DOSSIER

COMUNICACIONES Y POSTERS



XXX JORNADAS ESTATALES AEN
XVII JORNADAS AMSM
SEGUIR CON EL FUTURO

Española Asociación de Neuropsiquiatría
Asociación Madrileña de Salud Mental A.M.S.M.

Española Asociación de Neuropsiquiatría
Profesionales de Salud Mental
Centenario 1924-2024

COMUNICACIONES ORALES

1.LA CAUSA DE LOS ADOLESCENTES

ANA ELÚA SAMANIEGO
ÁNGELA OSORIO GUZMÁN
ESTER GARCÍA MORENO
ROCÍO GORDO SECO
ANA GÓMEZ MALFAZ

2.EL DIAGNÓSTICO DE COMUNIDAD: UNA CLAVE PARA TRABAJAR CON LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD MENTAL

ANDER RETOLAZA BALSATEGUI

3.FENOMENOLOGÍA TEMPORALIDAD. PASADO, PRESENTE Y FUTURO EN EL "YO NEURÓTICO"

JOSÉ LUIS DIA SAHUN

4. ¿CÓMO APOYAR EL CUIDADO DE LA SALUD GINECOLÓGICA EN MUJERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE?

Mª TERESA RUIZ JIMÉNEZ

COMUNICACIONES ORALES

5.LOS EFECTOS IATROGÉNICOS DE LA INJUSTICIA EPISTÉMICA EN CONSULTA

MAYO PINTO CANDENAS

6.IMPROVISANDO EL FUTURO INMEDIATO. UNA HISTORIA DE TEATRO

SILVIA LOURDES DOMINGOS VIDEIRA
SORAYA RAMOS GÓMEZ
HELENA APARICIO ALONSO
SILVIA PÉREZ SANZ

COMUNICACIÓN ORAL

1.LA CAUSA DE LOS ADOLESCENTES

ANA ELÚA SAMANIEGO
ÁNGELA OSORIO GUZMÁN
ESTER GARCÍA MORENO
ROCÍO GORDO SECO
ANA GÓMEZ MALFAZ

LA CAUSA DE LOS ADOLESCENTES

Ana Elúa Samaniego* (Psicóloga Clínica), Ángela Osorio Guzmán* (Psiquiatra Infanto-juvenil), Ester García Moreno* (Enfermera en Salud Mental), Rocío Gordo Seco* (Psiquiatra Infanto-juvenil), Ana Gómez Malfaz* (Residente de Psicología Clínica)

*Complejo Asistencial Universitario de Burgos

«No puedo resumir en pocas palabras lo que el extraño músico Pistorius me enseñó sobre Abraxas. Lo más importante que aprendí de él fue a dar un nuevo paso en el camino hacia mí mismo. Yo era entonces, con mis dieciocho años, un chico poco corriente, precoz en unos sectores y muy retrasado y desorientado en otros. Cuando me comparaba con los demás, me sentía a veces orgulloso y satisfecho de mí mismo pero otras deprimido y humillado. Unas veces me consideraba un genio, otras un loco. No conseguía compartir las alegrías y la vida de mis compañeros, y me hacía reproches y cábalas como si estuviera irremediablemente separado de ellos y se me negara la vida.

Pistorius, que era un extravagante declarado, me enseñó a tener valor y respeto de mí mismo. Él me dio ejemplo encontrando siembre algo valioso en mis palabras, sueños, fantasías y pensamientos, que tomaba siempre en serio y discutía con interés.” (*Demian,* Herman Hesse, 1968).

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la demanda en Salud Mental por parte de los adolescentes ha aumentado vertiginosamente, siendo un punto de inflexión el confinamiento obligado por la pandemia COVID-19. Tanto las manifestaciones sintomáticas como quién solicita ayuda han ido modificándose, apelando al mundo adulto una reflexión sobre cómo acompañar e intervenir. Varios han sido los programas que se han ido desarrollando para una prevención e intervención de los malestares psíquicos de los jóvenes en distintos ámbitos por los que transita, como puede ser el instituto o desde los equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil. Programas que, al ser pensados y diseñados por los adultos, lejos de vivirlos como una ayuda, el adolescente puede tener la sensación de ser una intervención impuesta orientada al control o desconectada de sus sufrimientos reales. Situación que puede conllevar que muchos

adolescentes los rechacen, optando por salidas más solitarias y con desenlaces violentos. En el presente trabajo, el objetivo es poder reflexionar sobre el acompañamiento que se realiza a los adolescentes desde un Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil, donde serán ellos los que expresen sus inquietudes, pensamientos, deseos y miedos sobre los que poder construir otras formas de serles útiles en sus vidas.

