participativa y democrática.	Uso de Google Calendar o circulares de email. Mensajes en grupo de Whatsapp. Elaboración de carteles informativos dispuestos en el CRL de Usera. Formularios de Google. Reuniones extraordinarias de grupo. Mediante el boca a boca.	Tiempo de cortesía: se espera de 10 a 15 min. para recibir a los participantes. Aviso de posibles retrasos en la llegada al punto de encuentro por medio de grupo Whatsapp o llamada telefónica.
Desarrollo	Se reúnen los participantes y buscan información de las actividades en internet. Se hace una lluvia de ideas y se decide la actividad a realizar.	Envío de la información sobre la actividad por la vía de los medios de comunicación decididos. Elaboración de los carteles informativos en el taller de diseño del CRL de Usera. Situación de los carteles en los paneles señalados dentro del CRL de Usera.	Se realiza la actividad decidida por todos. Tomamos algo en grupo los que así lo decidimos. Despedida de los integrantes del grupo y se emplaza a la próxima reunión.
Participantes	3-4 personas	3-4 personas	8-12 personas

Fuente: Elaboración propia.

El objetivo general que rige esta iniciativa es que todas las personas derivadas al CRL de Usera dispongan de alternativas de ocio saludable de las que puedan ser partícipes.

Como objetivos específicos, lo que persigue es:

Que reforcemos nuestras habilidades psicosociales

Que incorporemos o reincorporemos una rutina de ocio saludable a nuestras vidas

- Que conozcamos y estemos informados de alternativas de ocio saludables.
- Que conozcamos a otras personas con historias diferentes y a la vez similares
- Que compartamos tiempo y disfrutemos de aficiones comunes y a la vez diversas.
- Que nos relacionemos en un ambiente de ocio saludable.
- Que hagamos actividades de crecimiento personal, culturales, de esparcimiento, etc...

CONCLUSIONES

Las herramientas de comunicación han sido fundamentales en el impulso y mantenimiento del grupo de ocio. Desde los orígenes del grupo hasta la actualidad, ha habido un incremento considerable de participación en las actividades, al modernizarse los medios de comunicación utilizados en la difusión y al tener éstos un mayor alcance. En concreto, la herramienta Google Calendar ha sido y sigue siendo muy útil y oportuna para organizar las actividades con el fin de agruparnos a todos los participantes. Esta herramienta sirve incluso para informar a aquellos que no acuden normalmente y que puedan así tener conocimiento de lo decidido, por si acaso se animasen a participar. En este medio se envía una invitación que incluye el lugar de encuentro, horario, medio de transporte más adecuado para llegar y la posibilidad de confirmar o no la asistencia.

Las expectativas generadas por el intercambio de experiencias han servido y continúan sirviendo para incrementar la motivación por participar en personas que antes lo hacían poco o nunca.

La inclusión de actividades más lúdicas o recreativas ha favorecido la participación de nuevos asistentes con otros intereses.

Basándonos tanto en nuestra experiencia como participantes como en las impresiones de distintos participantes recogidas a continuación, podemos decir que las actividades de ocio y tiempo libre en grupo han influido muy satisfactoriamente en los componentes del grupo del CRL Usera.

Las expectativas generadas por el intercambio de experiencias han servido y continúan sirviendo para incrementar la motivación por participar en personas que antes lo hacían poco o nunca.

La inclusión de actividades más lúdicas o recreativas ha favorecido la participación de nuevos asistentes con otros intereses.

Basándonos tanto en nuestra experiencia como participantes como en las impresiones de distintos participantes recogidas a continuación, podemos decir que las actividades de ocio y tiempo libre en grupo han influido muy satisfactoriamente en los componentes del grupo del CRL Usera.

Las impresiones recogidas de los participantes son las siguientes:

Persona 1: "Me resulta beneficioso para tener un grupo social con el que salir y retomar una socialización. Ahora he comprobado que he podido volver a tener el tipo de amistades que era capaz de tener en mi infancia y adolescencia, y ahora he comprobado que puede tener de nuevo personas en las que confiar. El grupo de ocio hace que tengamos espacios en los que ser nosotros mismos, más espontáneos, sin sentirnos juzgados. Para cualquier persona es importante sentir que tenemos gente con la que contar."

Llega el fin de semana y tengo un grupo social con el que compartir mis aficiones, gustos, y con personas que no asisten al CRL incluso."

Persona 2:"Las veces que asisto y he estado con el ánimo bajo me ha servido para mejorarlo y despejarme. Me he sentido muy acogida y a gusto en el grupo."

Persona 3: "A mi grupo de amigos los veo muy esporádicamente, y así cubro esa necesidad de ocio que tenemos, un grupo afable y abierto que permite desarrollarme en el ámbito social."

Persona 4: "Me ha servido para tener una opción mas en la que puedo elegir ir o no y en la que puedo afianzar los valores de amistad y compañerismo mientras realizo actividades de ocio.

Y en cuanto a lo organizativo me sirve para despertar habilidades que creía dormidas como por ejemplo buscar información y gestionar el tiempo y tomar decisiones con los compañeros. Yo veo que gracias a este grupo de ocio y a sus salidas, algunos participantes han establecidos lazos de amistad, y su relación va más allá de las salidas programadas. Varias personas del grupo quedan más días para compartir su tiempo, hablar, salir a comer y otras muchas."

Persona 5: "Compartir mi tiempo en ambiente de ocio cultural, saludable y económicamente sostenible."

Persona 6: "Por mi lado encuentro que es una ocasión de realizar actividades en mi sintonía de gustos referidos a lo cultural y con actividades que son tranquilas y distendidas: disfrutabas en fin; a la vez es un lugar en el que puedes hablar de tus aficiones, gustos y compartir sentires y puntos de vista."

Persona 7: "Me gusta conocer gente. Aprender de ellos y aportar mis puntos de vista. Estos ámbitos le quitan dramatismo a la salud mental, tan castigada por la mala prensa, se suelta el humor, se traban vínculos y se coleccionan momentos bonitos, para luego recordarlos afectuosamente."

Como conclusión final, podemos afirmar que la influencia de las actividades de ocio en los participantes ha influido notablemente en el desarrollo personal y colectivo por medio de las relaciones amistosas establecidas entre la gran mayoría de los participantes.

La perspectiva de continuación de realización de actividades de ocio en el tiempo libre es sólida y se prevé que siga evolucionando positivamente tanto en su realización como en lo que afecta a los participantes. Ha conseguido influir exitosamente en su bienestar, diversión, autonomía y relaciones sociales, entre otros aspectos de sus vidas, con evidentes resultados favorables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Pérez O, Sánchez Vicente M, Sanz Caja M, Rullas Trincado M. Tiempo de ocio en personas con problemas mentales crónicos. *Intervención Psicosocial*. 2003; 12(1).
2. Berne E. *Games People Play*. New York: Grove Press Inc. 1964. Versión castellana: *Juegos en que participamos*. México: Editorial Diana. 1986.
3. Gallego T. *Ocio y tiempo libre ¿Por qué tanto énfasis?* [Internet]. 2018. Disponible en: www.psicopedia.org/4391/ocio-y-tiempo-libre-por-que-tanto-enfasis
4. walkredi.org [Internet]. Madrid. Disponible en: http://www.walkredi.org/Centro_rehabilitacion_laboral.html
5. Serafín Lemos G, Fernández Hermida JR. Redes de soporte social y salud. *Psicothema*. 1990;2(2):113-135.
6. González J, Grande A, Fernández JI, Orviz S. Tiempo de ocio en personas con problemas mentales. *Intervencion Psicosocial*. 2003: 39-43.

6. EL VIDEOJUEGO Y EL PSIQUISMO INFANTIL: EXPERIENCIAS TERAPÉUTICAS

Andrés Suárez Velázquez

Médico Interno Residente. Psiquiatría

Instituto Psiquiátrico José Germain (Leganés, Madrid)

siridar.bvh@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La historia de los videojuegos es, como tantas otras asociadas a las nuevas tecnologías de la comunicación y la informática, una historia muy reciente, encompasando a poco más de dos generaciones. Si bien algunos prototipos aparecieron en el contexto del desarrollo de las primeras computadoras ya a principios de los años cincuenta y sesenta, el primer juego de éxito comercial comercializado a través de máquinas recreativas fue el *Pong* (1972). A lo largo de los años 80 se fueron desarrollando juegos tanto para las máquinas recreativas, pensadas para el juego en entornos sociales (por ejemplo, *Pacman*, o *Tron*), como para las videoconsolas, para uso doméstico, que despegan definitivamente con el lanzamiento de la NES en 1983, que incorpora juegos hoy en día considerados emblemáticos como el soviético *Tetris* y el *Super Mario Bros*. Este último supuso un cambio en la concepción de los videojuegos, introduciendo la historia, el dinamismo en los niveles de los juegos, y un objetivo y final concretos del juego. En los años noventa el declive de las máquinas recreativas se fue haciendo más patente, centrándose el desarrollo de éstos en las consolas tanto domésticas como portátiles. La aparición de los videojuegos en 3D y las nuevas tecnologías, cada vez con más potencia computacional, permiten también diversificar los géneros de videojuegos y ampliar el público objetivo, diseminándose poco a poco entre los estratos más jóvenes de la población.

Finalmente, a partir de los años 2000 se desarrolla un género que cambiará por completo el modo de juego: los MMORPG (*massive multiplayer online role playing games*), juegos de rol online, en los que, gracias al desarrollo y la democratización del acceso a Internet, se permite una interacción directa entre usuarios en el propio mundo virtual, desde la privacidad de la casa propia, y mediada a través de un avatar. Previamente habían existido juegos multijugador, pero requerían siempre de la presencia física en el mismo dispositivo de los diferentes jugadores, bien dividiendo la pantalla y permitiendo el juego simultáneo de todos, bien tomando turnos para ejecutar las acciones de los personajes controlados. Estos títulos han llegado a desarrollar enteras comunidades de jugadores (el *World of Warcraft*, que lleva más de diez años activo, llegando a tener hasta doce millones de suscriptores en su momento más álgido), resultando en la posibilidad de compartir un espacio virtual con hasta millones de personas desde la intimidad del hogar.

En el momento actual, el término “videojuegos” puede hacer referencia a un amplio campo de programas de entretenimiento en diferentes plataformas y con diferentes funcionamientos. La proliferación de los *smartphones* ha permitido también que éstos se conviertan en una plataforma de acceso relativamente fácil a juegos de todo tipo. Se ha desarrollado también en paralelo el fenómeno de las *microtransacciones*, pagos dentro de un juego a priori gratuito que permite acceder a nuevas características dentro de éste, o facilitar el desarrollo del mismo, generando nuevas dinámicas de consumo restringidas, esta vez, a un ámbito virtual muy definido.

No nos debería de extrañar, por lo tanto, que esta proliferación de videojuegos, mundos virtuales, tramas, y personajes, en ocasiones ya predefinidos por la historia, pero en muchas otras creados desde cero por el jugador, o con gran influencia por parte de éste en las decisiones de su personaje, haya generado una subcultura (podríamos decir que prácticamente una por cada videojuego) en la que símbolos, iconos y cadenas enteras de significantes entran a formar parte del mundo simbólico del jugador, en muchas ocasiones niños y adolescentes cuyo aparato psíquico está aún desarrollándose.

En el momento actual, las consultas de Salud Mental Infantojuvenil están repletas de niños y jóvenes que dedican gran parte de su tiempo libre en títulos como el *Minecraft* (un mundo abierto en el que existen grandes posibilidades de construcción y destrucción de estructuras, así como la generación de tramas por los propios jugadores), diferentes *shooters* (juegos en primera o tercera persona en los que tienen que acabar con los enemigos que van surgiendo) como el *Call of Duty* o el *Fortnite*, juegos de estrategia como el *League of Legends* y muchos otros. Algunos de estos son juegos multijugador, tanto competitivos como cooperativos, que requieren por lo tanto de generación de interacciones virtuales con otras personas, a veces amigos de la “vida real”, a veces completos desconocidos, y que pueden ser un punto de apoyo importante en el desarrollo de la vida social de los niños y adolescentes.

Al mismo tiempo, y como tantas otras nuevas tecnologías, se han podido observar conductas preocupantes respecto del uso de los videojuegos; niños que pasan horas pegados a las pantallas, limitando sus intereses a estos juegos, en muchas ocasiones con el aislamiento social que esto puede acarrear. Recientemente este fenómeno ha alcanzado una mayor repercusión a nivel social ante los anuncios de que en las próximas revisiones de las clasificaciones de enfermedades mentales (DSM, pero particularmente la undécima edición de la CIE) la adicción a videojuegos sería considerada un trastorno mental, equiparándolo de este modo con otras adicciones sin sustancia (a juegos de azar, a compras, etc.) (1).

Más allá de la alarma social, parece necesario revisar el papel que los videojuegos pueden tener a la hora de construir el psiquismo infantil y, especialmente en aquellos niños con estructuras psíquicas más frágiles, plantear de qué forma pueden abrirnos un portal al mundo interno y, posteriormente, a una intencionalidad terapéutica.

OBJETIVOS

El objetivo de esta comunicación es, mediante un breve planteamiento teórico inicial que precede al relato de la experiencia directa con niños diagnosticados de Trastorno Mental Grave, reflexionar sobre cómo el uso simbólico del videojuego y de sus personajes puede acercarnos a la comprensión de situaciones aparentemente incomprensibles y a la introducción de nuevos modos de comprender la realidad.

METODOLOGÍA

Además de realizar una revisión sobre textos publicados al respecto del papel de los videojuegos y la infancia, se presentan experiencias de primera mano en el seguimiento y tratamiento grupal de dos niños que asisten diariamente al Centro de Día Terapéutico-Educativo de Ortuella (Bizkaia).

DESARROLLO

En una primera búsqueda digital con los términos “salud mental” y “videojuegos” la mayor parte de los artículos periodísticos que aparecen están en relación con el potencial adictivo de los juegos de mesa y el anuncio de su próxima incorporación, como una de las adicciones sin sustancia, a la próxima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Este nuevo “trastorno de adicción a videojuegos” tendría que ver con una frecuencia e intensidad desmedidas del consumo de este tipo de entretenimiento, así como la priorización (casi absoluta, parecería) de los videojuegos sobre otras formas de entretenimiento en los niños. Otros artículos mencionan otras características negativas del uso de videojuegos: falta de relación social con otros, tendencia a mayor irritabilidad e impulsividad, insomnio, tendencia al sedentarismo... y efectivamente, parece que, al igual que otros instrumentos lúdicos para el disfrute infantil, cabe favorecer la adopción de medidas de control por parte de los padres (a un espacio virtual que, por otro lado, se nos presenta como carente de límites y con gran dificultad para su control): limitación de las horas de juego o de los dispositivos de conexión del niño, la categorización de los juegos por edad recomendada para su disfrute, etc. (2) (3)

También aparecen, aunque más restringido a medios digitales relacionados con el sector del videojuego, exposiciones sobre las ventajas de estos medios de entretenimiento. Éstas afectarían principalmente a diferentes capacidades cognitivas (concentración, memoria, rapidez a la hora de tomar decisiones) o a la coordinación motora (4). Además, al ampliar la búsqueda con los términos “psicoterapia” y “videojuegos” o “psicoanálisis” y “videojuegos” aparecen algunos artículos que narran experiencias terapéuticas en el campo de la salud mental en las que se ha valorado el papel central que en algunos de estos niños tiene la vida virtual para utilizar dicho material como un abordaje hacia la mente de los niños y adolescentes (5). Angélique Gozlan acuña en este contexto el concepto de “virtualescencia” (6), el proceso por el que lo virtual ejerce una transformación psíquica en los adolescentes. Esto vendría a darse debido a que los espacios virtuales serían depositarios de contenidos psíquicos y maleados a su vez por estos para ejercer como prolongación de la realidad psíquica del sujeto. Este espacio cambiante, usado como un escenario para la descarga de las angustias y la transformación de lo pulsional y lo fantasmático, también puede ser un peligro en tanto falto de límites y con una complejidad que en muchas ocasiones trasciende lo que el propio niño o adolescente puede comprender. En los próximos casos exploraremos situaciones en las que dos niños ya en edad prepuberal interactúan con el mundo fantasmático de lo virtual y diferentes interacciones entre lo real, lo virtual y el mundo psíquico interno.

Viñetas clínicas

J. es un niño de 12 años con diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado que acude este año al Centro de Día Educativo-Terapéutico de Ortuella (Bizkaia). En él se observa una importante rigidez en cuanto a la estructura del pensamiento, extremadamente concreto, y una dificultad importante para el manejo emocional; J. se presenta como un niño alegre pero serio, con una voz monocorde, sin cambios tonales ante diferentes situaciones cotidianas, pero que ante lo que puede sentir como un quebrantamiento de las normas por parte de los adultos (en muchas ocasiones atrapado por el propio lenguaje concreto) presenta una reacción de intenso bloqueo y tendencia a buscar el aislamiento como protección (a veces llegando a coger tijeras de la sala común con intención claramente defensiva). Esta vivencia paranoide de J., si bien

corregida y aumentada, es una representación de las vivencias familiares: su padre, militar retirado, despliega los valores de la disciplina castrense (y del enemigo externo a la unidad familiar) en cada una de las sesiones grupales, y su madre, también descendiente de militares de carrera, también se ve atrapada en esta dinámica en la que lo armamentístico y lo militar forman parte del día a día de la vida de J. No es de extrañar que su principal entretenimiento sean los videojuegos bélicos en todas sus posibles versiones: jugando directamente en la consola que tiene en su domicilio (hora y media durante cada uno de los tres días del fin de semana), viendo largos vídeos en YouTube en los que famosos *youtubers* juegan a estos videojuegos mientras comentan su experiencia con los mismos o incluso jugando, en el patio del centro, solo o con otros compañeros que quieran participar de su juego, a dispararse y matarse con diferentes armas, explicándonos J. en todo momento que él forma parte de los personajes que participan en alguno de los videojuegos (por ejemplo, el *Call of Duty*) que él conoce y con los que más familiarizado se halla.

El vínculo con J. se va construyendo a partir de intercambios sobre diferentes videojuegos: algunos que se va a comprar, otros que ha visto... él pregunta por los diferentes personajes, las diferentes armas, las formas de pasarse los niveles, mientras que yo le devuelvo qué puede sentir en algunas situaciones del juego, qué cree que algunos personajes harían (u otros personajes) en otras situaciones. En un día de intenso nerviosismo de varios de los niños del grupo de "buenos días", J. termina en sesión individual conmigo solicitando poder ver vídeos de juegos en YouTube como forma de descarga. Su primera petición es un vídeo en el que el jugador "trollea" (fastidia, dificulta el trabajo en equipo) a otros jugadores de su mismo equipo en un *shooter*, expresando intenso disfrute con las reacciones de enfado de los otros jugadores. Posteriormente podrá expresar, varios vídeos después, su frustración ante el conflicto con los compañeros esa mañana, así como reconocer la tristeza que le genera el estado anímico de su padre (en una recaída depresiva importante).

Semanalmente organizó con él una sesión en la que J. propone un vídeo de *YouTube* para ver juntos, que comentamos mientras va reproduciéndose; en las primeras sesiones se trata de diferentes videojuegos los que vemos en la pantalla. En uno de ellos, *Subnautica*, en el que un personaje debe escapar de un planeta marino en el que su nave espacial se ha estrellado, J. no puede terminar la sesión hasta que no contempla la escena final, en la que el cohete se escapa del planeta, aceptando el paralelismo con la situación familiar en la que a veces se ve atrapado. En otro momento menciona el *Last Station*, un juego de plataformas en el que el personaje se enfrenta a zombis con los ojos blancos (los protagonistas tienen los ojos rojos): J. explica que de no ser por esto no podría diferenciar a los enemigos de los aliados, y poco después podemos hablar de sus dificultades para diferenciar las intenciones de sus interlocutores en el "mundo real". Poco a poco los vídeos de videojuegos podrán dar paso a videos de recopilaciones "si te ríes, pierdes", de contenido mucho más variado, y con mucha mayor riqueza para poder interpretar las diferentes situaciones que representan y las emociones asociadas a éstas.

En otra ocasión J. llega al centro con expresión enfadada y permanece mutista durante las dos primeras horas de su estancia en el mismo; finalmente termina encerrándose en el baño tras varios intentos de los profesionales por acercarse a él. Desde el otro lado, e intentando ser lo menos invasivos posible, se ofrece a J. pasar a una sala de psicomotricidad, lo que acepta. En ella el juego pasa por poder descargar la angustia que siente por una situación acontecida en su domicilio, en la que se sintió injustamente tratado por su madre. Esto lo puede hacer representando escenas de diversos *shooters* (*Call of Duty*, *Borderlands*), "matando" en el juego a varios enemigos

(que yo represento) y poder enmarcarse en paladín de la justicia (representada por un personaje concreto del *Call of Duty*, el capitán Price, y posteriormente por Batman). En un segundo tiempo, J. podrá explicar con palabras no solamente lo sucedido en casa, sino también cómo se ha podido sentir él, qué podría haber hecho su madre para cambiar la situación, cómo cree que podemos mediar nosotros entre él y su familia...

Esta vinculación al mundo virtual es también, y como hemos comentado anteriormente, un problema en los momentos en los que J. no se puede separar de un contenido que le invade y le posee. En una ocasión, la madre de J. se encuentra visitando a su familia de origen y éste se queda solo en casa con el padre, que permite que J. juegue con su consola sin límites durante prácticamente una semana. Progresivamente y a lo largo de la semana J. se mostrará más inquieto, con mayor dificultad para participar tanto en las tareas educativas como en las terapéuticas, y el propio J. reconocerá más adelante que le ha resultado muy angustioso en algunos puntos pasar tanto tiempo delante de la pantalla.

O. es otro niño que acude al mismo centro, también con diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo, y también de 12 años. O. es un niño más activo en los grupos, con un perfil más disruptivo, muchas veces dominado por la palabra, con canciones, frases o gestos traídos de vídeos de *YouTube* que repite de forma incoercible en los momentos en los que se encuentra más invadido. O. juega a tres juegos diferentes, que permiten tres aproximaciones diferentes. Por un lado, se encuentra el antes mencionado *Minecraft*, donde O. realiza la mayor parte de su vida social fuera del centro, con la separación progresiva de sus compañeros de clase. Él relata diferentes proyectos en los que se le incluye (un servidor privado en el que se grabará una serie para *YouTube*, por ejemplo) en los que no queda claro dónde está el límite de lo real explicitado y lo deseado por O. Por otro lado, se encuentra el mundo de *Pokémon*, donde vive obsesionado por poder encontrar a los llamados *Pokémon shiny*, o brillantes, que han aparecido en la última edición como una rareza, casi un objeto-*Pokémon* de coleccionista. Tras varias semanas es capaz de poder separarse de este deseo casi voraz de “consumir” *Pokémon* de coleccionista y pasar a poder explicar cuáles son sus favoritos, cuáles son los que utiliza en los combates dentro del juego, y qué características tienen éstos. Entre medias queda un proceso mediado por muchas descargas de angustia, el deseo inmediato de poder ver a los *Pokémon shiny* en la pantalla (en este caso la de mi móvil) para poder fundamentar su identidad en cuáles son los que tiene y cuáles los que no.

El videojuego también sirve para que O. pueda mantener el contacto con otros niños del centro más allá de éste. Por las tardes hasta tres de ellos, que han recibido una *PlayStation 4* a lo largo de las Navidades, juegan a algunos juegos online, siendo el más destacado de ellos el *Fortnite*, un *shooter* multijugador en el que cien personajes son lanzados a una isla para acabar unos con otros hasta que solo uno sobreviva. Al margen de su papel socializador, la dinámica que esto genera en el grupo es la aparición de una una nueva cadena de significantes que se hace patente en el centro y de la que inicialmente solo pueden participar los chicos que juegan a este juego por la tarde, reconstruida después por los profesionales, que tienen que buscar y entender el juego (y hasta jugarlo) para poder comprender los gestos y las frases que O. (y los otros dos chicos que juegan con él).

CONCLUSIONES

Parece prudente pensar que las nuevas tecnologías y, en particular, los videojuegos, suponen un reto para el profesional de Salud Mental que los recibe como parte de la vida cotidiana y psí-

quica de los niños que atendemos en nuestras consultas. Al margen de las recomendaciones respecto al juego responsable y limitado en el tiempo que se vienen realizando desde diferentes instituciones, no deberíamos desdeñar el papel que los videojuegos tienen en la conceptualización del mundo de los niños y en la creación de estructuras simbólicas y de redes de trabajo colectivo. Descifrar el papel que estos nuevos signficantes ocupan en su estructura psíquica y trabajar con ellos permite añadir una nueva dimensión en el trabajo con estos niños que, en algunos casos, tienen investida con mayor potencia la realidad virtual que la real.

BIBLIOGRAFÍA

1. G. Lucio, C. La adicción a los videojuegos será una enfermedad a partir de 2018. *El Mundo*, España: 2018, 4 de enero [Internet] [Consultado 07/03/2018] Disponible en: www.elmundo.es
2. Ubieto, J.R., Pérez Álvarez, M. Niñ@s hiper: Infancias hiperactivas, hipersexualizadas, hiperconectadas. *Ned Ediciones*, Barcelona, 2018.
3. Hayez, J.Y., Quand le jeune est scotché à l'ordinateur: les consommations estimées excessives. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54 (2006) 189–199
4. Hernanz Ruiz, M. Adolescencia y Nuevas Tecnologías. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2012;54, 17-26
5. Barrios, C. Pensar en los videojuegos me tranquiliza. En: *XI Jornadas sobre violencia en la infancia. La violencia como respuesta privilegiada en la actualidad*. 2012, Colegio de Psicoanálisis de Madrid. [Internet] [Consultado 07/03/18] Disponible en: www.colpsicoanalisis-madrid.com
6. Gozlan, A. La virtualescencia: aspectos psíquicos de la relación de los adolescentes con los espacios virtuales. *Psicoanálisis*, 2016; 38(2-3), 437-456

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

7. LA ANOREXIA COMO LENGUAJE

Sara Córdoba Sanchís
sacorsan6810@gmail.com

Esther de Grado González
Instituto Psiquiátrico José Germain

INTRODUCCIÓN

Diversos autores hablan de lo difícil que resulta visibilizar la patología que proviene de lo traumático, que muchas veces sale a la superficie en forma de síntomas que distraen de lo que es nuclear. Judith Herman, en su libro *Trauma y recuperación* (1), expone cómo el trauma siempre ha sido un campo de investigación que fluctúa con los movimientos sociales y políticos, teniendo cabida en algunos momentos, y siendo olvidado o reprimido en otros tantos. Se podrían destacar tres momentos principales en los que ha tenido una gran importancia como origen de ciertas patologías psíquicas: el primero, con el estudio de la histeria durante el siglo XIX; el segundo, con la neurosis de combate tras la primera guerra mundial; y el más reciente, la violencia sexual y doméstica, con el movimiento feminista como contexto.

El sufrimiento de las personas se manifiesta de diversas formas, y en ocasiones es esta forma de expresión la que enmascara el verdadero sufrimiento. Este fenómeno se ve en la clínica de lo alimentario, donde con frecuencia la gravedad de la psicopatología se corresponde con experiencias de abuso anteriores. Esta asociación significativa entre las experiencias traumáticas y los trastornos de la conducta alimentaria ha sido señalada y constatada en multitud de estudios empíricos (2). Algunos autores han investigado acerca de la importancia mediadora de los síntomas de estrés postraumático en el desarrollo de la sintomatología del trastorno alimentario después de un proceso de traumatización sexual, interpretando los síntomas alimentarios como una forma de manejar “la excitación emocional aversiva asociada al TEPT” (2).

Sin embargo, existe todavía un vacío en cuanto a los factores que median en esta relación, en la que los síntomas alimentarios constituyen una forma de expresión del trauma. Los abusos sexuales son experiencias difíciles de aceptar, tanto para la víctima y las familias de la víctima, como para la sociedad en su conjunto, incluidos los profesionales que ejercemos funciones de cuidado. Esto, sumado a que los traumas conllevan experiencias de disociación de la memoria y la conciencia, facilita que las experiencias de abuso queden enterradas.

Autores como Anzieu, Rovaletti o Winnicott han estudiado el cuerpo en relación a la identidad (3). Desde esta perspectiva, se entiende el cuerpo y la corporalidad, como el instrumento a través del cual nos conectamos y nos comunicamos con el mundo y con la realidad, suponiendo una zona de intercambio y a la vez, una frontera. En el mejor de los casos, utilizamos como vehículo de comunicación la palabra, pero cuando esta herramienta fracasa, “el cuerpo habla” (3), resultando por tanto de vital importancia explorar las vivencias que se esconden detrás de los síntomas somáticos.

En concreto, el síntoma anoréxico en adolescentes y mujeres jóvenes constituye uno de los más peligrosos y devoradores que se conocen, abarcando más razones que las simples distorsiones en el tamaño del cuerpo y la adecuación a los cánones. El síntoma anoréxico posee un significado

que engloba al individuo, a la familia y al contexto en el cual se desarrolla, requiriendo por tanto de una exploración detallada.

Desde la perspectiva sistémica, tanto las interacciones abusivas como los trastornos de la conducta alimentaria, se entienden como experiencias relacionales, donde el vínculo juega un papel fundamental, y los síntomas muchas veces funcionan como una forma de comunicación con el otro.

OBJETIVOS

Describir la relación que existe entre el abuso sexual y los trastornos de la conducta alimentaria, abordando algunos contenidos desde una perspectiva sistémica.

MÉTODO

Se partió de los datos recogidos de cuatro pacientes en tratamiento en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario Santa Cristina, que presentan trastorno de la conducta alimentaria en su clínica actual, y que habían sufrido abusos sexuales anteriormente. Se trata de cuatro mujeres, entre 22 y 36 años, que recibían tratamiento simultáneo de psicoterapia individual, familiar, terapia grupal y seguimiento nutricional. El diagnóstico en los cuatro casos era de Anorexia nerviosa tipo compulsivo/purgativo, presentando todas ellas un elevado nivel de gravedad en las conductas purgativas. En dos de los casos el abuso sexual fue de tipo intrafamiliar, y en los otros dos de tipo extrafamiliar.

La recogida de datos se llevó a cabo a partir de entrevistas familiares, individuales y de la información recogida en las historias clínicas o derivada de los contextos de observación en las terapias grupales. Por otro lado, se realizó una búsqueda bibliográfica, con el fin de revisar y analizar contenidos teóricos a partir de los cuales poder desarrollar los objetivos de este trabajo.

DESARROLLO

El análisis de los cuatro casos arroja como resultados la existencia de una serie de factores comunes que se agrupan principalmente en cuatro áreas: Por un lado las características de las dinámicas relacionales en las familias de origen, en las que se entiende el síntoma como un intento de comunicación y/o de individuación. Por otro lado la historia de abuso sexual y presencia de sintomatología postraumática en alguna de sus tres vertientes: hiperactivación, intrusión y consticción. En tercer lugar las conductas purgativas, observándose una relación entre el nivel de gravedad de las mismas y la historia de abuso anterior. Y por último, las experiencias de revictimización, que están presentes en los cuatro casos de diferentes formas y/o contextos.

Familia

Barbagelata, en su artículo *Actualización de las dinámicas familiares en pacientes con trastorno de la alimentación y su tratamiento* (4), habla de que el síntoma tiene al menos dos facetas, una con significado interno dirigido al propio individuo, y otra asociada a lo relacional. Podemos entender que el síntoma implica un mensaje al otro, es la forma que el individuo encuentra de comunicarse, pero que a su vez impide el conflicto y por lo tanto la individuación.

La comida aquí cobra vital importancia. Entendida como la primera experiencia de intercambio con la madre, es el primer objeto que se da en la relación de ambos, pudiendo el bebé aceptarla o rechazarla en función de su deseo, más que en función del deseo de la madre, siendo por tanto la primera vez que el bebé se acerca a la separación, “es el primer acto de diferenciación” (4).

Stierlin (citado por Barbagelata) (4) establece la existencia de dos tipos de diferenciación: la individuación con y contra. En el caso de la primera, el individuo trae la diferencia del exterior pero los padres lo permiten y existe acuerdo. En la segunda, no existe acuerdo con el grupo familiar y el individuo se reafirma a sí mismo en contra de lo que la familia propone. En familias con pacientes con alteraciones de la alimentación, la individuación contra se encuentra perturbada, de manera que los síntomas alimentarios son la única forma que encuentran de diferenciarse contra. En esta línea, al no aceptarse la diferencia en este tipo de familias, es muy frecuente que no se den relaciones mutuales y que se produzcan secuencias de desconfirmación en la comunicación.

En la literatura también se señala que es probable ver en estas familias un conflicto entre la pareja y una instrumentalización de los hijos como forma de reducir las tensiones, de redirigir el foco de atención o de mantener unida a la pareja. En estos pacientes la capacidad para salir de estas triangulaciones es deficiente, viéndose casi siempre absorbidas por el conflicto sin ser conscientes de ello.

Teniendo todo esto en cuenta, entendemos el síntoma alimentario, como una forma de denunciar que algo no anda bien en el seno familiar, o incluso como un mecanismo distractorio de la atención, que de otra forma se podría dirigir a los secretos familiares o a los conflictos velados, sin que suponga un atentado contra la unión familiar.

En los cuatro casos analizados, se podían observar las características señaladas anteriormente en las familias de origen: estructuras aglutinadas y poco diferenciadas, conflictos en la pareja, triangulaciones y secretos familiares.

Abuso sexual y sintomatología postraumática

Perrone y Nannini, en su libro *Violencia y abusos sexuales en la familia* (5) realizan una clasificación de los diferentes tipos de violencia y del abuso sexual, desde una perspectiva de sistemas. Para poder entenderlos es necesario hacer referencia previamente a los conceptos de interacción simétrica e interacción complementaria. Siguiendo a Watzlawick en *Teoría de la comunicación* (6), las relaciones pueden estar basadas en la igualdad o basadas en la diferencia con respecto a la posición que ocupa cada participante en la propia interacción.

Interacción simétrica. Se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima. Se trata de una relación recíproca, donde ambos participantes se encuentran al mismo nivel. En una relación simétrica sana, cada participante acepta la mismidad del otro, existe mutualidad, se acepta la diferencia, y se da una confirmación realista del self. Cuando se da patología en las relaciones simétricas, hablamos de rechazo, pero no de desconfirmación del self (se acepta la definición que el otro da de sí mismo aunque se piense que está equivocado, pero no se niega necesariamente su realidad). *Interacción complementaria.* Se caracteriza por la desigualdad y está basada en un máximo de diferencia. Se establece una relación donde un participante ocupa una posición superior, que el otro acepta, y de esta manera ambos participantes encajan mutuamente. En una relación complementaria sana se puede dar confirmación del self, pero cuando existe patología se producen desconfirmaciones más que rechazos “estás equivocado vs tú no existes” (6).

Teniendo en cuenta los conceptos anteriores, Perrone y Nannini (5) hacen una distinción entre dos tipos de violencia:

Violencia agresión. Se da en relaciones simétricas, igualitarias. Ambos miembros de la relación reivindican un mismo estatus. La escalada desemboca en agresión mutua. El otro no se somete, mantiene su posición y hace explícito el desafío. En este tipo de violencia se mantiene preservada la identidad y son menores las secuelas, ya que se reconoce la diferencia. *Violencia castigo.* Se da en relaciones complementarias, desiguales. Aquí se considera que el otro permanece en una posición inferior, y que, por ende, se tiene el derecho de infingirle sufrimiento, debiendo la otra persona aceptarlo sin más. Se aceptan las definiciones de poder de uno y otro. Tiene un carácter íntimo. Se da una negación de la identidad de la víctima, siendo las secuelas profundas. *Violencia castigo con simetría latente.* Igual que la anterior, pero el sujeto que ocupa la posición inferior se resiste. Si las condiciones cambian y esta persona pasa a la posición superior, se da agresión hacia la persona que infligía el daño anteriormente. En ocasiones se transforma en simetría generalizada hacia todo aquello que representa autoridad.

El abuso sexual está íntimamente ligado a los dos últimos tipos de violencia. En el primer caso existe menos probabilidad de que la víctima se transforme a su vez en abusador, mientras que en el segundo caso, cuando la víctima pasa a la posición superior, puede a su vez llegar a abusar.

La propuesta relacional de estos autores nos aporta una visión más amplia que la abordada hasta el momento de forma mayoritaria en la literatura, donde el género se ha señalado siempre como el factor de riesgo más relevante de cara a reproducir el abuso en otro momento de la vida. Esta perspectiva apoya que en los hombres existe una mayor probabilidad de reproducir el abuso en la vida adulta, y en las mujeres mayor probabilidad de desarrollar patología psiquiátrica (espectro ansioso-depresivo, disociativo, o trastornos de personalidad) (7).

Perrone y Nannini describen, dentro de las relaciones no igualitarias, otro tipo de relación más extrema, a la que denominan “Relación de hechizo” (5). Esta relación se caracteriza por la influencia que una persona ejerce sobre otra, sin que ésta lo sepa. No hay ni malestar, ni resistencia, tampoco sentido de la injusticia, porque la persona no es consciente de la relación de dominio. El dominio no es explícito, se trata de una invasión por parte del otro, donde se niega la existencia, el deseo y la subjetividad de la víctima, quien desconoce las condiciones que le han llevado a este tipo de relación, y los objetivos o intenciones reales de la persona que domina, que manda una imagen engañosa. El abusador no tiene en cuenta la realidad de la víctima, “es lo que él quiere que sea” (5), con la repercusión que eso tiene para su identidad. En tales casos no se trata de un simple abuso de poder, sino que opera el mecanismo de la fascinación (5). Perrone y Nannini señalan de nuevo, la importancia de lo relacional en las relaciones de abuso sexual.

Por otra parte, ha sido ampliamente estudiada la aparición de síntomas postraumáticos en personas con antecedentes de abuso sexual. Judith Herman (1), explica que los síntomas traumáticos tienden a separarse del acontecimiento que los creó y cobran vida propia, surgiendo “emociones intensas sin recuerdo, o recuerdo desprovisto de emoción”. Según esta autora, las categorías principales de la clínica del trauma son la hiperactivación, la intrusión y la consticción.

Hiperactivación: se siente que el acontecimiento traumático siempre puede volver a reaparecer, y por eso se permanece en un estado de alerta. En situaciones de abusos prolongados las personas aprenden a permanecer en una “vigilancia congelada” (1), es decir, aunque se encuentran en un estado permanente de alerta, también aprenden a quedarse calladas y quietas, en un esfuerzo

por pasar inadvertidas. *Intrusión*: se revive en el presente lo pasado, en forma de sensaciones vívidas e imágenes, “el horror esencial” (1), ya que se carece de una narrativa verbal asimilada e integrada en la historia de vida. En ocasiones, la intención de la intrusión es poder ejercer algún tipo de control sobre el evento traumático, con la intención de invertir el resultado, o bien de integrar la experiencia de forma espontánea. La contrapartida a la intrusión es la evitación: en un intento de evitar lo intrusivo, se produce un estrechamiento de la conciencia y/o un empobrecimiento de la vida. *Constricción*: cuando no se encuentra una escapatoria en el mundo real, la única alternativa posible es la alteración de los estados de conciencia. En la constricción o embotamiento, se entra en un estado de anestesia parcial, de extrañamiento emocional, como protección ante el dolor insoportable. Esto a la vez perpetúa que el acontecimiento traumático siga sin ser integrado en la conciencia normal, y que se mantengan los síntomas intrusivos. Hablamos aquí de constricción en el ámbito del pensamiento, de la memoria y los estados de conciencia, pero también de la acción y la iniciativa, que conduce de nuevo al empobrecimiento de la vida (1).

La persona que ha sufrido un acontecimiento traumático, se mueve entre la intrusión y la constricción, en oleadas inestables, que aumentan todavía más la sensación de falta de control.

Uno de los efectos más devastadores del trauma en las personas viene dado de la pérdida de la confianza básica en las relaciones humanas. Las víctimas refieren que, además de haber sentido que les han robado una parte de ellas mismas, les han quitado la capacidad de confiar o de vincularse con la gente (1). A partir de ese momento el mundo se concebirá como inseguro y peligroso, y las sensaciones de seguridad las proporcionarán más determinados escondites que las personas. Los efectos son más devastadores aun cuando el trauma es anterior a cualquier construcción de identidad, “en la infancia, forma y deforma la personalidad” (1). Cuando hablamos de abusos sexuales, además, se produce una violación de la autonomía en varios sentidos. En primer lugar, el cuerpo ha sido invadido y dañado, se pierde el control sobre el propio cuerpo y a partir de ahí el control sobre el sí mismo.

El trauma también tiene efectos nocivos sobre la capacidad de establecer una intimidad. Las víctimas oscilan entre expresiones incontroladas de ira y agresividad, y la más completa intolerancia y evitación de las mismas. Se ven empujadas a rehuir las relaciones íntimas, y a la vez, las buscan desesperadamente. Como decíamos anteriormente, han perdido la confianza en las personas, y al mismo tiempo siguen temiendo que les hagan daño, por lo que se intensifica la necesidad de protección.

En muchas ocasiones, la persona que sufre el abuso no es sometida a ningún tipo de coerción, sino que los barrotes y los muros se construyen en torno al vínculo. Un vínculo que se traduce en hacer sentir especial, generar sentimientos de intensa dependencia, de forma que la persona que abusa aprovecha la relación que les une para asegurarse de que el abuso permanece silenciado.

Cuando los abusos o la falta de protección provienen de los cuidadores principales, para poder desarrollarse el vínculo primario la víctima pone en marcha mecanismos que rechacen la idea de que son malos/negligentes para poder absolverlos. Si no se producen estas estrategias de salvación, se verán perjudicados estos vínculos primarios que se intentan preservar a toda costa. Para ello se recurre a todas las defensas psicológicas que la víctima sea capaz de desarrollar. En ocasiones, llegan a la conclusión de que son merecedoras de lo que se les hace, porque no son dignas o hay rasgos de maldad en ellas (1). Esto se intensifica si además alguna vez obtuvieron algún tipo de placer en alguna de las experiencias de abuso u obtuvieron algún privilegio a cambio del silencio. Como resultado se produce una absoluta resistencia de las víctimas a que se las absuelva de

su culpa, quedándose con esta identidad contaminada, con mucha incapacidad para desarrollar una imagen integrada de ellas mismas, donde también tengan cabida aspectos positivos. Estos fallos en la integración también se observaran en las representaciones que tienen de otras personas, tendiendo a la idealización y la devaluación.

Podríamos señalar la presencia en los cuatro casos analizados en este trabajo de los conceptos teóricos desarrollados en este apartado. El abuso sexual se había establecido en todos los casos desde una interacción complementaria no igualitaria, donde se utilizaba el vínculo, los privilegios y los secretos como mecanismo para mantener la interacción. Aparte de objetivarse los síntomas de hiperactivación propios del trauma, las pacientes referían fenómenos de intrusión o de constricción de forma variable. Existía una dificultad para establecer relaciones interpersonales, influida por la vivencia del otro como amenazante, y una capacidad disminuida para establecer relaciones de intimidad, que se manifestaba en un patrón ambivalente entre la dependencia y el rechazo, la agresividad y la seducción.

Purgas

Las conductas purgativas son frecuentes en pacientes con trastornos de la alimentación, existiendo además cierta asociación entre la gravedad de la sintomatología purgativa y la historia de abuso en la infancia/adolescencia. Son varios los estudios en población clínica que concluyen que existe evidencia entre haber sido víctima de abuso sexual y el desarrollo de síntomas bulímicos (2).