A través de un grupo psicoterapéutico de base relacional, al que acuden chicos de 13 a 17 años una vez por semana, se articulará nuestra reflexión. Serán ellos los que tomen la palabra para exponer sus expectativas sobre nosotros como profesionales, adultos y sociedad. Dos serán las preguntas que se irán formulando y debatiendo en los encuentros programados: ¿Qué es la Salud Mental? ¿Qué esperan de los profesionales en Salud Mental y de los adultos?[1]

DESARROLLO

Cuando se habla del proceso adolescente, como etapa evolutiva, se suele mencionar los cambios corporales con el inicio de la pubertad, las tareas psíquicas que tendrá que afrontar como sujeto en su búsqueda de sí mismo, así como de los conflictos que aparecen en sus relaciones con sus progenitores o cuidadores principales y las identificaciones que van encontrando en sus amistades tan importantes para su identidad. Siendo uno de los aspectos más importantes, sobre todo en el momento actual que nos ha tocado vivir, su cuestionamiento y crítica de la sociedad en la que se tienen que desenvolver. Los adolescentes con sus conductas, desafíos y síntomas encarnan el espíritu de la época histórica, social y económica como un ser contemporáneo en plena transformación. Siendo testigos como intentan construirse como futuros ciudadanos, ubicándose entre los valores recibidos de los adultos y los nuevos valores que quieren construir.

Los adolescentes de hoy hablan de Salud Mental como un aspecto de su cotidianidad, ya sea con sus grupos de amistades o por redes sociales, donde encuentran un espacio de expresión al exterior. Son ellos, los que cada vez con más frecuencia, consultan por diversos malestares por

[1] A los participantes, previo a la presentación de este trabajo, se les ha solicitado su consentimiento para la utilización de sus reflexiones y verbalizaciones en el mismo.

iniciativa propia, transformándose la demanda de “algo le pasa a mi hijo” a “algo me pasa”, situación que facilita los primeros encuentros con ellos, pero que nos obliga a intentar dilucidar qué significa “algo me pasa”.

En sus reflexiones sobre qué es la Salud Mental expresan los discursos, debates e incertidumbres que encontramos en nuestro campo profesional, así como en la sociedad en su conjunto. Sobre la Salud Mental se habla mucho, pero saber qué es la Salud Mental que tanto nos afecta y tan importante es, es otra historia. En las sesiones grupales con los adolescentes al intentar definir, acotar el concepto de Salud Mental, éste aparece como un concepto inestable, cambiante en función del interlocutor, sin un contenido específico y compartido por todos los participantes, como “un concepto controvertido, que se vació de contenido antes de llenarse del mismo y en el que es difícil encontrar significantes comunes entre quienes hablan sobre ello” (Padilla y Carmona, 2022). En sus divagaciones sobre la Salud Mental se entremezclan distintas ideas de pensamiento, vivencias personales, situaciones sociales, en una tensión dialéctica entre el cerebro y la mente, lo objetivo y lo subjetivo, lo individual y lo colectivo, así como lo inmodificable y cambiante en su transformación identitaria.

En un primer tiempo hablan de lo que conocen de la Salud Mental desde lo que los profesionales les hemos propuesto sobre lo que les pasa o lo que han leído en internet. Lo hablan como algo externo a ellos, poco conectado a su experiencia vital, “que tu cerebro no está bien”, “el ser TDAH o neurodivergentes”, “lo que nos hace falta”, asociando la Salud Mental a algo roto que hay que arreglar o corregir. Sus sufrimientos son traducidos en etiquetas diagnósticas con las que identificarse pero que desdibuja su historia y subjetividad. El diagnóstico frente a la búsqueda de sentido de lo que les pasa, aparece como una segunda piel, un caparazón, “te ayuda a saber y entender lo que te está pasando”, “le das un nombre”. Caparazón frente a la vulnerabilidad yoica, que calma pero que también asfixia, “te señalan por tener un diagnóstico, es como si todo lo que hicieras fuera por tu diagnóstico”. Toman conciencia como determinados diagnósticos se vinculan a determinadas formas de vestir, de *estar en el mundo*, “el que es diferente”, “el malo”. Percibiendo la