Parte de la bibliografía consultada equipara las conductas purgativas a las automutilaciones, entendidas éstas por un lado como una forma de autocastigo, y por otro como mecanismo a través del cual ejercer algún tipo de control. En primer lugar, el autocastigo intenta acabar con los sentimientos de asco, culpa y vergüenza, que son frecuentes en personas que han sufrido abuso sexual. Tiene por tanto la finalidad de atacar el cuerpo como una forma de castigo congruente, que se suma a la renuncia de todo lo placentero, “incluido el mismo acto de comer” o de limpiarse por dentro “de emociones negativas ligadas a la conciencia de un yo corporal sentido como defecuoso, inferior, ineeficaz, que pierde el aprecio o no lo merece” (3). En segundo lugar, las conductas purgativas se consideran un mecanismo a través del cual la persona intenta ejercer algún tipo de control, un control que en algún momento se sintió arrebatado, utilizando el cuerpo como un lugar donde manejar emociones, al controlar cuidadosamente lo que entra y sale de él. Los sentimientos de vergüenza y culpa cobran aquí un sentido particular, el de responder a la indefensión “imaginar que uno podría haberlo hecho mejor, puede ser más tolerable que enfrentarse a la realidad de estar absolutamente indefenso” (1).

Otra finalidad de la conducta purgativa puede ser encontrar alivio emocional. El deseo de “entumecimiento emocional” (3) se puede observar en pacientes con trastornos de alimentación que tienen historia de abuso sexual, y podría interpretarse como una forma de protegerse de los recuerdos traumáticos y de encontrar cierto grado de anestesia. Puede entenderse también de la forma contraria, como una manera de responder al embotamiento emocional que acompaña a los acontecimientos traumáticos, consiguiéndose comprobar la propia existencia sin que participe lo verbal, prefiriéndose la vía de la acción, del cuerpo. En otras ocasiones el cuerpo cobra también especial relevancia, ya que el objetivo de los síntomas restrictivos o purgativos, consiste en alterar la forma corporal, para así detener el desarrollo y enmascarar la sexualidad.

En los cuatro casos revisados, las pacientes presentaban niveles elevados de conductas purgativas diarios, explicando éstas en su narrativa como una forma de encontrar alivio emocional o

como una forma de hacerse daño ante sensaciones de asco y rechazo hacia ellas mismas. Existía además cierta correspondencia entre la mejoría objetivable en los niveles de conductas purgativas y la evolución favorable en el abordaje terapéutico de los acontecimientos traumáticos, incluyendo la revelación al entorno y familiares.

Revictimización

Tanto la investigación como la experiencia clínica, confirman la vulnerabilidad de las personas que han sufrido abuso sexual en la infancia a tener experiencias de revictimización en la edad adulta, siendo de hecho una experiencia muy común en la población abusada, por lo que nos interesa revisar los mecanismos que están detrás de este fenómeno. James A. Chu (8) describe tres mecanismos: la compulsión a la repetición, síndromes postraumáticos y relaciones disruptivas.

La compulsión a la repetición. No estamos hablando sencillamente de una reexperimentación como en los fenómenos intrusivos, si no de tomar medidas activas que nos lleven a recrear eventos traumáticos, siendo más o menos conscientes. La persona trata de reelaborar la experiencia traumática que no se ha podido integrar y además revivirla, adoptando un rol activo, en un intento de dominar la experiencia anterior, aunque “desafortunadamente, estos intentos son usualmente condenas” (8). La tendencia a la repetición, también permite la expresión de afectos asociados a las experiencias reprimidas. *Síndromes post-traumáticos.* Antes se ha mencionado que la dialéctica del trauma gira en torno a periodos de intrusión, donde el trauma se reexperimenta y la persona se mantiene en un estado de hiperactivación e hiperalerta, y periodos de constreñimiento, donde se mantienen las experiencias disociadas y el afecto constreñido o embotado. Chu (8) señala que las personas con historia de abuso sexual infantil son más vulnerables a sufrir experiencias de revictimización cuando se encuentran en fases de embotamiento. En estas fases, la capacidad de realizar un juicio crítico, de valorar una situación como potencialmente peligrosa, o de sentir ansiedad anticipatoria, se encuentra deteriorada. Influye también el hecho de que la mayoría no tiene la experiencia integrada de forma completa, sino fragmentada, dificultando todavía más la comparación y la identificación de las situaciones como de riesgo. *Interrupción relacional.* Dado que las personas con abusos sexuales infantiles tienen deteriorada la capacidad de establecer lazos interpersonales debido a la pérdida de la confianza básica en el otro desde muy temprano, se ven asiladas y desprovistas de vínculos de apoyo. Estos vínculos podrían suponer un recurso de afrontamiento de cara a las experiencias de repetición. A su vez, debido a esta dificultad para establecer un juicio crítico adecuado y a la tendencia a la dependencia en las relaciones, que tiene su origen en la necesidad intensa de recuperar la confianza en los demás, se pueden establecer relaciones no seguras que faciliten las experiencias de revictimización.

Las cuatro pacientes que sirven de ejemplo en este trabajo, presentaban experiencias de revictimización actuales, sobre todo en el ámbito de las relaciones de pareja. Establecían vínculos poco seguros, en los que era frecuente que se vieran expuestas en el mejor de los casos a experiencias de abuso de poder en la relación, y en el peor de los casos, de nuevo a experiencias de sometimiento en relaciones sexuales no consentidas.

CONCLUSIONES

Resulta de vital importancia tener en cuenta la asociación que existe entre los abusos sexuales y los trastornos de la conducta alimentaria. Por un lado para poder comprender que con frecuencia los segundos son una forma de comunicación y expresión de los primeros, y por otro lado, para

evitar que lo traumático que se esconde muy frecuentemente detrás de esta patología pase desapercibido, reflexionando sobre la importancia de explorar qué hay detrás de los discursos y los síntomas. Es necesario además desarrollar estrategias de detección e intervención en los casos en los que existan experiencias de revictimización, y estrategias de prevención en los casos en los que se valore que hay riesgo de que éstas puedan darse. Los conceptos revisados en este trabajo, tienen implicaciones significativas para los modelos que tratan de explicar los trastornos de la conducta alimentaria y la intervención clínica, que podrían beneficiarse de un enfoque de la sintomatología de estrés postraumático. Es importante tener en cuenta que el abordaje en muchas ocasiones para los trastornos alimentarios incluyen intervenciones dirigidas a la comida, la imagen corporal y el peso, de forma que se podrían estar descuidando aspectos importantes que tuvieran que ver con las experiencias traumáticas. Por todo lo comentado, resulta imprescindible seguir ampliando el marco teórico existente y las posibilidades de prevención y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herman JL. Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia. 1^a ed. Madrid: Espasa Calpe; 2004.
2. Holzer SR, Uppala S, Wonderlich SA, Crosby RD, Simonich H. Mediational significance of PTSD in the relationship of sexual trauma and eating disorders. *Child Abus Negl.* 2008;32(5):561–6.
3. Rodríguez M, Gempeler J, Pérez V, Solano S, Meluk, A, Guerrero, E, et al. Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones. *Rev. Colomb psiquiatr [Internet].* 2007;36(2):237-254. Disponible en <http://www.scielo.org.co>
4. Barbagelata N. Actualización de las dinámicas familiares en pacientes con trastornos de la alimentación y su tratamiento. En García-Camba E (comp). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Masson; 2001
5. Perrone R, Nannini M. Violencia y abusos sexuales en la familia. 2^a ed. Buenos aires, Argentina: Paidós; 2001.
6. Watzlawick, P; Beavin. Janet; Jackson DD. Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, Patologías y Paradojas. 8^aed. Barcelona: Herder; 1991
7. Milner JS, Herce C. Abuso Sexual Intrafamiliar: Teoría, Investigación y tratamiento. Infancia y Sociedad. 1994; (24): 139–73.
8. Chu JA. The revictimization of adult women with histories of childhood abuse. *J Psychother Pract Res [Internet].* 1992;1(3):259–69. Disponible en: <http://vuir.vu.edu.au/19368/3/259.pdf>

VOLVER AL ÍNDICE

8. VIOLENCIA DE PAREJA A LAS MUJERES MAYORES DE 55 AÑOS: UN ESTUDIO EN CENTROS SANITARIOS PÚBLICOS

**Correa Palacio, Andrés Felipe
MIR Psiquiatría Hospital Ramón y Cajal
correa.af@gmail.com**

**Paricio del Castillo, Rocío
MIR Psiquiatría Hospital Ramón y Cajal**

**Fernández Martín, Patricia
Psicóloga clínica Hospital Ramón y Cajal**

**Franquelo García, Amelia
Psicóloga clínica CSM Hortaleza**

**Delgado Fuente, Elisa
PIR Hospital Rodríguez Lafona. Madrid.
Grupo de Género de la Sección de Derechos Humanos de la AEN**

INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja hacia las mujeres, tanto en su vertiente psicológica como física, es un problema de salud pública que a menudo pasa desapercibido. Su detección puede verse dificultada cuando las mujeres presentan una edad avanzada debido a los valores tradicionales y los roles de género que presentan algunas de las mujeres de este colectivo, unidos a la invisibilización social de este grupo de personas.

Diversos estudios señalan que las personas mayores de ambos géneros son más vulnerables a sufrir violencia y discriminación por razón de su edad, tanto en el ámbito familiar como en el institucional (1). Investigaciones recientes han observado que las personas mayores que sufren situaciones de violencia y abuso tienen un riesgo significativamente mayor de padecer demencia y depresión (2). No obstante, hay pocos trabajos que empleen una perspectiva de género en el estudio de la discriminación por razón de edad enfocados a la violencia ejercida específicamente hacia mujeres de edad avanzada. Algunas de estas mujeres podrían estar sufriendo los efectos de una doble discriminación y resultar víctimas de la violencia tanto por razón de género como por razón de edad (3), sin contar con que también puedan tener otras características que les haga más vulnerables a la discriminación en general (condición de pobreza, inmigrantes, diversidad funcional, en orientación sexual o identidad de género, etc).

En relación a la socialización diferencial por géneros, las mujeres de todas las edades construyen una identidad basada en atender las necesidades de los demás, mantener relaciones de pareja y

una autoestima basada en la valoración que hacen las demás personas significativas (4). Centrándonos en nuestro contexto, debemos considerar que muchas mujeres educadas en la sociedad española de la postguerra mantienen interiorizados como valores fundamentales y definitorios de su identidad, la creación y el mantenimiento de relaciones de pareja, el amor romántico y el rol cuidador. Estos valores influyeron en que muchas de estas mujeres no realizaran actividad profesional o la situaran en segundo plano, provocando frecuentemente dependencia económica. En muchos casos el poder y la jerarquía en estas familias recaía en el varón; sin embargo, en mujeres socializadas en valores tradicionales, esta posición desigual en la pareja no solía cuestionarse. En la actualidad, muchas de estas mujeres continúan conformando una importante red de cuidados tanto en sus familias de origen como en la nuclear. En las parejas de edad avanzada, es frecuente que la mujer continúe siendo la principal figura cuidadora (5). Todas estas circunstancias generan una mayor dificultad en las mujeres de edad avanzada para identificarse como víctimas de violencia de género, ya que normalizan la desigualdad y la violencia apareciendo sentimientos de culpa ante la posibilidad de disolver la unidad de la pareja. El miedo, la vergüenza y la vulnerabilidad por la situación económica, en muchas ocasiones, les impiden pedir ayuda.

Respecto al papel de los profesionales sanitarios, algunos estudios han observado un menor empleo de la perspectiva de género en las evaluaciones en consulta de mujeres de edad avanzada comparándolo con otros grupos de edad, lo que influye negativamente en la detección de situaciones de violencia y abuso (6).

Algunas investigaciones confirman la tendencia a la disminución de la violencia física y la perpetuación de la violencia psicológica en la pareja hacia mujeres de edad avanzada (7). En nuestro medio, la 3^a Encuesta de Violencia de Género de la Comunidad de Madrid (CAM) de 2014 (8) también confirmó esta tendencia. Así, en la muestra de mujeres en el grupo de edad entre 55 y 70 años se observó una prevalencia de violencia física del 2% y de violencia psicológica del 6,2%. En la muestra general, la prevalencia de violencia física era del 3% y la prevalencia de violencia psicológica era del 6,8%. Por tanto, según estos resultados, la violencia física en las mujeres de edad comprendida entre 55 y 70 años era menor que en la población general de mujeres, mientras que la violencia psicológica se mantenía en porcentajes semejantes.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es estudiar la prevalencia de violencia ocasionada por sus parejas o exparejas, tanto de tipo psicológico como físico y sexual, tanto a lo largo de la vida como en los últimos 12 meses, en mujeres mayores de 55 años que consultan a servicios de salud públicos en el área correspondiente al distrito de Hortaleza y al Hospital Ramón y Cajal (Madrid), y compararla con los resultados obtenidos por la Encuesta de Violencia de Pareja hacia las Mujeres (VPM) de la Comunidad de Madrid del año 2014.

METODOLOGÍA

Se utiliza un diseño observacional de carácter transversal, con la misma encuesta del estudio de la CAM pero de manera presencial (el estudio de la CAM fue telefónico), voluntaria, heteroaplicada, sin la presencia de su pareja u otros familiares o acompañantes, mediante 15 ítems de violencia psicológica, 9 de violencia física y 2 de violencia sexual (Anexo 1). El cuestionario fue

validado en 2004 y utilizado en la Encuesta de Violencia de Género de la Comunidad de Madrid en 2009 y 2014, e incluye preguntas de violencia psicológica y sexual basadas en la “Encuesta nacional sobre la violencia hacia las mujeres en Francia” (ENVEFF), y preguntas de violencia física basadas en la “Conflict Tactic Scale” (CTC) de Estados Unidos (8).

Las encuestas se realizaron a una muestra de 667 mujeres, atendidas por cualquier motivo, en consultas de Atención Primaria de 5 Centros de Salud del distrito de Hortaleza, en el Centro de Salud Mental de Hortaleza y en las plantas de Ginecología y Geriatría del Hospital Universitario Ramón y Cajal entre los años 2015 y 2017. El criterio de inclusión fueron mujeres mayores de 18 años y que tuvieran o hubieran tenido en algún momento de su vida una relación de pareja con un hombre. Se excluyeron a las mujeres a las que en algún momento de la entrevista se les observaron déficits cognitivos que pudieran interferir con el resultado de la encuesta. Se seleccionó la submuestra de mayores de 55 años que fue en total de 278 mujeres. El análisis estadístico de los datos, de carácter descriptivo, se realizó utilizando el programa SPSS versión 21.

RESULTADOS

En nuestro análisis de prevalencia observamos que en la submuestra de mujeres mayores de 55 años a lo largo de la vida un 31.7 % habían sido víctimas de violencia psicológica por parte de sus parejas, 25.2% habían padecido violencia física a manos de su pareja y con 8.6% fueron víctimas de violencia sexual.

En cuanto a la prevalencia de violencia en los últimos 12 meses, 188 mujeres respondieron que habían tenido pareja en el último año, siendo el 22.8% víctimas de violencia psicológica, 8.5% víctimas de violencia física y el 2.6% víctimas de violencia sexual. En total, para cualquier caso de violencia en los últimos 12 meses la prevalencia fue de 24.3%.



Discusión

Nuestros resultados arrojan porcentajes mucho mayores de violencia que la Encuesta de la CAM, quizás por tratarse de población clínica (atendida en servicios de salud). Esto confirma el mantenimiento de dinámicas de violencia en la pareja y la alta prevalencia de maltrato psicológico

y físico por parte de sus parejas en las mujeres mayores de 55 años, tanto a lo largo de la vida como en el último año. Cabe destacar que el rango de edad estudiado en la encuesta de la CAM era de entre 55 y 70 años, siendo la nuestra una muestra más amplia, con un criterio de inclusión sin límite superior de edad. La mujer de mayor edad incluida en nuestro estudio contaba con 88 años. Esto quiere decir que deben investigarse mucho más los datos de Violencia de Género en poblaciones clínicas, ya que pueden representar una población de riesgo con respecto a la población general. En esta línea, existen varios estudios en atención primaria en España, donde uno de los más completos muestra prevalencias diferenciales por comunidades autónomas en mujeres con edades entre 18 y 70 años (9), mostrando que en la CAM 29, 4% de las mujeres encuestadas afirmaban haber experimentado violencia por un compañero íntimo alguna vez en la vida y 19.6% en el último año. Sin embargo, no existe información específica por rangos de edad.

Si comparamos la prevalencia de violencia a lo largo de la vida (25, 2% física y 31, 7% psicológica) con la prevalencia de violencia en los últimos 12 meses (8, 5% física y 22, 8% psicológica) observamos que en ambos tipos de violencia, pero especialmente en el caso de la violencia física, la frecuencia disminuye de manera considerable. Estos datos nos podrían estar hablando positivamente de las habilidades y recursos de muchas mujeres, que pese a haber sufrido en algún momento de su vida situaciones de violencia de género, han salido de ellas y no las sufren en la actualidad. Por otro lado, sugieren la posibilidad de que las mujeres que han sufrido violencia a lo largo de su vida consigan con la edad modificar las relaciones de poder en la pareja, adquiriendo ellas una posición más fuerte. Además, en algunos casos el apoyo de hijos e hijas en esta fase del ciclo vital puede influir positivamente en este cambio. La aparición de problemas de salud y funcionalidad en el compañero también puede producir cambios en las dinámicas de poder dentro de la pareja. Sin embargo el hecho de la mujer sea la principal figura cuidadora suele dificultar en ellas la decisión de abandonar la relación.

Aunque en nuestro estudio estos datos no están medidos, en la encuesta de la CAM la tendencia de las mujeres mayores de 55 años a identificarse como víctimas de violencia es menor cuando se compara con los resultados de instrumentos de medición, tales como el cuestionario usado en esta investigación. Es probable que este fenómeno tenga también una base cultural respecto a los roles tradicionales de género, de manera que algunas mujeres de edad avanzada tengan normalizadas circunstancias como, por ejemplo, el control económico por parte de sus parejas.

Creemos que la fortaleza principal de esta investigación es incluir a mujeres con limitaciones físicas o psíquicas, que con frecuencia se excluyen o están subrepresentadas en otros estudios. Como limitación a resaltar podríamos hablar de que los ítems del instrumento podrían no ser del todo adecuados para valorar la violencia hacia las mujeres mayores, por lo que se requiere conocer si son suficientemente sensibles y específicos o se necesitan adaptaciones a este grupo de edad.

En conclusión, la violencia hacia las mujeres mayores de 55 años es una realidad presente en un colectivo especialmente vulnerable, tanto por sus condiciones socioeconómicas como por su mayor fragilidad física, con potenciales consecuencias sobre su salud mental y física. Por ello, se hace necesaria la concienciación social de la existencia de la violencia de género hacia mujeres de edad avanzada, así como la formación de profesionales sanitarios para su identificación y su correcto abordaje. Es prioritario establecer protocolos y herramientas de detección y manejo de la violencia de pareja en la consulta médica, tanto primaria como especializada, en la población mayor por sus características específicas descritas.

En relación a los trabajos de investigación, consideramos que son necesarios nuevos estudios

que pongan de manifiesto los posibles efectos de la violencia de género en la salud física y mental de las mujeres de edad avanzada, así como el desarrollo de nuevos modelos teóricos que nos ayuden a entender los posibles cambios asociados a la edad en la relación de pareja.

No se debe olvidar que la violencia hacia las mujeres es un problema con una alta dimensión social, cultural y política, y que por tanto, centralizar su atención al entorno clínico es claramente insuficiente. Es fundamental el trabajo de los actores sociales para su prevención e intervención. Las acciones dirigidas a mejorar el bienestar de las mujeres y del colectivo de las personas mayores, redundarán en una menor prevalencia de violencia hacia las mujeres mayores en general, que sufren doble discriminación por ambas condiciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(6):1214-38.
2. Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48:205-208.
3. Schofield MJ, Mishra GD. Three year health outcomes among older women at risk of elder abuse: women's health Australia. *Qual Life Res* 2004;13(6):1043–1052.
4. Romero I. Desvelando la violencia de género. En: Dio Bleichmar E, coordinadora. *Mujeres tratando a mujeres: Con mirada de género.* Barcelona: Octaedro; 2011.
5. Roberto KA, McPherson MC, Brossoie N. Intimate partner violence in late life: a review of the empirical literature. *Violence Against Women* 2014;19(12):1538-1558.
6. Weeks L, Dupuis-Blanchard S, Arseneault R, MacQuarrie C, Gagnon D, Leblanc GM. Exploring gender and elder abuse from the perspective of professionals. *J. Elder Abuse Negl* 2018;30(2):127-143.
7. Band-Winterstein T, Eisikovits Z. "Aging out" of violence: The multiple faces of intimate violence over the life span. *Qualitative Health Research* 2009;19:164-180.
8. Pichiule M, Gandarillas A, Ordobás M, Sonego M., Zorrilla B, Pires M, Lasheras L, Anes A, Lourido P, Romero I, Polo C. Violencia de pareja hacia las mujeres: 3º encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria. Madrid. 2014.
9. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, Montero-Piñar MI, Escribà-Agüir V, Jiménez-Gutiérrez E, et al. Variabilidad geográfica de las mujeres contra las mujeres en España. *Gac Sanit* 2010;24(2):128-135

Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible gracias a Cristina Polo Usaola y Marisa López Gironés (CSM Hortaleza) quienes iniciaron este proyecto en 2015 y a las personas que durante todo este tiempo han aplicado los cuestionarios a las mujeres entrevistadas (médicos de familia, psiquiatras, psicólogos clínicos y residentes de psiquiatría y psicología clínica del área sanitaria 4 de Madrid).

Anexo 1

Preguntas definitorias de caso de VPM

Violencia psicológica

- 1 ¿Le ha impedido hablar o ver a sus amigos o familiares?
- 2 ¿Le impide hablar con otros hombres (es celoso)?
- 3 ¿Ha criticado o desvalorizado lo que usted hace?
- 4 ¿Hace comentarios desagradables sobre su apariencia física?
- 5 ¿Le ha impuesto un modo de vestirse, peinarse o comportarse en público?
- 6 ¿No ha tenido en cuenta o ha despreciado sus opiniones?
- 7 ¿Le dice lo que usted debe pensar?
- 8 ¿Le ha exigido saber con quién y dónde ha estado usted?
- 9 ¿Ha dejado de hablarle o se ha negado totalmente a discutir?
- 10 ¿Le ha impedido tener acceso al dinero para las necesidades de la vida cotidiana?
- 11 ¿Le ha amenazado con quitarle o llevarse a sus hijos?*
- 12 ¿Le ha amenazado con suicidarse?
- 13 ¿Le ha amenazado con hacerle daño a usted o a sus familiares?
- 14 ¿Le ha insultado u ofendido?
- 15 ¿Le ha echado de casa o impedido entrar en ella?+

Violencia sexual

- 16 ¿Ha utilizado la fuerza para tener relaciones sexuales con usted?
- 17 ¿Le ha impuesto actos sexuales que usted rechazaba?

Violencia física

- 18 ¿Le tiró algún objeto?
- 19 ¿La empujó, agarró, tiró?
- 20 ¿Le dio una bofetada?
- 21 ¿Le dio patadas, la mordió o le dio un puñetazo?
- 22 ¿Le pegó o trató de pegarle con alguna cosa?
- 23 ¿Le dio una paliza?
- 24 ¿Le agarró del cuello?
- 25 ¿Le amenazó con un cuchillo o una pistola?
- 26 ¿Usó un cuchillo o una pistola?

* Solo para aquellas que tienen hijos

+Sólo para las mujeres que conviven con la pareja

Violencia psicológica: De las 15 preguntas que comprende el cuestionario, doce se valoraron con respuestas en una escala tipo Likert de 5 categorías: “Nunca”, “rara vez”, “algunas veces”, “muchas veces” y “constantemente/siempre”. Las otras tres preguntas se valoraron con respuestas en una escala cuantitativa agrupada en 6 categorías, siendo de menor a mayor frecuencia: “Nunca”, “1 vez”, “2-3 veces”, “4-10 veces”, “más de 10 veces”, “prácticamente todos los días/siempre”. Se considera caso de violencia psicológica cuando alguna de las 15 preguntas sobre violencia psicológica presente una o más respuestas desde “muchas veces” o “4-10 veces” en adelante o cuatro o más respuestas desde “algunas veces” ó “2-3 veces” en adelante.

Violencia física: Las respuestas se valoraron mediante una escala ordinal de 6 categorías de menor a mayor frecuencia: “Nunca”, “1 vez”, “2-3 veces”, “4-10 veces”, “más de 10 veces”, “prácticamente todos los días/siempre”. Se considera caso de violencia física cuando alguna de las 9 preguntas sobre violencia física presente una o más respuestas desde “1 vez” en adelante.

Violencia sexual: Las respuestas se valoraron con la escala cuantitativa de 6 categorías descrita en el párrafo anterior. Se considera caso de violencia sexual, cuando alguna de las 2 preguntas sobre violencia sexual presente una o más respuestas desde “1 vez” en adelante.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

9. LAS CLAVES EN EL PROCESO DE ACOGIDA. LA EXPERIENCIA DEL EASC DE USERA

Eva Pizarro Bernal

Directora Centro de Día (CD),

Centro de Rehabilitación Laboral (CRL),

Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC)

y Pisos Supervisados (PS) de Usera

epizarro@walkredi.org

INTRODUCCIÓN

Los *Equipos de Apoyo Social Comunitario* (en adelante, EASC) son dispositivos de atención a personas con trastorno mental de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera, de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid (en adelante, la Red). Se definen como (1) “*un servicio complementario que ofrece atención social en el propio domicilio y en su entorno a las personas con mayores dificultades sociales a fin de mejorar su calidad de vida, su mantenimiento en la comunidad y su vinculación con la red de centros y servicios de salud mental y socio-comunitarios*”. Los EASC 1 y 2 del distrito de Usera (2), de la sociedad Walk Rehabilitación y Desarrollo Integral, S.L. (en adelante, Walk), empresa especializada en servicios de atención y formación sociosanitaria y rehabilitación psicosocial, están concertados con la Comunidad de Madrid desde 2005 y 2007 respectivamente, dentro de la Red antes mencionada (a partir de ahora nos referiremos a ambos como un solo EASC).

Los objetivos del EASC de Usera se abordan siguiendo el modelo y metodología propios de Walk. Este modelo, basado en años de experiencia de la empresa, en el Modelo de Recuperación (3) y en el MOHO (4) (Modelo de Ocupación Humana), se ha implementado y desarrollado desde su inicio en los distintos recursos de la organización. Así, se han consolidado modelo, método y herramientas, recogidos en su Plan de Calidad.

Siguiendo este modelo, el proceso de soporte social y apoyo comunitario se organiza de un modo flexible, continuado y progresivo, adaptándose a las características específicas de cada persona y de su entorno, situando al profesional en un papel de facilitador y de amplificador del entorno. El proceso se articula, como en todos los EASCs de la Red, en torno a cinco fases cíclicas relacionadas entre sí: derivación y acceso, acogida, evaluación, intervención y seguimiento (2). Una vez que la persona es derivada y ha accedido a una plaza en el recurso se inicia el proceso de acogida, en el que se desarrollan las actividades necesarias y pertinentes tanto en su domicilio como en su entorno comunitario. El fin de estas actividades es establecer una relación de aceptación y de confianza mutua, que promueva su progresiva implicación y participación activa en su propio proceso de atención. En todo momento se tiene presente que el individuo es dueño de su vida y hacedor de su vivencia.

OBJETIVO

Dar a conocer las claves del proceso de acogida que llevan a cabo los profesionales del EASC de Usera, de acuerdo al modelo de atención y metodología propia de Walk.

METODOLOGÍA

En primer lugar, se describe el proceso de acogida del EASC de Usera desde el momento de la derivación hasta que la persona toma una decisión en relación con sus objetivos.

Seguidamente, se presentan las herramientas empleadas a lo largo del proceso de acogida. Cabe citar la “Guía Abriendo Caminos en tu vida” (5) (modificada), la Evaluación de Desempeño (6) y el uso del programa informático propio de Walk. Estas herramientas permiten que la acogida sea el puente para un proceso de intervención basado en la recuperación.

Finalmente se expone el método T.N.S. (The Nine Steps) (7) que se emplea para sistematizar y objetivar el trabajo realizado a la vez que ayuda y facilita la incorporación activa del usuario a todo el proceso de trabajo con el EASC y en particular, en esta primera fase de acogida.

DESARROLLO

Desde Walk, entendemos que el proceso de acogida en el EASC de Usera, por sus propias características y porque la atención se desarrolla en el entorno más cercano e íntimo del usuario, es una fase fundamental, quizás la más importante, del proceso de atención. Por este motivo, hemos dedicado tiempo y esfuerzo a analizar e identificar cuáles son las claves para que este momento facilite una relación de confianza que asegure la utilidad del recurso para cada persona.

Uno de nuestros objetivos, en esta primera fase, es conseguir establecer un equipo de trabajo, no un grupo, en el que todos, usuario y profesionales, tengamos un papel definido y claro.

Otro de los objetivos es que la persona decida si acepta o no trabajar con el EASC para conseguir sus metas. Para ello, proporcionamos información sobre el recurso, sus funciones, sus características y la metodología de trabajo que empleamos. La guía “Abriendo Caminos”, la Evaluación de Desempeño y el programa informático que sustenta la atención, son elementos imprescindibles para lograrlo. Mostramos estas herramientas al usuario durante un número indeterminado de atenciones que dependerán de cada persona, en aquel o aquellos espacios que decida y con la frecuencia y duración que valore más adecuada.

Iniciamos el proceso de acogida cuando el Servicio de Salud Mental realiza la derivación al EASC y recogemos la información necesaria del caso. Los datos los recogemos del Protocolo de Continuidad de Cuidados, de la información que se nos traslada en la propia Comisión de Derivación y de las coordinaciones que mantenemos con los recursos a los que está o ha estado vinculada la persona. Con esta información, en el equipo asignamos a los profesionales que van a intervenir en los primeros encuentros y junto con su Responsable de Continuidad de Cuidados, planificamos la primera cita.

La asignación de profesionales en cada caso viene determinada por los objetivos de derivación y por las características que conocemos en ese momento de la persona; así, tenemos en cuenta las habilidades personales y competencias de los profesionales en relación a las áreas de intervención propuestas, para garantizar una atención individualizada desde el inicio. Para esto, los profesionales, a través de un plan de trabajo anual, que nos ayuda a definir los objetivos que como equipo queremos conseguir, partiendo de las necesidades individuales y comunes, construimos una identidad propia que persigue la mejora de la calidad del servicio que ofrecemos. Este trabajo ha permitido, y permite en la actualidad, que los integrantes del EASC hayamos tomado conciencia de las competencias profesionales y las habilidades personales de cada uno de nosotros, fomentando nuestra eficacia, pragmatismo y objetividad.

La acogida se extiende el tiempo que la persona determina. Durante ese espacio, llevamos a cabo, entre otras, las siguientes acciones: presentar a los profesionales que componen el equipo, explicar el funcionamiento general, la forma de trabajo y las herramientas que utilizamos en el proceso. También compartimos con la persona los objetivos de derivación propuestos desde el Plan de Continuidad de Cuidados del Servicio de Salud Mental. Junto con ello, atendemos y recordamos, por escrito, las expectativas que tiene la persona respecto al recurso y concretamos con ella por dónde desea comenzar. Todo lo anterior, para que la persona disponga de la información necesaria que le permita decidir si acepta iniciar un proceso de evaluación inicial, el cual ayudará a definir los objetivos de su plan individualizado.

Las herramientas que utilizamos en el EASC de Usera durante todo el proceso de acogida reconocen el papel protagonista del individuo en la toma de decisiones, delimitan el rol del profesional y clarifican los compromisos y las responsabilidades que se asumen desde el inicio por ambas partes.

Durante los primeros encuentros presentamos a la persona la herramienta, modificada, Abriendo Caminos en tu Vida: Guía de preparación para la Rehabilitación Psiquiátrica, la cual facilita que la persona pueda explorar y pensar de forma pausada y reflexiva sobre los cambios que desea hacer en su vida y los posibles pasos a seguir para alcanzar sus objetivos de acuerdo a sus valores e intereses (5). Esta herramienta nos ayuda a mantener un papel facilitador, respetando las respuestas y decisiones de la persona a través de la escucha activa y de una actitud positiva. El resultado que la persona obtiene tras la aplicación de la guía pone de manifiesto su disposición, o no, al cambio, así como las áreas o aspectos de su vida en las que desea introducirlos si fuera el caso.

En la medida que avanza el proceso de acogida presentamos la herramienta de Evaluación de Desempeño (anexo 1), que tiene como finalidad que la persona conozca e identifique su funcionamiento, a través de una actividad concreta elegida por ella misma, en términos de puntos fuertes y valía. El motivo por el que utilizamos esta herramienta en este momento de la acogida, y no únicamente en el proceso de evaluación como cabría esperar por su propio nombre, es que la persona reconozca su papel protagonista en lo que será todo el proceso y que los profesionales nos situemos desde el inicio en un papel facilitador. Se trata de una evaluación que realizamos de forma conjunta, en la que el usuario toma un papel activo no solo en la ejecución sino también en la interpretación de los resultados, permitiéndonos acercar nuestro modelo a la persona. Con los datos recogidos, objetivos, claros y concretos, la persona realiza un análisis que será el punto de partida para la identificación de puntos fuertes, habilidades y capacidades que sentarán las bases para el inicio de la siguiente fase.

El programa informático de Walk es otra herramienta fundamental en todo el proceso y, por ende, en esta fase de acogida. Es un sistema de recogida y registro de información que da soporte al modelo de trabajo y permite a la persona acceder y participar en todo momento de su plan. En este programa quedan recogidos datos personales, demográficos y clínicos, archivos e informes, y el plan individualizado de la persona. También están recogidas cada una de las sesiones y atenciónes que se programan con el usuario, con sus objetivos, metodología y acciones, que se llevan a cabo en las distintas fases de su proceso. El registro lo realizamos los profesionales con la persona, o bien la propia persona, de manera conjunta, de forma objetiva y con indicadores concretos. El tratamiento de estos datos se rige en base a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (8). En los primeros encuentros mostramos y explicamos a la persona esta herramienta informática; a través de demostraciones y de la práctica del día a día, clarificamos su utilidad para el proceso en cuanto a la recogida de información y al seguimiento

de los acuerdos y compromisos adquiridos.

En la acogida se establecen y asientan las bases para que el proceso de atención se implemente de acuerdo al Método T.N.S que pasamos a describir a continuación.

El método T.N.S., facilita la operatividad del modelo y la objetivación del trabajo que realizamos. Está planteado con una sistemática de trabajo que cuida y favorece la implicación activa de la persona en todo su proceso de desarrollo personal. Según Durante y Noya: “Llevar a cabo el Método T.N.S. implica seguir un procedimiento concreto de trabajo a través de la puesta en marcha y cumplimiento de nueve pasos, sustentados en una premisa fundamental y sin la cual no tiene sentido nuestro trabajo: que el usuario se involucre voluntaria y activamente en el proceso en todos y cada uno de los pasos”(7).

Los nueve pasos del Método T.N.S. son:

1. Recogida de datos: definimos conjuntamente con la persona las áreas a evaluar y elegimos las herramientas para ello. Abordamos la información que queremos obtener desde el por qué y para qué de cada una de las áreas; de este modo, la persona es partícipe de su proceso desde el inicio, conoce la utilidad de las herramientas y valora si iniciar la evaluación.
2. Análisis de datos: con la información recogida, identificamos y extraemos conjuntamente los datos objetivos y relevantes para la persona sobre su funcionamiento, en aquellas áreas que se hayan definido en el punto anterior, permitiendo de ese modo tener un conocimiento profundo de la información y extraer conclusiones útiles para su interpretación.
3. Interpretación de la información: la persona encuentra una explicación al análisis realizado, lo que sirve para identificar fortalezas y necesidades personales que tenemos en cuenta a la hora de establecer estrategias de intervención eficaces.
4. Identificación de necesidades: al haber construido una relación de trabajo en equipo, este punto se convierte entonces en algo sencillo; es aquí donde la persona define sus necesidades para poder ajustarse socialmente, identificando las fortalezas que le servirán para conocer en qué herramientas personales puede apoyarse para cubrir las necesidades detectadas y trabajar en el logro de sus objetivos vitales.
5. Establecimiento de objetivos: la persona establece y prioriza sus objetivos teniendo en cuenta sus necesidades y las fortalezas identificadas previamente. Los profesionales apoyamos técnicamente para definir el objetivo y hacerlo operativo.
6. Planteamiento de estrategias: ofrecemos alternativas en cuanto a técnicas, estrategias y herramientas; todas ellas planteadas de una forma concreta y clara.
7. Elección de las estrategias: ayudamos a conocer las ventajas e inconvenientes de cada una de las estrategias, y ofrecemos información objetiva para que la persona pueda llevar a cabo una elección personal de aquella o aquellas que identifique que le son útiles y beneficiosas para su plan individualizado.
8. Implementación del plan: ponemos en marcha el plan en el que están definidos los acuerdos tomados en equipo (usuario y profesional), acuerdos que deben ser respetados por ambas partes. Para facilitar la implementación del plan los profesionales adquirimos el compromiso de cumplir con las siguientes condiciones:

Confianza y seguridad en la creencia de que la persona tiene la capacidad de emprender una acción o plan de forma comprometida. Todo ello parte del establecimiento de una relación entre el profesional y la persona al mismo nivel, donde transmitimos expectativas desde un “entenderla como” importante, respetable, capaz de decidir, aportar y dirigir su proceso.

Respeto y consideración hacia los derechos, dignidad, decisiones, enfermedad, sufrimiento y manejo de síntomas de la persona.

Acuerdo, en el sentido literal y bilateral de la palabra. Cada parte debemos sentirnos libres para obrar, sin modificar o hacer cambios en los acuerdos de forma unilateral. Contando, en todo momento, el uno con el otro y estando abiertos los acuerdos para ser revisados siempre que una de las partes lo proponga.

Compromiso para asumir responsabilidades de manera equitativa y consensuada. Entendemos al otro capaz de asumir dicha responsabilidad. Previamente identificamos hasta dónde y con qué podemos comprometernos.

Fiabilidad respecto a la firmeza y constancia en el cumplimiento de los compromisos establecidos.

Consistencia en el mantenimiento de un carácter, actitud y conducta constantes a lo largo del tiempo.

Continuidad en la persistencia para lograr resultados de forma permanente.

Congruencia para la relación coherente entre acciones, palabras y organización empleando una comunicación objetiva, clara y transparente.

9. Evaluación de resultados: consiste en el seguimiento de los acuerdos del plan con ayuda de los indicadores definidos, la evaluación de la metodología aplicada y las acciones empleadas, además de poner en común el grado de satisfacción de la persona con el objetivo trabajado.

En definitiva, el papel que tiene la aplicación del método desde el inicio del proceso es fundamental para que la persona se reconozca como parte de un equipo, en el cual va a tomar sus propias decisiones y en el que los roles de cada miembro van a estar claramente definidos y asumidos por todos durante su proceso de recuperación en el EASC.

CONCLUSIONES

La recuperación consiste en construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, definida por ella misma e independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas. El modelo de trabajo del EASC de Usera se basa en nuestro compromiso de respetar los objetivos que se propone la persona, permitiendo que ello favorezca, a través de la acogida, que se sienta parte de un equipo donde va a tomar las decisiones sobre su proceso de rehabilitación contando con profesionales que, con sus conocimientos y herramientas técnicas, van a acompañarle durante este proceso. Que la persona decida sobre aquello que quiere trabajar, va a permitir que su propia motivación al cambio sea el motor que le impulse a conseguir lo que se ha propuesto. Con esto, aumentará su implicación, la confianza en sí misma y el compromiso con su propia recuperación.

Los profesionales del EASC de Usera hemos comprobado, durante los algo más de 12 años de experiencia y actuación profesional, que nuestro trabajo diario, basado en la premisa de que la

persona es la protagonista de su proceso, ha favorecido que los usuarios se impliquen activamente en su plan individualizado.

No es fácil conseguir que, realmente, la persona sea la protagonista y responsable de su plan individualizado cuando los profesionales estamos aquí para ayudar, rehabilitar, educar, etc. Es necesario llevar a cabo un trabajo conjunto e individual de introspección y de revisión constante y tener un modelo y unas herramientas que nos ayuden a objetivar, a mostrar y a compartir el trabajo realizado y, sobre todo, a dejar el espacio y las decisiones a la persona a la que APOYAMOS.

Trabajo realizado por los siguientes profesionales del EASC de Usera:

Mónica Búrdalo Pérez, Integradora Social

Tamara Martín Mendoza, Integradora Social

Lourdes Martín Morlanes, Psicóloga

Eva M. Pizarro Bernal, Directora

Patricia San Juan Fernández, Trabajadora Social

Davinia Zaragoza Latorre, Psicóloga

BIBLIOGRAFÍA

1. Red de atención Social a Personas con Enfermedad Mental [Internet]. 2016. Recuperado a partir de http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142614831629&page-name=ComunidadMadrid%2Festructura
2. Walk, Rehabilitación y Desarrollo Integral [Internet]. 2012. Disponible en <http://www.walkredi.org>
3. Shepherd G., Boardman J., Slade M. Making Recovery a Reality. Sainsbury Centre for Mental Health, 2008. De la edición en Castellano: Hacer de la recuperación una realidad. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2008.
4. Kielhofner G. A Model of Human Occupation: Theory and Application. Third Edition. USA: Inc. Baltimore y Philadelphia. De la edición en Castellano: Modelo de Ocupación Humana: Terapia Ocupacional. Argentina: Editorial Médica Panamericana. 2011.
5. Restrepo-Toro M., Farkas M., Díaz L. Abriendo Caminos en tu Vida: Guía de preparación para la Rehabilitación Psiquiátrica. Centro de rehabilitación psiquiátrica. Universidad de Boston. 2005.
6. Durante Molina P., Noya Arnaiz B. Actividades de la vida Diaria (AVD). En: Pastor A., Blanco A., Navarro D., coords. Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid: Editorial Síntesis; 2010. p. 359-394.
7. Durante Molina P., Noya Arnaiz B. Aspectos metodológicos en la intervención desde Terapia Ocupacional. El método TNS. En: Durante Molina P., Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en Geriatría, principios y práctica. 3^a edición. Elsevier Masson 2010.
8. Agencia Española de protección de Datos [Internet]. 2014. Disponible en http://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/informes_juridicos/reglamento_lopd/index-ides-idphp.php

Anexo 1. Herramienta de evaluación de desempeño (6)

1.- DATOS BÁSICOS	
Usuario:	Profesional:
Fecha:	Tiempo utilizado:
2.- ÁREA A EVALUAR Y ACTIVIDAD A REALIZAR	
Área:	Actividad:
Lugar de la realización de la evaluación:	
Interferencias del entorno:	
3.- DESCRIPCIÓN PREVIA DEL USUARIO SOBRE EL DESEMPEÑO DE DICHA ACTIVIDAD	
4.- ACCIONES REALIZADAS POR EL USUARIO DURANTE LA EJECUCIÓN:	
5.- OBSERVACIONES DEL PROFESIONAL DURANTE LA EJECUCIÓN:	

6.- INTERCAMBIO DE DATOS EN RELACIÓN CON LA EJECUCIÓN REALIZADA:

7.- ANÁLISIS REALIZADO:

8.- OBJETIVOS A CONSEGUIR:

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

10. DEL DOLOR AL DUELO: REFLEXIONES TRAS UN GRUPO PSICOTERAPÉUTICO DE DOLOR CRÓNICO

Carolina García Calvo

Psicóloga Interna Residente

Hospital Universitario de Fuenlabrada

carol89garcia@gmail.com

Anna Balagué Puxan

Psicóloga clínica, Hospital Universitario de Fuenlabrada

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico (dolor que persiste durante más de un mes tras el curso habitual de una enfermedad o herida o asociado a un proceso patológico crónico o recurrente) afecta en España a un 17% de la población (1). Las personas aquejadas de dolor crónico habitualmente experimentan unas dificultades particulares a diferencia de las personas con dolor agudo, que influyen sobre su vida cotidiana de una forma significativa. Entre estas dificultades, las más habituales son una reducción de actividad física a largo plazo y una respuesta emocional ansioso depresiva intensa (2), que tienen repercusión directa sobre la vida cotidiana y la expectativa de salud, la percepción de calidad de vida, la función social, etc. Pensar en las repercusiones a diferentes niveles que genera el dolor crónico es fundamental para acercarse a esta problemática y más todavía si pretendemos ofrecer una respuesta psicoterapéutica de la que se pueda beneficiar una población afectada por él. Estas cuestiones, cuando aparecen en los grupos de atención psicológica que las autoras hacemos en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, nos suscitan interés y preguntas sobre cómo colaborar en la construcción de una narrativa de continuidad que ayude en el proceso de duelo por la pérdida del cuerpo funcional.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo está relacionado con la necesidad de despejar dudas y desarrollar un enfoque más cercano y comprensivo sobre las personas afectadas de dolor crónico que no encuentran habitualmente una ayuda en el sistema de salud ordinario, con el fin de poder ofrecerlo en nuevas experiencias grupales. A grandes rasgos, las estrategias terapéuticas que más frecuentemente se ofrecen en las Unidades del Dolor, corriendo el riesgo de estar simplificando, tienden a centrarse en mitigar el dolor físico con intervenciones farmacológicas de diversos tipos, quirúrgicas o tratamiento rehabilitador y en reducir el impacto emocional con psicofármacos. Cuando se contempla la intervención psicológica dirigiéndose a otras esferas del dolor, las líneas de trabajo se dirigen a la aceptación del mismo y las estrategias de afrontamiento activo, sin resultar suficientes y con frecuencia en un abordaje individual, recurso más accesible a corto o medio plazo. Nuestro interés se centra en utilizar un grupo psicoterapéutico como recurso y en este contexto, parte de nuestras dificultades estaban relacionadas con el intento de favorecer la ampliación del discurso en aquellas personas que tienen el dolor crónico como eje de su problemática, favoreciendo una visión integradora centrada en la persona.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el presente trabajo, hemos hecho un análisis cualitativo subjetivo del material extraído del seguimiento de dos grupos de atención psicológica al dolor en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, producto de una colaboración entre el servicio de Salud Mental y la Unidad del Dolor. Este análisis ha sido contrastado con una revisión bibliográfica no sistemática de aspectos relacionados con el duelo y los cuidados, temas harto presentes en el transcurso de estos grupos.

En cuanto a la parte del análisis cualitativo subjetivo, las autoras del presente trabajo somos conductoras de un grupo psicoterapéutico de atención psicológica a personas con dolor crónico en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, en un programa de enlace con la Unidad de Dolor crónico del citado hospital. Este programa de enlace consiste, en una primera fase, en la derivación de casos por parte de la Unidad del Dolor para ser evaluados en una entrevista individual. Uno de los criterios a tener en cuenta es que el dolor sea producido por una lesión, malformación o accidente ya que consideramos que los procesos de dolor en personas con fibromialgia son diferentes y requerirían tener en cuenta otras particularidades de esta población. En esta entrevista se decide junto con los y las pacientes la inclusión o no de los mismos en grupo psicoterapéutico. El encuadre del grupo consiste en sesiones quincenales de 1 hora y media de duración a lo largo de 9 meses (septiembre-mayo), con entre 8 y 12 personas además de las dos conductoras del grupo (una psicóloga clínica y una residente de psicología clínica). Los tres primeros meses el grupo es abierto, de manera que pueden continuar entrando más pacientes que son evaluados, y a partir de diciembre se fijan y estabilizan los componentes del grupo. Las sesiones no tienen una estructura predeterminada ni una intención psicoeducativa, sino que se adaptan a las narrativas y los temas que traen los pacientes, facilitando la expresión emocional, las identificaciones con otros miembros del grupo, el desarrollo de estrategias alternativas de afrontamiento, la tolerancia a la frustración, etc. Además, al final de cada sesión se hace un breve ejercicio de *mindfulness* con el objetivo de establecer con el cuerpo una relación diferente a la vivencia de dolor y malestar y para el aprendizaje de nuevas técnicas de relajación. Además, se administran el Cuestionario de Salud SF-36 (3), (4) y el Inventory of Depressive Symptomatology Beck (5) a aquellos pacientes que deciden acudir al grupo psicoterapéutico, de forma pre y post grupo con el fin de objetivar cambios que sean mensurables y que puedan ser debidos, en parte, a la intervención que proponemos, si bien en el presente trabajo sólo vamos a analizar parte de las medidas pre grupo, como información referida a la percepción autoinformada del estado de salud de los pacientes.

DESARROLLO

Las personas con dolor crónico habitualmente experimentan una significativa pérdida de rol ligada estrechamente al conflicto con el cuerpo, fuente de dolor. El cuerpo ha pasado de ser un medio que posibilita estar en el mundo, no muy tenido en cuenta en el desarrollo de la historia personal, a ser un obstáculo que impide llevar a cabo con satisfacción las funciones previas, roles, actividades de la vida diaria y relaciones personales, entre otros. Se establece con el cuerpo una relación negativa y de clara insatisfacción. Además, la pérdida de rol es a veces comparada con la muerte (6), en el sentido de que la identidad está en parte definida por los múltiples roles que desarrolla una persona y sobre los que se identifica, y al perderlo se trastoca la continuidad en la concepción que una tiene sobre sí misma, de la identidad. Sin embargo, la pérdida de rol y de capacidad es más pequeña que la muerte en sí, entre otras cosas porque se mantienen algunas

facetas. Obviamente no se trata de una pérdida completa y esta diferencia es fundamental. La pérdida de rol, y el cambio identitario, no son una pérdida clara, total e irrevocable en el caso de las personas con dolor crónico. Esto no significa que sea más fácil de digerir y elaborar que el duelo por una pérdida total, sino que la podemos enmarcar más acertadamente como una pérdida ambigua. No desaparece de manera total, son la funcionalidad, los roles y la identidad las facetas que se ven alteradas, de forma que se puede fantasear con reaparecer, recuperar la capacidad, la motivación, el interés, etc. Esto además se ve reforzado por las personas el entorno, que también devuelven en ocasiones esta expectativa de mejora, dificultando el progreso en las fases del duelo. En resumen, es más difícil hacerse a la idea de un cambio cuando éste no es visible o tangible y cuando existe el deseo expreso de ignorarlo o revertirlo. El dolor crónico toma un papel relevante en su dimensión emocional en aquellas personas con dificultades para elaborar el duelo de la propia identidad perdida, o al menos alterada.

Nuestra hipótesis de trabajo relaciona el rol con la identidad y con el duelo, y hacemos hincapié en estas cuestiones por ser las más significativas que encontramos y que invariablemente aparecen en los grupos de atención psicológica al dolor que hemos realizado hasta ahora. Los pacientes, una vez pasada la fase inicial de constitución del grupo, traen con frecuencia este tipo de temas: pérdida de empleo, trámites de incapacidad laboral, jubilación, reducción de poder adquisitivo, disminución de experiencias placenteras, aparición de un malestar invasivo, reducción de la actividad social, pérdida de red social, necesidad, junto con gran dificultad, de pedir ayuda al entorno, deseo de volver a un tiempo pasado en el que gozaban de mejor estado de salud, arrepentimiento de haber forzado el cuerpo hasta niveles irreparables, etc. El propio grupo encuentra esta función del grupo como útil para la reparación y para hacer consciente la realidad de la pérdida. El dolor crónico limita el rol, las funciones que la persona puede desempeñar, la relación que establece con su entorno y la manera en que se mira a sí misma y es mirada por los demás, y por lo tanto la idea que se hace de quien es. Nos encontramos dos perfiles generales de personas que acuden a los grupos: las que con anterioridad a la aparición del dolor crónico solían ser personas muy activas, con cargas familiares y laborales importantes y con un elevado nivel de autonomía y las que viven un proceso de duelo congelado. Al primer grupo le hemos llamado "límites puestos desde el cuerpo" y es el mayoritario y al que nos hemos estado refiriendo a lo largo del presente trabajo. Sin embargo, hay un segundo perfil que merece la pena mencionar aunque no profundizaremos en este trabajo, ya que también es un patrón que se repite y es el que llamamos "límites desplazados al cuerpo". Este segundo implica un mecanismo de desplazamiento del objeto perdido al propio cuerpo, en personas con dificultad especial en expresar verbalmente el malestar emocional.

Así mismo, la administración de los cuestionarios nos confirma la repercusión del dolor crónico sobre el rol y sobre las vidas de los pacientes. El Cuestionario de Salud SF-36 que utilizamos para este trabajo, cuenta con 8 dimensiones extraídas de sus 36 ítems: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Como vemos, dos de ellas se refieren a limitaciones de rol: rol físico y rol emocional. Los autores del cuestionario definen el rol físico como "grado en el que la *falta de salud* interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia, un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas". El rol emocional, por su parte, lo definen como "grado en el que los *problemas emocionales* afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo". Se refieren por tanto a aquella repercusión sobre el ámbito laboral pero extendiéndolo también a otras actividades, actividades que hoy en día las personas utilizan como definitorias de su identidad, como espejo de la imagen que ofrecen al entorno y que el entorno

se hace de ellas. A nivel de resultados cuantitativos, las dos dimensiones mencionadas (rol físico y rol emocional), arrojan resultados relevantes. Teniendo en cuenta la medida pre grupo, en una muestra total de N=24 y con una puntuación directa que oscila entre 0-100, siendo 0 la máxima gravedad e interferencia y 100 el mejor estado de salud percibido, la puntuación media para estas dos dimensiones es muy baja: 11.95 para Rol físico y 24.63 para Rol emocional (ver tabla 1). Lo que llama especialmente la atención, más que la media aritmética, es que la mayor parte de las puntuaciones directas de estas dos dimensiones tienen el valor mínimo posible, por lo que la percepción que los pacientes tienen de su desempeño de rol es muy limitada.

Tabla 1. Puntuaciones medias en las dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36 de una muestra N=24

Dimensión SF-36	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud Mental
Puntuación media	27.39	11.95	21.30	27.39	16.52	40.43	24.63	38.95

Una vez hemos descrito la relación entre el dolor crónico, la pérdida de rol y el duelo, y mostrado cómo el cuestionario administrado parece apoyar nuestra hipótesis, vemos importante un aspecto que ha ido surgiendo en los grupos psicoterapéuticos y es que, en la muestra observada, aunque pequeña de momento, podemos ver cómo el género marca una diferencia cuando aparece un cambio en la capacidad de desempeñar los roles adquiridos. Para desarrollar esta premisa, vemos conveniente apelar al concepto de *identidad relacional* e *identidad individual* que aporta Almudena Hernando en su obra (7). La identidad relacional, atribuida al género femenino, estaría construida a través de los vínculos, mientras que la identidad individual, asociada al género masculino, está construida a través del yo. De esta manera, la función de las mujeres estaría destinada a las esferas emocionales y a garantizar los vínculos, mientras que la de los hombres está ligada a la racionalidad y a la esfera tecnológica. Otra idea que surge del planteamiento de Hernando es que progresivamente las sociedades se han ido desarrollando distribuyendo el poder y el valor de forma desigual en favor de la racionalidad y lo individual frente a lo vincular, pero no profundizaremos más en ello ya que no es objeto de este estudio analizar estas desigualdades.

En las sesiones de grupo podemos apreciar con claridad cómo las mujeres que participan en él muestran más dificultades que los varones para expresar el malestar a las personas del entorno, en asumir una disminución del interés en actividades familiares y sociales, en demandar ayuda y en definitiva, en mostrar debilidad al entorno. El obstáculo para ellas es revelar que no pueden continuar encargándose e implicándose en el bienestar relacional familiar, ya que se ven como un pilar que puede recibir todo este tipo de información pero no emitirlo. Explícitamente reconocen que no han de mostrar la debilidad ya que tendría una repercusión fatal para la familia en su conjunto. Consideran que han de estar disponibles para atender a las necesidades afectivas de los demás, haciéndose incompatible mostrar las propias necesidades afectivas. Para los hombres, en cambio, la mayor dificultad está relacionada con la ruptura con el empleo y dejar de ser proveedor de recursos. Es más recurrente en el discurso masculino la incapacidad laboral, el tedio al no tener una función relacionada con el trabajo, la pérdida o reducción de poder adquisitivo, si bien no mencionan otros aspectos que podrían estar relacionados con el empleo (red social, satisfacción,

etc). Ellos no se identifican con la dificultad de expresar el malestar al entorno y la renuncia a la participación en la vida familiar y social.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión, nos parece imprescindible señalar que no es posible hacer una distinción clara y delimitante entre el dolor y el duelo, apareciendo estos fenómenos como procesos imbricados en un mismo malestar. Tanto es así que encontramos casos en los que el duelo se puede entender como expresión y consecuencia del dolor y viceversa.

Como veíamos, nuestra hipótesis de trabajo relaciona el rol con la identidad y con el duelo. Un cambio brusco o una ruptura en la continuidad de la identidad que una persona tiene de sí misma, puede producir, como decíamos un proceso de duelo, que en este caso se trata de una pérdida ambigua. Las particularidades de la pérdida ambigua favorecen mantener la esperanza en la restitución de la función perdida, y por tanto dificultan la resolución del duelo.

Por último, encontramos que el rol y las funciones implicadas tienen diferente manifestación en mujeres y en hombres, ya que en el primer caso se ve comprometida la identidad relacional y en el segundo la identidad individual. Estos conceptos nos arrojan luz para entender las dificultades que las personas afectadas de dolor crónico presentan.

Tener en cuenta estas particularidades es fundamental para construir un grupo psicoterapéutico que resulte favorecedor de un clima de confianza y de reparación que consideramos tiene cabida en el marco de sistema sanitario público. Encontramos muy interesante profundizar en este modelo para caminar hacia un abordaje integral de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa «Pain Proposal». Rev. Soc. Esp. Dolor. 2014; 21(1):16-22.
2. Vázquez IA, Rodríguez CF, Álvarez MP. Manual de psicología de la salud. Pirámide Ediciones; 2003. 288 p.
3. Madariaga I. A, Núñez-Antón V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36)(*). 46 p.
4. Alonso J, Prieto L, Antó J. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc). 1995;104:771-6.
5. Beck AT. An Inventory for Measuring Depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4(6):561 p.
6. Celia Jaes Falicov. Migración, pérdida ambigua y rituales [Internet]. [citado 11 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.redsistematica.com.ar/migracion2.htm>
7. Hernando A. La fantasía de la individualidad: sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno. Katz Editores; 2012. 205 p.

VOLVER AL ÍNDICE

11. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS INFANTO-JUVENILES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE GETAFE EN 2016: LA CONDUCTA AUTOLESIVA COMO FENÓMENO EMERGENTE

Marina Esparza Barandiaran

MIR Psiquiatría H.U Getafe

marina.esparza.barandiaran@gmail.com

María Carnicer Castaño

MIR Psiquiatría H.U Getafe

Rocío Hermosillo Torres

PIR Psicología Clínica H.U Getafe

Marta Gadea Rojo Carrera

PIR Psicología Clínica H.U Getafe

Antonio Uría de los Ojos

MIR Psiquiatría H.U Getafe

INTRODUCCIÓN

Este trabajo surge al tratar de profundizar en los datos obtenidos del análisis descriptivo de las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles en el Hospital Universitario de Getafe en el año 2016, en el que se obtuvo como motivo de consulta más prevalente la conducta autolesiva. Este resultado ha despertado nuestro interés y deseo de reflexionar acerca de este tipo de conductas durante el periodo adolescente.

La adolescencia es un periodo que juega un papel crucial en el conjunto del desarrollo de la persona y especialmente en su acceso a la edad adulta. Una etapa en la que suceden grandes transformaciones en la propia subjetividad; es durante este proceso de cambios cuando nace la búsqueda de una nueva identidad, de autonomía, de definición sexual, social, ideológica y profesional (1). Todo ello puede generar una gran inestabilidad emocional, situaciones de estrés difíciles de sostener o áreas de conflicto preexistentes que, durante la infancia pudieron mantenerse en un equilibrio precario pero que fracasa ante las nuevas demandas de la adolescencia, convirtiéndose en centrales dentro de su vida (2).

En este contexto, el suicidio, las tentativas autolíticas y la conducta autolesiva constituyen un grave problema de salud a nivel mundial. Según los datos más recientes de la OMS (3), en 2015, el suicidio fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. En España, según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística correspondientes a 2016 (4), la tasa de incidencia de suicidio es de 0, 17 en menores de 15 años, aumentando hasta 2, 63 por cada 100.000 habitantes en el periodo entre los 15 y 19 años, para ambos sexos.

En el caso de la *conducta autolesiva*, a pesar de las dificultades existentes en su conceptualización, también se ha registrado un aumento de la prevalencia a lo largo de los últimos años (5, 6), existiendo un relativo consenso a la hora de señalar que un 10 % de adolescentes realiza algún tipo de autolesión en este período vital (7).

Es precisamente en las autolesiones, entendidas como daño autoinflingido de manera deliberada e independiente de la intención suicida, en las que nos centraremos en este trabajo. La presencia de estas conductas en sujetos adolescentes constituye un problema de interés creciente por parte de los profesionales en contacto con individuos de estas edades. En concreto, gran parte de esta sensibilidad clínica guarda relación con el valor predictivo que las conductas autolesivas tienen sobre el suicidio consumado (8).

Se han descrito diversas variables y factores de riesgo que se relacionan con la aparición de estos fenómenos: sociodemográficas, caracteriales, psicopatológicas y psicosociales.

Nos centraremos en las características intrapsíquicas asociadas, desde el punto de vista psicodinámico. Para ello, nos hemos basado en la teorización llevada a cabo por el psicoanalista M. Laufer, centrada en conocer el funcionamiento mental de adolescentes que realizan conductas suicidas, de forma genérica, a partir de su investigación psicoanalítica.

Trataremos de abordarlo, por último, de forma más específica entendiendo la conducta autolesiva en el contexto histórico-cultural en el que acontece y reflexionar acerca de la canalización del sufrimiento subjetivo por medio de la actuación sobre el cuerpo.

OBJETIVOS

Describir y analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes que acuden al servicio de urgencias por presentar conducta autolítica o autolesiva.

Reflexionar acerca de la creciente presencia de este tipo de conductas atendidas en los servicios de salud mental desde el punto de vista psicodinámico y contextualizando el fenómeno en el marco socio-cultural actual.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal que incluyó todas las urgencias atendidas en pediatría (pacientes menores de 16 años) en el Hospital Universitario de Getafe desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2016 y que requirieron interconsulta con psiquiatría. Se analizan en este trabajo todas aquellas urgencias en las que los pacientes se habían realizado un daño autoinflingido de forma voluntaria, independientemente del riesgo letal del mismo y de la finalidad suicida.

Se analizan las siguientes variables: edad, sexo, seguimiento previo en salud mental, mecanismo de tentativa autolítica e intervención en la urgencia. Se ha registrado también en caso de que aparecieran mencionados en los informes clínicos, la presencia de factores interpersonales (conflictiva familiar, conflictiva con pares), intrapsíquicos (caracteriales) o alteraciones psicopatológicas asociadas. En aquellos casos en los que un mismo individuo ha acudido a urgencias por este motivo en más de una ocasión se ha contabilizado como una única urgencia.

Los datos clínicos relacionados con la conducta suicida y epidemiológicos básicos centrados en variables sociodemográficas y personales se obtienen del programa Documentación Clínica de la Intranet del Hospital Universitario de Getafe.

Limitaciones: los datos han sido recogidos de manera retrospectiva, analizando por separado cada informe clínico registrado con las características mencionadas previamente. El hecho de no haber diseñado previamente un tipo de informe o de cuestionario con ítems necesarios para la recogida de datos dificulta el registro cuantitativo de otras variables que aparecen recogidas en la literatura, como factores interpersonales e intrapsíquicos, por lo que los datos referidos a estos se describen sólo de manera aproximada.

DESARROLLO

Resultados del estudio descriptivo:

La muestra incluye 27 urgencias atendidas por conducta autolítica como motivo de consulta. El total de las urgencias psiquiátricas en pediatría a lo largo del mismo periodo es de 80 pacientes, por lo que la población que realiza una tentativa autolesiva representa el **33, 75%** de la población atendida.

La media de edad de dichos pacientes es 14, 48 años (rango de edad entre los 13 y los 16 años), hallazgos que guardan correspondencia con resultados publicados recientemente referidos a la incidencia de autolesiones, siendo el rango de mayor incidencia entre los 13 y 16 años (5).

En cuanto al sexo, tal y como indican los datos de muestras clínicas y comunitarias, existe un relativo consenso a la hora de considerar que las conductas autolesivas son más frecuentes en mujeres que hombres. En el caso de nuestra muestra, el 79, 16% fueron de sexo femenino frente a 20, 83% de sexo masculino.

El 54, 16% de pacientes realizaban seguimiento en Salud Mental previamente. Si bien en esta muestra es mayor el número de pacientes con antecedentes psiquiátricos los que presentaron conducta autolesiva, la diferencia es menor que en otros estudios publicados, que reportan hasta un 90% de pacientes con antecedentes psiquiátricos (6). El 45, 83% de adolescentes no filiados fueron todos derivados a CSM de Getafe. Solo el 7, 4% de los adolescentes fue ingresado en el Hospital Niño Jesús, dado que en el Hospital de Getafe, en el que se atendieron las urgencias mencionadas, no se dispone de camas de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil.

El mecanismo autolesivo más frecuente fue la sobreingesta medicamentosa voluntaria (51, 85%), seguido de autolesiones, fundamentalmente cortes superficiales (48, 14%). Esto se corresponde con los datos obtenidos en otros estudios en los que se hallan diferencias sustanciales en cuanto a su frecuencia relativa en función de si las muestras clínicas corresponden a servicios de urgencias o a consultas ambulatorias. En el primer caso, predominan los casos de sobreingestas medicamentosas o envenenamiento (mientras que los cortes en muñecas y en antebrazos constituyen el método autolesivo prevalente en las muestras comunitarias (7). No hubo ningún caso de suicidio consumado.

En cuanto a lo psicopatología presente en las personas atendidas aparecen las alteraciones de la esfera afectiva (síntomas depresivos) como las más frecuentes (29, 6%). Aparece un número limitado de casos con antecedente de consumo de tóxicos. Un 11% de los adolescentes atendidos presentaban antecedentes de trastorno de la conducta alimentaria.

Se han registrado otras variables que, sin embargo, resultan más difíciles de cuantificar y que, en cambio, se han descrito a la hora de determinar posibles factores de riesgo de la conducta suicida y parasuicida como son los factores interpersonales e intrapsíquicos. Entre los primeros destacan los conflictos familiares como desencadenante frecuente de la conducta autolítica, seguido de los conflictos con el grupo de pares y en el entorno escolar, con varios casos de acoso escolar reportado. En cuanto a los factores intrapsíquicos nos referimos fundamentalmente a la dimensión caratterial. Aparecen con frecuencia descritos rasgos de personalidad impulsivos, disgregación emocional, escasa tolerancia a la frustración y baja autoestima.

Discusión teórica:

Cuestiones terminológicas

Tal y como se ha mencionado, previamente el espectro de la conducta autolesiva ha generado en los últimos años un interés y preocupación creciente debido a la prevalencia frecuente de la misma en nuestra sociedad.

El primer reto al que nos enfrentamos al abordar la cuestión tiene que ver con la definición de la misma. En líneas generales, la conducta suicida comprende un abanico de comportamientos que van desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, pasando por los planes suicidas y la tentativa (9).

En cada una de estas conductas pueden distinguirse dos dimensiones, una relacionada con las características de la tentativa (grado de elaboración, deseo de morir frente al deseo de vivir, posibilidad de ser rescatado) y otra en relación con el resultado de la misma, esto es, con el grado de lesión producida.

Conducta autolesiva: Lejos de aparecer como un constructo psicopatológico estable, a diferencia del suicidio o de la tentativa de suicidio, cuyos límites parecen más claramente descritos, las autolesiones aparecen bajo diferente terminología que no se refiere exactamente a lo mismo, nombrándose de distinta forma en función de los países por ejemplo, siendo el principal foco de controversia la asunción o no de factores motivacionales entre sus criterios operativos (7).

En Estados Unidos suele utilizarse el término de «tentativa suicida» para referirse a la conducta suicida con supervivencia en la que existe algún grado de intención de morir, mientras que el término «autolesión» (Non Suicidal Self Injury,) se refiere a las lesiones autoinfligidas, con propósitos no sancionados por la sociedad, sin intención real de producir la muerte. De hecho se ha incorporado en el DSM-V como Trastorno de autolesión no suicida, hasta entonces inexistente. Este un constructo afín al descrito en la psicopatología clásica bajo la denominación “parasuicidio”.

En el Reino Unido y en general en Europa se aboga por una definición meramente conductual (7), utilizando el término autolesión deliberada todo acto con resultado no fatal que, siendo sancionable culturalmente, un individuo realiza de manera deliberada contra sí mismo para hacerse daño (cortes, quemaduras, sobreingestas medicamentosas y sobredosis, envenenamiento, golpes, saltar desde lo alto de un lugar, etc.)

Esto, entre otras cuestiones, dificulta por ejemplo el estudio de la prevalencia de las mismas. En una revisión consultada reportan que por término medio, se considera que la proporción de adolescentes que presentan conductas autolesivas se halla en la horquilla comprendida entre el

6 y el 16 por cien, sin diferencias significativas entre muestras comunitarias de distintos países. A pesar de esta limitación metodológica, existe un relativo consenso a la hora de señalar que un 10 por cien de adolescentes comete algún tipo de autolesión en este período vital.

Otra dificultad con las que nos encontramos en este sentido es que junto a esta pluralidad conceptual, se le suma la de que los sujetos que se autolesionan, en general, no concurren a centros asistenciales (10).

Conducta autolesiva y factores de riesgo

Algunos investigadores plantean un continuum entre la conducta autolesiva y el suicidio, ya que comparten un elemento esencial que es la autoinflicción de daño y únicamente se diferencian en la seriedad de la lesión causada. En esta misma línea hay estudios en los que relacionan la conducta del espectro suicida como un factor de riesgo para repetir una tentativa autolítica o para que esta pueda consumarse (11).

Al revisar distintas fuentes de literatura publicada acerca de la epidemiología de la conducta suicida y las autolesiones, podemos ver cómo son fenómenos que son con creces más prevalentes en la adolescencia que en la infancia. Nos preguntamos entonces qué cambios operan en este periodo o qué implica el desarrollo adolescente para que aparezca esta particular forma de *derrumbe emocional* (11).

Para ello, en este trabajo hemos decidido poner el acento en los aspectos intrapsíquicos desde un punto de vista psicodinámico, sabiendo que es uno de los diversos puntos de vista desde los cuales acercarse a este tipo de conductas y que constituyen factores de riesgo a tener en cuenta (biológicos, sociodemográficos, psicosociales).

Aproximación al funcionamiento mental de los adolescentes con conducta suicida

M. Laufer fue un psicoanalista especializado en adolescentes, que junto con su equipo del centro británico *Bren Adolescent Centre/Centre for research into Adolescent Breakdown*, llevó a cabo una línea de investigación cuyo objetivo era profundizar sobre el derrumbe psíquico y su significado en la adolescencia (12).

Realizaron una investigación psicoanalítica de pacientes parasuicidas para conocer las características intrapsíquicas de estos adolescentes, entendiendo el intento de suicidio no como resultado de un impulso repentino e impredecible, sino más bien como eslabón final de una cadena de acontecimientos psicológicos internos.

Describieron una serie de factores predisponentes (12) (en los que nos centraremos) y otros que pueden precipitar finalmente la conducta autolítica.

Factores predisponentes: En primer lugar, es que en los adolescentes de su estudio aparecían *sentimientos de anomalía sexual*. Esto subraya el hecho de que el desarrollo puberal crea intensa ansiedad con respecto a los sentimientos sexuales, fantasías e identidad en estos adolescentes vulnerables. Inconscientemente, experimentaban su sexualidad en desarrollo y la posibilidad de relaciones sexuales, como una amenaza aterradora, en lugar de un desarrollo del *self*. Esta vivencia de la sexualidad constituye una fuente importante de sentimientos muy dolorosos de fracaso o de vergüenza, que, junto con los conflictos subyacentes, tanto edípicos como orales tempranos que resultan intolerables, pueden provocar ideas de suicidio en los adolescentes.

El segundo factor predisponente es el *temor a ser invadido*, que significa que las experiencias de dependencia e intimidad por más que sean anheladas, son vividas como una amenaza para el frágil sentido de la identidad de estos adolescentes. Unos miedos tan intensos de ser invadido y de abandono indican dificultades del desarrollo temprano en el proceso de separación e individuación. Los miedos coexistentes de abandono significan que cualquier separación tiende a ser experimentada como un rechazo.

La consiguiente diferenciación insuficiente con respecto a las figuras parentales, dificulta el establecimiento de un sentido seguro del *self* con capacidad para tolerar y para pensar sobre experiencias emocionales.

Estos sentimientos y conflictos muy dolorosos tienen entonces que ser defendidos de diversas formas a través de mecanismos de defensa primitivos de escisión y proyección, los cuales, si persisten, dificultarán aún más el sentido del *self* y la prueba de realidad.

Como tercer factor predisponente, se describe la *intolerancia a los afectos dolorosos* que resulten de las dificultades de separación temprana/individuación. Los adolescentes que no pueden renegociar con éxito estos conflictos tempranos sienten que no pueden funcionar independientemente de sus padres, un sentimiento que provoca vergüenza, humillación, impotencia, rabia y miedo a la locura. El cuerpo se identifica como la fuente de sentimientos humillantes y aterradores y así aparece la necesidad de ser atacado y destruido.

Laufer insiste en que a esta edad es de vital importancia el carácter persecutorio que adquiere el cuerpo sexuado, que lleva al adolescente a odiarse a sí mismo y a su nuevo estado físico creyendo que su estado mental previo a la pubertad era más sereno y feliz.

Una mirada socio-cultural

Dentro de la práctica clínica parece interesante considerar las contingencias histórico-culturales a partir de las cuales las sociedades se han ido construyendo, con la aparición de nuevos códigos y el surgimiento de particulares fenómenos. Esto implica, por tanto, un cuestionamiento acerca de cómo los sujetos hoy en día hacen frente a las problemáticas actuales, de forma que exista un mayor acercamiento de los síntomas contemporáneos y su efecto sobre la subjetividad (1).

La nuestra es una cultura que auspicia la búsqueda de un cuerpo que ignore las marcas del tiempo (13), un cuerpo cuya imagen de perfección es sólo viable si está intervenido.

La postmodernidad y la lógica del mercado suponen una primacía de lo objetal sobre lo subjetivo; asistimos a un derrumbe de valores, de instituciones que hacían de andamiaje simbólico y que ya no ofician como tal, dominados por una suerte de descrédito de la palabra (14). El superyó se hace cada vez más difícil de satisfacer en tanto que remite más a ideas de perfección que a prohibiciones paternas (13).

Es esta una cultura que propicia la acción como lenguaje predominante y como medio de elaboración y alivio; relegando lo psíquico a un segundo plano obteniendo así una cultura en la que el cuerpo se convierte en material de descarga de la angustia.

En este sentido se puede abordar la conducta autolesiva como síntoma contemporáneo, que da cuenta de un mundo representacional pobre en el que lo sensorial predomina sobre lo simbólico (13).

¿Por qué el cuerpo?

Según Ale et al. (14) el cuerpo se convierte en un intento de elaboración vinculado a los duelos propios de la adolescencia del contexto actual: la caída de los ideales compartidos, los referentes de autoridad y la ausencia de referentes paternos.

En este sentido, las marcas en el cuerpo parecen estar asociadas a una forma de evacuar un exceso, a provocar y registrar el sentir, generando cierto alivio al sentirse vivo y dando una entidad, un lugar, al dolor. En ocasiones, las nuevas exigencias de trabajo para el psiquismo del adolescente, enlazadas a la historia de su constitución psíquica, irrumpen produciendo un sufrimiento tal que inmoviliza su capacidad simbólica. Aparece un exceso de excitación intramitable desde lo reflexivo, que se fuga a través del cuerpo en el acto de cortarse.

S. Mauer et al. (13) nos ilustran acerca de unos adolescentes atrapados en la oscilación entre la angustia de separación y la expectativa de desasimiento, sometiéndose a la tiranía del cuerpo, cuyo sentido último desconocen. Incluyen las autolesiones dentro de las patologías del acto, como expresión violenta de la vulnerabilidad del sujeto vivida como amenazante. Cuando los vínculos primarios mantienen a lo largo del crecimiento connotaciones fusionales, la falla en la separación amenaza el funcionamiento psíquico. Ante el fracaso de la intervención parental, que otorga y fija lugares, el corte aparece allí donde no opera la metáfora. Esto predispone a patologías del acto que se asocian con frecuencia en sus manifestaciones clínicas. La comorbilidad entre las autolesiones y los trastornos alimentarios es alta. La tiranía de la imagen del propio cuerpo acosa en ambo casos.

Para M. Goldstein (15), por un lado, estos adolescentes se sienten extraños y extranjeros dentro de sus referentes cercanos: la familia, la escuela, las instituciones y, por otro, que éstos referentes no pueden escuchar, ni asimilar lo que estos jóvenes intentan expresar. Estas acciones se escriben en el cuerpo; el cuerpo se convierte en una superficie donde escribir lo que el sujeto no puede elaborar ni intelectualmente ni emocionalmente;

La autolesión supone un deseo de cortar con el daño psíquico que causa sufrimiento, de mostrar ese daño al Otro indiferente; constituye un intento desesperado de dejar testimonio del padecimiento y de demandar que alguien lea ese testimonio.

Desde estos diversos puntos de vista se extrae que el psicoanálisis posibilita una lectura no unívoca de los fenómenos contemporáneos, en este caso las autolesiones. Se propone rescatar este fenómeno que transcurre en el cuerpo y en el límite de lo psíquico y lo social para volverlo texto significante en lugar de mudo desgarro.

CONCLUSIONES

El estudio descriptivo de las urgencias infanto-juveniles por conducta autolesiva atendidas a lo largo del año 2016 en el Hospital Universitario de Getafe, muestra que es más frecuente en mujeres, con edades comprendidas entre los 13 y los 16 años. Más de la mitad de los pacientes realizaban seguimiento previo en Salud Mental. El mecanismo autolesivo más frecuente fue la sobreingesta medicamentosa voluntaria, seguido de los cortes superficiales. No se registró ningún intento autolítico consumado. En cuanto a las características psicopatológicas más frecuentes, se registró la sintomatología depresiva.

Los adolescentes no filiados previamente fueron derivados al Centro de Salud Mental de Getafe, salvo en menos del 10% de casos que requirieron ingreso en dispositivo de hospitalización infanto-juvenil de referencia, dado que nuestro hospital carece de este recurso.

Los datos obtenidos se corresponden, en líneas generales, con la literatura consultada. Se parte de la limitación de que supone una muestra pequeña, con una recogida de datos restringida a un periodo corto y sin disponer de cuestionarios diseñados previamente para la recogida de las variables a estudio.

Por otro lado, hemos tomado todos los casos de daño autoinflingido de forma deliberada, independientemente de la intencionalidad suicida de estas conductas, concepto entendido de diferentes formas en los estudios revisados.

Dentro de los factores de riesgo implicados en la conducta autolesiva que se han estudiado, nos hemos focalizado en una perspectiva psicoanalítica de los mismos.

Desde el punto de vista psicodinámico particular del psiquiatra M. Laufer, se describen tres factores predisponentes en el funcionamiento intrapsíquico de los adolescentes que realizan conductas autolíticas. En primer lugar, la sexualidad en desarrollo experimentada como una amenaza aterradora en lugar de un desarrollo del *self*. En segundo lugar, los sentimientos de desvalimiento y temor fruto de fallas tempranas en el proceso de individuación y dificultades posteriores en los procesos tanto de separación como de intimidad con los otros. Por último, se describen los afectos intolerables y dolorosos que resultan de las dificultades previamente señaladas, que predisponen a la utilización de mecanismos de defensa primitivos.

Para finalizar, hemos querido aproximarnos a este complejo fenómeno tan frecuente en los adolescentes, como constructo propio de las características histórico-culturales contemporáneas. Desde una óptica psicoanalítica de las mismas, se puede comprender *lo autolesivo* como una forma de descarga sobre el cuerpo del sufrimiento psíquico. Fruto del empobrecimiento de la capacidad de simbolización, la supremacía de la imagen y la inmediatez propias de nuestros días, el cuerpo se convierte en escenario y la actuación como medio de elaboración y alivio.

Conocer y analizar los factores de riesgo y factores protectores asociados a estos fenómenos puede permitir aproximarse mejor al contexto social, familiar y al funcionamiento mental en el que aparecen. Esto es preciso para poder desarrollar estrategias preventivas y, en nuestro caso, reflexionar sobre el lugar en el que se constituyen los sujetos adolescentes y los cuidados que las profesionales con un contacto directo o indirecto con ellos podemos aportar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Unzueta C, Zubieta P. Una Lectura Psicoanalítica De Los Síntomas Contemporáneos En La Adolescencia Dentro De La Era. Ajayu. [Internet] 2010[Marzo 2018]; 8(2): 29-44. Disponible en:
<http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/v8n2/v8n2a2.pdf>
2. Laufer, M. El desarrollo psicológico en la adolescencia: señales de peligro. En Laufer M, coordinador. El adolescente suicida. Psicoanálisis. Madrid. Biblioteca Nueva. 1998. P 17-37.
3. Organización Mundial de la Salud (WHO). (2018). Suicidio: datos y cifras. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
4. Instituto Nacional de Estadística (INE). (2016). Defunciones por causas (lista detallada) sexo y edad. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es>

5. Morgan K, Webb RT, Carr MJ, Kontopantelis E, Green J, Chew-Graham CA, Kapur N. Incidence, clinical management, and mortality risk following self harm among children and adolescents: cohort study in primary care. *British Medical Journal*. [Internet] 2017[Marzo 2018];2017. 359: 4351. Disponible en:

<https://www.bmjjournals.org/content/359/bmj.j4351>

6. Soler, A. M., Sanchez, L. M., Monseny, A. M., de la Maza, V. T. S., González, M. D. P., Cabeza, F. V., & Cubells, C. L. Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias. In *Anales de Pediatría*. [Internet] 2016[Marzo 2018];85(1): 13-17. Disponible en :

https://ac.els-cdn.com/S1130527416300573/1-s2.0-S113052741630053-main.pdf?_tid=bb73286d-8711-4f8e-8b57-6555fc089a69&acdnat=1522403523_f7bbb-64147b115752c32087185ff0536

7. Frías Ibañez A, Vázquez Costa M, Del Real Peña A, Sánchez del castillo C, Giné Serven E. Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*. 2012;103:33-48.

8. Hauton K, Harriss L. Deliberate self-harm in young people: (characteristics and subsequent mortality in a 20-year cohort of patients presenting to hospital.). *J Clin Psychiatry*. [Internet] 2007[Marzo 2018];68(10):1574-83. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17960975>

9. Erröteta JM, Rodrigo I. *Pulsión de vida*, Eguíluz I, Segarra R, directores, *Inroducción a la psicopatología*, una visión actualizada. Madrid. Panamericana. 2016. P 279-295.

10. Taboada, E. Autolesiones. *Revista de Psiquiatría Forense y Sexología y Praxis*. 2007;5(3): 7-31.

11. Eglé M. Pérdida del sentido de la realidad de la muerte. En Laufer M, coordinador. *El adolescente suicida*. Psicoanálisis. Madrid. Biblioteca Nueva. 1998. P 57-63.

12. Eglé M. Un estudio de investigación sobre intentos de suicidio en la adolescencia. En Laufer M, coordinador. *El adolescente suicida*. Psicoanálisis. Madrid. Biblioteca Nueva. 1998. P 113-131.

13. Mauer S, May N. Niños y adolescentes jugando con el filo de la navaja. *Topia*. 2010 [Internet]. [Consultado marzo 2018]. Disponible en : <https://www.topia.com.ar/articulos/ni%C3%B1os-y-adolescentes-jugando-filo-navaja>

14. Ale M. Et al. Del corte a la metáfora: conductas autolesivas en adolescentes. *Segundas Jornadas Patagónicas de Actualización en Salud Integral del Adolescente*. [Internet] 2015. [Marzo 2018]. Argentina. Disponible en:

http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Trabajo%20Libre_%20Del%20corte%20a%20la%20met%C3%A1fora_%20conductas%20autolesivas%20en%20adolescentes_0.pdf

15. Goldstein M. Cutting: una práctica de nuestro tiempo. *Letra Urbana*. Internet] 2008 [Marzo 2018]. Disponible en: <http://letraurbana.com/articulos/cutting-una-practica-de-nuestro-tiempo/>

VOLVER AL ÍNDICE

12. CAMINANDO HACIA UN SISTEMA LIBRE DE COERCIÓN WALKING TOWARDS A SYSTEM FREE OF COERCION

Márquez Martín, Patricia
patrimarquezmartin@gmail.com

López de Loma-Osorio, Víctor.
Residentes de Psiquiatría.
Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares

ACLARACIÓN INICIAL

En el presente texto se incluyen términos como *paciente/usuario* y otros que se encuentran actualmente en permanente revisión, incluyendo la perspectiva de género. Entendiendo la actual construcción del propio lenguaje, la intención de este trabajo es la de suscitar reflexión a partir del análisis de los datos y de generar un debate que, aún incluyendo la discusión sobre el propio uso de la terminología y de su repercusión, pueda ir más allá de las palabras.

INTRODUCCIÓN

Desde que el pasado junio de 2016 varias asociaciones (Veus, Confederación de Salud Mental, Asociación Española de Neuropsiquiatría) firmasen el Manifiesto de Cartagena en las 26 Jornadas de la AEN, distintas Instituciones se han ido sumando al compromiso principal de este manifiesto: tomar conciencia sobre las medidas coercitivas en el campo de la Salud Mental y trabajar para su eliminación junto con la erradicación de las deficiencias que las hacen posibles. (1, 2). La Red de Servicios de Salud Mental de Alcalá de Henares aprobó adherirse a dicho documento y al compromiso que ello implica. Hoy, dos años después, se encuentra en proceso de elaboración de un **Informe sobre la situación de las medidas coercitivas** en dicha red y una reflexión sobre cómo avanzar en ese compromiso por la reducción de dichas medidas(3).

Inspirada en este compromiso, surge una política de transparencia en el uso de las prácticas coercitivas. Desde este marco, el Hospital Universitario Príncipe de Asturias está desarrollando un Registro de Buenas Prácticas que pretende servir para evaluar, discutir y difundir las medidas tomadas con el fin de avanzar hacia la eliminación de la coerción en la práctica de la atención a la salud mental.

El propósito es hacer público el conjunto de iniciativas orientadas a avanzar hacia la eliminación de las prácticas coercitivas, nuestra percepción sobre su efecto, la forma de acceso a información adicional si la hubiera y facilitar un contacto de referencia al que poder requerir información adicional. Se realizará un Informe anual para evaluar el panorama global a este respecto.

OBJETIVOS

Favorecer la transparencia para conocer el estado actual de las medidas coercitivas en la Red de Servicios de Salud Mental de Alcalá de Henares.

Fomentar la toma de medidas que favorezcan la reducción de las prácticas coercitivas y permitan avanzar hacia su eliminación.

METODOLOGÍA

Para la consecución del primer objetivo, La Comisión de Asistencia aprobará un **Informe** sobre la utilización de las medidas coercitivas en los distintos dispositivos de la Red de Salud Mental, incluyendo los Dispositivos del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, los Centros y recursos de la Consejería de Políticas Sociales y Familia y el Centro de Atención Integral a las Drogodependencias (CAID) del Ayuntamiento de Alcalá de Henares. El informe se ha elaborado con información proporcionada por los equipos de cada dispositivo.