existencia de unas expectativas desde el mundo adulto hacia ellos, que si no se cumplen “eres la escoria”. A pesar de su identificación inicial, pronto señalan la inconsistencia de tales diagnósticos como explicación de lo que les pasa, “mi TDAH en mi pueblo no era ningún problema, pero en la ciudad solo son conflictos”. En esa incoherencia, de como una conducta puede ser perturbadora o no según el contexto, amplían la Salud Mental más allá de la enfermedad o el cerebro, atisbando cierto artificio en eso que se llama trastorno mental como presentación de sí mismos, conectando más con sus propias vivencias en su intento de capturar qué es la Salud Mental, “es el estar mal y no saber por qué”, “entender por qué me afectan determinadas cosas”, “es algo psicológico, estar mal anímicamente”. Intentando poner en palabras su propio sufrimiento, alejándose de lo que los otros les proponen como algo supuestamente objetivo y encontrando un obstáculo para utilizar el lenguaje como medio de comunicación de sus malestares. Pero persistiendo un mensaje de algo patológico, negativo y diferente a los demás, que les impide representarse como un semejante con problemas o dificultades. Dejando entrever como lo que no comprendemos del ser humano lo revestimos de diagnóstico, que aparece como una posible respuesta, pero conlleva una invisibilidad del sujeto en cuanto a ser único. En ese intentar tramitar sus dolencias psíquicas a través de la palabra, sin llegar a encontrar una manera que les deje satisfechos, sienten que en el momento que enuncian una idea o vivencia, algo se escapa o queda sin decir “no sé, es como todo muy ambiguo y contradictorio”, alternan entre los saberes de los profesionales y sus experiencias reales. Tras varios intentos de definir la Salud Mental en el grupo, en su diálogo espontáneo, lo patológico como algo inmodificable y crónico empieza a desdibujarse. Entre el bienestar mental completo como un imperativo imposible y el trastorno mental como una enfermedad invalidante, verbalizan ideas de cambio. Asociando la Salud Mental con “tener menos altibajos”, “el saber gestionar las cosas malas de la vida, no tan excesiva como nosotros”, denunciando esa falsa promesa que para todo problema hay una solución única y universal. Lo normal o anormal como algo dado y determinado desde el nacimiento se convierte en transformación, cambio y construcción de nuevas formas

habitar sus vidas, sin respuestas concretas o recetas mágicas que a veces nos demandan a los profesionales desde la exigencia y la angustia.

La transformación subjetiva es inherente a la propia adolescencia, el dejar de ser niños para convertirse en adultos les convoca al cambio para encontrar su lugar en la sociedad. Así desde sus narrativas más individuales sobre lo que les pasa empiezan exponer como los adultos los perciben, “casi todo el mundo que va a Salud Mental, sus padres piensan que es para llamar la atención”, “te dicen que eres un adolescente normal”, “no asumen que todo lo que nos pasa no es por la adolescencia”, con el sentimiento de que sus fragilidades y vulnerabilidades se invisibilizan en ese “ser normal”, sin saber muy bien qué significa. Pero cuestionando que cuando se habla de ellos aparecen estereotipos que intentan homogenizarles como colectivo, con comentarios con los que no se siente identificados, “somos irresponsables”, “la generación de cristal”, “no se puede clasificar a toda una generación”, “nuestros problemas no se ven como graves o importantes, parece que solo ellos pueden estar mal”. Latiendo el sentimiento de incomprensión y pérdida de directrices hacia dónde dirigirse en su propia maduración. Encontrando en sus diagnósticos o manifestaciones sintomáticas una manera de ser mirados y, en algunos casos, el síntoma se convierte en la única posibilidad de comunicación al entorno, intentando un reconocimiento en el exterior.

El cómo los adultos los perciben permite transcender su reflexión desde lo individual a lo colectivo como sociedad, descentralizando sus narrativas del “a mí me pasa” a “lo que nos ha tocado vivir” en el momento presente, como un escenario en el que desenvolverse distinto al de generaciones anteriores. El cerebro y la mente se conectan con lo social en una interrelación constante de transformación. Algo cambia con el tiempo a nivel individual, pero también a nivel social, exponiendo sus dificultades de ubicarse en los espacios, de relacionarse con los otros, así como imaginarse proyectos vitales. Las recomendaciones de los adultos sienten que no les son útiles en su devenir. Las reglas del juego han cambiado, “nos han educado e influenciado de una manera diferente a vosotros, no nos podéis pedir lo mismo que os pidieron a vosotros”, “te dicen que tienes todo y que ellos pasaron cosas peores”. Reivindicando que su actualidad

no es la misma que la nuestra, viviéndose en un mundo incierto, de cambios vertiginosos e imposibles de tramitar y elaborar “todo es repentino y fugaz, es difícil de adaptarse, algo se pone de moda y al mes es otra cosa”. Ante la exigencia de “adáptate ya” para en encontrar cierta continuidad biográfica, chocan con la inestabilidad social a la que han de adaptarse. Denunciando que “nos tenemos que enfrentar a problemas que mis padres no se tuvieron que enfrentar”, como las crisis económicas, las pandemias, las guerras que les impide proyectarse en un futuro como adultos al vivirlo como una amenaza constante, “cuando la guerra de Ucrania, entré en pánico, pensé que nos iba a caer una bomba”. Futuro incierto y amenazante que consideran que han de afrontar en soledad como signo de madurez o porque los adultos minimizamos sus sufrimientos como esperables en la adolescencia.