Para la consecución del segundo objetivo, tras el análisis de la situación, los distintos equipos han propuesto recomendaciones (generales o individualizadas para cada dispositivo) que permitan reducir las prácticas coercitivas en 2018. Entre estas, se incluye la realización del Registro de Buenas Prácticas, que recoge las medidas que actualmente se llevan a cabo para disminuir la coerción y las propuestas para 2018.

En 2017, se han detectado e informado 7 prácticas en 10 dispositivos y se han presentado propuestas de 6 medidas en dos dispositivos para ser desarrolladas en 2018. El Registro de Buenas Prácticas favorece la identificación de prácticas en uso y la reflexión sobre ellas, así como estimula la planificación de nuevas prácticas orientadas al objetivo acordado de disminuir la coerción en la Red.

DESARROLLO

Tras la elaboración del Informe y Registro de Buenas Prácticas, se recogen como medidas principales a implementar:

Prácticas en funcionamiento

Centro de Salud Mental: Información sobre derechos. Díptico “Ciudadanía: unos servicios de Salud Mental respetuosos con los derechos de las personas”. Declaración de intenciones y orientación a pacientes para intentar garantizar una atención basada en los derechos. Representa un compromiso de los servicios, aprobado en la Comisión de Asistencia y apoyado por la Comisión de Violencia del Hospital.

Hospitalización Domiciliaria de personas afectadas de problemas de salud mental que, de no existir esta alternativa, requerirían ingreso hospitalario. Acreditación del sistema de gestión de calidad mediante la norma ISO 9001-2008. Satisfacción del usuario: 90 % elegirían la hospitalización domiciliaria si necesitaran ingresar de nuevo. Evolución de la estancia media de la Unidad de Hospitalización Breve desde que se abrió el programa de hospitalización domiciliaria: 2013: 21.8 días; 2014: 20.5 días; 2016: 22.8 días; 2017: 17.8 días (4, 5, 6, 7).

Hospital de Día. Intervención lo más precoz posible, con intervenciones basadas en la Mentalización, creación de un vínculo seguro y acompañamiento de las crisis. Durante el año 2017 no se ha realizado ninguna contención mecánica ni ningún ingreso involuntario (8).

Unidad de Atención Temprana. Pretende proporcionar a las personas que están atravesando una primera crisis psicótica y a su entorno familiar y social una atención que incluye: la realización inmediata de reuniones dialógicas en el entorno natural donde se está produciendo la crisis; la oferta de un grupo de aprendizaje colectivo abierto a familiares, pacientes y otros actores de la comunidad; grupos de actividad en apertura progresiva (deporte); facilitación de la creación de Grupos de Apoyo Mutuo y asesoramiento; oferta de apoyo farmacológico a dosis mínimas, centrado en las necesidades y la toma de decisiones propias informadas; elaboración de itinerarios de cuidados pactados con los miembros del entorno implicados y trabajo sobre decisiones anticipadas; utilización de redes de comunicación y oferta de atención telefónica inmediata con los profesionales del equipo; apoyos puntuales individuales (psicoterapia, Mindfulness, acompañamiento terapéutico) y transversales (experta en primera persona), bibliografía en primera persona disponible (9-21).

Servicio de Urgencias. La primera medida adoptada para disminuir la coerción, es la contratación de un psiquiatra fijo en el Servicio de Urgencias durante el turno de mañana. Esto permite garantizar la continuidad asistencial en la atención urgente y la coordinación fluida con el resto de Servicios del Hospital. Asimismo, se llevan a cabo medidas de desescalada verbal y medidas de seguridad no coercitivas (siguiendo el Modelo *Beta Project*). Así como la formación continuada de los profesionales implicados en la atención en la Urgencia de Psiquiatría, mediante cursos anuales y discusión de casos, asesoramiento y supervisión continua por parte del profesional asignado a la Urgencia; revisión continua del Protocolo de actuación en casos de agitación psicomotriz, revisión y control diarios de las medidas de seguridad físicas en el entorno de la Urgencia; medidas para la prevención de ingresos involuntarios, trabajo en red con la perspectiva de derivación coordinada a la alternativa menos coercitiva posible. (22-25).

La Unidad de Hospitalización Breve es un medio terapéutico activamente estructurado. Si bien sigue siendo una Unidad cerrada, se llevan a cabo medidas que favorezcan un entorno terapéutico respetuoso con los derechos de las personas. Se realizan permisos de salida de la Unidad de manera flexible e individualizada. Todos los días se realizan reuniones de equipo con los profesionales de los turnos de noche saliente y entrante de mañana. En cuanto a las actividades de Terapia Ocupacional, se realizan: un *Grupo de Buenos días* (de lunes a viernes) con todas las personas ingresadas para facilitar la expresión de inquietudes en relación al Ingreso; talleres ocupacionales (manualidades, Mindfulness); talleres de memoria; diversas actividades de ocio (ping-pong, juegos de mesa, lecturas disponibles en biblioteca...); se realiza diariamente una Salida Terapéutica fuera de la Unidad por las inmediaciones del Hospital (Campus Universitario, zonas ajardinadas) durante unos 45 minutos, duración que se amplía en primavera y verano. Se ha contado con la colaboración de organizaciones como “Músicos por la salud”. Se realizan encuestas de satisfacción al Alta, en la que se refleja un alto grado de satisfacción con la Unidad, destacando en muchos casos el ambiente y la actitud por parte de los profesionales de cuidado y respeto por las personas.

Centro de Día Espartales Sur: *Decisiones Anticipadas compartidas a aplicar en ingreso hospitalario (Daci)* determinado por la recogida de la voluntad de la persona que está siendo atendida en el Centro de Día “Espartales Sur” sobre cómo le gustaría que actuaran con ella los profesionales implicados en su tratamiento durante una situación de ingreso hospitalario. Durante 2017 se han realizado 7 recogidas del documento DACI. Se ha finalizado por completo el proceso en el 71% de las personas. Las 2 personas cuyo proceso no ha finalizado se encuentran pendientes de la entrevista de comunicación con el familiar designado por la persona atendida en el recurso y

en el segundo caso está pendiente la comunicación del DACI a su psiquiatra de referencia. En el año 2017 este documento fue activado en una ocasión por una situación de ingreso con una muy buena acogida del documento por el psiquiatra de la planta y se llevaron a la práctica el 100% de los deseos de la persona ingresada (26, 27).

Proceso de Elección de Persona de referencia del proceso de rehabilitación psicosocial en centro de día. El proceso de intervención de las personas atendidas en estos recursos, se estructurará a través del diseño de un Plan individualizado de atención y Soporte Social que establecerá de un modo concreto los objetivos a alcanzar con cada persona, que será revisado cada seis meses y presentado a las personas en cuestión, para su conocimiento y compromiso con la ejecución de acciones que se desprendan del mismo. Se han llevado a cabo dos tipos de cuestionarios: Cuestionario de evaluación de la satisfacción con el recurso aplicado de forma anual y Cuestionario de Necesidades y satisfacción 2017. Todas las personas atendidas en el recurso han tenido la posibilidad de elegir su persona de referencia en el centro durante 2017 (63% decidieron quedarse con su personal de referencia, un 37% decidió cambiar).

Proyectos

Proyecto General: *Generalización de la utilización del Registro de Decisiones Anticipadas.* Es una herramienta que permite recoger las preferencias de las personas con diagnóstico psiquiátrico en los momentos en que se considera que la capacidad de decidir se ve afectada por una situación de crisis. La Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental permitiría, por un lado, defender los derechos de las personas con diagnóstico psiquiátrico y, por otro lado, facilitar la labor de los profesionales y allegados, mejorar la vinculación con los pacientes, así como lograr una mayor implicación de los mismos en su propio tratamiento (28, 35)

Hospitalización y Servicio de Urgencias: *Registro de las contenciones físicas* que permita reflexionar sobre su utilización, su pertinencia o no, la percepción del paciente durante el proceso y tras su finalización, el sentir de las personas que han participado y la reflexión sobre las medidas que se han tomado previamente para tratar de evitarlo, así como las propuestas para su futura evitación.

Desde la implantación de este registro en febrero de 2018 hasta abril (mes de análisis) se han realizado en total 17 contenciones mecánicas a 6 personas de un total de 61 ingresadas (9, 83 %). La media de episodios por paciente es de 2, 83; la media de episodios por cama es de 0, 94. La duración media fue de 4, 26 horas (255, 88 minutos). El tiempo medio empleado en alternativas (farmacológicas, psicológicas, ambientales) fue de 86, 88 minutos. El tipo de Ingreso era Voluntario en 3 ocasiones (17, 64%), Involuntario en 9 (50%) o No consta en 4 (22%). La realización activa ha sido exclusivamente llevada a cabo por parte del personal de enfermería en el 50% de los casos. La intervención física del personal de seguridad tuvo lugar en 3 contenciones (17, 64%). En 3 casos (17, 64%) se mantuvo presencia permanente por parte del personal.

Implantación de una estrategia de actuación frente a la agitación psicomotriz y la violencia que incluya actividades de formación y evaluación continua a través de la confección de un documento que plasme la estrategia de intervención ante situaciones de agitación o violencia, el establecimiento de un plan de registro y evaluación de situaciones problemáticas y el establecimiento de un plan de formación continuada.

Unidad de Hospitalización: *Eliminación de las restricciones al acceso de familiares a la Unidad de hospitalización.* las visitas de familiares y allegados están restringidas a un horario comprendido entre las 16:45h y las 19:00. La familia o el paciente pueden solicitar otras horas si estas resultaran inconvenientes. Se está trabajando para la eliminación de las restricciones al acceso de familiares (excepto a solicitud del paciente o por indicación facultativa individualizada) en horario entre las 16:45h y las 19:00 de lunes a viernes y entre 11:00 y 20:00 los fines de semana y días festivos. Se hará una evaluación cualitativa por el equipo para determinar si el levantamiento de restricciones puede ampliarse. Con todas estas medidas se pretende una mejora de la satisfacción de pacientes y familiares y una disminución de las situaciones de agitación

Mejora del acceso y privacidad de las pertenencias de los pacientes ingresados. Los pacientes disponen en la actualidad de un armario individual en su habitación y de la posibilidad de poner algunas pertenencias en custodia por enfermería o, en el caso del dinero, seguridad. Actualmente, el armario carece de una llave individualizada. Se está trabajando para la provisión de la misma con el fin de mejorar la satisfacción de las personas con sus condiciones de vida durante su hospitalización.

CONCLUSIONES (E INTERROGANTES SUSCITADOS)

A raíz de los datos presentados, nos surge la percepción de la importancia de poder registrar aquellas prácticas que llevamos a cabo en nuestro trabajo para poder revisar posteriormente si verdaderamente reflejan un compromiso con la erradicación de las medidas coercitivas. Pareciera en ocasiones que nos encontramos ante un modelo asintótico en el que nos vamos aproximando, en mayor o menor medida, a un objetivo común (*la coerción cero*) que no se llega a materializar del todo. De la misma manera que en el modelo geométrico matemático una asíntota representa una línea recta que, acercándose progresivamente a la curva de una función, nunca llega a encontrarla o, valiéndonos de una expresión más poética “se encuentran en el horizonte” (36). Quizá sea esa una manera de concebirlo, como un horizonte común hacia el que dirigirse. Pero también podría surgir la duda de si ello no implica, necesariamente, la aceptación de que el horizonte es un punto inalcanzable per sé, por inspirador que sea. ¿Es esto realmente así? ¿pensar en un horizonte común nos permite avanzar y nos lleva a alcanzar el objetivo, o nos posiciona en un punto en el que intentamos reducir al mínimo posible las prácticas coercitivas sin llegar a coincidir nunca con la erradicación total?

En ocasiones esta reflexión puede llevar a una cierta desesperanza, o a una percepción culposa ante la concebida imposibilidad de cambiar una realidad que a veces se antoja difícil. Sin embargo, este trabajo pretende ser un impulsor del trabajo creativo, de la implicación constructiva por parte de todas las personas implicadas en procesos que conllevan medidas coercitivas.

Al hilo de los resultados del Registro de Contenciones Mecánicas del HUPA (3), (asumiendo las limitaciones de un procedimiento con una corta andadura), nos parece interesante, en primer lugar, poder hacer un ejercicio de transparencia que permita analizar la situación actual a este respecto y tomar medidas para ahondar en el compromiso adquirido con el Manifiesto de Cartagena (1). En segundo lugar, creemos necesario reflexionar sobre aquello que implica la contención mecánica como uno de los elementos de máxima expresión de la coerción. Buscamos aproximarnos a las causas que subyacen a la permanencia de la coerción como herramienta, por “terapéutica” o “cuidadora” que sea la intención con la que se aplique (37). Sin contemplar el origen de

un sistema que busca el cuidado pero que asume la coerción, se hace difícil concebir un sistema de cuidados en el que tengan cabida nuevos elementos para los que, tal vez, aún no tengamos descripción. Quizá en un contexto en el que no contemplemos la coerción como posibilidad, nos encontraremos ante una nueva terapéutica que ahora no tiene espacio para el conocimiento.

Vivimos un momento de quiebra de la narrativa establecida, donde conviven al mismo tiempo opciones terapéuticas muy distintas y discursos que tienen un mismo fin pero que proponen caminos, a priori, diferentes. Lo peligroso del vacío hermenéutico que se genera, es la facilidad que tiene el discurso imperante o hegemónico para reconstruir nuevas narrativas, nuevos discursos que, sin embargo, asuman los mismos objetivos “lo viejo disfrazado de lo nuevo” (38).

¿Seremos capaces de tolerar la incertidumbre del no hacer y el desconcierto que suponen los cambios y nuevos retos que tenemos por delante? ¿Somos conscientes de la necesidad de ir más allá de los discursos deconstructivos para dejar espacio a la refundación de una psiquiatría dispuesta a repensarse a sí misma?

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española de Neuropsiquiatría [Sede web]. Cartagena. Junio 2016 [acceso 01 de marzo de 2018]. Munarriz I, Romero MD, Vinyals E, Gonzalez NA. Manifiesto de Cartagena por unos servicios de Salud Mental respetuosos con los Derechos Humanos y libres de coerción. Disponible en: <http://aen.es/wp-content/uploads/2016/06/MANIFIESTO-DE-CARTAGENA-LOGOS-2-1.pdf>
2. Asociación Española de Neuropsiquiatría [Sede web]. Madrid: “Tiempos Interesantes”; 2016 [acceso 01 de marzo de 2018]. Huckshorn KA. Boletín de Asociación Española de Neuropsiquiatría. Seis estrategias clave para reducir el uso de las contenciones físicas y el aislamiento. Traducción al castellano. [7-23]. Disponible en: <http://aen.es/wp-content/uploads/2016/05/AEN-Boletin-abril.pdf>
3. Informe sobre el uso de la coerción en la Red de Servicios de Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid). 2017.
4. Lloyd-Evans B, Slade M, JagielskaD, Johnson S. Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review. The British Journal of Psychiatry 2009; 195: 109–117. doi: 10.1192/bjp.bp.108.058347.
5. Johnson S. Crisis resolution and hometreatment teams: an evolving model. Advances in psychiatric treatment 2013, 19: 115–123 doi: 10.1192/apt.bp.107.004192
6. Freeman J, Vidgen A, Davies-Edwards E. Staff experiences of working in crisisresolution and home treatment. MENTAL HEALTH REVIEW JOURNAL, 2011, 16 (2) 76-87.
7. National Audit Office. Crisis Resolution and Home Treatment:The Service User and Carer Experience. 2008. <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/National%20Audit%20Office.pdf>
8. Bateman, A; Fonagy, P. Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Guía clínica. Desclée de Brouwer 2016.
9. Aderhold, V, & Statsny P. A Guide to Minimal Use of Neuroleptics: Why and How. New York: Mad in America. 2015 Retrieved from <http://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/08/Guide-to-Minimal-Use-of-Neuroleptics-.pdf>

10. AEN, G. expertos. Consenso sobre la atención temprana a la psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos de La AEN, 10. 2009
11. Cooke, A. Comprender la psicosis. ¿Por qué a veces las personas oyen voces, creen cosas que a otros les parecen extrañas, o parecen estar fuera de la realidad, y que es lo que puede ayudarles? 2014
12. Erro, J. Saldremos de esta. Guía de salud mental para el entorno de la persona que está en crisis. Granada: Primeravocal.org & Biblioteca Social Hnos Quero. 2016
13. Hall, W. (2007). Discontinuación del uso de drogas psiquiátricas: Una guía basada en la reducción del daño. New York: The Icarius Proyect.
14. Inchauspe, J. A., & Valverde, M. A. El uso de antipsicóticos en la psicosis. Alcance, limitaciones y alternativas. Madrid: AEN. 2015
15. Maria Sampietro, H. M., & Ferrer Carbonell, C. Grupos de Ayuda Mutua. Documento guía para la constitución y gestión de Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental. 2016: ActivaMent. Retrieved from <http://www.activament.org/es/2014/04/03/guia-per-a-la-constitucio-i-gestio-de-grups-dajuda-mutua-en-salut-mental/#sthash.Di7yByBF.dpbs>
16. May, R. Dar sentido a la experiencia psicótica y trabajar por la recuperación. In J. F. Gleeson & P. D. McGorry (Eds.), Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. 2005 Bilbao: Desclée de Brouwer.
17. Moncrieff, J. Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos. 2009 Barcelona: Herder.
18. Seikkula, J. Interior y exterior. Voces en el momento presente de la familia y la red de terapia. Diario de Terapia Familiar. 2008 30(4), 478–491.
19. Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. Psychotherapy Research, 2006 16(2), 214–228. <https://doi.org/10.1080/10503300500268490>
20. Seikkula, J., & Arnikil, T. E. Dialogical meetings in social networks (Trad cast: Diálogos terapeúticos en la red social. Barcelona, Herder, 2016). London: Karnac.
21. Seikkula, J., & Trimble, D. Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love (trad cast: Los elementos curativos de la conversación terapéutica: el diálogo como una encarnación del amor). 2005 Family Process, 44, 461–475. Retrieved from <https://es.scribd.com/document/270743337/Elementos-Curativos-de-La-Conversacion-Terapeutica-El-DIALOGO-Como-Una-Encarnacion-Del-Amor>
22. Knox DK, Holloman GH Jr. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint work-group. West J EmergMed. 2012 Feb;13(1):35-40.
23. Hays H, Jolliff HA, Casavant MJ. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project BETA psychopharmacology work-group. West J Emerg Med. 2012 Dec;13(6):536.

24. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, Rifai MA, Ng AT. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Work group. West J EmergMed. 2012 Feb;13(1):17-25.
25. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, BaldaçaraL, San L, McAlister-Williams RH, Fountoulakis KN, Courtet P, Naber D, Chan EW, Fagiolini A, Möller HJ, Grunze H, Llorca PM, Jaffe RL, Yatham LN, Hidalgo-MazzeiD, Passamar M, Messer T, Bernardo M, Vieta E. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. World J BiolPsychiatry.2016;17(2):86-128.
26. Ramos-Ponzón S. y Robles del Olmo B .La relación médico-paciente en salud mental: el documento de Decisiones Anticipadas y la Planificación de Decisiones Anticipadas. Rehabilitación Psicosocial 2015; 12(1): 18-24.
27. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
28. Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, Henderson RC, Szumukler G, Thornicroft G. (2015). Improving Therapeutic Relationships: Joint Crisis Planning for Individuals With Psychotic Disorders. Qual Health Res. Dec;25(12):1637-47. doi: 10.1177/1049732314566320. PubMed PMID: 25583956
29. Gray R, Spilling R, Burgess D, Newey T. Antipsychotic long-acting injections in clinical practice: medication management and patient choice. Br J Psychiatry Suppl. 2009 Nov;52:S51-6. doi: 10.1192/bjp.195.52.s51. Review. PubMed PMID: 19880918.
30. Kemp V. Use of 'chronic disease self-management strategies' in mental healthcare. Curr Opin Psychiatry. 2011 Mar;24(2):144-8. doi:10.1097/YCO.0b013e3283438014. PubMed PMID: 21285705
31. Ley Nº 41, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Artículo 11: Instrucciones Previas. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 14 de noviembre de 2002.
32. Oficina Regional para Europa de la OMS. User empowerment in mental Health – a statement by the WHO Regional Office for Europe. 2010
33. ONU, Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006. [consultado 30-11-2016]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
34. Roig, A.; Moreno, A.; González, O.; Díez, M.E.; Hernández, M.; Leal, J. y Santos, F. Sobre la reforma de la legislación civil en materia de protección de personas con discapacidad. 2016. Comisión de ética y legislación. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
35. Ruchlewska A, Kamperman AM, van der Gaag M, Wierdsma AI, Mulder NC. Working Alliance in Patients with Severe Mental Illness Who Need a Crisis Intervention 2016

36. Perga, A. Historia de la Matemática. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20100102095821/http://www.cidse.itcr.ac.cr/revistamate/HistoriaMatematica/apolonio/pag3.htm>
37. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos, United Nations. [consultado 6/4/2018] Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
38. Carmona, M. Paradigmas en estallido: Epistemologías para una ¿post?psiquiatría. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2017; 37 (132): 509-528

VOLVER AL ÍNDICE

13. LOS GRUPOS MULTIFAMILIARES EN BUENOS AIRES. DIFERENCIAS ENTRE EL CONTEXTO PÚBLICO Y PRIVADO

Iraia Zabaleta Andreu
MIR Psiquiatría H. U. Fuenlabrada
iraiazabaleta@gmail.com

Francisco de Pedro Melgarejo
PIR IPSMJG Leganés
fco.de.pedro@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El grupo multifamiliar es un espacio terapéutico grupal en el que intervienen pacientes y familias. Desde principios del siglo XX y hasta la actualidad, multitud de autores en diferentes puntos del mundo han contribuido a su desarrollo. En lo que respecta a Argentina, el movimiento grupal se inicia en 1947 a través del psicoanalista y psicólogo social Enrique Pichon Rivière (1907-1977), quien organiza grupos de pacientes ingresados en un Hospital Neuropsiquiátrico de la ciudad de Buenos Aires. A partir de los grupos operativos de este autor, surgen los grupos analíticos de reflexión, cuyo encuadre es ya de carácter psicoanalítico. (1) En la década de 1960, otro psicoanalista, el doctor Jorge García Badaracco (1924-2010), que había participado en los años 50 junto a otros psiquiatras reformistas en la formación del Instituto Nacional de Salud Mental de Argentina, empieza a reunir de forma periódica a pacientes ingresados en el Hospital Neuropsiquiátrico público de hombres, José Tiburcio Borda de Buenos Aires. (2) Fueron reuniones que surgieron casi de forma espontánea y con carácter informal, pero que generaron perplejidad y recelo en gran parte del personal del hospital. Los pacientes ingresados en dicho hospital, estaban diagnosticados de esquizofrenia, trastorno grave de la personalidad o trastorno bipolar. Se les consideraba “pacientes crónicos” y no existía sobre ellos ninguna expectativa de cambio ni mucho menos de curación. García Badaracco busca con estos grupos un cambio de paradigma, dirigiendo la mirada del manicomio a la comunidad. (3) Algunos de estos pacientes tras acudir a los grupos, experimentan una notable mejoría, con posibilidad incluso del alta hospitalaria. Para la consiguiente reincorporación a la comunidad, García Badaracco pasa a incluir a las familias en este proceso. Así, comienzan a darse encuentros, entre los pacientes, sus familias y cualquier profesional que tratara con ellos.

De esta forma, inspirado en el concepto de Comunidad Terapéutica de Maxwell Jones, crea en 1962 lo que posteriormente denominaría como “Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar”. (4) En 1964, crea el primer Hospital de Día mixto de Buenos Aires y más adelante, en 1968, funda con otros colegas la clínica privada DITEM, acrónimo de Diagnóstico, Investigación y Tratamientos de Enfermedades Mentales, donde continuó desarrollando este nuevo modelo asistencial. Unos años más tarde y sometido a presiones institucionales, García Badaracco abandona el Hospital José Tiburcio Borda, del que era jefe de servicio, y con ello el sistema público de salud. A pesar de esto, continúa su actividad en el ámbito privado en DITEM, en el que trabajó durante más de 30 años sentando las bases del denominado Psicoanálisis Multifamiliar y convirtiéndose en un referente a nivel internacional.

Desde el punto de vista teórico, García Badaracco consideró insuficiente el psicoanálisis bipersonal para abarcar el trastorno mental grave, por desatender la dimensión vincular. Esta convicción le llevó a recontextualizar la técnica psicoanalítica para adaptarla al abordaje de los pacientes más graves. Toma por tanto como base, concepciones freudianas originales para formar una estructura hipercompleja en la que tienen cabida la sociedad, la comunidad y la institución. (5) Se crea de esta forma una “minisociedad” en la que aparecen diversos fenómenos que se propone describir. (6) Uno de los más importantes es estudiar las dinámicas relacionales que califica con “poder enfermante” o “enloquecedoras” y las “interdependencias recíprocas patógenas” que generan. Según García Badaracco, las relaciones patológicas entre los pacientes y sus familias, conducen a la cronificación de la enfermedad mental y se mantienen de forma simbiótica. En la teoría badaraquiana, la familia perpetúa una trama enferma y enfermante que mantiene la “locura” del paciente, con el fin de sostener el sistema familiar. El concepto de síntoma se reformula y pasa a entenderse como un pedido de ayuda del paciente, cuya finalidad sería la ruptura de dicha trama familiar enferma. El brote psicótico, por ejemplo, no llevaría a la irreversibilidad ni al deterioro, sino que pasaría a convertirse en una oportunidad para el cambio del sistema familiar y para modificar el lugar, del designado como paciente. Durante el desarrollo del Grupo Multifamiliar, resurgen los aspectos sanos que todo individuo posee, lo denominado en su teoría como “virtualidad sana” con potencial para crear “recursos yoicos” genuinos y con poder curativo. El contexto multifamiliar posibilita, en palabras de García Badaracco, que los pacientes puedan “ser mirados como potencialmente sanos por muchos otros dentro del grupo”. (7)

Otro de los aspectos sobre los que enfatiza el autor, es que el Grupo Multifamiliar es un espacio de “seguridad”, dónde se facilita la convivencia y la capacidad de pensar de forma libre, se ayuda en la resolución de conflictos y se favorece el aprendizaje mutuo. El Grupo Multifamiliar contiene los aspectos más regresivos que conlleva el sufrimiento mental. Pacientes y familias necesitan este contexto adecuado para expresar sus propias dificultades y poder compartir su “locura particular”. (8)

Por último, cabe señalar que el sistema de salud en Argentina está compuesto por tres sectores: público, de seguridad social y privado. El primero, presta atención gratuita a toda persona que lo demande. Principalmente se trata de personas, que no tienen capacidad de pago ni disponen de seguridad social. El segundo, está organizado en torno a las Obras Sociales que operan a través de prestadores privados y los grupos que atiende son mayoritariamente, asalariados y jubilados. Y por último el sector privado, está conformado por profesionales de la salud y establecimientos, que atienden a demandantes individuales, a los beneficiarios de las Obras Sociales y de los seguros privados, cubriendo la población de mayores recursos. (9) (10)

Según lo anteriormente expuesto, parece relevante prestar atención al funcionamiento de los Grupos Multifamiliares, ampliamente extendidos en la ciudad de Buenos Aires, observando las diferencias que se dan en los mismos si atendemos al tipo de financiación que tienen, los recursos en los que se realizan.

OBJETIVOS

Describir las principales diferencias de conformación y funcionamiento encontradas en algunos de los Grupos Multifamiliares observados, en función del modelo de gestión público o privado, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina).

METODOLOGÍA

Se trata de una observación participante en Grupos Multifamiliares de dos entidades públicas, el Hospital Guillermo Rawson y el Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Aurelio Moyano y una entidad privada, el Centro DITEM (Diagnóstico, Investigación y Tratamiento de Enfermedades Mentales) adscrito a la Fundación María Elisa Mitre. Todos ellos se encuentran localizados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina). Los dos primeros en el barrio de Barracas, estando prácticamente colindantes, y el último en el barrio de Palermo. La observación se realizó durante 4 meses, entre octubre de 2017 y enero de 2018. Fue llevada a cabo durante la rotación externa de una residente de Psiquiatría del Hospital Universitario de Fuenlabrada y un residente de Psicología Clínica del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés, ambos de 4º año.

DESARROLLO

Los Grupos Multifamiliares observados tenían en común que se trataban de grupos en los que participaban pacientes mayores de edad que padecían un elevado malestar psíquico y que acudían junto a sus familiares. La mayoría de los pacientes habían sido dados de alta recientemente de una internación psiquiátrica. El Grupo Multifamiliar del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Aurelio Moyano es exclusivamente de mujeres, mientras que el grupo llevado a cabo en el Hospital Guillermo Rawson era mixto, al igual que el grupo multifamiliar del Centro DITEM. Estos Grupos Multifamiliares se caracterizan por tener un encuadre flexible, ser abiertos, estar conducidos por un mínimo de dos terapeutas que intervienen en coterapia y tener una duración entre 90 y 120 minutos. El número de pacientes que participa es muy variable.

No obstante durante la observación participante, se observaron importantes diferencias en la conformación y funcionamiento del Grupo Multifamiliar, si atendemos al modelo de gestión público o privado, del centro donde se llevaban a cabo.

Una de las principales diferencias encontradas, es el **nivel económico** de los pacientes que atienden los dos hospitales públicos observados y el de los pacientes del centro de gestión privada, DITEM. En cuanto a los primeros, los pacientes se encontraban en riesgo de exclusión social, sin recursos económicos propios ni apoyo económico de los familiares. La mayoría contaba solo con estudios básicos. Sin embargo, en el sector privado que opera a través de aseguradoras médicas, el nivel socioeconómico observado es medio-alto. La mayoría de los pacientes y los familiares que les acompañan pertenecen a la clase media-alta del país y una gran mayoría tiene estudios secundarios y superiores. El nivel socioeconómico también parece influir sobre los **contenidos manifiestos** que aparecen en el grupo. En los grupos de los hospitales públicos los temas más frecuentes que se trataban guardaban relación con problemática social. En el sector privado, sin embargo, las cuestiones sociales eran menos acuciantes y eso permitía abordar con mayor facilidad la temática relacional en la familia, foco de la intervención en el abordaje psicoanalítico multifamiliar.

Otro de los aspectos que llama la atención, es la **variación en la asistencia de familiares** a los grupos dependiendo del tipo de hospital. En el caso de los Grupos Multifamiliares del Hospital Rawson y Moyano, prácticamente solo estaban conformados por pacientes, con la aparición puntual de algún familiar. La inclusión de la familia resultaba muy costosa y era intermitente. En el caso de DITEM, sin embargo, el número de pacientes y familiares era proporcional, incluso si el paciente se ausentaba algunos días de los grupos, los familiares acudían solos. Además, no solo

acudía la familia nuclear (padres e hijos), sino que también era invitada la familia extensa (tíos, abuelos, primos) e incluso amigos u otras personas relevantes para el paciente. De esta forma, el Grupo Multifamiliar se entiende como un espacio donde cada miembro de la familia también realiza su propio proceso terapéutico.

En cuanto a los pacientes que acuden a los Grupos Multifamiliares, todos padecen un elevado sufrimiento mental, aunque la situación de los pacientes en los hospitales públicos se agrava, por su situación social, lo cual repercute directamente en su pronóstico. Pese a que en estos dispositivos se evite hablar de diagnósticos, parece que los pacientes de los Hospitales Rawson y Moyano en su totalidad, están diagnosticados de trastorno mental grave, mientras que en DITEM el perfil de paciente en cuanto a su diagnóstico, es más heterogéneo. Resulta evidente eso sí, que el nivel de **deterioro cognitivo y funcional** en el caso de los primeros, es muy superior al de los pacientes del centro privado, en el que muchos de ellos llevan una vida prácticamente normalizada.

Si atendemos al **tratamiento farmacológico**, examinamos durante la observación participante que los pacientes de los hospitales públicos toman dosis superiores de psicofármacos y en consiguiente, presentan efectos secundarios con mayor frecuencia. En el centro de gestión privada, algunos de los pacientes no toman medicación y otros, a pesar de presentar sintomatología psicótica activa, toman dosis bajas de neurolépticos.

Otra diferencia evidente, es la **separación por sexo** que se da en el hospital público Braulio Moyano, que en DITEM de gestión privada no se da, desde la formación del centro en 1968. Esto provoca, al igual que con las diferencias en el nivel socioeconómico, que la temática del Grupo Multifamiliar del Hospital Moyano de mujeres se vea condicionada. Este grupo, formado exclusivamente por mujeres, trata contenidos muy traumáticos, teniendo especial relevancia la violencia machista a la que se ven sometidas día a día. Es un grupo altamente contenedor y muy cohesionado, que permite darles voz a estas mujeres. En el centro DITEM, sin embargo, la violencia machista no es un emergente frecuente.

Otra variable sociodemográfica que marca diferencias es la relativa a la **edad** de los pacientes. En el Hospital Rawson y Moyano la mayoría de pacientes supera la edad adulta media, mientras que en el centro DITEM, la edad de los pacientes es variada pero la mayoría son adultos jóvenes.

Por otra parte, la **periodicidad**, directamente relacionada con la importancia o **centralidad en el tratamiento** de los grupos multifamiliares en cada contexto es diferente. Mientras en la institución privada suponen el grueso del tratamiento siendo de carácter diario, en las públicas es de frecuencia semanal, teniendo, por tanto, un papel más secundario en el tratamiento. Muy estrechamente vinculado a este factor, se encuentra el **nivel de contención** que es capaz de ejercer el grupo sobre los pacientes cuando éstos se encuentran en crisis agudas, mucho mayor en el caso del recurso de gestión privada. Así, encontramos también una **dependencia** mayor al recurso privado, en el sentido de necesitarlo más y recurrir a él en momentos difíciles, por lo que la progresiva adquisición de autonomía del paciente previa a la integración del mismo en la comunidad, puede verse obstaculizada y por tanto dilatarse en el tiempo.

Enumeradas las diferencias observadas, es necesario destacar que muchas de ellas determinan en gran medida la **evolución** de los pacientes, siendo ésta mejor en términos generales en la institución privada.

CONCLUSIONES

El modelo de gestión de la institución en la que se llevan a cabo los Grupos Multifamiliares se relaciona con frecuencia con variables de tipo cultural, social y económico, que tienen una importante repercusión en la efectividad terapéutica. Más allá de la técnica específica o de las características de los terapeutas, factores más determinados por el modelo de gestión como son la periodicidad, el grado de cohesión y contención ofrecido por el grupo, la asistencia e implicación de los familiares, entre otros, parecen favorecer la recuperación e invitan a la reflexión en torno a la llamada “cronicidad” de los pacientes institucionalizados. Por tomar solo un ejemplo, la asistencia de los familiares en los grupos realizados en los hospitales privados, resulta, por un lado, un requisito necesario para la práctica del enfoque psicoanalítico multifamiliar, y por otro, supone una fuente de tratamiento para los propios familiares con claros beneficios terapéuticos para la familia como sistema. Esta asistencia de los familiares, aunque en parte tiene que ver con la disponibilidad e implicación de las familias, a nuestro juicio también parece guardar relación con el mantenimiento del modelo manicomial en los hospitales públicos, en contraposición al centro privado de estudio, que es una Comunidad Terapéutica. Como ha sido señalado en múltiples ocasiones, la institucionalización de los pacientes graves los desvincula de su entorno familiar y social, bloqueando una de las vías esenciales en la recuperación.

En nuestro estudio acerca de los grupos multifamiliares en la Ciudad de Buenos Aires, las diferencias encontradas apuntan, a grandes rasgos, a una mayor eficacia terapéutica en el recurso privado por las mejores condiciones terapéuticas que reúne. Hipotetizamos que esta mejor situación económica, social y familiar puede no ser sólo un factor importante para la recuperación del funcionamiento de los pacientes y su reintegración en la comunidad, sino que aporta la estabilidad y seguridad necesarias para llevar a cabo cualquier trabajo terapéutico. Podemos pensar que, por un lado, el hecho de que se mantenga el modelo manicomial en los grandes hospitales monográficos en Argentina y, por otro, que las familias de nivel socioeconómico más bajo carezcan de recursos para hacer frente al cuidado de sus familiares, pueden favorecer la institucionalización de los pacientes graves, y por tanto su cronicificación. La inclusión de los grupos multifamiliares en estos contextos, aunque se presenta como una buena herramienta terapéutica, pierde gran parte de su potencia al enfrentarse a las limitaciones de la sanidad pública argentina en materia de Salud Mental, en cuanto a apoyo a la desinstitucionalización se refiere.

BIBLIOGRAFÍA

1. Portillo ID. *Bases de la terapia de grupo*. Editorial Pax México; 2000. 450 p.
2. Badaracco G. *El Psicoanálisis Multifamiliar: Cómo curar desde la virtualidad sana*. Manuscrito Inéd. 2006;
3. García Badaracco JE. De sorpresa en sorpresa. *Rev Psicoter Analítica Grup*. 2006;59–73.
4. Badaracco JEG. Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar [Internet]. Tecnipublicaciones; 1990. Disponible en: <http://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos-Clinicos/La-Comunidad-Terapeutica-Psicoanalitica-de-Estructura-Multifamiliar.pdf>
5. Mandelbaum E. Consideraciones sobre el concepto de intervención desde la práctica. *Av En Salud Ment Relac* [Internet]. 2010 [citado 28 de junio de 2017];9(1). Disponible en:

<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/view/966>

6. Balduz JMA, Atienza JLL. El grupo multifamiliar: un espacio sociomental. Av En Salud Ment Relac [Internet]. 2003;2(1). Disponible en:

<https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/view/1038>

7. Badaracco JEG. El futuro del psicoanálisis multifamiliar. Av En Salud Ment Relac [Internet]. 2010;9(1). Disponible en:

<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/view/965>

8. Masri NM. La constitución de un grupo multifamiliar en una institución pública. Av En Salud Ment Relac [Internet]. 2006 [citado 28 de junio de 2017];5(2). Disponible en:

<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/view/900>

9. Sistema de salud de Argentina [Internet]. [citado 9 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342011000800006

36342011000800006

10. Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina [Internet].

[citado 10 de marzo de 2018]. Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002576802012000600011

VOLVER AL ÍNDICE

14. LA UTILIZACIÓN DE LA PIRETOTERAPIA Y LOS BARBITÚRICOS EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS (1931-1936)

Raquel Tierno Patiño

patrimarquezmartin@gmail.com

José Morales Zamorano

Psiquiatras del Instituto Psiquiátrico SSM José Germain de Leganés

CINTRODUCCIÓN

El siglo XX, ligado al desarrollo de las neurociencias, supuso un cambio en el panorama terapéutico que hizo brotar, ya desde las primeras décadas, una serie de tratamientos que fueron aplicados con mayor o menor éxito y que, incluso, algunos han permanecido hasta nuestros días. Dos de esos tratamientos, la piretoterapia y el uso de barbitúricos, dieron lugar a importantes cambios en el abordaje de los trastornos neuropsiquiátricos.

Los primeros casos de efectos beneficiosos de la fiebre en las enfermedades de la mente aparecen descritos ya en la antigüedad (1). Estos efectos, que desde el siglo XVII la literatura científica venía recogiendo periódicamente, llevaron a algunos alienistas a experimentar con la inoculación de distintas sustancias que indujeran accesos de fiebre. Dentro de los defensores de esta alternativa terapéutica destacó Julius Wagner-Jauregg (1857-1940), Premio Nobel de medicina en 1927 por el desarrollo de la malarioterapia (2)(3)(4) que fue aplicada en numerosos diagnósticos (5-7).

En esta misma época la introducción clínica de los barbitúricos, con usos tan diversos como la mejora del sueño (8), los histerismos convulsivos (9) y los ataques epilépticos (10)(11)(12), trajo una herramienta que llegaría a ser “insustituible en psiquiatría”(8).

Numerosas investigaciones realizadas en las últimas décadas han permitido conocer el alcance real de las innovaciones científicas en la práctica clínica de los establecimientos para los locos (13) (14)(15)(16). En el presente trabajo queremos profundizar en esta línea de conocimiento analizando en qué medida se incorporaron los tratamientos piretoterápicos y los barbitúricos al arsenal terapéutico del Manicomio de Leganés durante la Segunda República española.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es conocer en qué medida se usaron las técnicas de piretoterapia y los barbitúricos en el Manicomio de Leganés durante el periodo comprendido entre el 14 de abril de 1931, fecha de proclamación de la Segunda República, y el 18 de julio de 1936, cuando da comienzo la guerra civil española. Para ello estudiaremos a cuántos pacientes de los que ingresaron en este periodo se les aplicó alguna de estas herramientas terapéuticas y cuáles fueron sus diagnósticos. Asimismo estudiaremos cuáles fueron los métodos piretoterápicos y los barbitúricos que más se emplearon en este establecimiento dentro de las distintas posibilidades que en esta época se ofrecían.

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). El análisis del material se complementará con la consulta de diversas publicaciones médicas del periodo y bibliografía secundaria.

DESARROLLO

La historia de la farmacopea psiquiátrica se remonta a la antigüedad, si bien la inespecificidad terapéutica y la escasa eficacia clínica eran la norma hasta la llegada del siglo XX. Las investigaciones de químicos y farmacólogos proporcionaron a lo largo del siglo XIX distintas sustancias químicas de interés para los neuropsiquiatras, que buscaban fundamentalmente un efecto sedante del que se pudieran beneficiar distintas patologías y distintas expresiones sintomáticas; ya se tratase de melancólicos, psicóticos, histéricas o epilépticos la sedación farmacológica prometía mejoras de sueño, nervios, convulsiones y alteraciones del comportamiento. Los alcaloides, los bromuros y el hidrato de cloral destacaron dentro de este heterogéneo grupo de sustancias sedativas incorporadas a los tratamientos manicomiales en el siglo XIX (17, 18) .

Los **alcaloides** fueron sustancias que se emplearon como sedantes e hipnóticos tras el aislamiento de la morfina a partir del opio en 1805 por el farmacéutico alemán Friedrich Sertürner. Los opiáceos y otros alcaloides vegetales, como la hiosciamina y la hioscina (conocida como escopolamina), formaron parte en mayor o menor medida de los cócteles psiquiátricos de la segunda mitad del siglo XIX empleados en pacientes excitados o agresivos(19). Sus efectos beneficiosos para cuadros de manía y melancolía los hicieron imprescindibles en los asilos y manicomios de la segunda mitad del siglo XIX, sin embargo, sus problemas de adicción y la necesidad de ser ingresado en una institución psiquiátrica para poder usarlo facilitaron que cayeran en desuso con la aparición del hidrato de cloral y el bromuro. En los pacientes de nuestro estudio no se ha recogido el uso de estas sustancias, si bien hay algún caso en el que se registró el uso de sedantes, sin especificar cuáles, y en otros dos pacientes la dificultad de comprender la letra del facultativo que escribió el fármaco empleado nos impide descartar que durante la Segunda República aún se emplearan estas sustancias. Entre 1900 y 1931 sí se ha registrado el uso de opiáceos en 8 pacientes ingresados esos años, que corresponde al 4% del total de los ingresos realizados en ese periodo de tiempo.

El **hidrato de cloral** (17) fue el primer fármaco sintetizado que se usó en psiquiatría como inductor del sueño, unas tres décadas después de haber sido creado por Justus von Liebig (1803-1873). Oskar Liebreich (1839-1908), un farmacólogo alemán, descubrió que el hidrato de cloral en un medio alcalino se descomponía en cloroformo, de conocidas propiedades anestésicas y sedantes, y ácido fórmico, lo que le hizo albergar la creencia errónea de que inyectándolo en un medio alcalino como la sangre lograría el mismo resultado. Esta hipótesis, errónea como se descubriría más tarde (el efecto sedante del hidrato de cloral se debía a la acción de uno de sus metabolitos, el tricloroetanol, condujo a Liebreich hasta un fármaco de resultados potentes y seguros que desplazó progresivamente a los alcaloides en una época en la que la Sociedad para la Supresión del Comercio de Opio luchaba contra el uso de estas adictivas sustancias . Hasta la publicación de los resultados de Liebreich en 1869 los opiáceos derivados de la papaverina eran los sedantes más

empleados durante el siglo XIX. También en esa década de los 60 Rudolf Buchheim (1820-1879) un médico ruso profesor de Farmacología en la Universidad de Dorpat, experimentó en su propia persona la inducción de sueño del hidrato de cloral tras inyectárselo. Esto le llevó a introducir en los tratamientos de la Clínica de Dorpat pero el retraso de la publicación de estos resultados hizo que los méritos de la introducción clínica del hidrato de cloral se le hayan atribuido solo a Liebreich (17).

De nuestra muestra de 93 pacientes, dos recibieron tratamiento con hidrato de cloral y en ambos casos, que corresponden a las historias clínicas 1072 y 1074, se administró en combinación con bromuro y luminal. Se trataba de dos mujeres, ambas ingresadas en el departamento de pensionistas. La primera de ellas, diagnosticada de epilepsia, ingresaba el 10 de diciembre de 1934 con 46 años, la segunda llegó al manicomio a la edad de 35 años, el 10 de marzo de 1935, por padecer una paranoia alucinatoria. El tratamiento de esta última enferma fue más completo que el habitual de los casos que nos hemos encontrado en este periodo del manicomio. En él se combinaron medidas de laborterapia y dietéticas con el tratamiento farmacológico, que consistió en la siguiente pauta: *"Poción de bromuro e hidrato de cloral a cucharadas cada cuatro horas y diez centigramos de luminal por la noche cuando se encuentre excitada"*.

El **bromo**, descubierto en 1825 por Antoine Jérôme Balard (1802-1876) fue introducido en la clínica para múltiples usos a partir de 1840, impulsándose su uso como alternativa a los compuestos yodados, de elevado coste para los enfermos(17). El consumo de bromuro trajo en 1850 el primer caso de bromismo, por intoxicación, y comenzaron a aparecer descritos los efectos asociados a su uso: sedación, disminución de la fuerza y de la libido, impotencia y enlentecimiento de los procesos mentales. Dado que en esa época la epilepsia se consideraba relacionada con el onanismo, en 1857 Charles Locock (1799-1875) planteó el uso en la epilepsia bajo la hipótesis de que disminuir el deseo sexual podría mejorarlo. Los estudios realizados en pacientes epilépticos demostraron su utilidad y a partir de ese momento se convirtieron en el compuesto más empleado para este diagnóstico. Los **bromuros**, cuyo efecto sedativo pronto les abrió las puertas de los manicomios decimonónicos, se mostraron sumamente útiles para tratar el insomnio, la excitación nerviosa y la agitación. La ventaja que proporcionaban frente al opio, cuyas dosis debían ser constantemente aumentadas para mantener su efecto, les hicieron ampliamente usados durante décadas a pesar de los graves efectos adversos que conllevaban, destacando por su riesgo sobre todo la toxicidad de tipo neurológico (irritabilidad, alucinaciones, delirios y letargia).

En el sexenio que analizamos en este trabajo se usó el bromuro en el tratamiento de cuatro pacientes y la Bromidia (un hipnótico compuesto por bromuro de potasio, cloral hidratado, extracto de cáñamo indio, extracto de beleño y agua destilada) en un caso más, siempre junto con un barbitúrico. La bromidia se combinó con somnífene entre otros tratamientos y el bromuro se prescribió en tres casos junto al Luminal (de ellos dos pacientes llevaban también el hidrato de cloral) y en uno junto al Veronal. Los diagnósticos para los que se emplearon fueron diversos, dos Epilepsias, una Demencia senil, una Paranoia alucinatoria y una Parálisis General Progresiva.

Otras sustancias químicas de efectos sedantes e hipnóticos que se introdujeron en el siglo XIX y cuyo uso se extendió hasta el siglo XX fueron el **paraldehído**, descubierto en 1829 e introducido en clínica en 1882 por Cervello y el **sulfonal**, hipnótico descubierto en 1887 por Eugen Baumann y Alfred Kast. Desconocemos si se aplicaron en Leganés en el periodo de nuestro estudio pues hay varios casos en los que los problemas para entender la letra de los facultativos que prescribían o la inespecificidad de la pauta nos ha hecho imposible analizar todos los usos farmacológicos empleados en este establecimiento. Un ejemplo es el caso de una mujer de 24 años que ingresó

el 19 de febrero con Demencia precoz paranoide, con la que se emplearon sedantes, sin que se especificasen cuáles, sus datos clínicos están recogidas en la Historia Clínica 1060, donde no hay ningún documento o dato que nos permita discriminar qué sedantes fueron los empleados.

La aparición de los Barbitúricos con la llegada del siglo XX

A pesar de estos primeros avances en el campo de la farmacología con los sedantes e hipnóticos, el pesimismo terapéutico imperaba en la neuropsiquiatría del siglo XIX, donde el empleo de alcaloides, bromuros y el hidrato de cloral resultaban herramientas francamente insuficientes para resolver las crisis mentales. Este panorama desolador cambió con la llegada del siglo XX y el descubrimiento de las propiedades sedativas, hipnóticas y anticonvulsivantes de los barbitúricos.

Von Mering, profesor de Farmacología de la Universidad de Halle, había centrado su atención en el hecho de que diversos agentes hipnóticos sintetizados en el siglo XIX, como era el caso del sulfonal, tenían en su estructura molecular un átomo de carbono con dos grupos de etilo por lo que decidió estudiar las propiedades de la dietil-acetilurea encontrándose con una potencia hipnótica mayor que la del sulfonal; con la ayuda de su amigo Fischer, Catedrático de Química en la Universidad de Berlín, analizó el ácido 5, 5-dietil-barbitúrico o barbital, que resultó tener unas propiedades hipnóticas aún mayores que el sulfonal y al que Mering denominó Veronal, probablemente por hallarse en la plácida Verona cuando conoció estos resultados(18). Patentado en 1903, su comercialización se llevó a cabo en 1904 por dos compañías alemanas, Merck y Bayer & Co. A partir de ese momento, mediante diversas modificaciones en la estructura del Veronal se sintetizaron más de 2500 barbitúricos de los que unos 50 fueron empleados en clínica y de ellos aproximadamente solo la mitad tuvo un uso habitual. Uno de los análogos del ácido barbitúrico más empleado se obtuvo sustituyendo un grupo etilo por un radical fenil, de lo que derivó su nombre: fenobarbital, comercializado con el nombre de Luminal en 1912 por Bayer & Co. Su acción prolongada y su eficacia francamente superior a la de los bromuros le introdujo en la clínica donde se amplió su uso al tratamiento de la epilepsia al apreciarse que además del efecto sedativo disminuía las crisis epilépticas. La indicación, según las primeras guías clínicas para pacientes epilépticos en la década de los años 20, era en casos en los que el bromuro resultaba insuficiente, lo que no sucedía en las crisis de leve intensidad (20). Si el bromuro no servía para controlar las crisis y tampoco lo lograban tres meses de tratamiento con fenobarbital en monoterapia, la recomendación pasaba a ser combinarlos. En la década de los 30 el fenobarbital (Luminal) ya había sustituido al bromuro para el tratamiento de la epilepsia (18) sin embargo en nuestra muestra su uso más frecuente siguió siendo combinarlos, tanto en epilepsia como en otras patologías.

De los 93 pacientes que ingresaron durante el periodo de la Segunda República española los barbitúricos se emplearon durante ese sexenio en 8 de ellos. Solo en uno de esos casos, que corresponde a un epiléptico que ingresó en 1935 con la historia clínica 1090, se empleó el Luminal como único tratamiento según datos registrados. El resto fueron combinaciones de los sedantes que venían empleándose desde el siglo previo con los barbitúricos recientemente introducidos. El uso del Veronal se ha reflejado solamente en una historia clínica, la 1068, correspondiente a una mujer de 72 años que recibió el Veronal en tratamiento combinado con Bromuro potásico y Tintura de Valeriana. En la historia clínica de esta enferma, ingresada en categoría de pobres por un proceso arteriosclerótico y de regresión, se puede leer la siguiente combinación de fármacos y medidas físicas de tratamiento (cuyo uso en el Manicomio de Leganés ha sido objeto de análisis en otro trabajo):

“Terapéutica por el trabajo (costuras sencillas). Baño templado prolongado por las mañanas. Por la noche cincuenta centigramos de Veronal, y durante el día dos gramos de bromuro potásico, alternando cada diez días, con sesenta gotas repartidas en tres tomas, de tintura de valeriana, con infusión templada de tila.”

El barbitúrico más empleado en Leganés esos años fue el Luminal., que salvo en la ya descrita historia clínica 1090, en la que fue usado como único tratamiento, su uso habitual fue combinado, como podemos ver en el caso de las historias 1063 (varón epiléptico de 25 años que ingresó en marzo de 1934), 1072 (mujer de 35 años, diagnosticada de paranoia alucinatoria, que ingresó en marzo de 1935) y 1074 (mujer epiléptica de 46 años ingresada en diciembre de 1934). En estos tres casos el Luminal se combinó con Bromuro, en los dos últimos además de empleó también el Hidrato de Cloral. En la Historia 1063 además del Luminal y el Bromuro se empleó un fármaco que no hemos podido descifrar pero que podría contener cloro en su composición, tal como hemos podido deducir de algunas partes más legibles de la escritura (xx-cloruro).

En otros tres pacientes (H^aC^a 1054, 1075 y 1094) hemos encontrado el uso de Somnifene, también escrito en Leganés como Somnifeno Roche y Somnifen, (una mezcla de ácidos dietil y dipropenilbarbitúrico y dietilamina), sintetizado por el químico Ernst Preiswerk bajo la orientación de Max Cloëtta asesor científico de la compañía farmacéutica suiza Hoffman-La Roche, que lo comercializó en 1920. Este nuevo fármaco tuvo un papel fundamental en las curas del sueño, empleadas en los manicomios las primeras décadas del siglo XX para la mejora de distintas patologías psiquiátricas.

Las curas de sueño

Remontándonos a 1897, encontramos lo que puede ser reconocido como el antecedente más antiguo de las curas de sueño cuando un médico inglés, McLeod, logró la mejoría de un caso de manía aguda induciendo un sueño prolongado con sales de bromuro (21). Años después, con la llegada de los barbitúricos, en 1913 un psiquiatra de Turín llamado Giuseppe Epifanio administró a una mujer que padecía un episodio de psicosis maníaco-depresiva dosis sucesivas de Luminal durante cuatro días, manteniéndola en un sueño profundo que duró desde el 25 de marzo hasta el 9 de abril. El alta de la paciente fue posible unos tres meses después de iniciada esta cura y se mantuvo asintomática dos años, lo que se le relacionó con este tratamiento(18). Este caso, publicado en 1915 en una revista italiana de poca difusión (22) pasó desapercibido por lo que continuó arrinconada esta herramienta terapéutica, que sería considerada años después “la primera de las grandes terapias físicas” en el ámbito de la psiquiatría(23). Hubo que esperar hasta la década de los veinte para que esta cura se introdujera en la clínica, definitivamente asociada a Jakob Klaesi quien la rescató presentándola en la 59^a Asamblea de la Sociedad Suiza de Psiquiatría. Este psiquiatra, que en 1920 estaba a cargo de la sala de mujeres de la Clínica de Burghölzli, empleó en abril de ese año el Somnifene para inducir el sueño profundo a una paciente con un brote psicótico muy sintomático con la que no lograba mantener una conversación terapéutica; la mejoría al despertar permitió a Klaesi mantener con ella conversaciones terapéuticas y ayudarla en la resolución del episodio de delirios y alucinaciones.

La técnica de Klaesi consistía en una dosis de morfina y escopolamina que precedía al uso subcutáneo o intravenoso del somnifen durante 6 ó 7 días. Los datos de mejoría en esquizofrénicos según Klaesi, 25-33%, suponían solo un 10% más que las tasas de remisión espontánea (18), pero

para los atestados manicomios de aquellos años esa cifra representaba una posibilidad terapéutica esperanzadora. Más allá de estas expectativas de curación, la sedación y el control comportamental que ofrecía favoreció que esta cura encontrara un lugar preferente entre las herramientas terapéuticas de los alienistas en los años 30.

En Leganés no hemos podido discernir si el uso del Somnifene en los tres pacientes (un hombre con Parálisis General Progresiva y dos mujeres, una diagnosticada de Esquizofrenia hebefrenocatatonica y la otra de Parafrenia) tuvo relación con las curas de sueño, aunque aparentemente no fue así. En concreto, en el caso de la historia clínica 1054, de una mujer de 54 años que ingresó en el departamento de pensionistas para mejorar los síntomas de su Parafrenia, se empleó "*Somnifeno Roche veinte gotas por la noche al acostarse*". Esta pauta nos hace pensar que su uso en Leganés debió estar más relacionado con la inducción de sueño. Probablemente el hecho de que este barbitúrico se absorbiese y eliminase rápidamente, produciendo menos toxicidad que los anteriores, le proporcionó un hueco en las necesidades de favorecer un sueño relajado en los pacientes que no presentaban epilepsia, para los que seguramente se reservó el Luminal (precisamente por los beneficios de su acción prolongada para prevenir las crisis epilépticas). En ninguna de las investigaciones realizadas en este paradigmático manicomio, que abarcan un periodo de 1851 a 1952, se ha encontrado ningún registro que haga pensar que alguna vez se emplearon las curas de sueño, si bien las deficiencias en la recogida de datos en las historias clínicas nos obliga a ser prudentes a la hora de extraer conclusiones firmes en lo que se refiere al uso de tratamientos.

Piretoterapia

La introducción de las nuevas terapéuticas somáticas fue, sin duda, el hecho más diferencial de estas primeras décadas del siglo XX, ya que sus propagadores gozaron de un amplio reconocimiento social y científico siendo incluso distinguidos por las academias científicas(13). El caso más emblemático lo constituye el de Julius von Wagner-Jauregg (1857-1940), galardonado con el Premio Nobel de Medicina en 1927, por la aplicación de la malarioterapia a la parálisis general progresiva -sífilis parenquimatoso cerebral-, enfermedad que durante el siglo XIX inundó las instituciones manicomiales europeas. La influencia que tenía la fiebre en el curso clínico de las enfermedades de la mente había sido apreciada ya desde hacía siglos. Hipócrates describió el efecto beneficioso de la malaria en la epilepsia, Galeno señaló la mejora de un melancólico tras sufrir un episodio de fiebre cuartana y Briquet destacó la desaparición de la histeria en dos mujeres tras sufrir fiebre tísica y la remisión temporal de los ataques en una histérica que padeció cólera(24). Los casos descritos continuaron y tras esta observación, sostenida en el tiempo, de mejoría de las enfermedades mentales después de procesos infecciosos con fiebres elevadas, se empezaron a ensayar diversas formas de fiebre inducida, con la intención de transformar los procesos crónicos, incurables, en agudos y, por lo tanto, con alguna posibilidad del organismo de mejorar tras la resolución de esta crisis aguda. Estas investigaciones alcanzaron su máxima expresión en los trabajos realizados por Wagner von Jauregg, autor que inoculó diversas sustancias en enfermos psiquiátricos graves, entre las que se hallaba la introducción de sangre de pacientes afectados de paludismo en paralíticos generales(5). En 1887 publicó sus primeros resultados con la fiebre intermitente y con estreptococos, posteriormente empleó la tuberculina o la vacuna antitífica polivalente, pero finalmente consideró la malarioterapia el método más eficaz de entre todos los piretógenos(1).

A la luz de la bibliografía revisada, salvo en determinadas instituciones como el Manicomio de Ciempozuelos (25, 26), las impaludizaciones en España no alcanzaron las proporciones de los

manicomios vieneses y, concretamente, en el período que nos ocupa, que coincidió con el auge de dicho arriesgado tratamiento, sólo tres pacientes de Leganés fueron sometidos a paludización H^aC^a 1020, 1061 y 1064), todos ellos hombres diagnosticados de Parálisis General Progresiva. A pesar del gran riesgo en una institución cerrada, no hemos encontrado recogida ninguna medida de seguridad específica como podrían ser el aislamiento o una estrecha vigilancia médica, la dosis de quinina reflejada para contener la infección provocada o el día que dicha prescripción se llevase a cabo. Este descuido resulta inexplicable dadas las escasas garantías de seguridad que había con el uso de organismos vivos, proceso de difícil control en lo que se refiere a la evolución de la infección del enfermo, conociéndose el caso de desenlaces letales, y al posible contagio a otros enfermos de la institución. En el caso de usar organismos muertos o sustancias químicas para la hiperpirexis los riesgos eran más leves (decaimiento y debilidad, malestares gástricos, mareos y cefalea entre otros) y los cuidados precisados más básicos (reposo, dieta, ...). Estos peligros y las dificultades de manejo de los organismos vivos en los manicomios fueron el motivo por el que los facultativos de Leganés buscaron otras sustancias menos complicadas que lograran el mismo resultado. De todas las posibilidades que la época ofrecía se decantaron por el Sulfosin Leo o Sulfosina, un aceite azufrado estéril, que reunía diversas ventajas para ellos. Su experiencia fue publicada en un artículo, donde exponían que además de las dificultades ya descritas con el uso de organismos vivos, en Leganés se encontraban con el añadido de no tener un número elevado de paralíticos ingresados, esto hacía complicado mantener la semilla palúdica viva pasándola de uno a otro a fin de no dejar de tener nunca la sangre paludizada dispuesta para cuando el tratamiento de los enfermos lo precisase(27, 28).

El Sulfosin Leo, se utilizó en cinco ocasiones en los años que corresponden a nuestro estudio en Leganés, cuatro pacientes que lo recibieron estaban diagnosticados de PGR y la quinta era una mujer diagnosticada de Esquizofrenia hebefrenocatatonica (H^aC^a 1020, 1056, 1061, 1064 y 1075), se inyectaba generalmente de 8 a 10 veces, espaciadas entre sí varios días. Se comenzaba con una dosis de 1cc y se incrementaba 1cc progresivamente, hasta alcanzar temperaturas superiores a 40°C. En los Anexos 1-2 se pueden apreciar los sencillos registros de este tratamiento, simples trozos de papel sueltos en el interior de las Historias Clínicas. Nos gustaría apuntar que, en una de las historias en las que se utilizó dicho compuesto, la 1020, se pidió autorización a la familia para el tratamiento, cuestión ciertamente novedosa en la época.

En todos los pacientes que recibieron tratamiento con piretoterapia en nuestra muestra encontramos el uso combinado de diversas sustancias. El Sulfosin Leo se empleó en todos ellos, en ocasiones junto a una más pero lo más habitual es que se emplearan tres o cuatro sustancias en el mismo paciente.

La segunda más frecuente, después de la Sulfosina, fue la denominada por los facultativos en sus registros “Neo” (29), que se empleó en cuatro pacientes de Leganés en combinación con otras (H^aC^a 1056, 1061, 1064 y 1075), . Desconocemos si se referían a la neomicina, neosaprovitán o neoflogetan, todas ellas empleadas en la época con el objetivo de inducir fiebres elevadas(30). El Anexo 3 es una muestra de uno de estos registros, en un paciente en el que además se empleó el Bismuto y la paludización.

Otra sustancia, utilizada en el Manicomio para generar picos de fiebre en tres pacientes (H^aC^a 1056, 1061 y 1064) fue el Bismuto; una muestra de la recogida de datos de su uso se puede ver en el Anexo 3. Del mismo modo que ocurría con las técnicas piretoterápicas anteriormente descritas, echamos de menos un registro de la evolución del paciente durante estos tratamientos, recogién-

dose la escasa información en medias cuartillas, sin siquiera el membrete oficial de la institución.

La piretoterapia entró en declive cuando la penicilina se fue instaurando como tratamiento de elección para la sífilis parenquimatosa cerebral una década después, en los cuarenta. En España las primeras penicilinas se obtuvieron en los laboratorios a partir de 1945 y ya en octubre de ese año Peraita y Fernández Sanz-Méndez emplearon este tratamiento en un joven de 26 años recién ingresado en Leganés con un diagnóstico de Parálisis general juvenil, este caso que correspondía a la HC 1480 lo publicaron en la Revista Clínica Española pero la falta de abastecimiento en esos primeros años de uso hizo que el tratamiento quedase incompleto según el método Goldmann, técnica que administraba en un primer ciclo 900.000 unidades de penicilina entre la vía subaracnoidea e intramuscular y un mes después un segundo ciclo de 1.000.000 de unidades intramusculares. Este segundo ciclo es el que faltó por administrar a este joven cuyo cuadro clínico no mejoró según se puede leer en el artículo de estos dos facultativos del manicomio(14, 31).

Sulfosina Leo.	
Márcos enés.	
Dia 30 Abril - 1cc.	37.2
Dia 3 Mayo - 2cc.	37.2
Dia 6 id - 3cc.	37.9
Dia 9 id - 4cc.	39.2
Dia 12 id - 5cc.	40.2
Dia 16 id - 6cc.	40.5
Dia 20 id - 7cc.	39.8
Dia 24 id - 8cc.	39.6
Dia 28 id - 9cc.	38.4
Dia 4 junio - 10cc.	39.5
Dia 4 junio - 11cc.	38.7
Dia 7 junio - 12cc.	38.9

Anexo 1

Dpto de Beneficencia (Hombres)
Enfermo Pedro Nieto Alcorche
Sulfovina Leo

1º de Julio 1 cc - - -	37,8
4 de idem 2 c.c - - -	39,3
7 Julio 3 c.c - - .	39,7
11 Julio 4 c.c - - -	39,4
13 Julio 6 c.c - - -	39,6
16 idem 7 c.c - - -	38,9
21 idem 8 c.c --	38,4
22 " 9 c.c --	39, ..
26 ... 10 c.c - .	38,6

Segundo 27 Julio de 1932

8 8

Anexo 2

<i>Tratamiento de Sistó</i>	<i>Mes</i>
1 mes - Paludíacina Eduardo Alvaro Navalón.	
+ dia 20-3-34- 12	24-
" 24	4 -
" 21	17 -
" 4	28 -
" 10	
" 14	
" 21	
" 25	

<i>Tratamiento de "Se</i>
<i>Dr. Navalón</i>
Dia 24-2 c.c. Temp. maxima 36,6
Dia 27-3 c.c. id - id. 37,3
Dia 30-4 c.c. id - id. 39,4
Dia 7-5 c.c. - id - id. 39,4
Dia 11-6 c.c. - id - id. 39,5
Dia 13-7 c.c. " " 39,2
Dia 16-8 c.c. " " 39 "
Dia 20-10 c.c. " " 38,8
Dia 24-10 c.c. " " 38,9
Dia 28-10 c.c. " " 38,7
<i>coevoluto alter-</i>
<i>nando</i>

Anexo 3

CONCLUSIONES

Hemos podido apreciar una muy tímida introducción de algunos nuevos tratamientos en nuestro periodo de estudio, que corresponde a la Segunda República española. Pero el seguimiento de los tratamientos empleados es muy deficiente en lo que se refiere a las medidas de seguridad de los pacientes y a la influencia de dichos tratamientos sobre el curso clínico de las enfermedades.

A pesar de la escasez de los registros farmacológicos, en aquellos pacientes en los que se recogía la pauta de tratamiento lo habitual eran las combinaciones de diversos métodos terapéuticos y la polifarmacia.

En conclusión, el Manicomio de Leganés, que durante las primeras décadas del siglo XX presentaba un carácter eminentemente asilar, aún se hallaba lejos durante la Segunda República de la medicalización que deseaban los alienistas españoles de la época, a juzgar por la escasa utilización de alternativas terapéuticas y la nula valoración médica de su eficacia. Podemos encontrar la explicación en la poca eficacia y especificidad de los tratamientos disponibles y, por otro lado, en la persistencia de una fuerte convicción todavía en el siglo XX de que la etiología de la enfermedad mental tenía sus raíces en lo moral, según la conceptualización pineliana del término.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nouvilas PA. Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso. *Siglo Médico*. 1932;89:78–167.
2. Wagner-Jauregg J. The history of the malaria treatment of general paralysis. 1946. *Am J Psychiatry*. 1994;151(6 Suppl):231–5.
3. Karamanou M, Liappas I, Antoniou C, Androutsos G, Lykouras E. Julius Wagner-Jauregg (1857–1940): Introducing fever therapy in the treatment of neurosyphilis. *Psychiatriki*. 2013;24(3):208–12.
4. Brown EM. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the Insane. *Hist Psychiatry*. 2000;11(4):371–82.
5. Villasante Armas O. La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva. Primeras experiencias en España. In: Fuentenebro F, Huertas García-Alejo R, Valiente Ots C, editors. *Historia de la psiquiatría en Europa*. Madrid: Frenia; 2003. p. 175–88.
6. Villasante Armas O. La malarioterapia, ¿un tratamiento revolucionario? *Medico*. 2004;919:68–76.
7. Levi Bianchini M, Nardi J. Malarioterapia en las psicosis no luéticas., 427-446 Autor(es): Año: 1932 Volumen: Número: Páginas: Publicación: ARCHIVOS DE NEUROBIOLOGÍA (1935). Arch Neurobiol (Madr). 1932;427–46.
8. Sanfeliú J. El Veronal en el insomnio. *Arch Ter las Enfermedades Nerv y Ment*. 1908;31:76–8.
9. Morales J. Veronal. *Arch Ginecopatía, Obstet y pediatría*. 1909;22:449–50.
10. Juarros y Ortega C. Tratamiento de la epilepsia por el luminal. *La Med Íbera*. 1921;14:366–7.
11. Juarros y Ortega C. El luminal en el tratamiento de las crisis convulsivas. *Siglo Médico*. 1914;61:242–3.
12. Juarros y Ortega C. Nueve casos de epilepsia esencial tratados, durante más de tres años, por el luminal. *El siglo médico*. 1921;3523:573–5.
13. Vázquez de la Torre Escalera P. El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la guerra civil española (1936-1939): población manicomial y prácticas asistenciales. Universidad Complutense de Madrid; 2013.
14. Consejieri A. El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952). Aspectos organizativos y clínico asistenciales. Universidad Complutense de Madrid; 2013.
15. Aztarain Díez J. El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en navarra (1868-1954). Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de salud; 2005.

16. Troppé H. Los tratamientos de la locura en la España de los siglos XV al XVII. El caso de valencia. Frenia. 2011;27–46.
17. Sourkes TL. Sedantes e hipnóticos (I). La historia psiquiátrica de los bromuros y del hidrato de cloral. In: Panamericana, editor. Historia de la Psicofarmacología. Madrid: López-Muñoz, F. y Álamo, Cecilio; 2007. p. 833–43.
18. Ucha-Udabe R, López-Muñoz F, Álamo González C. Sedantes e hipnóticos (II). El relevante papel histórico de los barbitúricos. In: Panamericana, editor. Historia de la Psicofarmacología. Madrid: López-Muñoz, F. y Álamo, Cecilio; 2007. p. 845–73.
19. López Muñoz F, Álamo C, Ucha Udabe R, Cuenca E. El papel histórico de los barbitúricos en las “curas de sueño” de los trastornos psicóticos y maníacos. Psiquiatr biológica. 2004;11:242–51.
20. Brooks C. Report of the Medical Officer. The National Society for Epileptics. Thirty-first Annual Report. 1923.
21. Mc Leod N. The hormone sleep: a new departure in the treatment of acute mania. Br Med J. 1900;134–6.
22. Epifanio Giussepe. L'ipnosi farmacologica prolungata e sua applicazione per la cura di alcune psicopatic. Riv Patol Nerv Ment. 1915;20:273–308.
23. Windholz G, Witherspoon LH. Sleep as a cure for schizophrenia: a historical episode. Hist Psychiatry. 1993;4(13):83–93.
24. Whitrow M. Wagner-Jauregg and Fever Therapy. Med Hist. 1990;34:294–310.
25. Vallejo Nájera A, González Pinto R. Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso. Siglo Médico. 1931;88:152–203.
26. Vallejo Nájera A. El tratamiento de la locura en 1858 y en 1928. El siglo médico. 1929;83:127–32.
27. Mendiguchía A, Martín Vegué A, Fernández Méndez E. La piretoterapia por el azufre en el tratamiento de la psicosis. La Med Íbera. 1930;24(205–207).
28. Candela Ramírez 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. Universidad Complutense de Madrid; 2017.
29. Delgado M. Los veinte primeros años del Manicomio de Leganés. Asclepio. 1986;273–96.
30. Pérez López-Villamil J. La piretoterapia no malárica en diversas formas de esquizofrenia: estudio de las reacciones de la microglía a variados agentes piretoterápicos. Santiago; 1931.
31. Conseglieri A. La introducciónde nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock. Frenia. 2008;8:131–60.

VOLVER AL ÍNDICE

15. PROYECTO DE GRUPO MULTIFAMILIAR AL ALTA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA

Beatriz Gamo Bravo

beatrizgamo@hotmail.com

María Martín Martín Blas

Juan Antonio Palacios Castaño

Blanca Tarjuélo Amor

Carolina Burillo Traíd

INTRODUCCIÓN

Durante el 2015, transcurridos casi 8 años de experiencia atendiendo pacientes, el equipo de profesionales de la Unidad de Hospitalización Breve detectamos la necesidad de crear un espacio y dar voz a los familiares de los pacientes que también sufren y comparten el dolor de los que viven en primera persona el daño en su salud mental.

Los pacientes pasan sólo una parte de su tiempo con nosotros, pero la mayor parte de éste transcurre en el contexto familiar, así que nos parece importante dirigir también la atención hacia las familias como parte implicada en las dificultades y en el “atasco vital” que experimentan estos pacientes.

Arrancar el proyecto del grupo multifamiliar sería dar respuesta a las demandas de las familias con las que hemos contactado en este tiempo que piden un espacio de encuentro para compartir su situación con otras familias, un lugar donde poder hablar de sus dificultades y sentimientos, donde dialogar con sus familiares de otra manera, donde sentirse más acompañados.

Cada familia trae su propia historia, que en muchos puntos se entrecruza con la de otras familias, el posibilitar el encuentro entre ellas y generar un espacio de diálogo donde se pueda volver a hablar de las vivencias pasadas y presentes en presencia de terapeutas y otras familias, es una oportunidad para que puedan compartir de otra manera capítulos de vida, en muchos aspectos comunes, que soportan en soledad y que les genera un sufrimiento.

El grupo multifamiliar permite que pacientes que han perdido a familiares significativos encuentren a otras personas que representen a estos miembros y revivan experiencias emocionales de reparación en las figuras de otras familias, ya que en el grupo se genera todo un entramado de familia sustitutoria en el que se sienten más acompañados.

Cuando los pacientes comparten, entre ellos y sus familias y junto con nosotros, momentos cercanos y afectuosos aunque también complicados, se dan experiencias de cambio que favorecen la reelaboración terapéutica grupal de sus historias y de sus vínculos familiares. Con el transcurso del tiempo consiguen reintegrar el pasado, sus heridas (por la soledad, la culpa, el resentimiento,

la tristeza, los duelos...) se van cerrando al ser analizadas con cierta distancia y en presencia de terceros. Se trataría de poder mirarse a sí mismo y al otro de una manera más enriquecedora, dejando atrás los prejuicios.

Pensamos que es positivo dar lugar a otras formas de relación en un contexto diferente en el que se pueda compartir vivencias personales dolorosas, angustiosas, culposas...donde se pueda hablar de inseguridades, miedos, frustraciones, odios, rencores....sentimientos universales que se intensifican y se desbordan en momentos de crisis o en etapas vitales determinadas, y que en la sociedad actual no tienen habitualmente cabida.

En nuestro área de atención sanitaria hay intervenciones con familias y terapias grupales en distintos dispositivos (CSM; CRL; CRPS...) pero no conocemos las existencia de grupos multifamiliares, salvo en el Hospital de Día de este centro que hay un grupo multifamiliar que lleva 3 años en curso con resultados muy satisfactorios.

Creemos que poder ofrecer terapia multifamiliar a pacientes y sus familias tras el alta de la Unidad de Hospitalización Breve, momento crítico en muchos casos, puede marcar una diferencia en la evolución y el pronóstico de estos pacientes.

Por experiencias documentadas se objetiva que con los grupos multifamiliares se consigue un cambio en la forma de relacionarse con otros, aumentando la necesidad de hablar de uno mismo, de poner en común miedos, inseguridades, roles, aspectos relacionados con el proyecto vital... También hay cambios en la manera de comunicarse en la familia y en la dinámica relacional, disminuyendo la percepción de sobrecarga de las mismas y aumentando el conocimiento que tienen de la enfermedad, lo cual ayuda a que los pacientes tengan mejor adherencia al tratamiento y se reduzcan las recaídas.

Además se aprecia una disminución de los ingresos hospitalarios, de las visitas a urgencias, de la necesidad de psicofármacos, y se objetiva una mejoría de la funcionalidad del paciente y de su calidad de vida (si bien todo este impacto aún no ha sido adecuadamente mesurado a nivel estadístico).

La terapia multifamiliar permite tratar simultáneamente a varios pacientes y sus familias, percibiendo éstos y los profesionales, la gran potencia terapéutica que tiene y la capacidad para producir un cambio psíquico y abrirse a otras formas de pensar.

Además integra en un mismo espacio la formación y las intervenciones terapéuticas de diversos profesionales, lo cual permite un mejor aprovechamiento de los recursos institucionales.

OBJETIVOS

Objetivos Generales:

1- Cambiar la mirada que tenemos de la “enfermedad” y no verla sólo como un problema médico sino como dificultades de todos en las que todos podemos ayudarnos.

2- Amortiguar la radicalidad de los papeles de paciente y familiar que están rigidificados en estas patologías.

3- Facilitar y clarificar los aspectos emocionales entre los pacientes y sus familias.

4- Identificar y vivenciar patrones de relación familiar.

5- Favorecer los procesos de pensamiento, promoviendo el diálogo, para observar otros supuestos que permitan desmitificar actitudes, creencias, roles... y así consigamos explorar nuevas alternativas.

6- Que cada participante pueda desarrollar ‘recursos yoicos más genuinos’ que le permitan vivir satisfactoriamente su vida relacional.

7- Apoyo y contención, como en todos los grupos pero quizá más en este.

Objetivos Específicos:

1- Generar un clima emocional, desde la sinceridad y la autenticidad, donde poder sentir y pensar, sin sentirse amenazado o juzgado. Se trataría de lograr entre todos la solidaridad, la confianza y la seguridad necesaria para ir clarificando las relaciones familiares y pensar lo que allí está pasando desde un diálogo más emocional y constructivo.

2- Fomentar una nueva forma de comunicación. Como terapeutas, incluyéndonos como agentes mediadores del diálogo, debemos facilitar que se hable de acontecimientos dolorosos que nunca pudieron decirse para que aparezcan en las personas partes que nunca se han dado en la comunicación. Así, hablando de otra forma más humanizada, en otro lugar, con otras personas, podemos ir retraduciendo y encontrando otro sentido a las vivencias que tanto han influido y han dañado a las familias. Al sentirse más libres para hablar se generan dependencias más creativas y menos atrapadoras.

3- Facilitar que cada individuo construya su sí-mismo verdadero, que es el objetivo final que nos proponemos en nuestros tratamientos. Ayudar a que cada sujeto pueda ser él mismo, vaya construyendo su propio mundo, y tenga un espacio propio tanto en el mundo familiar como en el mundo social. Para ello necesitamos construir un nuevo escenario donde incluir de forma diferente a las familias. El Grupo Multifamiliar juega un gran papel de tercero, es el agente que rescata a los miembros familiares de la simbiosis que han generado interdependencias difíciles de resolver. Los pacientes tienen capacidades evolutivas de desarrollo y cambio, si el entorno asistencial se lo posibilita.

4- Fortalecer las “partes sanas” de las personas. Todos tenemos aspectos sanos potenciales, y es fundamental no volcar la mirada solo en la “parte más enferma”. En el Grupo Multifamiliar se trataría de cambiar la mirada hacia las potencialidades, ya que es un contexto de seguridad que permite rescatar y desarrollar un sí mismo verdadero que no emerge en otro contextos. En este nuevo ‘contexto’ todo lo humano puede aparecer como ‘más natural’, nos permite articular más fácilmente lo sano y lo enfermo, y aceptar los diferentes enfoques posibles de un mismo fenómeno, no necesariamente como contra-puestos sino como complementarios, por estar incluidos en una concepción más amplia y emocional.

5- La re-sociabilización de la familia. En nuestra experiencia vemos como muchas de las familias tienen dañadas una parte que tiene que ver con su mundo interno: deseos, expectativas, ilusiones... y que se han visto aisladas del mundo exterior con una escasa red social y de apoyo. En el grupo multifamiliar está presente, de alguna manera, un contexto social amplio, representado en la pluralidad de personas con medios económicos, orígenes sociales, profesionales, y culturales y generacionales diversos que en el grupo se integran. De esta manera, de las relaciones de dependencia a los propios miembros de la familia pasarán a nuevas relaciones con otro tipo de

dependencia, con las personas del grupo, ampliándose el campo relacional de experiencias y de referencias. El grupo multifamiliar es un espacio de intersección entre la institución y la comunidad, un espacio frontera, donde se entrecruzan el conflicto y el cambio.

6- Vivir la experiencia grupal. Por mucho que intentemos transmitir a nivel teórico que implica el grupo multifamiliar, sólo compartiendo la vivencia de estar presente en una sesión grupal puede uno llegar a sentir la intensidad de las emociones que se movilizan en un espacio así y la apertura en la forma de pensar y percibir al otro que uno experimenta.

METODOLOGÍA

Una vez tuvimos claro, a través de las múltiples experiencias de otros profesionales, del trabajo conjunto a nivel grupal, del paciente identificado junto a su familia, como un herramienta terapéutica potente para los cambios en una mente ampliada que incluye a los conductores grupales, nos pusimos manos a la obra.

Como es lógico nos surgieron muchas dudas, la primera de ellas el lugar de realización de los grupos. Al ser un dispositivo de hospitalización, nuestra primera intención era realizarlo en la misma, en el mismo momento de ingreso de pacientes, dado que la situación de crisis podría ser de alta vulnerabilidad y a la vez receptividad del núcleo que representa el conjunto familia-paciente. Tras pensarlo entre todos, incluido el supervisor del proyecto, lo iniciamos tras el alta inmediata.

A los que se les ofrece pertenecen a la población de nuestro área de atención sanitaria (Alcobendas, San Sebastián de los Reyes y ciertos pueblos de la Sierra Norte) que estén ya en contacto previo con la red de salud mental o que vayan a incorporarse a ella tras el ingreso psiquiátrico.

Así por lo tanto la población diana son los pacientes que hayan ingresado en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría y sus familiares.

Previa a la incorporación en el grupo se llevarán a cabo entrevistas individuales y familiares donde se explicará en qué consiste el grupo, encuadre, objetivo del mismo etcétera y se valorará la motivación y el compromiso de los distintos miembros de cara a poder incluir a las personas que tengan una cierta disponibilidad y disposición para implicarse en la experiencia y el trabajo que conlleva una terapia grupal. Así mismo, los terapeutas responsables al alta, que en su totalidad serán los psiquiatras y psicólogos del Centro de Salud Mental, los mismos serán informados para obtener su visto bueno, previo a comentarlo a las familias y paciente, ya que si no fuera así no se ofrecería acudir a los mismos.

Previo al inicio de los grupos, realizamos reuniones de los profesionales implicados en el proyecto, psiquiatras, una enfermera y la terapeuta ocupacional, todos ubicados en la Unidad de Hospitalización, junto a un supervisor clínico de grupos, para así cuidarnos, en la medida que esto supone llegar al momento del inicio habiendo podido explicitar y reflexionar sobre diversos aspectos teóricos y prácticos.

DESARROLLO

El grupo es abierto, se pueden ir incorporando pacientes y familiares a lo largo de las sesiones.

No hay una fecha de empezar y terminar concreta, cada familia tiene sus tiempos y su propio proceso que es importante respetar. No necesariamente tienen que mantenerse en el grupo

todos los miembros familiares a la vez, cada miembro puede atender a sus tiempos, sin someter a los demás o sin abandonos por parte de todos los componentes.

Las sesiones fueron mensuales inicialmente, el primer jueves de cada mes a las 13:00, como hora de comienzo y de una hora y media de duración. No tiene un carácter obligatorio. Iniciamos en Diciembre de 2015. Desde Enero de 2017 aumenta la frecuencia del mismo a dos por mes y desde 20 de Abril el horario es de 14:30 a 16:30 (incluyendo el post-grupo).

La ubicación del grupo ha sufrido modificaciones por cuestiones como espacio, lugares de disponibilidad en el propio hospital.

Antes de la sesión grupal el equipo terapéutico nos reunimos (pregrupo) para revisar lo ocurrido en sesiones previas, hablar de las novedades respecto a la situación de los miembros, de las estrategias terapéuticas a seguir, recordar presentaciones y despedidas que haya en el grupo. Muy a nuestro pesar el pregrupo está desdibujándose por presión asistencial.

Después de la sesión grupal tiene lugar un postgrupo donde los profesionales trabajamos en el análisis, la percepción de la dinámica grupal, dialogamos sobre los contenidos emergentes, las dificultades que han surgido y los objetivos terapéuticos para próximas sesiones.

El día de la sesión pasamos una hoja en la que se apuntarán los asistentes de cara a poder registrar la atención dada y justificar la necesidad de continuar con el proyecto.

Previa a la reunión de grupo los asistentes reciben un aviso telefónico

Los profesionales que componen el equipo terapéutico incluyen los psiquiatras de la Unidad, una terapeuta ocupacional, y una enfermera, variando esta distribución según la disponibilidad del personal.

A lo largo del grupo se pueden incorporar también otros profesionales y estudiantes como observadores de la dinámica grupal, ya que lo que transcurre en las sesiones y el clima que se crea es una experiencia única y un aprendizaje para todos.

El equipo tiene el compromiso de guardar la confidencialidad de lo que surja en el grupo y de generar un clima de contención emocional seguro, de empatía, confianza, de respeto y de cuidado donde todos nos impliquemos en la tarea de desarrollar un espacio de reflexión y de desarrollo humano.

CONCLUSIONES

Transcurrido dos años y cuatro meses del inicio del grupo y casi tres años de que estuviera el proyecto en nuestras cabezas, todo lo que podemos decir es positivo, a pesar de las dificultades del camino. Ha supuesto un mirar y ser mirados de otra manera, un aprendizaje conjunto y una mente ampliada, de pensar, reflexionar y sentir entre todos.

Considero que en muchos casos pedimos cambios a las familias y paciente identificado, pero nosotros mismos, inmersos en el cambio, también debemos y hacemos cambios, de una forma explícita en el mejor de los casos, pero que acaban haciéndose implícitos como en la memoria.

Creamos huellas mnésicas a medida que caminamos conjuntamente, en forma de mente ampliada, pensando, reflexionando y sintiendo al unísono en un juego en intercambio, aprendiendo de un otro, que hace que familias y sus componentes sean y seamos capaces de mirar y ser mirados desde otro lugar diferente.

Es tan intenso y potente lo que se crea en los grupos, que estamos a punto de iniciar la entrada de las familias en el Unidad, con uno de los grupos de la misma donde las familias van a participar, para así y de forma progresiva introducir lo de fuera dentro para ir disminuyendo un dentro-fuera.

A la vez este trabajo en red, nos lleva como una ola, a pedir el relevo de los grupos multifamiliares post-alta a los profesionales que trabajan en el Centro de Salud Mental, para centrarnos a los grupos con familias en el momento del ingreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ayerra Balduz J.M, López Atienza J.L. El grupo multifamiliar: Un espacio socio-mental. Trabajo presentado en las VIII Jornadas de la A.P.A.G. Mallorca; 2001.
2. García Badaracco J. E. Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar. Madrid: Tecnipublicaciones; 1989.
3. García Badaracco J. E. El grupo multifamiliar en el contexto de la psicoterapia en general: V Jornadas del I.E.P.P.M. Revista de Psicoterapia y Psicosomática.1999; 18: 23-36.
4. García Badaracco J. E. Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo. Buenos Aires: Paidós; 2000.
5. García Badaracco J. E. El psicoanálisis multifamiliar, para curar la enfermedad mental desde la virtualidad sana. Revista de Psicoanálisis.2005; 64: 919-936.
6. García Badaracco J.E. El psicoanálisis multifamiliar, como curar desde la virtualidad sana; 2006.
7. García Badaracco J.E. El futuro del Psicoanálisis Multifamiliar. Las interdependencias recíprocas en la enfermedad mental, en la familia y en la sociedad compleja; 2001 & 2009.
8. García Badaracco J. E. Virtualidad sana. Revista de Psicoterapia y Psicosomática. 2001; 31(1): 61-68.
9. Guimón J. Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas. 2^a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 2007.
10. López Atiénza JL, Blajakis López M I. Grupos multifamiliares y trastorno mental severo. Reflexiones durante el curso de formación continuada; 2009-2010.
11. Moreno J L. Psicoterapia de grupo y psicodrama. México: Fondo de cultura económica; 1987.
12. Pérez M, Sempere J. Psicoterapia grupal multifamiliar y terapia multisistémica para adolescentes con trastorno del comportamiento perturbador. Interpsiquis; 2012.
13. Salomón Martínez J, Simond H D. Grupos de terapia multifamiliar, que son, cómo funcionan, que ventajas ofrecen?. Asociación española Neuropsiquiatría estudios; 2013.
14. Sempere J. La integración de las familias en un hospital de día infanto-juvenil. Psicopatología del niño y del adolescente; 2013.
15. Sempere J, Rodado M, Fuenzalida C. La reorganización de un área de salud mental infanto-juvenil en torno a la terapia grupal. Teoría y práctica grupoanalítica. 2013; 1(1): 256-76.

16. Sempere J, Fuenzalida C et al. Análisis del modelo de terapia grupal multifamiliar aplicado en instituciones del sureste español. *Teoría y práctica grupoanalítica*. 2012; 2 (1): 109-122.
17. Sempere J, Rodado M, Fuenzalida C. Un modelo integral de atención ambulatoria a niños con trastornos mentales graves y sus familias: experiencia grupal. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. 2012; 20:73-80.
18. Sempere J. Nexos del modelo de psicoanálisis multifamiliar con otros enfoques terapéuticos. Consideraciones acerca de una nueva epistemología". *Teoría y práctica grupoanalítica*. 2012; 2 (1): 11-20.
19. Sempere J, Fuenzalida C. Terapia interfamiliar: de la "terapia de familia" a la "terapia entre familias". *Revista Psicoterapia y Psicodrama*. 2013; 2(1): 88-105.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

16. CUIDADOS: ¿OFRECEMOS LO QUE NECESITAN? INCORPORANDO Y DANDO VOZ A SUS NECESIDADES Y EXPERIENCIAS

Natalia Rabanal Alascio

Psicóloga Interna Residente.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares

nataliarabanal23@hotmail.com

Alberto Prieto Arévalo

Psicólogo

M^a Teresa Ruiz Jiménez

Directora CD Espartales Sur

junto con el resto del equipo profesional Centro de Día Espartales Sur

de Alcalá de Henares

Equipo multidisciplinar de la Red Pública de

Atención Social a personas con enfermedad mental Grave.

Consejería de Políticas Sociales y Familia. Grupo 5

“Que una persona se recupere significa que las personas de su alrededor también se tienen que recuperar; la relación desigual de dependencia entre la persona y su red social durante tiempos de mayor angustia debe cambiar” (1)

INTRODUCCIÓN

No es extraño escuchar en torno a la clínica de la esquizofrenia que “la gente con psicosis prefiere estar sola” (1 p18). En la medida en que se toma dicho pensamiento como una sentencia, se entiende que el aislamiento, más allá de ser una consecuencia de la enfermedad, es una característica propia de ésta. De ser así, las posibilidades de intervención relativas al trabajo de la interacción con familiares, amigos y profesionales quedan reducidas, si no anuladas, no arrojando esperanzas sobre la recuperación y/o fortalecimiento de las redes sociales de la persona enferma (1).

Así pues, entendiendo el aislamiento como una característica más de la esquizofrenia, se genera en torno a la etiqueta diagnóstica una nueva identidad que asume la persona que sufre. Esta nueva identidad se empieza a construir a partir de la influencia que ejercen los contextos sociales (véase, a nivel de derechos o de condiciones socioeconómicas) sobre el sentido del sí mismo, el self. La perpetuación de estos factores de riesgo sobre la persona con esquizofrenia, culminan en una interiorización del estigma que les lleva a confirmar la asociación unívoca de diagnóstico e identidad. Con la posterior discriminación (explícita o implícita) fruto del nuevo rol interiorizado de enfermo mental, se cierra el círculo de la discriminación y el auto-estigma (1, 2).

Son estudios recientes los que arrojan expectativas esperanzadoras, dado que señalan cómo los factores sociales y ambientales, tales como las interacciones sociales y la participación en la comunidad, son de gran importancia para tener en cuenta en la intervención. En este sentido, se ha observado cómo la familia y las amistades son las dos áreas más perjudicadas para la persona que sufre esquizofrenia, además de ser identificadas por ellos, junto con el trabajo, como los factores de mayor soporte (2).

Por todo ello, el modelo de recuperación sobre el cual se base la intervención debe actuar sobre los derechos de las personas con enfermedad mental grave, así como incidir en la mejora de las condiciones ambientales que existen en torno a ellos (2). Así, una forma más de intervención con estas personas pasa por conocer sus experiencias como una forma de permitirles expresar y tener en cuenta su propio punto de vista (3).

Tal y como describen Mezzina et al. (3), y para facilitar la organización de las experiencias de las personas con esquizofrenia, es necesario entender a la persona en proceso de recuperación como un todo compuesto de tres esferas o dimensiones: la personal, la interpersonal y la social.

Dentro de la **esfera personal**, el factor considerado central es el autocontrol, referido al propio manejo de los síntomas y de los acontecimientos vitales rutinarios, a la recuperación de su propia gestión del tiempo y de la toma de decisiones, de creer en uno mismo y, en definitiva, de recuperar el control de su propia vida.

En lo que respecta a la **esfera interpersonal** (1), se describen tres formas de relación que favorecen la recuperación:

(a) “*estar ahí*” en las diferentes circunstancias, entendiendo que los profesionales mantengan una relación de intervención estrecha con la persona, pero sin que recaiga sobre él una presión de cambio, y que los familiares se mantengan unidos en las diferentes fases de la enfermedad, depositando en ellos su confianza y sus fuerzas.

(b) “*hacer más*” de los objetivos de tratamiento establecidos, véase recibir más tiempo y atención, y en los familiares una mayor permisividad (véase, en olvidar errores o dejar dinero)-

(c) “*hacer algo diferente*” en la relación profesional – persona con trastorno mental grave, lo cual supone anteponer las necesidades y capacidades de estos últimos, así como negociar las intervenciones y modo de hacerlas.

Por último, la **esfera social** concierne la inclusión en el contexto comunitario, desarrollando un rol de agentes activos que eligen desarrollar amistades y actividades de forma autónoma. Sin embargo, la restauración de las redes sociales previas entraña la dificultad de que éstas, bien pueden haberse escindido y por tanto han de ser nuevamente construidas, bien pueden ser perjudiciales para la persona y en cuyo caso debe desprenderse de ellas e ir en busca de otras alternativas (3). Las posibilidades que ofrece un buen desarrollo de esta dimensión, es la adquisición de nuevos significados tanto de uno mismo como del mundo, que permiten la reconstrucción de la identidad previamente dañada por el estigma. En este sentido, la adquisición de nuevos roles en la comunidad pasa por un mayor conocimiento y participación en actividades que satisfagan los intereses personales y que impliquen a los otros. La inclusión de iguales en la rutina diaria, así como el sentimiento de pertenencia y participación en grupos comunitarios genera satisfacción en sus vidas y disminuye el rol de enfermo mental. No obstante, también encuentran la fuerza y el apoyo en las relaciones sociales con personas que han pasado por situaciones similares de sufri-

miento psíquico, si bien hay que cuidar que la participación social no se circunscriba únicamente a personas del ámbito de la salud mental ya que podría fortalecer el efecto de aislamiento (2).

Los diferentes estudios muestran la importancia del sentido de la participación tanto en el propio proceso de recuperación como en la vida comunitaria, así como de la pertenencia a grupos donde puedan desarrollar roles más allá de su enfermedad. Para la consecución de tal fin parecen imprescindibles las figuras de apoyo tales como familiares, pares y profesionales. En cualquier caso, lo que parece evidente es que, si bien se ha llegado a pensar que la recuperación es un estado al que debe acceder la persona previo a su incorporación a la comunidad, lo que constata la evidencia es que la sociedad es en sí misma el requisito que antecede o que, al menos coexiste, con el proceso de recuperación.

Teniendo en cuenta toda esta información, el fin último de la creación de una encuesta de necesidades y satisfacción no es otro que conocer las áreas deficitarias de los usuarios del Centro de Día “Espartales Sur” con el propósito de poder acercar la intervención a las necesidades tanto individuales como grupales de las personas atendidas que lo integran.

OBJETIVOS

1. Crear una herramienta que recoja el sentir de las personas sobre las que recaen procesos de recuperación, a partir de encuentros individualizados.
2. Incorporar aquellos elementos que sean percibidos como mejora (*o con los que exista una menor satisfacción*) en futuras estrategias de intervención de la atención desarrollada desde el recurso.
3. Ampliar la gama de cuestionarios que se utilizan anualmente para conocer el grado de satisfacción de las personas atendidas con lo recibido.
4. Fomentar planificaciones anuales incorporando la participación de las personas atendidas.

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra analizada en este estudio está compuesta por 25 usuarios del Centro de Día “Espartales Sur” de Alcalá de Henares, 6 mujeres y 19 hombres. La edad media de los sujetos es de 48 años, con una desviación típica de 8,15, siendo el rango de edad entre 33 y 64 años. De entre los diagnósticos registrados, el más frecuente es la esquizofrenia (80%, del cual el 75% es de tipo paranoide, el 20% de tipo residual, y el 5% sin especificar), seguido en la misma proporción (4%) de trastorno esquizoaffective, trastorno bipolar tipo II, trastorno de ideas delirantes, trastorno depresivo con ideas delirantes y distimia con trastorno obsesivo de la personalidad.

El criterio empleado para la selección de los participantes incluye a todos los usuarios atendidos que lleven en el centro más de un año, sin exclusión del diagnóstico.

Instrumentos

El Cuestionario de necesidades y satisfacción* está constituido por dos partes: la primera de ellas recoge datos sociodemográficos (edad, sexo, diagnóstico), de orientación temporal (ajuste de fecha, edad y tiempo en el recurso) así como de ajuste en las variables del proceso de rehabilitación (conocimiento del diagnóstico y adecuación en la información sobre recursos previos); mientras que la segunda está compuesta por un conjunto de ítems cuyo objetivo es la evaluación *per sé* de la satisfacción. El diseño de esta segunda parte se realizó siguiendo un procedimiento que constó fundamentalmente de tres fases.

En primer lugar, tras la revisión bibliográfica expuesta anteriormente, se obtuvo un conjunto de 62 ítems que evaluaban la satisfacción respecto del recurso en torno a las tres dimensiones planteadas por Mezzina et al. (3): personal, interpersonal y social.

Posteriormente, y de forma previa a la recogida de la opinión de los usuarios a través de las entrevistas de valoración, se realizó una fase de pilotaje con tres usuarios del centro. Para la elección de los mismos se tuvo en cuenta que su permanencia en el recurso fuese inferior a un año, y que las características sociodemográficas recogiesen, en la medida de lo posible, las características de la muestra objeto de evaluación. No obstante, cabe señalar que el objetivo de los usuarios que participaron en el pilotaje no era tanto contestar el cuestionario, sino contrastar con ellos la comprensión de cada uno de los ítems propuestos. Tomando como referencia la opinión de los usuarios, el número de ítems se mantuvo, si bien la redacción de alguno de ellos se modificó con el propósito de minimizar las dificultades relativas al lenguaje en vistas de su puesta en marcha.

Finalmente, tras realizar las entrevistas de valoración y partiendo de la experiencia directa con cada uno de los usuarios, se tuvo la sospecha de la existencia de tres ítems que, bien por su dificultad en la comprensión, bien por ser similares a otros, generaban confusión al tener que ser respondidos. Es por ello por lo que se eliminaron y no fueron tenidos en cuenta en el análisis estadístico.

*Ver anexos

Análisis de datos

Pese a que la escala realizada tiene que ver con el grado de acuerdo que presentan respecto a determinados ítems, lo que se traduce de la literatura es que, cuanto mayor sea el acuerdo, y por tanto la puntuación obtenida, las necesidades expuestas estarán más cubiertas y, por tanto, la satisfacción respecto del trabajo realizado en el Centro de Día en torno a sus valores será mayor.

Con los datos obtenidos se realiza un análisis estadístico descriptivo aplicado a una sola variable, obteniendo como estadísticos de tendencia central la media y la desviación típica tanto de cada ítem individual, como del conjunto de ellos agrupados en esferas.

DESARROLLO

Tras el análisis estadístico realizado (Ver tabla 1) se observa que, en promedio, los usuarios evaluados se encuentran satisfechos con respecto a su esfera personal e interpersonal, detectando

mayores dificultades en el ámbito social. Asimismo, se encuentra un incremento de la satisfacción respecto con su vida comparando el momento de la evaluación con el previo a su entrada al recurso.

Tabla 1. Análisis estadístico por dimensión

Dimensión	Media	DT
Esfera personal	4, 12 (5)*	0, 99
- Satisfacción vital previa	4, 28 (10)**	2, 28
- Satisfacción vital actual	7, 87 (10)	1, 94
Esfera interpersonal	4, 31 (5)	0, 95
Esfera social	3, 91 (5)	1, 24

*Puntuación sobre 5

**Puntuación sobre 10

Los datos que proporcionan los usuarios evaluados respecto a su esfera personal se traducen en un sentido de participación en los procesos referidos a su intervención (negociación del horario, objetivos), así como la creencia de que los apoyos que se ofrecen desde el Centro de Día le ayudan en su recuperación; sin embargo, identifican dificultades en torno al afrontamiento de situaciones estresantes.

Atendiendo a la esfera interpersonal, lo que se desprende es una alta satisfacción con el trabajo realizado por los profesionales, destacando sobremanera la confianza que les transmiten y la implicación que de ésta se deriva en torno a su proceso de cambio. Sin embargo, no es tan alta la satisfacción si fijamos el foco sobre la familia, observando que, si bien se muestran satisfechos con el apoyo que les ofrecen desde que se encuentran en el recurso, no sienten por su parte la comprensión de su enfermedad, teniendo por ello dificultades para apoyarse en ellos en los momentos más críticos.

Finalmente, como ya se anticipaba, la esfera social es la que permanece más dañada, destacando la ausencia de amistades ajenas a los recursos de salud mental, así como la baja frecuencia con la que comparten actividades de ocio con otros compañeros o familiares. También es reseñable la escasez de valoraciones positivas que reciben de los demás acerca de su recuperación, lo cual parece generar un elevado grado de insatisfacción. No obstante, rescatan el sentimiento de pertenencia al grupo, además de la gratificación que obtienen al ayudar a los demás compañeros.

CONCLUSIONES

Los datos cualitativos obtenidos de las entrevistas de valoración nos dibujan el camino hacia una intervención en rehabilitación cuyo foco sean las necesidades de cada uno de los usuarios que forman parte de dicho programa. Con la mirada puesta en tales directrices, cuyo propósito no es otro sino aumentar la calidad de la atención, y siguiendo la clasificación de Topor et al. (1), a continuación, se muestran diferentes propuestas que orientan la intervención a un “hacer diferente”, “hacer más” y a “estar ahí”.

En lo que al “hacer diferente” se refiere, los usuarios dan cuenta de que, si bien su implicación en los procesos de participación (referentes a la firma de objetivos y a la elección de la persona de referencia) es elevada, consideran que una forma de acercarse más a sus necesidades incluiría la presencia de un encuadre más explícito en el que poder identificar su responsabilidad e implicación en su propio proceso de recuperación. A este respecto, creen necesario explicitar en mayor medida la negociación de las actividades (y aspectos relacionados, tales como horario) en las que se implican, de manera que la realización de las mismas tenga un significado tanto para la persona en cuanto a preferencias se refiere, como a su importancia en el contexto de su proceso de rehabilitación. Asimismo, tal y como se adelantaba previamente, las relaciones sociales siguen siendo una asignatura pendiente en el proceso de rehabilitación, sobre la cual los usuarios demandan una intervención por parte de los profesionales que les posibilite fomentar sus redes sociales más allá de los centros asociados a la red de Salud Mental, a la vez que fortalecer las relaciones con los compañeros con quienes comparten actividades. Por último, cabe destacar que el *hacer diferente* también incluye prácticas, que actualmente se están llevando a cabo, reconocidas por los usuarios como facilitadoras en su proceso de recuperación. Dichas prácticas las concretan en sentir a los profesionales como un miembro más de su red de apoyo, así como la percepción de preocupación y comprensión, por parte de los mismos, cuando se encuentran en momentos complicados.

Sin embargo, tal y como lo apoya la literatura referida, *hacer diferente* y *hacer más* no implica las mismas intervenciones pese a la relación que pueda existir en el contenido que se deriva de ambas. Así pues, en la necesidad de recibir más atención y compartir más tiempo con otros compañeros y profesionales, y poder hacerlo en un entorno diferente al del centro, dentro del “*hacer más*” los usuarios valoran las actividades realizadas en el entorno (entre ellas, las excursiones) como muy positivas, describiendo en torno a ellas una mayor carga motivacional que los lleva a solicitar un incremento en la frecuencia de las mismas. También parece oportuno destacar la diferencia percibida por algunos usuarios en torno a ser escuchados, entendidos y apoyados por los profesionales, por lo que tomar conciencia de esta distinción, en función de los objetivos de la intervención de cada persona, parece ser importante. Finalmente, tal y como se adelantaba, la familia parece ser en ocasiones un disparador de situaciones estresantes en los usuarios, lo cual dificulta las relaciones entre ellos. En la medida en que se pudieran incrementar las intervenciones familiares dentro del proceso rehabilitador de las personas implicadas, mejoraría el clima familiar.

El último punto, lleva irremediablemente a hacer explícito el “*estar ahí*”, pues si las tensiones familiares son focos habituales de conflicto en los usuarios atendidos, se torna complicado que encuentren en ellos figuras de apoyo y de confianza. Para finalizar, en lo que respecta a los profesionales, los usuarios creen que sería de ayuda en su proceso de recuperación que desde el centro se explicitase que tienen la posibilidad de asistir al mismo sin necesidad de cita previa en caso de que así lo requieran, pues si bien parece una norma implícita que se da por asumida, no todos los usuarios la tienen en cuenta y podría ser de gran utilidad en situaciones de crisis.

Reflexionando acerca de las limitaciones y futuras propuestas, cabe destacar que los ítems que se agrupan en las diferentes áreas (tal y como se muestra en el Anexo 2) han sido elegidos teniendo en cuenta los artículos de referencia empleados. Dicha clasificación nos permite una aproximación a lo aquí expuesto, si bien, se precisaría de un análisis estadístico más pormenorizado que permita dar cuenta de las esferas hipotetizadas y de los ítems incluidos en cada una de ellas; el objetivo último sería dotar de consistencia dicho trabajo y que esta forma de atender las necesidades y áreas de satisfacción de las personas atendidas en recursos de rehabilitación, tenga un mayor alcance.

BIBLIOGRAFÍA

1. Topor A, Borg M, Mezzina R, Sells D, Marin I, Davidson L. Others: The role of family, friends, and professionals in the recovery process. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2006;9(1):17-37.
2. Mezzina R, Borg M, Marin I, Sells D, Topor A, Davidson L. From participation to citizenship: How to regain a role, a status, and a life in the process of recovery. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2006;9(1):39-61.
3. Mezzina R, Davidson L, Borg M, Marin I, Topor A, Sells D. The social nature of recovery: Discussion and implications for practice. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2006;9(1):63-80

Anexo 1. Cuestionario de Necesidades y satisfacción.

Natalia Rabanal Alascio y M.ª Teresa Ruiz Jiménez.

La finalidad de reunirte hoy conmigo es para conocer tu opinión de la forma más sincera posible sobre una serie de preguntas que te haremos en relación a muchos aspectos que tienen que ver con este Centro en donde tu acudes para que tu calidad de vida sea mejor y tú puedas sentirte mejor. Las preguntas que contienen este documento han sido pensadas para que si existen un alto porcentaje de personas que opinan como tú en determinados aspectos y no se está llevando a cabo aquello que pensáis o lo que se está llevando a cabo no os gusta se PUEDA ELIMINAR O MODIFICAR O CREAR A PARTIR DEL AÑO 2018.

Por eso tu ayuda para mi es fundamental en estos momentos.

NOMBRE:

EDAD:	SEXO:
FECHA:	

1. ¿Sabes cuánto tiempo llevas en este centro de día? (respuesta válida si sitúa el año de inicio al menos)

Si.....NO.

2. ¿Sabrías decirme de qué fuiste diagnosticado cuando acudiste por primera vez a SM?

3. Dime si es tu primer recurso de rehabilitación.

SI..... NO.

Si no es tu primer recurso de rehabilitación, te conviertes en una persona muy importante para mí para ayudarme a programar y dar una atención de mejor calidad pues vas a saber comparar mejor las ayudas que has ido recibiendo a lo largo de tu vida y cuáles fueron las que más te sirvieron.

SATISFACCION GENERAL.

Valora del 1 al 5 en qué medida las siguientes afirmaciones te resultan ciertas, siendo 1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo y 5 = muy de acuerdo. Además, en algunas preguntas le haremos alguna otra que nos permita indagar más en la situación planteada.

Pregunta	1	2	3	4	5
1. Participo activamente en los objetivos de mi tratamiento					
2. Considero que mis objetivos de tratamiento están diseñados exclusivamente para mí, atendiendo a mis necesidades					
3. Siento que puedo participar en la negociación de las intervenciones y/o actividades que realizo en el CD					
4. Tengo la posibilidad de elegir a la persona de referencia que lleve mi caso más de cerca					
5. El CD me ha ayudado a recuperar el control de mi vida					
6. Estoy aprendiendo a tomar decisiones y a aceptar progresivamente diferentes responsabilidades					
7. Me siento más seguro para tomar decisiones por mí mismo					
8. He aprendido a cómo actuar en determinadas situaciones gracias a un mejor conocimiento de mi enfermedad					
9. Tener un mejor conocimiento de mi enfermedad me ha permitido enfrentarme mejor a la vida cotidiana					
10. Me dan apoyos en el CD para poder manejar mi enfermedad					
11. Estos apoyos me ayudan en mi proceso de recuperación					
12. Desde que estoy en el CD me conozco mejor a mí mismo					
13. Desde que estoy en el CD he aprendido a manejar mejor mis síntomas					
14. Me siento más fuerte para hacer frente a situaciones estresantes que ocurren dentro y fuera del Centro					
15. Me siento más satisfecho con mi vida actual					
16. Me he sentido presionado por los profesionales a llevar un ritmo de cambio que no pudiera asumir					
17. Cuando he necesitado ayuda he podido acudir al CD y pedírsela a los profesionales					
18. He aprendido a diferenciar qué relaciones sociales me benefician y cuáles me perjudican					
19. Me he sentido escuchado por los profesionales del CD cuando lo he necesitado					
20. Me he sentido entendido por los profesionales del CD cuando lo he necesitado					
21. Me he sentido apoyado por los profesionales del CD cuando lo he necesitado					
22. Tengo suficiente confianza con al menos un profesional del CD como para contarles mis experiencias más duras					
23. Cuando tengo una relación más cercana con los profesionales, me siento más ayudado					
<i>En caso afirmativo: ¿Qué es para ti que la relación sea más cercana?</i>					

24.Puedo acudir al centro sin cita previa					
25. Creo que lo profesionales ven los puntos fuertes que tengo					
26.Dispongo del tiempo necesario en las tutorías y/o intervenciones para hablar de lo que necesito					
27. Creo que los profesionales que trabajan en el CD tienen interés en querer ayudarme					
28.Los profesionales del CD me transmiten confianza					
29.La confianza que me transmiten los profesionales del CD me hace estar más comprometido con mi cambio					
30.En las intervenciones con los profesionales, puedo contar cualquier suceso de mi vida cotidiana, sin necesidad de que sea un problema					
31.Desde que estoy en el CD siento que mi familia me ha estado apoyando en las diferentes fases de la recuperación por las que he pasado					
32. Considero que ahora mis familiares se involucran más para ayudarme en la recuperación.					
33.Mis familiares y personas cercanas entienden mejor mi enfermedad					
34.Soy capaz de apoyarme en mi familia cuando me siento peor <i>En caso afirmativo: ¿En qué familiares te apoyas más?</i> ¿Sientes que tu familiar en el que te apoyas está disponible cuando te encuentras peor? SI NO					
35.Me siento escuchado por mis familiares o personas cercanas					
36.Me siento entendido por mis familiares o personas cercanas					
37.Me siento apoyado por mis familiares o personas cercanas					
38.He aprendido habilidades para relacionarme más y mejor con el resto de compañeros del CD					
39.Me siento cómodo cuando compartimos experiencias entre compañeros del CD					
40.He sentido en mis compañeros del CD que me comprenden y me aceptan, lo cual me está ayudando en mi recuperación					
41.Mantengo amistades que no están relacionadas con los centros de rehabilitación y de día en los que he estado y estoy					
42.Creo que mi experiencia puede resultar de ayuda a otros compañeros					
43.Me siento bien y valorado cuando resulto de ayuda a otros compañeros					
44.Me gustaría poder ayudarles. <i>En caso afirmativo: ¿Cómo podrías ayudarles?</i>					
45.En los últimos meses he recibido valoraciones positivas sobre mi recuperación por parte de personas ajena al CD					
46.Acepto y entiendo mi forma de relacionarme con los demás y esto me ayuda a mejorar las relaciones con ellos					
47.Cuando participo en grupos con otros compañeros y profesionales me siento juzgado					

48.Me siento un miembro más entre los compañeros del CD					
49.El CD me ha permitido ir a sitios a los que antes nunca iba <i>En caso afirmativo: ¿A qué sitios?</i>					
50.Con frecuencia salgo con compañeros o personas externas al CD a realizar actividades de ocio					
51.He conocido a más personas con las que me relaciono en los últimos meses y eso me está ayudando en mi proceso de recuperación					
52.Me gustaría aumentar el número de personas cercanas a mí con las que me relaciono					
53.Estoy realmente satisfecho con el número de personas con las que me relaciono					
54.Me gustaría disminuir el número de personas cercanas con las que me relaciono					
55.En las diferentes actividades del CD he (re)descubierto nuevas actividades que me gustan					
56.Las nuevas actividades que me gustan que he (re)descubierto las realizo fuera del CD					
57.Cuando estoy en grupos dentro o fuera del CD me siento que soy menos enfermo					

Sabiendo que 1 es muy insatisfecho y 10 muy satisfecho:

58. Valora del 1 al 10 tu grado de satisfacción con tu vida antes de entrar al CD
59. Valora del 1 al 10 tu grado de satisfacción con tu vida en este momento de tu proceso de recuperación

Anexo 2. Ítems ordenados por esferas

Tabla 1. Esfera personal

1.Participo activamente en los objetivos de mi tratamiento
2.Considero que mis objetivos de tratamiento están diseñados exclusivamente para mí, atendiendo a mis necesidades
3.Siento que puedo participar en la negociación de las intervenciones y/o actividades que realizo en el CD
4.Tengo la posibilidad de elegir a la persona de referencia que lleve mi caso más de cerca
5.El CD me ha ayudado a recuperar el control de mi vida
6.Estoy aprendiendo a tomar decisiones y a aceptar progresivamente diferentes responsabilidades
7.Me siento más seguro para tomar decisiones por mí mismo
8.He aprendido a cómo actuar en determinadas situaciones gracias a un mejor conocimiento de mi enfermedad
9.Tener un mejor conocimiento de mi enfermedad me ha permitido enfrentarme mejor a la vida cotidiana
10.Me dan apoyos en el CD para poder manejar mi enfermedad
11.Estos apoyos me ayudan en mi proceso de recuperación
12.Desde que estoy en el CD me conozco mejor a mí mismo
13.Desde que estoy en el CD he aprendido a manejar mejor mis síntomas
14.Me siento más fuerte para hacer frente a situaciones estresantes que ocurren dentro y fuera del Centro
15.Me siento más satisfecho con mi vida actual
55.En las diferentes actividades del CD he (re)descubierto nuevas actividades que me gustan
<i>Sabiendo que 1 es muy insatisfecho y 10 muy satisfecho:</i>
58. Valora del 1 al 10 tu grado de satisfacción con tu vida antes de entrar al CD
59. Valora del 1 al 10 tu grado de satisfacción con tu vida en este momento de tu proceso de recuperación

Tabla 2. Esfera interpersonal

16.Me he sentido presionado por los profesionales a llevar un ritmo de cambio que no pudiera asumir
17.Cuando he necesitado ayuda he podido acudir al CD y pedírsela a los profesionales
19.Me he sentido escuchado por los profesionales del CD cuando lo he necesitado
20.Me he sentido entendido por los profesionales del CD cuando lo he necesitado
21.Me he sentido apoyado por los profesionales del CD cuando lo he necesitado
22.Tengo suficiente confianza con al menos un profesional del CD como para contarles mis experiencias más duras
23. Cuando tengo una relación más cercana con los profesionales, me siento más ayudado <i>En caso afirmativo: ¿Qué es para ti que la relación sea más cercana?</i>
24.Puedo acudir al centro sin cita previa
25. Creo que los profesionales ven los puntos fuertes que tengo
26.Dispongo del tiempo necesario en las tutorías y/o intervenciones para hablar de lo que necesito
27. Creo que los profesionales que trabajan en el CD tienen interés en querer ayudarme
28.Los profesionales del CD me transmiten confianza
29.La confianza que me transmiten los profesionales del CD me hace estar más comprometido con mi cambio
30.En las intervenciones con los profesionales, puedo contar cualquier suceso de mi vida cotidiana, sin necesidad de que sea un problema
31.Desde que estoy en el CD siento que mi familia me ha estado apoyando en las diferentes fases de la recuperación por las que he pasado
32. Considero que ahora mis familiares se involucran más para ayudarme en la recuperación.
33.Mis familiares y personas cercanas entienden mejor mi enfermedad
34.Soy capaz de apoyarme en mi familia cuando me siento peor <i>En caso afirmativo: ¿En qué familiares te apoyas más?</i>
¿Sientes que tu familiar en el que te apoyas está disponible cuando te encuentras peor? SI NO
35.Me siento escuchado por mis familiares o personas cercanas
36.Me siento entendido por mis familiares o personas cercanas
37.Me siento apoyado por mis familiares o personas cercanas

Tabla 3. Esfera social

18.He aprendido a diferenciar qué relaciones sociales me benefician y cuáles me perjudican
38.He aprendido habilidades para relacionarme más y mejor con el resto de compañeros del CD
39.Me siento cómodo cuando compartimos experiencias entre compañeros del CD
40.He sentido en mis compañeros del CD que me comprenden y me aceptan, lo cual me está ayudando en mi recuperación
41.Mantengo amistades que no están relacionadas con los centros de rehabilitación y de día en los que he estado y estoy
42.Creó que mi experiencia puede resultar de ayuda a otros compañeros
43.Me siento bien y valorado cuando resulto de ayuda a otros compañeros
44.Me gustaría poder ayudarles.
<i>En caso afirmativo: ¿Cómo podrías ayudarles?</i>
45.En los últimos meses he recibido valoraciones positivas sobre mi recuperación por parte de personas ajenas al CD
46.Acepto y entiendo mi forma de relacionarme con los demás y esto me ayuda a mejorar las relaciones con ellos
47.Cuando participo en grupos con otros compañeros y profesionales me siento juzgado
48.Me siento un miembro más entre los compañeros del CD
49.El CD me ha permitido ir a sitios a los que antes nunca iba
<i>En caso afirmativo: ¿A qué sitios?</i>
50.Con frecuencia salgo con compañeros o personas externas al CD a realizar actividades de ocio
51.He conocido a más personas con las que me relaciono en los últimos meses y eso me está ayudando en mi proceso de recuperación
52.Me gustaría aumentar el número de personas cercanas a mí con las que me relaciono
53.Estoy realmente satisfecho con el número de personas con las que me relaciono
54.Me gustaría disminuir el número de personas cercanas con las que me relaciono
56.Las nuevas actividades que me gustan que he (re)descubierto las realizo fuera del CD
57.Cuando estoy en grupos dentro o fuera del CD me siento que soy menos enfermo

VOLVER AL ÍNDICE

17. EXPERIENCIA GRUPAL PARA LA COCREACIÓN DEL CONCEPTO DE AUTONOMÍA EN UN CENTRO DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL

Ángeles Palatucci García

angeles.palatucci@grupo5.net

Judith Layrana Fontalba

M^a Teresa Ruiz Jiménez

**Centro de Día y Soporte Social “Espartales Sur”
de Alcalá de Henares, Madrid**

INTRODUCCIÓN

Presentamos una propuesta grupal para la cocreación del concepto de autonomía desde un dispositivo de rehabilitación psicosocial, concretamente un Centro de Día de Soporte Social. La innovación de la propuesta viene por el esfuerzo profesional de no imponer un “saber sobre”, en favor de alentar la construcción grupal del conocimiento.

Articulamos la propuesta en torno a la revisión y análisis de las variables que pueden comprometer la autonomía de las personas, en contraposición al planteamiento tradicional, que alega la falta de la misma desde un punto de vista biomédico centrado en el déficit y la enfermedad.

Enmarcamos el trabajo grupal poniendo el foco en lo relacional, en la facilitación o inhibición de oportunidades provenientes del contexto (1), y el alejamiento de explicaciones reduccionistas alejadas de la persona.

OBJETIVOS

General:

Explorar e identificar el concepto de autonomía personal en cada uno de los integrantes del grupo.

Específicos:

- Explorar el conocimiento y significado personal que los participantes tienen acerca del concepto de autonomía personal.
- Compartir información sobre la autonomía y sus dimensiones.
- Reflexionar sobre las dimensiones de autonomía en su experiencia personal y relacional.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada es eminentemente participativa, a través del debate y la reflexión grupal.

Se ha favorecido la construcción grupal del conocimiento mediante el diálogo y la escucha entre los participantes, compartiendo experiencias comunes.

Se ha puesto en valor la narrativa de cada persona, resaltando, tanto las barreras que impiden el pleno desarrollo de su proyecto vital, como las oportunidades que lo favorecen.

En cuanto al proceso de evaluación, destacar que el principal objetivo de la propuesta grupal ha sido coconstruir entre los participantes el concepto y significado del constructo, y a partir de este, trabajar sobre los aspectos contextuales y relacionales que pueden favorecer o inhibir comportamientos dirigidos a la autonomía personal.

De alguna manera, se ha alentado a profundizar y dialogar en torno a las creencias y mitos que a lo largo de la trayectoria vital y profesional, cada individuo ha ido construyendo.

Para ello, y a modo de punto de partida, nos planteamos una herramienta sencilla y elaborada ad hoc, que recogiera las principales definiciones en torno al constructo, pudiendo incitar a la reflexión sobre aquellas creencias que habitualmente han sido impuestas, y aceptadas sin réplica posible, fundamentadas en ideas poco contrastadas y arraigadas en la construcción cultural del concepto de autonomía.

Posteriormente, y a modo de cierre del grupo, se volvió a pasar esta misma herramienta con el fin de observar los cambios en la mirada de cada uno de los participantes.

Al margen de esta evaluación pre – post, hemos utilizado material que nos ha facilitado entender y plasmar aquellas acciones valiosas de autonomía para cada persona y para el grupo en su totalidad. Dichas acciones, comportamientos o ideas, se pueden clasificar como: metas, valores personales, plan de vida deseado, expectativas, deseos, aspiraciones, esperanzas, sueños, ilusiones y ambiciones.

Para ello nos hemos servido de las actividades de la vida diaria (en adelante AVD 's), analizando sus inhibidores y facilitadores, buscando sus conexiones con los planes de vida y deseos futuros de cada participante. De manera análoga, se ha puesto en valor las estrategias y apoyos con los que cada quien cuenta a la hora de cambiar aquellas situaciones que no estén dentro de los deseos o aspiraciones de los planes de vida de los participantes. Estas impresiones, acciones y comportamientos, configuran lo que hemos llamado durante la propuesta grupal el "*Plan de autonomía personal*" (anexo 1).

DESARROLLO

La propuesta se desarrolla a través de un cuadro guía (anexo 2) que permite temporalizar las sesiones, enmarcar los temas, y trabajar con el material seleccionado para su desarrollo.

Se ha puesto especial énfasis en capturar las experiencias, ideas, opiniones e impresiones que se han ido generando a lo largo de las sesiones, dándole un soporte físico que pudiera recoger la construcción grupal del concepto de autonomía.

Como se ha comentado con anterioridad, hemos trabajado con un "*Plan de autonomía personal*", que nos ha permitido co construir o re construir el concepto de autonomía.

De algún modo, hemos podido establecer un nuevo "esquema mental", individual y grupal de dicho constructo. Esta idea nos ha permitido dialogar, pensar y reflexionar, sobre cómo realizamos las elecciones en torno a los planes de vida, cómo tomamos las decisiones que nos aproximan a ellos, y la relación existente entre éstas y los factores contextuales en donde estamos inmersos.

RESULTADOS

Tras administrar y analizar el cuestionario previo y posterior sobre el nivel de conocimientos y creencias que los participantes tienen acerca de los temas abordados en las diferentes sesiones, se arrojan los siguientes resultados:

- Respecto a la diferenciación de conceptos entre dependencia y discapacidad, el 91% (evaluación pre) y el 100% (post) de los usuarios diferencian estos conceptos de manera global.
- En la evaluación previa, el 27% de los participantes considera que solo las personas con discapacidad pueden ser dependientes. Mientras que en la evaluación posterior, un 90% identifica como falsa esta afirmación. Se deduce que podría haberse cambiado su percepción considerando que las personas, al margen de la discapacidad, pueden presentar "momentos" de dependencia. Siendo esta una situación reversible.
- El 55% de los usuarios se considera dependiente en la evaluación previa, disminuyendo el porcentaje a un 27% en la evaluación posterior, es decir, un poco más de la mitad ha considerado que es más autónomo después del taller. Quizás el poder reflexionar sobre este tema, haya podido influir en esta percepción.
- El 82% de los usuarios considera que necesita apoyos para realizar sus AVD's en la evaluación previa, pasando a un 70% en la evaluación posterior.
- En la evaluación previa, el 27% de los usuarios se consideran autónomos y un 73% considera que no lo es, siendo relevante el cambio en la evaluación posterior, pasando a un 60% los usuarios que se consideran autónomos y un 40% los que no se consideran autónomos. Podría pensarse que, el hecho de reflexionar sobre las dimensiones de la autonomía, puede cambiar la percepción sobre dónde se coloca uno mismo respecto a su propio desempeño.

En relación a las AVD's, se tuvieron en cuenta aquellas actividades en las que el porcentaje de personas que identifican dificultades, fuese igual o superior a 50%, siendo consideradas actividades relevantes para el desarrollo de su plan personal de autonomía.

Dichas actividades fueron las siguientes:

Actividad vida diaria	Personas que identifican dificultades
Vestido	33 %
Alimentación	55 %
Higiene personal y aseo	33 %
Actividad sexual	44 %
Preparación de la comida y limpieza:	88 %
Ir de compras	44%
Dormir/descanso	55 %
Cuidado de otras personas/mascotas	66 %
Uso de los sistemas de comunicación	44 %
Manejo de temas financieros	33 %
Cuidado de la salud y manutención:	33 %
Crear y mantener un hogar	77 %

La reflexión realizada durante la propuesta grupal, permite identificar las actividades que se encuentran dentro de los planes de vida de cada participante, favoreciendo los sentimientos de autodeterminación y empoderamiento. En este sentido, el reconocimiento de las propias dificultades, así como de las estrategias de cambio, acercan a las personas a hacer realidad los deseos de superación, y por tanto, hacer tangible la idea de autonomía, tan valorada socialmente.

A partir del trabajo realizado, se abre un abanico de posibilidades que permite continuar con el desarrollo de espacios grupales de reflexión, coconstrucción de significados y búsqueda de sentido para sus planes de vida.

CONCLUSIONES

La propuesta defiende un marco conceptual orientado a apoyar y facilitar el desarrollo de planes de vida cargados de significado. Siendo estos el eje de todo acto orientado a la recuperación de las personas.

Acorde a esta idea, creemos fundamental poder facilitar una reflexión grupal en torno a conceptos que, de alguna manera, se encuentran en el discurso diario de los centros de rehabilitación psicosocial. Dicha reflexión, debe partir de la coconstrucción de todos los agentes implicados en el proceso de recuperación de las personas. En este sentido, la autonomía se refleja en las oportunidades que tienen las personas para ejercer control sobre su ambiente, así como en sus elecciones y decisiones de sus planes de vida (2). La autonomía personal juega un papel crucial en este sentido y contribuye claramente al bienestar personal y a la eficacia de las acciones que cada persona decida emprender.

Es por ello, que establecer un espacio para la reflexión y el diálogo de aspectos relacionados con la autonomía y sus dimensiones, implica admitir que ésta no se dirime sólo en primera persona, que no es solo un indicador de las habilidades cognitivas, emocionales y conductuales del sujeto, sino que el desarrollo de dichas capacidades está fuertemente condicionado por elementos externos a él, por el contexto y por las relaciones (2). Por tanto, resulta fundamental analizar los factores externos que intervienen en el crecimiento personal, y que favorecen una reflexiva construcción del concepto de autonomía desde una visión holística (3).

Dicha visión holística nos lleva a alejarnos del discurso biomédico centrado en el déficit para dar paso a las posibilidades de emancipación del colectivo con el que trabajamos. La participación de las personas y el papel que desempeñan los programas de rehabilitación psicosocial pueden acercarse a este deseo, que más temprano que tarde, será una realidad. Para ello, es crucial abandonar los espacios “adoctrinadores” y ofrecer espacios alternativos de construcción de saber.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miguel A. Verdugo, Mónica Martín. Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. Mediagraphic [Internet]. 2017 [citado 15 may 2017]; 25 (4): 68-77. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17479>

2. Silvia Álvarez. La autonomía personal y la autonomía relacional. Scielo [Internet]. 2017 [citado 20 abril 2017]; 35 (1): 13-26. Disponible en :

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96362015000100002

3. Ana Lilia Banda Castro y Miguel Arturo Morales Zamorano. Empoderamiento psicológico: un modelo sistémico con componentes individuales y comunitarios. Scielo [Internet]. 2018 [citado 29 enero 2018]; 33 (1) 4-20. Disponible en :

<http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v33n1/a01v33n1.pdf>

Anexo 1:

Plan de autonomía personal.

FECHA:

NOMBRE:

PLAN DE AUTONOMÍA PERSONAL

¿QUIÉN QUIERO SER? Piensa en los conceptos trabajados hasta el momento.	¿QUÉ ACTIVIDADES (DE AUTONOMÍA) PUEDO HACER PARA LOGRARLO? Piensa en las ABVD o AIVD que te gustaría cambiar o mejorar.	¿POR QUÉ QUIERO CONSEGUIRLO?	¿PARA QUÉ?	¿CÓMO? ¿QUÉ APOYOS TENGO? ¿CUALES NECESITO?
SEÑALA LAS HABILIDADES CON LAS QUE CUENTAS:				

Anexo 2:

SESIÓN	OBJETIVO	CONTENIDO
1 2 3 4	Explorar el conocimiento y significado personal que los participantes tienen acerca del concepto de autonomía personal.	Administrar evaluación ad hoc de creencias sobre el concepto de autonomía. Revisar diferentes conceptos englobados dentro de la autonomía (autonomía – dependencia – situación de discapacidad - apoyos). Diferenciar conceptos y asociar con: ABDV –AIVD – RUTINA Metas / valores personales: planes de vida, expectativas, deseos, aspiraciones, esperanzas, sueños, ilusiones y ambiciones
5 6 7 8	Compartir información sobre la autonomía y sus dimensiones.	Video que permita la reflexión y construcción del concepto. Trabajar sobre la idea del “Plan de autonomía personal” que cada uno tiene: cómo realizamos las elecciones, decisiones y la relación que éstas tienen con nuestra familia – comunidad haciendo un mapa grupal con los conceptos hasta el momento.
9 10 11 12	Reflexionar sobre las dimensiones de autonomía en su experiencia personal y relacional.	Continuación del trabajo en mapa grupal. Realizar mapa personal sobre rutina y actividades significativas para cada uno dentro de ella. Administrar evaluación ad hoc de creencias sobre el concepto de autonomía (evaluación post)
13	Cierre del grupo.	Recoger impresiones y utilidad del mismo.

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

18. LOS CUIDADOS FÍSICOS EN EL ARSENAL TERAPÉUTICO DEL MANICOMIO DE LEGANÉS DURANTE LA SEGUNDA REPÚBLICA ESPAÑOLA¹

Raquel Tierno Patiño

raquel.tierno@salud.madrid.org

José Morales Zamorano

Psiquiatras del Instituto Psiquiátrico SSM José Germain de Leganés

INTRODUCCIÓN

Las posibilidades terapéuticas de la psiquiatría decimonónica eran casi inexistentes y el aislamiento manicomial, en cuyo marco se llevaban a cabo los tratamientos higiénico-morales, fue durante todo ese siglo una herramienta indispensable para los alienistas.

La potente industria química centroeuropea que se desarrolló a finales del siglo XIX no cambió el hecho de que los pocos tratamientos farmacológicos que se usaban para las enfermedades mentales en los asilos de las primeras décadas del siglo XX seguían siendo los mismos antiguos e inespecíficos fármacos del siglo previo, con escasas salvedades como los barbitúricos. Por este motivo, en el aparentemente modernizado arsenal terapéutico de la psiquiatría de los años 30 continuaban ocupando un lugar prioritario los tratamientos físicos: medidas higiénicas y dietéticas, hidroterapia y labores ocupacionales de los enfermos.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es estudiar el uso de los tratamientos físicos (dieta, reposo, balneoterapia y laborterapia) en el Manicomio de Leganés durante la Segunda República española. Para ello estudiaremos el modo y frecuencia en que estos tratamientos higiénico-morales, que se venían empleando desde hacía tiempo en la institución, se aplicaron a los pacientes que ingresaron durante el periodo comprendido entre el 14 de abril de 1931 y el 18 de julio de 1936.

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) y el Archivo Histórico del ayuntamiento de Leganés. El análisis del material se complementará con la consulta de diversas publicaciones médicas del periodo y bibliografía secundaria.

1. Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación “Psiquiatría y cambio social en España (1960-1985)”. Referencia: HAR2015-66374-R (MINECO/FEDER)

DESARROLLO

El uso de remedios físicos para aliviar los padecimientos de los locos ha sido habitual en las herramientas terapéuticas de la psiquiatría a lo largo de su historia. Desde la teoría humoral, los remedios físicos pretendían restablecer el equilibrio perdido, causante de los síntomas, con la idea de una recuperación. Con el paso del tiempo, en el siglo XIX, desde la concepción moral de la enfermedad mental introducida por Pinel (1745-1826), los remedios físicos ocuparon un lugar privilegiado en el arsenal terapéutico de los alienistas. El aislamiento, protector del influjo pernicioso de la vida cotidiana, las medidas higiénico dietéticas equilibradoras y las tareas ocupacionales que distraían a los enfermos, tenían la intención de proporcionarles una pronta recuperación o en su defecto conseguir para ellos cierto alivio a sus sufrimientos. Por otro lado, no faltan en la historia de la psiquiatría los registros sobre el uso de estas medidas en ocasiones con una intención punitiva o aversiva (1, 2). Fuese cual fuese el enfoque teórico desde el que estas técnicas se aplicaron, un siglo después de que Esquirol (1772-1840) alabara los resultados de las mismas, Enrique Fernández Sanz (1872-1950), prestigioso neuropsiquiatra que fue Director del Manicomio de Leganés en la época que nos ocupa, continuó confiando en ellas. En 1926 un artículo suyo describía diversos abordajes terapéuticos para los enfermos mentales, otorgando un lugar destacado a las medidas psicoterapéuticas y a los agentes físicos. Señalaba que los remedios farmacológicos, aunque útiles, “habrán de ser siempre muy discretamente empleados, reducidos a una misión episódica y completamente secundarios” (3). Este médico, que trabajó en el Manicomio de Leganés entre 1919 y 1936 fue un productivo publicista que escribió numerosos artículos relacionados con los distintos tratamientos físicos que se aplicaron, en mayor o menor medida, durante su estancia en el manicomio (4-8).

Al revisar las 93 historias clínicas abiertas durante el período de la Segunda República, hemos encontrado que los datos sobre los abordajes terapéuticos recogidos en ellas son escasos. Solo el 15% aproximadamente recogen la aplicación de algún tratamiento, ya sean fármacos o tratamientos físicos. De estos 14 pacientes en cuya historia se registró alguna medida terapéutica, la mayoría recibieron más de un tipo de tratamiento, aplicados de forma simultánea o paulatinamente; este hecho explica que a la hora de analizar los datos se hayan manejado dos valores distintos. A veces hemos tenido en cuenta el número de pacientes con tratamientos recogidos en la historia clínica y en otras ocasiones hemos tenido en cuenta el número de intervenciones terapéuticas totales. El número de veces que se recogió la aplicación de algún tratamiento físico a los pacientes fue de 13 veces (5 intervenciones higiénico dietéticas, 2 aplicaciones de técnicas de hidroterapia y 6 pacientes en los que se empleó la laborterapia) y el total de los pacientes que las recibieron según datos de las historias fueron solo 8.

Contrariamente a lo que cabría esperar para una época donde la medicalización de la asistencia psiquiátrica fue uno de los principales objetivos, este porcentaje de pacientes, del 15%, en los que se recogió el uso de algún tratamiento es, incluso, algo inferior al de los pacientes ingresados en el siglo XIX y en otros períodos del siglo XX (9-11), sin embargo el uso de medidas físicas para mejorar el estado de los pacientes ingresados en Leganés fue mayor que en otras épocas venideras (10).

Las medidas higiénicas y dietéticas

La influencia del régimen alimenticio se ha relacionado desde la antigüedad con distintas enfermedades mentales. Ciertos alimentos se han considerado generadores de crisis y recrudecimien-

tos sintomáticos y determinados regímenes dietéticos por el contrario han sido vistos como una herramienta para mejorar e incluso curar enfermedades como la epilepsia (12). A modo de ejemplo sirva la epilepsia, enfermedad de gran relevancia médica y social para la que desde el más remoto pasado de la medicina hasta nuestros días se han empleado estos remedios. Hipócrates, Areteo de Capadocia, Galeno y muchos otros que les siguieron en la historia de la psiquiatría, recomendaron evitar alimentos fuertes y el vino para reducir las crisis. Con el paso de los siglos parte de esas recomendaciones se fueron arrastrando y en estos enfermos en el siglo XX seguía considerándose la dieta una de las herramientas terapéuticas principales. En 1914, Enrique Fernández Sanz describía las dos hipótesis primordiales sobre la patogenia de esta enfermedad (5), la predisposición debida una anormal irritabilidad cerebral, que se atendía con sedantes, y la autointoxicación consistente en la acción sobre el cerebro de venenos producidos por el propio organismo y nacidos principalmente en el tubo digestivo, lo que se podía prevenir mediante un dieta apropiada. Esta idea de los influjos de la dieta en las crisis de los enfermos mentales no se limitó a esta patología, lo que nos lleva a comprender la atención extraordinaria que merecía el régimen alimentario de los enfermos de la mente. En resumen, la dieta recomendada para los epilépticos, y que según nuestro estudio se extendió al tratamiento de otras patologías mentales, era suave, preferentemente lactovegetariana, completada con huevos, pescados y poca carne. Se recomendaba también la retirada de excitantes, condimentos y en especial la sal, lo que se conocía como decloruración (que mejoraba la epilepsia porque favorecía la acción de los bromuros a dosis menores, disminuyendo el riesgo de bromismo).

Entre las intervenciones terapéuticas realizadas en el Manicomio de Leganés encontramos en las historias clínicas de 4 de los 93 pacientes que ingresaron durante la Segunda República alusiones a algunos de estos viejos recursos higiénico-dietéticos que venían a mejorar al enfermo a través de influir sobre ciertos hábitos de vida. Era habitual que estas medidas aparecieran en tratamientos combinados con otras prescripciones relacionadas con la hidroterapia, laborterapia y farmacoterapia. A modo de ejemplo sobre lo descrito reflejamos a continuación varios fragmentos donde se muestran estas intervenciones combinadas.

La historia clínica 1054 recoge el caso de una mujer de 54 años que ingresó en el departamento de pensionistas; para mejorar los síntomas de su Parafrenia se empleó el siguiente tratamiento: "*Trabajo manual de labores, repetitivos pero no muy seguidos. Convivencia en el salón con enfermas tranquilas, algún juego de cartas, damas, etc. Baño templado cada cuatro o cinco días de quince minutos. Nada de vino ni café. Reposo en cama durante seis horas. Somnífeno Roche veinte gotas por la noche al acostarse.*" Los juegos de damas o cartas, probablemente desde los mismos principios terapéuticos que operaban en las tareas ocupacionales, eran considerados prescripciones terapéuticas en la medida en que permitían romper el círculo vicioso de obsesiones que invadían la mente de los enfermos. Poco efectivas debieron ser estas herramientas que se aplicaron en su tratamiento pues en 1943 la familia de la enferma, deseosa de su alta, sugiere a los médicos del manicomio el uso del "electroshok". El facultativo que respondió a estos requerimientos familiares desestimó este tratamiento y los otros novedosos de la época, les explicaba que en la primera época de las manifestaciones sintomáticas ya se le trató "*con arreglo a la terapéutica que entonces se empleaba, por cierto muy pobre*" pero que en 1943, diez años después de iniciada la enfermedad, la larga evolución y el deterioro que presentaba ya no le hacía susceptible de mejoras a través de intervenciones terapéuticas. Las palabras del médico demuestran que el paso de los años acabó con el optimismo terapéutico del primer tercio del siglo XX, cuando se otorgaba a estos tratamientos la esperanza de la remisión.

Una anciana viuda de 72 años, que ingresó en beneficencia con número de historia 1068, por un proceso arteriosclerótico y de regresión, también recibió la indicación de “*Terapéutica por el trabajo (costuras sencillas). Baño templado prolongado por las mañanas. Por la noche cincuenta centigramos de veronal, y durante el día dos gramos de bromuro potásico, alternando cada diez días, con sesenta gotas repartidas en tres tomas, de tintura de valeriana, con infusión templada de tila.*”

Otra mujer de 46 años, diagnosticada de epilepsia e ingresada en diciembre de 1934 en pensionistas, cuya historia es la 1072, tuvo un tratamiento que incluía un *Trabajo en labores fáciles y durante corto tiempo, con periodos de descanso largos. Régimen de alimentación lactovegetariano frugívoro con poca carne. Nada de sal en la alimentación. Luminal 10cgramos por día y dosis.* En este caso podemos ver cómo las prescripciones obedecían en ocasiones a ideas arrastradas que no tenían base científica pues en esta epiléptica la retirada de sal, o decloruración, no tendría el efecto que Fernández Sanz le atribuía en su artículo (5) (citando los trabajos de otros autores de la época) pues no tenía prescritos bromuros.

En la historia clínica 1074, correspondiente a una mujer de 35 años que ingresó en categoría de pensionista de segunda, diagnosticada de Paranoia, en sus indicaciones *terapéuticas figuran, entre otras que no detallamos, medidas relacionadas con la dieta: Régimen de alimentación a base de leche, verduras, frutas, pescados blancos, quesos frescos, purés, sopas, patatas cocidas. Menos veces carne de vaca, de cordero o de llamadas blancas. Nada de vino, té o café.*

Además de estos casos de tratamientos combinados tenemos en la historia clínica 1034 el caso de una paciente agitada a la que se le administraron sedantes y se indicó un encamamiento continuo, resolviéndose el cuadro de agitación 8 días después. Probablemente este “*encamamiento continuo*” o el “*reposo en cama durante seis horas*” indicados a la enferma de la historia 1054 estaba basado en la clinoterapia o permanencia en cama, medida terapéutica recomendada desde el siglo XIX. Empleada por reconocidas figuras de la historia de la psiquiatría, como Joseph Guislain en melancólicos o Jean-Pierre Falret en procesos maníacos agudos febriles y en estados melancólicos caracterizados por postración física o psíquica; esta medida fue sin embargo extendida sobre todo en el siglo XX a partir de la famosa comunicación de Magnan en la Academia de Medicina de París en julio de 1912, donde expuso sus 15 años de experiencia, entre 1888 y 1912, con el encamamiento de casi 32.000 pacientes en Sainte-Anne (2).

Hidroterapia

El agua, en sus diferentes posibilidades, ha sido empleada como tratamiento para el malestar del hombre desde tiempos inmemoriales (1, 13-15); ya en la medicina hipocrática se destacó su utilidad en la melancolía y con el paso del tiempo se fueron ampliando las indicaciones de su uso, pero no es hasta el siglo XVIII y XIX cuando se considera fuertemente el interés de su estudio y se generaliza su uso, bajo la forma de lavados o baños, en el contexto del tratamiento moral (13, 16, 17). Un recurso terapéutico que siguió siendo común, por considerarse eficaz, en los manicomios en la primera mitad del siglo XX, tal como lo demuestran las producciones científicas de personalidades relevantes de la época (4, 8, 18). La hidroterapia, también llamada balneoterapia, ha sido empleada en distintas modalidades como duchas frías o templadas, baños relajantes, baños sorpresa, etc. Numerosa literatura ha descrito estas variantes (1, 14, 19) de las que tan solo hemos podido registrar en Leganés el uso de los baños templados en dos mujeres, cuyos datos

ya hemos expuesto en el apartado previo. En una se indicó el baño templado prolongado por las mañanas y en otra baño templado cada cuatro o cinco días de quince minutos. En ninguno de estos casos se describió en la historia los resultados obtenidos con dicho tratamiento o la duración en el tiempo de esta prescripción. A pesar de los muy escasos datos hallados en la muestra investigada, artículos de época publicado por el Director del Manicomio (20, 21) y documentos del Manicomio conservados en el Archivo del Manicomio nos muestran las virtudes que al agua se le atribuían en la mejora de los sufrimientos de la mente y unas elevadas expectativas de la hidroterapia en el tratamiento de los asilados en Leganés. No obstante, en el contexto de las múltiples deficiencias estructurales del Manicomio, parece que finalmente menos pacientes de los deseables se pudieron beneficiar adecuadamente de la hidroterapia, según demuestra una carta del Jefe Facultativo al administrador del Manicomio, con fecha del 11-07-34, informándole de "... que *desde hace tiempo no pueden aplicarse a los enfermos los necesarios tratamientos hidroterapicos, por la total carencia de agua suficiente para dotar estos servicios, que creo es natural, no favorece en nada el estado de los enfermos que precisan sobre todo en estados de agitación de tales tratamientos, aparte de lo desatendidos que se encuentran los servicios higiénicos del Establecimiento, con el consiguiente peligro en cuanto al desarrollo de cualquier enfermedad infecciosa se refiere...*".

Las dificultades para el abastecimiento de agua al establecimiento psiquiátrico fueron un problema desde la fundación de la institución en 1852 y, periódicamente, generaron demandas al Ayuntamiento de Leganés en diversas épocas (22). Esta deficiencia, intolerable en una época en la que las mejoras de salud pública fueron uno de los objetivos primordiales, se pretendió subsanar entre noviembre de 1932 y agosto de 1934, solicitándose la adecuación del alcantarillado y el aumento del aporte de agua, suplida por un contrato de suministro de agua potable al Manicomio Nacional de Santa Isabel. El día 1.08.1934 se realizó una cesión de sesenta metros cúbicos, según documentos hallados en el Archivo Histórico del Ayuntamiento de Leganés, año 1932; año 1933 (nº 6, nº 12) y año 1934 (nº 4, nº 11).

Las inquietudes de los facultativos debieron ser compartidas por los pacientes del manicomio que eran quienes realmente las padecían. En 1935 una paciente dirigió sus quejas a través de varias cartas, dos de ellas intentó enviarlas al exterior sin que su envío fuese cursado, y la tercera la dirigió al médico encargado del departamento donde estaba ingresada. Esta mujer casada de 54 años de edad ingresó en la Casa de Santa Isabel de Leganés el 16 de junio de ese mismo año, diagnosticada de paranoia parcial familiar. Llegó procedente del Manicomio del Doctor Esquerdo y permaneció en Leganés hasta mayo de 1938, fecha de su muerte a causa de una nefritis crónica. La estancia de esta enferma en Leganés transcurrió en el departamento de pensionistas en categoría de primera y sorprende pensar que pasó sus 34 meses de ingreso en el mejor departamento del manicomio, teniendo en cuenta las duras descripciones que hizo de sus condiciones de vida en él. Las cartas, dirigidas a un fraile conocido llamado Federico, objeto de sus delirios, y a Don Aurelio Mendiguchía, médico del establecimiento encargado del departamento de mujeres, no llegaron a ser enviadas y se han conservado en su historia clínica, nº 1080, dando testimonio del mal estado de las instalaciones (se ha conservado la fidelidad de la transcripción a pesar de los errores ortográficos y gramaticales propios de una persona con escasa formación como era esta paciente):

Carta primera al fraile:

"Queridísimo Federico

cuanto tiempo hace que no sedeti Dios quiera que cuando esta recibas disfrutes mucha salud

yo ya creo que lo sabras estoy en leganes voy a estar de manicomio en manicomio y yo ya no mencuento con fuerzas para nada si me bieras te costaria trabajo conocerme estoy cansada de pasar miserias y calamidades y verlas al mismo tiempo que las paso y tu sin cumplir tu palabra de caballero tes pero que bengas hacerme tu esposa pues tu no sabes que lucha etenido hasta decirme escribirte esto de hacer las cosas sin saber lo que agoes muy triste y ademas estoy pasando por todo hasta por baga pues segun el medico cuando eservido hera perezosa para el trabajo pues yo siempre cuando tenia una cosa por hacer no descansaba hasta que no la hacia

que bengas abuscarme en seguida que yo asino puedo vivir y sabes que te quiere siempre tu Maria Ysabel hoy dia 22 de Julio de 1935"

Carta segunda al fraile:

"Querido Federico

voy a bolver a escribirte aun cuando yo creo questo a de ser mi ruina pues no saliendo mas tardare en verte

no se como andaras tu de salud yo la tengo bastante delicada yo en mi vida habia sudado tanto como ahora estoy siempre en un baño de sudor estoy muy angustiada quiero haber si me baño pues todavia no me ebañado no se donde estan los baños haber si vienes abuscarme que yo no puedo estar aqui con tus compaňeras las monjas porque yo creo que las monjas y los frailes es una cosa parecidapues bien estoy erida y araňada por tus compaňeras pues 4 años ques tuve en Casa del Señor Esquierdo nisiquiera intentaron hacermelo estoy peor por todos estilos y tu alo mayor te vistes de seglar y te diviertes con la Dolores y yo en la igera aqui pasando toda clase de tormentas amisi que me pega ese cantar

aun Calvario muy sombrio suvi con la cruz acuestas delagrimas forme unrrrio tu que ves cuanto me cuesta hay un Dios muy justiciero y nada mas para otra que ya no me coje mas ya sabes te quiero siempre tu

Maria ysabel

hoy dia 24 de Julio de 1935"

Carta al médico del departamento de mujeres:

"hoy dia 8 de Julio de 1935

distinguido Don Aurelio:

siento mucho tener que molestar austed pero no teniendo aquien pedirle ese favor recurro austed por ser el medico del establecimiento y juzgarle un caballero pues yo creo que de usted depende mucho o quizas todo de mi salida pues usted habra oserbado que yo no estoy enferma pro claro se me trata como auna enferma opeor porque en estos sitios no les gusta ques ten mas que las ques tan enfermas

pues yo con cambiar de manicomio eperdido mucho por todos estilos la otra noche por poco no memuero y sintener a nadie a quien recurrir encontrandome sola y auscuras completamente esto esta muy mal dispuesto claro esta si me muero me entierran y usted con un papel cumple y terminado

aquí la mayoria de las veces que bamos a lavarnos no hay agua esta muy escasa los retretes huelen muy mal y como aquí no salimos ni hay los jardines quen Casa de Señor Esquierdo a lo mejor nos entra una peste aquí esto esta lleno de ratones y ya se sabe que donde los hay huele muy mal aquí los vasos que son de plata o de aluminio no los friegan los secan con un paño que luego secan los demás cacharros a veces estan mas negros que mi bata

aquí tampoco dan vino solo agua que aclara la vista de los castigos no quiero decir nada aquí veo aparatos y correas que nunca vi en Casa del Señor Esquierdo otro dia escribire mas me despo de usted su efectisima Maria ysabel Rodriguez".(sic.)

Es probable que estas deficiencias fueran mayores en el departamento de mujeres a la luz de las quejas de la paciente y los datos de enterocolitis en el Manicomio que hemos analizado en trabajos sobre la institución centrados en la mortalidad esos años (23) (causa del 20% de las muertes de mujeres frente al 2, 9% de los fallecimientos de hombres)

Laborterapia

Otra herramienta de mejora del enfermo mental desde la concepción moral pineliana fue el proporcionar a los locos tareas ocupacionales que fortalecieran su mente (24-26). Ya desde el siglo XV encontramos referencias al desempeño de los pacientes de tareas propias de la convivencia en las instituciones (27) pero la laborterapia propiamente dicha cobró especial relevancia tras la meritaria propaganda de las normas científicas dictadas por Hernann Simon (1867-1947), a partir de 1918. En los años veinte, tras aceptarse que la organización del trabajo podía mejorar tanto la patología crónica como las formas más agudas de enfermedad mental, este recurso terapéutico trató de instaurarse en gran parte de los nosocomios (25, 28-31).

Gilabert Zaragoza insistía en 1929 en la relevancia social de los datos estadísticos de curación de los manicomios y sanatorios donde se ocupaba a los enfermos en trabajos metódicos. Según detallaba, las cifras de alta en estos modernizados nosocomios eran de 50% frente a aquellos en los que no se había adaptado aún la terapéutica por el trabajo, que no llegaban en esos años a registrar más que un 10% (30). Es importante señalar que se refería a altas por curación social, no médica, a la que daba un enorme valor al contraponerla a la idea extendida entre el vulgo e incluso algunos médicos de que el enfermo mental era un “inútil perpetuo”. Acierta al aventurar problemas de índole material detrás de este retraso de algunos establecimientos en incorporar tan reconocido método terapéutico: escasez de personal y poca cualificación del mismo así como la falta de locales acondicionados para ello, idénticos problemas con los que se encontraron los facultativos del Manicomio de Leganés como se puede apreciar en una carta hallada en el Archivo, que posteriormente describimos, e insta a los Gobiernos a comprender que bajo el razonamiento de la curabilidad social toda ayuda monetaria que se diese a los manicomios les sería devuelta con creces al permitir que millares de inteligencias, como él nombró a los encerrados, volviesen otra vez a laborar por el bien de la colectividad. El autor de este artículo describía los manicomios como lugares espaciosos, higiénicos y bien aireados con “espaciosos talleres, en los cuales trabajan alegres y afanosos, con la risueña serenidad que da el trabajo, a todos aquellos desgraciados, que aún no hace muchos años se consumían en horrendos calabozos” (30).

Si bien sólo hemos localizado cinco referencias al tratamiento laborterápico reflejadas en las historias clínicas, diverso material hallado en el Archivo del Manicomio Nacional nos hace pensar que un mayor número de pacientes asilados en Santa Isabel eran los destinatarios de esta modalidad terapéutica. En concreto dos documentos se refieren a estos asuntos y muestran el interés de los facultativos por implantar esta modalidad de tratamiento en Leganés. Uno de ellos, del que se conserva copia transcrita a máquina, con fecha de 1932, sin firma y sin nombre de a quién va dirigido, expresaba

“...la necesidad urgente de poner en marcha en este Establecimiento benéfico, la terapéutica activa por la ocupación y el trabajo, implantado ya, en todos los manicomios modernos con excelentes resultados, pues produce una influencia muy favorable en la evolución de las dolencias mentales, atenuando sus síntomas y abreviando el curso de las mismas, por lo que resulta ventajoso, no solo para los enfermos mismos, sino también para la asistencia pública por disminuir el número de estancias causadas por aquellos.”

El otro documento, recogía en julio de 1933, tan sólo un año después, las quejas que Aurelio Mendiguchía, médico de la sección de mujeres, dirigía al Jefe Facultativo, Enrique Fernández Sanz. En él describió las dificultades que existían en aquel entonces para la implantación del trabajo como medio terapéutico. La inadecuación de locales así como la falta de personal cualificado impedían llevar a cabo trabajo industrial o agrícola, por lo que la elección del tratamiento de laborterapia se limitaba a los servicios domésticos, especificando que:

“...de 126 enfermas trabajan 46. Treinta cosen la ropa de la casa, hacen encaje cuatro, flores una, ayudan a la limpieza de los departamentos con las Hermanas de la Caridad y al lavadero diez. Una se dedica a trabajos de malla.”

Esta discordancia entre el número de pacientes femeninas que prestaban servicios domésticos y el reflejo de dichas cuestiones en la historia médica, podría engendrarnos dudas sobre si eran realmente consideradas herramientas terapéuticas estas labores o continuaban siendo vistas como ocupaciones que entretenían a los pacientes y servían al establecimiento, con tantas limitaciones de recursos, tanto humanos como económicos, que tenía. De acuerdo a las normas dictadas por Simon había algunos principios básicos para que estas tareas ocupacionales pudiesen considerarse realmente laborterapia y entre ellos figuraba que la medida debía indicarse exclusivamente por el facultativo y la actividad debía ser remunerada (25). Si bien no hemos encontrado ninguna alusión a la entrega de dinero a los pacientes, los facultativos de Leganés contemplaron un sistema de premios para incentivar a aquellos que trabajasen (escuchar la radio, los juegos de bolos, entrega de cigarrillos, permisos de salida...), tal como se recoge en una carta fechada de 1932, que se encuentra en el ya citado Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico de Leganés. Asimismo recomendaron el inicio de dichas labores en los departamentos de beneficencia, para irlos extendiendo posteriormente a los pensionistas, seguramente debido a las dificultades para justificar el trabajo en pacientes que aportaban unas cuantía económica para mejorar las condiciones de su encierro.

CONCLUSIONES

El Manicomio de Leganés, que durante las primeras décadas del siglo XX presentaba un carácter eminentemente asilar, aún se hallaba lejos durante la Segunda República de la medicalización que deseaban los alienistas españoles de la época, a juzgar por la escasa utilización de alternativas

terapéuticas y la nula valoración médica de su eficacia. Podemos encontrar la explicación en la poca eficacia y especificidad de los tratamientos disponibles y, por otro lado, en la persistencia de una fuerte convicción todavía en el siglo XX de que la etiología de la enfermedad mental tenía sus raíces en lo moral, según la conceptualización pineliana del término. Se percibe, además, un aumento del interés por parte del cuerpo facultativo para establecer el trabajo como una alternativa terapéutica sistematizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos de Viesca B. La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX. *Salud Ment.* 2000;23(5):41–6.
2. Huertas García-Alejo R. *El siglo de la clínica.* Frenia, editor. Madrid; 2004.
3. Fernández Sanz E. El aislamiento y la reclusión de los enfermos neuróticos y psiconeuróticos. *El siglo médico.* 1926;(3811):621–4.
4. Fernández Sanz E. El trabajo como medio terapéutico en el tratamiento de las psiconeurosis. *Rev Med y Cirugía Prácticas.* 1914;104:89–97.
5. Fernández Sanz E. Contribución clínica a la terapéutica de la epilepsia idiopática. *Progresos la Clínica.* 1914;4:257–69.
6. Fernández Sanz E. Algunas consideraciones sobre la sulfoterapia en Psiquiatría. *El siglo médico.* 1931;87:57–61.
7. Fernández Sanz E. Sobre el tratamiento intrarraquídeo de las neuropatías sifilíticas. *El siglo médico.* 1917;64:846–9.
8. Fernández Sanz E. La hidroterapia en las psiconeurosis. *El siglo médico.* 1920;67:449–51.
9. Mollejo Aparicio E. Funcionamiento y régimen interno del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (1852-1936). In: Fuentenebro F, Huertas García-Alejo R, Valiente Ots C, editors. *Historia de la psiquiatría en Europa.* Madrid: Frenia; 2003. p. 635–46.
10. Conseglieri A. La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock. *Frenia.* 2008;8:131–60.
11. Candela Ramírez 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.* Universidad Complutense de Madrid; 2017.
12. Alt C. Tratamiento dietético de los epilépticos. *Rev frenopática española.* 1910;8:275–9.
13. Ceballos MA. Hidroterapia y crenoterapia en la psiquiatría del siglo XIX. *Boletín la Soc Española Hidrol Médica.* 2006;21(1):22–7.
14. Bustos Cardona T, Simón Lorda D, Estevez Gil X, Muñoz Anduquía CX. Sobre “baños tibios prolongados”, balnearios y locura en Galicia (finales del siglo XIX y principios del siglo XX). In: Simón Lorda D, Gómez Rodriguez C, Cibeira Vázquez A, Villasante Armas O, editors. *Razón, locura y sociedad Una mirada a la historia desde el siglo XXI.* Madrid: AEN; 2013. p. 375–86.

15. Montiel, Luis y Puente B. La medicina de la mente en el periodo moderno. In: Panamericana, editor. Histopria de la psicofarmacología. Madrid: López-Muñoz, F. y Álamo, Cecilio; 2007. p. 63–85.
16. Pinel P. Tratado médico-filosófico de la enagenación mental o manía. Dor S.L.; 1997.
17. Rodríguez Sánchez JA. Agua que aún mueve molino: aproximación a la historia balnearia. An Hidrol Médica. 2007;2:9–26.
18. Fernández Sanz E. Los baños de mar y el clima litoral en los enfermos psiconeuróticos. La Med Íbera. 1920;12:289–91.
19. Ceballos MA. Hidroterapia y crenoterapia en la psiquiatría del siglo XIX. Boletín la Soc Española Hidrol Médica. 2006;21(1):22–7.
20. Fernández Sanz E. La hidroterapia en las psiconeurosis. El siglo médico. 1920;67:449–51.
21. Fernández Sanz E. Los baños de mar y el clima litoral en los enfermos psiconeuróticos. La Med Íbera. 1920;12:289–91.
22. Villasante Armas O. Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: un frustrado proyecto de Manicomio-Modelo. Cuad Psiquiatr comunitaria. 2002;2(2):139–62.
23. Tierno Patiño R. Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952). Frenia. 2008;8:97–129.
24. Aldo Conti N. The moral treatment of Pinel in the origins of modern psychiatry. Vertex. 2008;19(82):394–6.
25. Rey Ardid R. Organización de la terapéutica activa en los manicomios españoles. Arch Neuropiol (Madr). 1932;12(6):917–44.
26. Llinas N. Tratamiento de las enfermedades mentales por los trabajos manuales. Rev frenopática española. 1905;36:358.
27. Troppé H. Los tratamientos de la locura en la España de los siglos XV al XVII. El caso de valencia. Frenia. 2011;27–46.
28. Salas y Vaca J. Alcoholofobia. Al Dr. D. E. Fernández Sanz. La Corresp Médica. 1902;37:544–6.
29. Labarta B. Trabajo de los locos en los frenocomios. Siglo Médico. 1922;69:583–5.
30. Zaragoza Gilabert F. El trabajo como terapéutica en los enfermos mentales. Arch Med Cirugía y Espec. 1929;31:36–43.
31. Rodriguez Morini A. La terapeutica por el trabajo en los Manicomios. Rev Médica Barcelona. 1929;11:356–8.

VOLVER AL ÍNDICE

19. EL CINE COMO ACTIVIDAD INDUCTORA DE LA MENTALIZACIÓN

María Martín Martín-Blas

Hospital Infanta Sofía. Hospital Infanta Sofía

martinmartinblas@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

Podemos decir sin temor a equivocarnos que es imposible ver una película sin mentalizar sobre sus personajes. Frente al film, el aparato psíquico de cada cual, más rudimentario o más sofisticado, se pondrá en marcha para tratar de reconocer en los protagonistas un mundo interno con sus propios sentimientos, pensamientos, deseos e intenciones; para tratar de comprender por qué estas personas hacen lo que hacen, qué les mueve, qué les condena o qué les salva. Si la mentalización ayuda a ver la conducta y a las personas como seres intencionales y hasta cierto punto, predecibles; el cine ayuda y entrena la mentalización.

Sabemos que las personas con trastorno mental grave tienen la vulnerabilidad de tener fallos en su capacidad mentalizadora en determinadas situaciones emocionales interpersonales. Esta vulnerabilidad estaría motivada por la combinación de factores constitucionales, apegos desorganizados durante la infancia junto con experiencias traumáticas a lo largo de su biografía. La pérdida de mentalización en los otros generaría ciclos coercitivos que contribuirían a la no-mentalización, perpetuando un círculo vicioso imparable (Bleiberg, 2013).

Presentamos aquí un intento de aprovechar el cine como medio de acercamiento al individuo de hoy en día, seducido por el poder de la imagen y alfabetizado audiovisualmente. Será la técnica coadyuvante para la realización de una psicoterapia de grupo de vocación mentalizadora que ayude a los pacientes a lograr un cambio terapéutico.

OBJETIVOS

- Mantener baja la defensividad del espectador a través de la metáfora que constituye la cinta (Fernández de Juan, 2006) y de esta manera, favorecer el inicio de la actividad reflexiva. La tarea de mentalizar sobre conflictos propios del individuo puede resultar imposible por la propia carga emocional acompañante. En cambio, la pantalla ofrece la posibilidad de distanciarse emocionalmente al mismo tiempo que actúa como contenedor de las ansiedades del espectador, que trabajará bajo la protección de estar hablando sobre otro, no de él.
- Lograr un balanceo más equilibrado de las cuatro dimensiones básicas que constituyen la mentalización. Sabemos que la mentalización es una habilidad polifacética que requiere un equilibrio flexible entre varias dimensiones de procesamiento de la experiencia que seguidamente vamos a explicar más detenidamente (Luyten P. Et al., 2012):

1. Automática/implícita-controlada/explícita (Satpute y Lieberman, 2006):

La mentalización automática es irreflexiva y requiere poco esfuerzo, atención, conciencia o intención. Conlleva un procesamiento de la información no verbal y está codificada por recuerdos implícitos.

La mentalización controlada o explícita por el contrario requiere atención, consideración y esfuerzo. Supone el proceso secuencial y relativamente lento de representación de la experiencia. Los recuerdos que intervienen en esta mentalización son explícitos y potencialmente accesibles a la conciencia, por lo que pueden ser mentalizados.

Los dos tipos de mentalización son complementarios, en el sentido de que un buen mentalizador es capaz de cambiar del modo automático al modo controlado de manera flexible según los estados mentales propios y de los demás.

Podemos decir por tanto que la mentalización automática vendría “de serie” mientras que la controlada sería un “extra” que requeriría un proceso, un entrenamiento, un camino que tenemos que ayudar a nuestros pacientes a recorrer. En nuestra actividad tratamos de mejorar esta mentalización controlada o explícita (es decir, que cuando se detecte un estado mental propio o ajeno se pueda reflexionar sobre sus causas, ponerle palabras, matizarlo y contrastarlo). Por eso, una de las posibilidades que nos facilita el cine será la discusión del grupo – guiada por el terapeuta - sobre por qué creen que un personaje ha hecho una determinada cosa.

Sabemos que el estrés y la excitación elevados facilitan la mentalización automática en detrimento de la controlada. En sistemas familiares de elevada emoción expresada la mentalización de los miembros es básicamente automática. El cine sería la barrera que haría disminuir el estrés y la hiperactivación (estoy hablando de los personajes, no de mí), pero al mismo tiempo permitiría mentalizar aspectos propios.

En la actividad que llevamos a cabo, la coordinadora de grupo preguntó a los pacientes a propósito de la película “La habitación del hijo” (Nanni Moretti, 2001) por qué un padre que acaba de enterrar a un hijo se sube a una noria de una feria. Con ello, se pretendía dejar de un lado la mentalización automática dando lugar a entrenar aspectos de la controlada: fijar la atención en una escena concreta y analizar los propios recuerdos explícitos de momentos de disociación ante el dolor.

2. Centrada en lo externo-centrada en lo interno (Lieberman, 2007).

Se puede mentalizar basándonos en los rasgos físicos y acciones de los actores que representan los personajes o se puede intentar imaginarse su experiencia subjetiva, aquello que es de alguna manera imposible de observar.

Este es otro movimiento que puede hacer el coordinador cuando observe que se está mentalizando meramente sobre la apariencia física o sobre lo que hace un personaje sin preguntarse por qué, volver de nuevo a la reflexión sobre las motivaciones.

A modo de ejemplo, citaremos aquí un fragmento del grupo de psicoterapia que tuvimos tras la visualización de la película “Los cuatrocientos golpes” (Francois Truffaut, 1959), donde intentamos que los participantes pudieran pasar de una mentalización basada en los actos de la protagonista a otra que es capaz de conectar sus actos con su biografía.

- *Terapeuta: ¿Qué le pasa a la madre del protagonista?*
- *Paciente: Que es una mala madre, no cuida a su hijo ni a su marido y además tiene un amante.*
- *Terapeuta: ¿Por qué os parece que es así?*
- *Paciente: Bueno, también se dice que no quería tener hijos y eso... la obligaron a ser madre y a casarse con ese hombre.*

3. Orientada hacia el si mismo-orientada hacia los demás (Dimaggio et al., 2008; Lombardo et al., 2010)

La buena mentalización requiere un equilibrio muy fino entre el foco en los estados mentales personales y el foco en los estados personales de los demás. Ya hemos mencionado anteriormente que la no mentalización de los pacientes genera ciclos coercitivos en los familiares que a su vez no mentalizan lo que le está ocurriendo.

Pensamos que una habilidad que la psicoterapia a través del cine puede facilitar muy bien sería la mentalización de los otros. En muchas ocasiones los pacientes que atendemos están funcionando en “equivalencia psíquica”, es decir “lo que siento y percibo es lo mismo que los otros siente o perciben” o “lo que está en mi mente es la realidad”. El grupo es fundamental para la mentalización porque en él se va a descubrir que hay un otro que piensa diferente; que los demás tienen pensamientos, perspectivas, puntos de vista que pueden ser diferentes de los propios.

Así, por ejemplo, tras la visualización de la película “La habitación del hijo” de Nanni Moretti, una paciente comentó su sensación de que los padres no habían prestado ninguna atención a su otra hija tras el fallecimiento del hijo varón. Mientras que dos pacientes percibían esta negligencia en el trato a uno de los hijos, el resto no veía tal cosa y la terapeuta lanzó la pregunta de por qué pensaban que viendo la misma película cada cual opinaba algo tan diferente, dando paso al enlace con las historias biográficas. Se pretende de esta manera desactivar dicha equivalencia psíquica y que las visiones alternativas puedan favorecer cierta regulación emocional. La mentalización orientada a los demás es una vuelta de tuerca más que requiere que el paciente tenga ciertas habilidades introspectivas y que exista cohesión grupal adecuada.

4. Cognitiva-afectiva (Golan et al., 2008)

Para concluir, una correcta mentalización requiere la integración de la cognición y del afecto.

Es curioso como los participantes se apoyan sin complejos los unos en los otros en aspectos más cognitivos de la película, se hacen preguntas con relativa facilidad sobre la comprensión de la misma, “no he entendido tal cosa” o “no me ha quedado claro esto otro” y sin embargo, los aspectos emocionales incomprendidos cuesta mucho más contrastarlos.

Determinados pacientes con la parte afectiva más bloqueada se podrán beneficiar de la emotividad de otros y viceversa, los malentendidos en lo cognitivo de los más emocionales podrán resolverse mediante las intervenciones de otros pacientes.

- Lograr de este modo el cambio terapéutico a través de la expansión y complejización de la narrativa del paciente.

METODOLOGÍA

La actividad se llevó a cabo en el Hospital de Día del Hospital Infanta Sofía entre los años 2009 y 2017.

Sobre el encuadre de la actividad

Los participantes en este grupo de psicoterapia a través del cine son pacientes de hospital de día: personas que están diagnosticadas de trastorno mental grave y en las que se ha visto una

posibilidad terapéutica en cuanto a capacidad introspectiva, motivación de cambio y desarrollo personal. No es un hospital de día específico de una patología concreta por lo que las personas que acuden tienen diagnósticos variados en el espectro del TMG.

Con frecuencia mensual, el equipo elige dos películas que estima pueden favorecer un avance teniendo en cuenta el momento en el que se encuentra el grupo.

Los participantes votan sobre cual de las dos películas prefieren trabajar tras haberse leído en la asamblea el resumen que figura en la carátula de los films.

Tras la visualización, aprovechando el estado emocional inducido por el visionado, se realiza un grupo de psicoterapia de una hora de duración en el cual el coordinador tendrá un papel activo intentando promover la reflexión sobre las motivaciones subjetivas de los personajes, fomentando que se hable de ellos desde un punto de vista psicológico.

Sobre la elección de la película

Una característica esencial de esta modalidad de terapia es el intentar ajustar las demandas de mentalización en nuestras intervenciones con la capacidad mentalizadora del paciente en ese momento. Por este motivo la elección de la película se realiza teniendo en cuenta el estado emocional en el que se encuentra el grupo en el momento concreto del visionado así como el momento evolutivo y nivel de madurez reflexiva que ha alcanzado.

El equipo se reúne antes de la actividad y entre todos se escoge una película de un listado muy básico pero que nos es útil en el cual se hace referencia a la duración y temática principal que se puede trabajar.

En general mi recomendación es la de escoger películas de unos 90 o 100 minutos de extensión antes que las cercanas a las dos horas pues facilita que se mantenga la atención todo el metraje. El realizar un intermedio en mitad del visionado puede ayudar pero también puede romper el clímax emocional generado en un punto concreto, por lo que de nuevo es algo a decidir según el nivel de madurez grupal.

El argumento de la película es utilizado aquí como un emergente grupal controlado, que de alguna manera podemos elegir teniendo en cuenta el momento del grupo.

Así, en un momento grupal en el que varios pacientes llevaban semanas hablando en los diferentes espacios sobre cuál sería el origen de su enfermedad mental o si estaban de alguna manera “marcados” por sus genes, una de las películas que se ofreció fue “Family Life” (Ken Loach, 1971), película emblema de la antipsiquiatría con la que pudimos ahondar en la reflexión que el grupo se estaba planteando.

Cualquier película puede fomentar la mentalización de un modo y otro, pero pensamos que puede ser más ventajoso el escoger cine de calidad. Estamos tratando de fomentar un diálogo que será potencialmente más rico y tendrá puntos de vista más variopintos cuanto más complejos sean los personajes, más ocultas sus motivaciones y cuanto más auténtica sea la historia; el guión ha de ser inteligente y los actores creíbles. Éste es el único modo de que los pacientes se puedan identificar con los personajes y se pueda iniciar una mentalización.

Durante los años en los que hemos venido desarrollando la actividad hemos ido experimentando junto con los pacientes diferentes tipos de cine. Las películas que versan sobre temá-

tica específica de enfermos mentales o instituciones psiquiátricas, en mi experiencia, generan en los participantes identificaciones masivas que inducen a estados emocionales inhibidores de la mentalización. Sería el único ejemplo en el que el cine no nos ayuda a disminuir las resistencias sino que pone en marcha toda una serie de defensas que impiden nuevos discursos. Quitando contadas excepciones, suelen ser películas en las que se da una visión distorsionada de la enfermedad mental, efectistas o ultradramáticas que generan gran desesperanza en el grupo.

Así como no me gustan especialmente películas “psiquiátricas”, tampoco busco los típicos ejemplos de superación personal exitosa ante las adversidades o los finales felices.

El que vemos es cine que afronta temática universal de preocupación del ser humano: el sentido de la vida, las relaciones amorosas y sus fracasos, las separaciones y los duelos, el miedo a la soledad y a la muerte... Simplemente es cine que en alguna ocasión yo pude disfrutar y que promovió en mí reflexiones o motivó emociones, material que considero muy valioso para el paciente como lo fue para mí misma en su día.

DESARROLLO

El diálogo que sigue al visionado de la película tiene que dar lugar a diferentes puntos de vista sobre aspectos que pueden ser vistos de muchas maneras diferentes de manera que los participantes puedan integrar nuevas formas de razonamiento alternativas a las que ya poseen, nuevos caminos que flexibilicen los propios. Pensamos que el poder escuchar a otras personas mentalizando ayuda a los pacientes a mentalizar.

Sabemos que en el grupo cada paciente se convierte en un espejo para los demás y los demás lo son para él. (Foulkes, 1964). En esta terapia, además, el material cinematográfico se convierte en un espejo más en el círculo; los personajes serán un “otro” (u “otros”) más con los que identificarse, sobre los que proyectarse, reconocerse y abrir vías que permitan ampliar el autoconocimiento. La pantalla se convierte así en un espejo pintado.

El trabajo grupal posterior en torno al material cinematográfico permite flexibilizar y moldear las percepciones del mundo interno y externo del paciente. Así, cada persona puede ver, entender, sentir, de una forma diferente ante una misma escena de una película, y en la discusión grupal todas esas vivencias alternativas permiten cuestionar y ampliar la vivencia propia.

Las resistencias iniciales

El que la película de alguna manera haya sido traída por el terapeuta y no dejada a la libre elección de los participantes suele acarrear un momento inicial previo al trabajo grupal en el que los pacientes se sitúan en el supuesto básico de Bion de ataque y fuga y realizan una crítica devastadora de la película “no nos ha gustado” “es lenta” “otra vez en blanco y negro”. Es curioso que, en ocasiones, viéndoles sonreír, emocionarse y hasta aplaudir en algún momento del visionado he tenido la ilusión de que el grupo no se iba a iniciar del modo crítico acostumbrado, para desengañarme después. En mi opinión, si conocemos este momento, no nos dejamos vencer por el desánimo, lo recogemos con humor y tranquilidad, sin censurarlo, a los pocos minutos nos habremos enfascado en la auténtica reflexión del trabajo grupal. Para intentar ayudar al pasaje del momento de enfado al momento de trabajo en el momento de las resistencias iniciales, se puede

intervenir preguntando si alguno de los personajes o situación les ha parecido interesante o si hay algo que les ha parecido interesante en la película.

Papel del coordinador de grupo.

En esta actividad el papel del coordinador del grupo comienza antes del visionado, en la propia elección de las películas, intentando escuchar todas las voces del equipo para hacernos una mejor idea de qué película es la idónea en cada momento.

Una vez las dos películas candidatas están escogidas, el coordinador tiene que intentar transmitir la expectativa de que están a punto de presenciar algo interesante y evocador. Para ello en ocasiones les hablo de los galardones de la película, de los actores o incluso cuento alguna anécdota interesante que pueda aumentar su motivación.

La tarea del coordinador continua durante la proyección, en la que deberá estar atento a las reacciones grupales de los individuos y al ambiente que la película genera en el grupo. Es provechoso ir tomando notas en las que posteriormente poder apoyarse para movilizar la reflexión grupal, de esta manera, se pueden señalar aquellas escenas controvertidas o alguna frase llamativas de los personas que puedan dar lugar en el debate a diferentes puntos de vista o que puedan tener algún tipo de complejidad en ser mentalizadas.

Se pondrá entonces en juego toda una amalgama de identificaciones y proyecciones de los participantes. Así, en el devenir del grupo, que en ocasiones divagará, se alejará de la tarea (conversaciones sobre temas tangenciales a la película), el coordinador intentará volver el foto al aspecto psicológico de los personajes.

El contenido del discurso de los pacientes va a resultar muy revelador tanto para los terapeutas como para el propio participante. Como en cualquier psicoterapia, el interpelado se sorprende a si mismo en sus reflexiones. También van a salir a la luz aspectos biográficos ocultos o anécdotas de las que no teníamos conocimiento.

Posibles intervenciones del coordinador de grupo.

En un grupo de psicoterapia de orientación mentalizadora el coordinador va a tener un papel activo.

Una primera posible intervención del coordinador de grupo estaría enfocada a que el paciente reflexione sobre qué les pasa a los personajes desde un punto de vista psicológico, por qué hacen lo que hacen, por qué son así y no de otra manera. El objetivo es poder acceder desde mentalizaciones basadas en aspectos externos a otras más complejas que puedan conectar comportamientos con hechos biográficos.

Así, el coordinador podría comenzar animando a que los participantes piensen en las motivaciones de un personaje en concreto, preguntando: “*¿Qué le pasa a este personaje? ¿Por qué os parece que actúa de esa manera?*”

Además de pensar en personajes concretos, el coordinador puede tomar una secuencia concreta que le ha parecido interesante e intentar que los pacientes piensen sobre situaciones en la que toman parte no solamente un personaje sino un conjunto de ellos y así, interpelar al grupo con

preguntas orientadas a mentalizar en lo relacional tipo: “*¿Qué ha pasado aquí? ¿Por qué todos discuten? ¿Cómo han llegado a este punto?*”

En una vuelta de tuerca quizás más compleja y de un modo solo factible para grupos muy cohesionados, se puede intentar que los individuos del grupo mentalicen los unos en los otros, es decir, que piensen por qué un participante en concreto se expresa así sobre una situación mientras que otro piensa de manera totalmente diferente. Una intervención posible podría ser la siguiente: “*Me parece muy curioso que habiendo visionado todos la misma película haya disparidad de opiniones sobre este aspecto concreto y quisiera que pudiéramos pensar por qué existen puntos de vista tan diferentes en este grupo*”

Por último, proponemos el reto de animar a los pacientes a adivinar la intención del director en una determinada escena que tiene un formato llamativo, invitaremos a la reflexión sobre ese plano tan particular que nos ha impactado emocionalmente. Se trataría de animarles a poder mentalizar sobre las intenciones del director con determinados recursos técnicos que ha empleado. Por ejemplo, podríamos comentar: “*La fotografía y el tempo de esta escena en concreto me ha parecido interesante, como si el director nos quisiera transmitir algo, no sé si vosotros habéis tenido esa misma sensación. Me gustaría que pudiéramos pensar sobre qué ha querido señalar*”

CONCLUSIONES

El cine puede ser un instrumento eficaz para el nacimiento de nuevas maneras de intervención terapéutica que puedan ayudarnos a acercarnos al individuo de hoy en día, alfabetizado audiovisualmente y con graves fallas mentalizadoras.

La película funciona como una especie de alegoría o metáfora que ayuda al paciente en el proceso de simbolización. Del mismo modo, se genera la oportunidad para poder reflexionar sobre estados emocionales propios y ajenos, y de este modo, mejorar los procesos de autorregulación emocional y control.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bleiberg E. Mentalizing-Based Treatment with Adolescents and Families. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am. 2013; 295-330.
2. Dimaggio G, Lysaker PH, Carcione A, Nicolo G, Semerari A. Know yourself and you shall know the other... to a certain extent: multiple paths of influence of self- reflection on mindreading. Conscious Cogn. 2008; 17(3), 778-789.
3. Fernandez de Juan, Teresa, Niños violentados: el cine-debate como opción terapéutica. Enseñanza e Investigación en Psicología (vol. 11, 2). 2006. p 293-307.
4. Foulkes SH. Introduction to group-analytic psychotherapy. Londres: Heinemann Press. 1964.
5. Golan O, Baron-Cohen S, Hill JJ, Golan, Y. The ‘Reading the Mind in Films’ 14 task (Child Version): complex emotion and mental state recognition in children with and without autism spectrum conditions. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2008; 38, 1534-1541.

6. Lieberman, MD. Social cognitive neuroscience: a review of core processes. *Annu Rev Psychol.* 2007; 58, 259-289.
7. Lombardo MV, Chakrabarti B, Bullmore ET, Wheelwright SJ, Sadek SA, Suckling J, et al. Shared neural circuits for mentalizing about the self and others. *J Cogn Neurosci.* 2010; 22(7), 1623- 1635.
8. Satpute, AB, Lieberman, MD. Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition. *Brain Res.* . 2006; 1079(1), 86-97.

VOLVER AL ÍNDICE

20. LA FAMILIA ADOPTIVA COMO CONTEXTO REPARADOR

Tania Delgado Fernández

**Centro prevención y tratamiento de adicciones en jóvenes
y adolescentes Los Mesejo**

deltania@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La adopción ha estado presente a lo largo de la historia de diversas maneras, tanto la regulación jurídica como la manera de llevarla a cabo ha ido variando sustancialmente. Se han ido modificando la motivación, circunstancias, su visibilidad y el marco jurídico que lo acompaña.

La adopción se consideraría el acto jurídico que genera la relación paterno-filial entre dos personas: el adoptante y el adoptado. Esta relación provoca una ruptura por parte del menor con su anterior sistema familiar, pasando a formar parte de la familia adoptiva, con los mismos derechos que los hijos biológicos. Se concebiría este acto como medida de protección en situaciones de riesgo. Desde esta perspectiva, el proceso adoptivo se generaría sin ánimo de lucro y sin ningún otro interés que no sea garantizar la protección del menor. Dependiendo de la nacionalidad del adoptado, esta podría ser nacional o internacional. La adopción nacional, sería la medida de protección que emerge una vez agotados todos los procedimientos de acogida. Suele estar precedido de un período de pre-acogimiento que posibilita un primer acercamiento entre el menor y la posible futura familia. De esta manera, se intentaría evitar que el niño/a pase el menor tiempo posible en instituciones. Si la adopción nacional no se puede llevar a cabo, se pasaría a la adopción internacional.

En España, el número de adopciones ha aumentado en la última década, siendo el porcentaje de adopciones internacionales mayor que el de nacionales. Con respecto a la adopción internacional, los datos muestran cómo el número de familias idóneas pendientes de asignación aumenta, produciéndose una leve disminución en los últimos 4 años de adopciones constituidas(1).

Diversos trabajos han señalado como las personas adoptadas estarían más representadas en los servicios de salud mental(2). Es importante tener en cuenta cómo muchos de los niños adoptados han sufrido algún tipo de maltrato (principalmente, negligencia). Asimismo, en el caso de las adopciones internacionales han permanecido algún tiempo en centros de acogida, donde los cuidados no serán iguales que en una familia no adoptiva, en la cual los vínculos y pertenencia familiar comienzan a crearse desde incluso antes del nacimiento. Todo esto supone alteraciones en las relaciones emocionales básicas y serán el primer capítulo de la trayectoria vital del niño adoptado.

Esto ha supuesto el desarrollo de múltiples análisis y estudios. La investigación tradicional se centró en las variables de los menores que podrían influir en la vulnerabilidad de éstos para presentar dificultades en el futuro. En este sentido, los datos revelan la influencia de la edad y experiencias traumáticas (largas períodos de institucionalización, abandonos, maltrato...). Centrarse únicamente en estas variables, focalizadas en el riesgo inherente del niño/a, supondría restringir las adopciones a aquellos con determinadas características, pese a que la necesidad de amparo pueda estar presente. Esta visión estaría alejada de la adopción como medida de protección. Otro grupo de trabajos ha analizado elementos relacionados con los servicios adoptivos que pueden reducir el riesgo de ésta, encontrándose como elemento influyente la continuidad de los profe-

sionales en el proceso. El tercer bloque de estudios, serían aquellos que estudian las variables familiares relacionadas con la adaptación del menor y el sistema familiar en sí, observándose un incremento de los análisis de este área en los últimos años(3). Las características familiares más estudiadas han sido: número de progenitores, presencia de hijos biológicos, el tamaño de ella y las expectativas de los padres, no encontrándose resultados uniformes.

En relación a este último conjunto de publicaciones, autores como David Kirk han estudiado las diferencias entre la parentalidad biológica y la adoptiva. En la adoptiva, aparecen diversos factores distintivos como: infertilidad en la pareja, ausencia de modelos familiares previos para hacer frente a la adopción, ausencia de un período previo de gestación que permita la elaboración gradual de la llegada de un nuevo miembro a la familia y la revelación al niño o niña. La familia adoptiva presentará mayor estrés en las transiciones vitales, lo cual ha de ser tenido en cuenta para que una adopción proporcione la oportunidad de crear lazos emocionales nuevos y nutritivos que han estado ausentes previamente.

La sobrerrepresentación de adoptados en salud mental parece estar relacionada con diversas circunstancias, entre ellas, el que los adoptantes acuden a solicitar ayuda psicológica para sus hijos adoptivos con mayor frecuencia. La investigación muestra que la mayor parte de adoptados y adoptadas funcionan dentro de los parámetros normales(4 , 5), por lo que parece interesante el poder repensar qué llevaría a estas familias a demandar ayuda.

No obstante, la no patologización de la adopción, no debe eximir de la consideración de las adversidades y vivencias previas del niño, que la familia adoptiva ha de tener presente para facilitar una respuesta adecuada. Asimismo, ante la aparición de síntomas que pueden llevar a una consulta y valoración en salud mental, se puede pensar cómo tendrá mucho que ver con el pasado pre-adoptivo, pero también puede relacionarse con la complejidad de la identidad adoptiva y las experiencias posteriores a la adopción.

Dado que el niño/a adoptado llegará acompañado de una serie de experiencias y puesto que toda adopción surge de una ruptura víncular primaria del niño/a de su anterior sistema familiar, para que esta medida de protección pueda ofrecer una respuesta víncular reparadora, es necesario atender a estas singularidades, con el fin de evitar la patologización de aspectos relacionadas con estilos de apego aprendidos en los contextos de deprivación, institucionalización o abandono parental.

OBJETIVOS

Descripción de los estilos de apego observados en niños y niñas adoptadas y análisis de las interacciones familiares facilitadoras de un contexto reparador.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica a través de PsicoDoc, con posterior análisis revisión y análisis de contenido, recogiendo las características encontradas.

DESARROLLO

Todo proceso de adopción surge de la premisa básica de que el menor ha sufrido un abandono, dándose una ruptura de los lazos afectivos con los cuidadores primarios. Las circunstancias que

han llevado a esto pueden ser diversas: situaciones de deprivación, violencia, enfermedad, etc. El abandono, la violencia o la desatención marcarán el inicio de cualquier proceso adoptivo. El menor tras esta separación, puede haber pasado por distintos hogares de acogida o centros residenciales, pudiéndose vincular a distintos referentes antes del primer encuentro con los adoptantes. Esto puede suponer no una, sino varias, rupturas vínculares y discontinuidad de los contextos de crianza.

La literatura muestra cómo menores que han vivido este tipo de situaciones, pueden presentar alteraciones del apego. En la observación de las interacciones de adoptados, se puede encontrar niños inhibidos socialmente, presentando grados variables de aislamiento o niños desinhibidos emocionalmente con indiscernibilidad social y afectiva. Aportaciones también desde la teoría del apego indican la posibilidad superar estas dificultades a través de una nueva figura de apego segura, que en este caso puede ser la familia adoptiva.

Como se ha citado previamente, la construcción de un sistema familiar donde la adopción está presente, puede entrañar dificultades. El menor puede presentar problemas dadas las experiencias previas, mostrándose éstos en una mayor proporción en función del grado y duración de las experiencias de maltrato, negligencia y/o deprivación. No obstante, hay trabajos donde se observa que la evolución de los adoptados en las nuevas familias es favorable en la mayoría de los casos(6). Para ello, se ha de dar la construcción de un nuevo vínculo afectivo. Para que dicho vínculo sea seguro y protector, las nuevas figuras de referencia han de estar en disposición de entender las necesidades del niño, atenderlas y responder adecuadamente a ellas.

Para que esto se produzca, es importante atender principalmente a dos factores: 1) Circunstancias especiales en las que el menor llega al nuevo sistema familiar y 2) las características distintivas de la paternidad adoptiva. Estos serían dos pilares de toma de conciencia fundamentales para que dicha adopción pueda ser exitosa(7).

En relación al primer punto, el niño adoptado proveniente de contextos de desprotección y paso por distintas instituciones o centros residenciales, atendido por diferentes cuidadores, su relación de apego se organizará alrededor de un estilo de cuidado general, más que estructurarse alrededor de comportamientos y personas particulares como sería el caso, a priori, de un niño que se desarrolla en una familia desde su nacimiento. Estas experiencias influirán en el desarrollo infantil del menor.

Investigaciones relacionadas con el tipo de apego encontrado en estos menores, muestran cierto predominio de estilos de apego inseguro evitativo o ambivalente, teniendo modelos representacionales negativos sobre las figuras que pueden proporcionarles cuidados(2 7 9). Estos estilos relativos han de ser considerados por la familia adoptiva para evitar la expulsión del sistema familiar y la retraumatización, donde el infante pueda volver a experimentar el desarraigo. Asimismo, el niño necesitará su tiempo de elaboración de distintas pérdidas: referentes vínculares (sean o no disfuncionales) y lugares de pertenencia anteriores.

Cómo citábamos anteriormente, en menores susceptibles de ser adoptados, pudiendo estar presente un estilo de apego inseguro evitativo, supone cierto alejamiento emocional y desconfianza en las nuevas relaciones y por ende, con los adoptantes. Este estilo relacional puede suponer frustración en los intentos de la familia adoptiva al acercarse al nuevo miembro y a la larga provocar la expulsión de la familia.

En otras ocasiones, se puede observar un estilo de apego inseguro de tipo ambivalente, donde el niño presentaría conductas de afecto indiscriminado hacia los extraños. En los primeros momentos, este comportamiento puede ser muy bien acogido por los padres adoptivos, pero a la larga, esta búsqueda contacto de confirmación constante a través del contacto y la aparición de angustia frente cualquier tipo de separación, puede dejar de satisfacer a los padres y provocar el rechazo del adulto.

Existiendo el peligro del rechazo y no aceptación por el adulto, parece importante el que la familia disponga de la capacidad de entendimiento de estas alteraciones de conducta para facilitar el acompañamiento y adaptación al nuevo miembro. Esto sería de vital importancia para un menor que le acompañan heridas previas de abandono.

En relación a los padres adoptivos, antes de llegar al encuentro han vivido un largo proceso burocrático, donde está presente la elaboración de la decisión de paternidad en cada trámite, siendo este período muy distinto al de un embarazo, donde uno tiene un tiempo de elaboración de la llegada del bebé de otra manera. La aproximación entre adoptante y adoptado supondría el cruce de dos historias, la historia de un menor en ruptura con sus anteriores figuras de cuidado y la de unos adultos con deseos, pérdidas y expectativas.

Los padres deben ser capaces de dar una respuesta sensible que conlleva la aceptación incondicional del niño y aceptación de su propia individualidad y necesidades. Normalmente, los adoptantes acudirán con un exceso de idealización del niño, dado los trámites, toma de decisiones, etc, que han tenido que pasar hasta llegar a ella. Este aspecto alejaría bastante de la tranquilidad y serenidad necesaria para poder dar una respuesta sensible al niño o niña.

Teniendo en cuenta las circunstancias que rodean a la adopción, tanto niño como familia han de elaborar distintos duelos. El niño habrá perdido sus referentes primarios (sean o no disfuncionales), el paso por los múltiples centros y los vínculos creados en ellos; y en el caso de la adopción internacional, su grupo étnico, cultura, etc, siendo todos ellos referentes que han podido aportar cierto sentimiento de pertenencia. En el caso del adulto, el duelo fundamental será el duelo por la infertilidad: el embarazo ausente, la experiencia del parto, el no ser los primeros en ver al recién nacido... Si no se toma cierta conciencia de la pérdidas: de la fecundidad, de la fantasía del hijo biológico, del embarazo, de la no transmisión de un legado (biológico, cultural, psicológico...), se puede sustituir al hijo biológico por el adoptivo, pero el dolor permanecerá. La elaboración de estos duelos evitaría que al niño se le asigne, el rol de reparar la pérdida del adulto.

La familia ha de tener presente que el afecto es necesario pero no suficiente, si no se acepta que hay pasado previo del menor. Aceptando la llegada del nuevo miembro, con unas experiencias anteriores, otros referentes de cuidados; se permitirá la transmisión al hijo adoptivo de una visión positiva de su pasado de tal manera que facilite la aceptación del abandono sufrido.

Aquellos adoptantes que hayan tomado conciencia de sus propios duelos, dificultades y matizes distintivos de la paternidad adoptiva, tendrán mayor facilidad para acompañar a éste en su propia elaboración e integración de su historia, posibilitando al menor la construcción de su identidad e individuación.

En la formación identitaria, donde se daría una co-construcción padres e hijos, estaría marcada por el tono emocional y vínculo establecido entre éstos, por lo que vuelve a cobrar importancia el papel del adulto. Éste tendrá que aportar su capacidad para sostener que el menor pueda tener dudas, preguntas, inquietudes sobre su pasado, facilitando que lo integre como parte su narrativa.

La adolescencia como aquella etapa de vital importancia para la búsqueda de la identidad y el inicio de la separación del mundo adulto, será un momento de transición importante de atender en familias adoptivas. En este periodo, el adoptado puede iniciar un proceso de búsqueda interna que le ayudará a reconstruir su historia(8). Se han descrito dos actitudes que el adolescente puede tomar en la búsqueda de referentes para la comprensión de uno mismo: rechazo de las diferencias o insistencia en ellas. En la primera, se niega la adopción y se actúa como si ésta no existiera, por debajo de ésta estaría el miedo a la diferencia y la sensación interna de ser diferente. La segunda, sería el opuesto, donde se pone en cuestión la pertenencia a la familia. El equilibrio entre ambos polos, será la aceptación de las diferencias, con sus aspectos negativos y positivos. Este complicado trabajo introspectivo se verá facilitado si estas diferencias y similitudes han sido también remitidas y miradas desde afuera. Asimismo, la familia se verá en el reto de sostener el cuestionamiento, posible búsqueda o preguntas del grupo de origen, proceso adoptivo, etc.

Atendidos los posibles factores estresantes en la adaptación mutua del niño y la familia y posibles dificultades posteriores en el inicio de la separación durante la adolescencia, las publicaciones en relación al tipo de apego y su evolución arrojarían datos que mostrarían que estos menores poseen la capacidad de organizar el apego con los nuevos cuidadores. La literatura suele hablar de cierta estabilidad en las representaciones mentales del apego. No obstante, en los estudios longitudinales se ha observado la disminución de los indicadores de evitación y un aumento de los indicadores de seguridad en las situaciones tanto de adopción como de acogimiento familiar, siendo menor el cambio en los indicadores de desorganización. La familia adoptiva y la calidad de sus interacciones facilitarán esto, encontrándose que la evolución es favorable en la mayoría de los casos(36).

CONCLUSIONES

Un proceso adoptivo concebido como medida de protección, ha de contemplar distintas características tanto del menor como de los adoptantes para garantizar que dicho proceso pueda suponer la oportunidad para un desarrollo emocional adecuado. El estudio de apego con menores adoptados mostraría cómo son frecuentes los indicadores de apegos tipo inseguro y ambivalente, estando esto en relación con las rupturas vínculares previas que todo menor adoptado ha tenido. Este aspecto ha de ser tenido en cuenta por la familia adoptiva de cara a facilitar una respuesta sensible a las necesidades del menor y poder pasar a ser una figura de referencia segura y protectora. Asimismo, la familia adoptiva presentaría características distintivas (ausencia de embarazo, infertilidad en la pareja...) de las que es importante tomar conciencia para el afrontamiento de las respuestas que el niño puede presentar en su adaptación al sistema familiar.

El período de adaptación en estas familias estará marcado por distintos duelos tanto del niño como de la familia, que han de ser elaborados para la construcción de un vínculo sólido que pueda sostener las futuras dificultades que puedan surgir en la construcción identitaria e individuación del adoptado.

Pese a los posibles factores estresantes encontrados en los sistemas familiares donde la adopción está presente, los datos muestran cómo la evolución de los menores es favorable, apreciándose cambios en los estilos de apego. Por lo que parece que la familia adoptiva puede suponer un contexto de reparación, teniendo en cuenta los matices idiosincrásicos de este vínculo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. 2016. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/adopciones/estadisticas.htm>
2. Román M; Palacios J. Separación, pérdida y nuevas vinculaciones: el apego en adopción. Acción psicológica. 2011, vol. 8; nº2; 99-111.
3. Berastegui A. La adaptación familiar en la adopción internacional: un proceso de estrés y afrontamiento. Anuario de psicología. 2007; vol. 38; nº2; 209-224.
4. Palacios J; Brodzinsky DM. La investigación sobre adaptación: tendencias e implicaciones. Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport.2010; 10; 39-50.
5. Palacios J. Adopción no es patología. Clínica contemporánea.2017; 8;e12.
6. Limiñana, AR; Bueno Bueno, A; Domínguez Alonso, FJ. Evolución de los menores tras la adopción. La familia adoptiva como figura de apego y contexto de reparación. International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD. 2010; Nº1, vol.2.
7. Legaz E. Una Aproximación a la adopción desde la teoría del apego. Informació psicològica. 2003;83; 14-20.
8. Berástegui, A; Rosser, A. (2017). Historias personales, narrativas y vinculación en adolescentes adoptados. En: F. Loizaga. Adopción en la adolescencia y juventud, pp 235254. Bilbao: Mensajero.
9. Limiñana, AR; Bueno Bueno, A. La construcción del vínculo afectivo en la adopción. La teoría del apego como marco de referencia en la intervención post-adoptiva. International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD (2011); nº1, vol.1.

VOLVER AL ÍNDICE

21. CIUDADANÍA Y SALUD MENTAL: HACIA UNA ATENCIÓN BASADA EN DERECHOS

Francisco José Eiroá-Orosa
Universidades de Barcelona y Yale
Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud Mental en 1ª Persona
fjeiroa@gmail.com, feiroa@ub.edu

EL ESTADO DE LAS REFORMAS

Desde la década de 1950, diversos actores han establecido debates sobre las implicaciones ideológicas en la práctica de las profesiones de salud mental. Uno de estos actores, el movimiento antipsiquiátrico, fue el responsable de llevar estas ideas al mundo de la práctica hospitalaria, abriendo una brecha que facilitó la apertura del proceso de desinstitucionalización (1). Los diferentes procesos de desinstitucionalización, comenzando por el fin de la reclusión hospitalaria, se centraron en dar derechos y la posibilidad de elección a los pacientes, que empezaron a recibir atención dentro de sus comunidades. Sin embargo, estos procesos adolecieron de deficiencias relacionadas con la complejidad de desarrollar intervenciones apropiadas y escasez de fondos. Por ello, la introducción de servicios comunitarios en todo el mundo, y la participación inicial de los usuarios en el diseño de algunas políticas no condujeron directamente a la integración comunitaria ni a la membresía social de los pacientes hospitalizados que pasaron a ser tratados en comunidad. En algunos casos, incluso condujo a su incorporación a la población de personas sin techo (2).

A raíz de las sinergias creadas entre las reivindicaciones de las personas con problemas de salud mental, sus familiares, y profesionales del ámbito de la rehabilitación psicosocial, nace a principios de los años 90 el movimiento de la Recuperación (3), que defiende el paso de la visión de remisión sintomática hacia un proceso personal e idiosincrático basado en la esperanza (4). Además de la integración de personas con experiencia propia como profesionales como característica identitaria (5), este movimiento se diferencia de las diferentes tendencias de rehabilitación psicosocial, por proponer una nueva reforma total del sistema de salud mental, también en dispositivos hospitalarios (6), a través sobre todo del aumento del protagonismo de los usuarios y sus familiares en la toma de decisiones sobre el tratamiento.

Algunas de las estrategias de los profesionales de la salud mental a la hora de trabajar desde el modelo de la Recuperación han sido la separación de la persona del diagnóstico, la exploración de las necesidades de la persona, la exploración y atención a su estilo de autonomía, la negociación de planes personalizados de recuperación, la exploración de las dinámicas de poder que se dan entre profesional y usuario, la reducción de las coerciones y el trabajo en equipo, entendiendo a la persona en tratamiento como parte de este (7).

A pesar del relativo éxito de este movimiento en el ámbito anglosajón, el impacto de este modelo en el Estado Español es reducido y podríamos decir que generalmente ha llegado a los dispositivos en los que ya se manejaban ideologías similares. Sin embargo, desde los dispositivos de orientación biomédica, la recuperación se ha percibido como una “nueva moda” de lo comunitario sin impacto alguno sobre las prácticas diarias. En cuanto a la implantación de figuras profesionales con experiencia propia, todavía se están produciendo las primeras experiencias y en ningún caso han sido reconocidos como profesión sanitaria.

CIUDADANÍA Y DERECHOS EN SALUD MENTAL

El enfoque del modelo de la Recuperación es un paso importante en el proceso de mejora de la asistencia en salud mental. Supone una excelente justificación teórico-práctica para alejar la atención en salud mental del enfoque exclusivamente basado en diagnósticos que deben conducir unívocamente a tratamientos enfocados a la remisión sintomática. Sin embargo, las críticas planteadas por muchos movimientos de usuarios (8), enfatizan la necesidad de estructurar ideas menos vulnerables a la “colonización”. Esto es, el concepto de recuperación ha sido adoptado por muchos proveedores de servicios que desean renovar su imagen adoptando un lenguaje políticamente correcto. Sin embargo, esta adopción no ha ido más allá del uso de algunos términos y no ha cambiado la práctica diaria. Muchos profesionales anglosajones han dejado de decir “enfermo” para decir “no recuperado”, pero el paternalismo y la coerción no ha disminuido ostensiblemente en muchos de estos dispositivos. De hecho, el término recuperación se utilizó en las campañas para la implementación del tratamiento ambulatorio involuntario.

Por ello, en este trabajo planteamos un cambio de paradigma para que el trabajo en salud mental deje de estar centrado en la curación y pase a estar centrado en el fomento de la plena ciudadanía de los y las usuarias de servicios de salud mental, entendiendo como la recuperación o, en muchos casos, en que las personas han pasado por largas historias de institucionalización, la instauración de un rol de ciudadano de pleno derecho. Para ello, es necesario el paso de la concepción de la atención en salud mental desde la perspectiva que concibe al usuario como objeto de cuidado y política asistencial, a la perspectiva de un modelo que conciba a la persona como sujeto de derechos.

El fracaso de modelos de integración social basados en objetivos cuantificables como la consecución de vivienda o trabajo, que no conseguían que las personas se sintiesen parte de la comunidad en la que se “reintegraban” ha producido procesos de reflexión que han llevado a redefinir viejos planteamientos y encontrar nuevos conceptos (9). El concepto de ciudadanía (10) se ha utilizado en procesos de empoderamiento como marco para abrir oportunidades de participación social a miembros de grupos estigmatizados (11), a través de intervenciones con diversos grados de estructuración que han mostrado eficacia en diversos contextos (12). En estos programas, en lugar de concebir a los individuos con trastornos mentales como problemas que deben abordarse mediante la intervención de otros, se les considera expertos en estos problemas y dificultades y, en consecuencia, los principales responsables en la identificación de soluciones. La tarea central de los profesionales que trabajan desde este paradigma es involucrar a personas sin hogar, adicciones y trastornos mentales en la redefinición de sus desafíos en sus propios términos.

Los procesos de investigación que han llevado a estos conceptos han utilizado metodologías de investigación-acción participativa (13) en los cuales, a través de técnicas cualitativas de recogida de información, se han identificado siete dimensiones de ciudadanía que han sido contrastadas de manera cuantitativa: Responsabilidades Personales, Gobierno e Infraestructura, Cuidado de uno mismo y de los demás, Derechos Civiles, Derechos Legales, Elecciones y Compromiso comunitario. Estos elementos se han implementado en programas de intervención donde la sintomatología de las personas pasa a segundo plano, y el abordaje de las dimensiones ciudadanas de las personas son los elementos activos de su recuperación (12).

DE LA RECUPERACIÓN A LA CIUDADANÍA

Una de las críticas planteadas al modelo de la recuperación ha sido que la medida nomotética de la recuperación a través de indicadores cuantitativos han convertido la voluntad de implementar un modelo basado en la idiosincrasia, en uno homogeneizador. Además, como hemos dicho, estos indicadores han sustituido a otros que medían malestar sin implicar necesariamente una transformación del modelo de intervención.

La propuesta del modelo de ciudadanía propone el trabajo sobre cinco dimensiones principales, que en inglés son 5 rs (4 rs y una d en castellano):

- Rights - Derechos
- Responsibilities - Responsabilidades
- Roles
- Resources - Recursos
- Relationships - Relaciones

De este modo, en lugar de pensar que un éxito terapéutico debería ser un paciente asintomático, deberíamos pensar en que el objetivo de intervención en salud mental (a cualquier nivel asistencial, desde el ingreso a la rehabilitación, pasando por los servicios ambulatorios) sería fomentar personas capaces de ejercer sus derechos, asumiendo sus responsabilidades. Que sean capaces también de recuperar o desarrollar nuevos roles: conductora, estudiante, trabajadora, artista, activista, madre, profesora... Todo esto teniendo en cuenta que las personas necesitan ser capaces de gestionar recursos y sostenerse en una red de relaciones.

De algún modo pensar en algo tan universal como los derechos, nos permite presentar este modelo de intervención como algo no enfrentado a viejos enfoques ni plantearlo como apoyo a alguna de las partes en liza en los múltiples conflictos “psi”. No queremos plantear nuevos conflictos en el seno de la práctica en salud mental, sino facilitar herramientas a usuarios, familiares y profesionales.

Trabajar desde un modelo basado en la ciudadanía no supone ignorar la evidencia y los conocimientos acumulados para el tratamiento de los trastornos mentales. Por ejemplo, la exposición con prevención de respuesta y la Sertralina permiten a las personas diagnosticadas de trastorno obsesivo compulsivo superar los síntomas más incapacitantes. Sin embargo, centrarnos en el alivio sintomático puede llevarnos a no acompañarlo de elementos que nos ayuden a comprender y abordar cómo el malestar cincela vidas marcadas por la incapacidad de ejercer derechos, asumir responsabilidades y roles, gestionar recursos y mantener relaciones. Es decir, el modelo de la ciudadanía nos ayuda a mantener una intervención que sabemos que es efectiva, en un contexto donde podamos sopesar el impacto de los malestares y su alivio en la vida de las personas.

Desde una perspectiva de salud pública, un modelo basado en la ciudadanía nos podría dar algunas pistas para poder reflexionar sobre el coste de los fármacos neurolépticos (mal llamados antipsicóticos) atípicos de liberación prolongada. Normalmente se justifica el gasto en estos fármacos desde su mejora de la “adherencia” esto es, de la mejora de la constancia de las personas en la toma de la medicación. Sin embargo, en el caso de personas cuya pensión mensual no supera el gasto de estos tratamientos ¿nos planteamos darles a escoger si quieren invertir estos recursos en otros bienes y tomar medicaciones más incómodas, pero más baratas?

Como vemos, plantear la salud mental como ciudadanía nos puede ayudar a abordar muchos debates desde una perspectiva en la que es fácil mantener un rumbo firme. Durante mucho tiempo nos hemos preguntado y discutido sobre si lo deseable al final de un tratamiento era una persona curada, feliz, plena, con sentido, asintomática, reflexiva... y probablemente no exista una sola respuesta que convenza a todos los profesionales y usuarios. Sin embargo, la ciudadanía de pleno derecho es algo que puede ayudarnos a unificar todas estas ideas y proponer un modelo que todos y todas podamos compartir.

La ciudadanía tiene elementos en común con conceptos como empoderamiento y participación. Creemos que estos tres conceptos tienen en común la integración de la evidencia y la práctica en un marco que incluye el contexto social, los usuarios como expertos en sus propias vidas y el planteamiento de abajo hacia arriba versus enfoques de arriba a abajo (12). Aunque la participación y el empoderamiento son valores en aumento en la sociedad en general y en la promoción de la salud mental y el bienestar psicosocial en particular, estos términos pueden tener diferentes significados para diferentes actores (14). La aplicación no reflexiva puede conducir a prácticas que en el mundo del desarrollo y la ayuda humanitaria se han definido como "neocolonialismo" y más específicamente "tiranía de la participación" (15). En el mundo de la asistencia médica, una perspectiva acrítica y descontextualizada similar, puede devolvernos a un escenario de paternalismo o llevarnos a otro de exceso de autorresponsabilización disfrazado de empoderamiento. Por lo tanto, el conocimiento del contexto, incluidas las dinámicas sociales y de poder entre los diferentes actores, y las fuentes de capital social con las cuales se pueden mejorar las posibilidades de fomento de agencia personal (16), son fundamentales para la implementación de programas. Para entender la implementación de conceptos de ciudadanía en salud mental debemos ir más allá del sentido estricto de participación política (17) mediante el fortalecimiento de la identidad social y la participación en un sentido amplio (18) para estructurar diferentes espacios de realidad (19).

HERRAMIENTAS DE TRABAJO DIARIO DESDE LA CIUDADANÍA

Una herramienta básica que nos puede dar algunas pistas es la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad. Este texto incluye a las personas con diagnóstico de trastorno mental y reconoce a este colectivo derechos tales como recibir un trato igualitario y no discriminatorio, recibir información comprensible, expresarse libremente, decidir sobre sus vidas y sobre el tratamiento, mantener la confidencialidad e intimidad, recibir protección contra la tortura y otros tratos crueles, vivir independientes, ser incluidos/as en la comunidad y trabajar (20).

Entre las herramientas concretas con las que contamos los profesionales de la salud mental para el trabajo desde la ciudadanía encontramos el consentimiento informado, el documento de voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas, así como el apoyo entre personas que han experimentado un problema de salud mental.

El uso de consentimientos y documentos de voluntades y decisiones anticipadas no debe ser entendido como un simple aumento de la burocracia, sino como una oportunidad de poder documentar y justificar un trabajo donde entendamos la importancia del acompañamiento a las personas en su proceso de recuperación. Usar estas herramientas no debe conducir a responsabilizar a las personas de decisiones en las que no son competentes. No se trata tampoco de sentirse cuestionados como profesionales en nuestras decisiones. Las personas que proponemos estos enfoques sabemos que las personas llegan a consulta con muchas preguntas y muy poca orienta-

ción, y muchas veces nos piden soluciones rápidas y seguras. Sin embargo, explicar y acompañar en la toma de decisiones en función de la capacidad de cada cual, puede suponer un elemento de recuperación en sí mismo.

El contagio de la angustia que supone sufrir o ver como sufre un familiar un trastorno mental condiciona muchas relaciones terapéuticas y nos lleva a adoptar una actitud paternalista de alguna manera “solicitada” por el usuario y/o su familia. El formato de consulta acotada en el tiempo y los modelos de justificación de objetivos refuerzan esta necesidad de dar respuestas rápidas y efectivas. Sin embargo, también sabemos que muchos procesos de cronificación empiezan cuando las personas empiezan a no tomar ninguna decisión y adoptan un cómodo pero terrible rol de enfermo. Una manera de romper con este círculo vicioso empieza por la transformación de nuestros objetivos como profesionales de la salud mental. Nuestra propuesta es fomentar ciudadanos de pleno derecho, capaces de responsabilizarse de parte de su tratamiento, pero sin renunciar a los beneficios de la experiencia y conocimientos que se han acumulado en las profesiones de salud mental. Este es evidentemente un equilibrio delicado, como siempre ha sido ejercer estas profesiones. Sin embargo, creemos que merece la pena proponer este lugar de consenso no solo a los profesionales, sino también a las personas que usan los servicios y a sus familiares ya que el ejercicio de la ciudadanía tanto en el contexto de salud mental como en otro cualquiera es una responsabilidad compartida por todos los actores implicados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rissmiller DJ, Rissmiller JH. Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatr Serv*. 2006; Jun;57(6):863–6.
2. Lamb HR. Deinstitutionalization and the homeless mentally ill. *Hosp Community Psychiatry*. 1984; Sep;35(9):899–907.
3. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993;16(4):11–23.
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA’s Working Definition of Recovery. PEP12-RECDEF; 2012; 8 p.
5. 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.
6. Singh NN, Barber JW, Sant S Van. *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry*. Singh NN, Barber JW, Van Sant S, editors. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2016. (Evidence-Based Practices in Behavioral Health).
7. Davidson L, Carr E, Bellamy C, Tondora J, Fossey E, Styron T, et al. Principles for Recovery-Oriented Inpatient Care. In: Singh NN, Barber JW, Sant S Van, editors. *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2016; p. 39–58.
8. Thomas P. Psycho politics, neoliberal governmentality and austerity. *Self Soc*. 2016; 0(0):1–12.
9. 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.

10. Rowe M, Kloos B, Chinman M, Davidson L, Cross AB. Homelessness, Mental Illness and Citizenship. *Soc Policy Adm.* 2001; Mar;35(1):14–31.
11. Rowe M, Benedict P, Sells D, Dinzeo T, Garvin C, Schwab L, et al. Citizenship, Community, and Recovery: A Group- and Peer-Based Intervention for Persons With Co-Occurring Disorders and Criminal Justice Histories. *J Groups Addict Recover.* 2009; Nov 13;4(4):224–44.
12. Clayton A, O'Connell MJ, Bellamy C, Benedict P, Rowe M. The Citizenship Project part II: impact of a citizenship intervention on clinical and community outcomes for persons with mental illness and criminal justice involvement. *Am J Community Psychol.* 2013; Mar;51(1–2):114–22.
13. Rowe M, Clayton A, Benedict P, Bellamy C, Antunes K, Miller R, et al. Going to the source: creating a citizenship outcome measure by community-based participatory research methods. *Psychiatr Serv.* 2012; Jan;63(5):445–50.
14. Cornwall a. Unpacking “Participation”: models, meanings and practices. *Community Dev J.* 2008; Jun 5;43(3):269–83.
15. Cooke B, Kothari U. *Participation: the New Tyranny?* Zed Books; 2001; 207 p.
16. Hyypa MT. Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health Educ Res.* 2003; Dec 1;18(6):770–9.
17. McEwan C. New spaces of citizenship? Rethinking gendered participation and empowerment in South Africa. *Polit Geogr.* 2005; Nov;24(8):969–91.
18. Campbell C, Jovchelovitch S. Health, community and development: towards a social psychology of participation. *J Community Appl Soc Psychol.* 2000; Jul;10(4):255–70.
19. Drury J, Reicher S. Collective Psychological Empowerment as a Model of Social Change: Researching Crowds and Power. *J Soc Issues.* 2009; Dec;65(4):707–25.
20. Pérez-Pérez B, Eiroa-Orosa FJ. *Guía de Derechos en Salud Mental.* Barcelona: Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud Mental en 1ª Persona; 2017; 120 p.

VOLVER AL ÍNDICE

cuidar
cuidados
cuido
cuidamos
cuidáis
cuidemos
cuidadoras
cuidando
cuidan
cuidado
ciudad
cuidas
cuidador
cuidarlas
cuidadnos
cuidarse
(cuidamos?)



XI CONGRESO ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

19 Y 20 DE ABRIL, 2018