A pesar de que se les tilde de desinteresados por los problemas sociales, ellos se perciben como receptores de mensajes contradictorios de su mundo circundante, ya sea de su entorno inmediato o del mundo virtual, “desde pequeños tenemos acceso a tanta información, que no sabes qué hacer con ella”. Siendo testigos de los malestares que conciernen a la humanidad, los cuales denuncian “igual somos la generación de cristal, pero también ahora somos más capaces de expresar lo que sentimos”, “no es que seamos más frágiles”. Enlazando sus vulnerabilidades con las del mundo como un malestar que nos atraviesa a todos, pero sienten que no son reconocidos como sujetos que sufren con la misma importancia que ellos reconocen los malestares adultos. A pesar de desear una transformación, ya sea a nivel individual o colectiva, se encuentran que sus proyectos vitales son adjetivados de infantiles o irreales, posicionándolos como sujetos sin agencia, que han de ser guiados por las generaciones anteriores, “a veces te infantilizan por lo que dices o te tratan como un adulto cuando no sabes hacer una cosa”, lo que les paraliza en su impulso para vivir.

En sus narrativas aparecen ambivalencias, contradicciones, intentando conjugar de manera imposible lo viejo y lo nuevo de su nuevo ser, siendo la pregunta de fondo en sus divagaciones discursivas el por qué seguir adelante o por qué cambiar. Pregunta que nos convoca a los profesionales

psi y a los adultos a reflexionar sobre qué nos demandan con sus manifestaciones perturbadoras y sintomáticas. Síntomas, como una llamada de auxilio, en los que no encuentran la respuesta deseada o simplemente no se sienten escuchados, lanzándoles a un desamparo vital donde la muerte, la autolesión puede encontrar su sentido como respuesta a la propia desesperación ante la nada.

Quizá, nuestros adolescentes no tengan claro cómo quieren ser de adultos ni qué implica eso de cambiar, pero sí como quieren ser acompañados en ese proceso de autodescubrimiento. A pesar de demandar ayuda a los profesionales en Salud Mental o a los orientadores de los centros educativos, la percepción que tienen de nosotros dista mucho de la de ser alguien sensible a su situación y de que les podamos ser de alguna utilidad en su desorientación actual, “no te he contado ni la mitad de mi vida y me diagnosticas”, “no te escuchan”, “o te dicen que es la adolescencia o te dan una pastilla”, “cuando sientes que no te entienden, al final no dices nada, sigues estando mal, pero te mandan a casa y que no vuelvas más”. Previo a acudir a los profesionales, ellos han intentado entender lo que pasa, siendo internet su espacio de consulta privilegiado, encontrando en determinados diagnósticos una presentación o una manera de expresarnos sus malestares. Situación que se ve confrontada en el encuentro con el profesional como una lucha de saber, que les irrita y enfada al no obtener respuestas a sus preguntas, o al verse anulados como sujetos que pueden hablar de sí mismos y sus sufrimientos, “me dices que no soy así o que no tengo esto, pero por lo menos pregúntame cosas de porque creo que soy así”, “explícame las cosas de manera entendible”. Además de vivir los encuentros como una lucha, nos perciben como desinteresados por ellos, “como que les damos igual, están más pendientes del tiempo que tienen para hablar con nosotros”, “ve conectado poco a poco conmigo, no vayas directamente, a ver ¿qué te pasa?”, “no sé, vamos a conocernos un poco, interésate por lo que me gusta, lo que me preocupa”, “dame tiempo, igual no estoy preparada para contarte qué me pasa, pero no quiere decir que no esté mal”, sintiéndose expulsados del espacio terapéutico antes de vivirlo como lugar seguro de cuidados y acompañamiento. Aunque a veces se

nos presenten en las consultas como exigentes de una solución rápida a su situación, perciben que los tiempos de urgencia e inmediatez no se adecúan a su proceso de crecimiento, donde la compresión y entendimiento mutuo necesita reposo, no impaciencia ni por parte de ellos ni por la nuestra.

Cuando se ha podido crear ese espacio terapéutico con un profesional, donde la urgencia y la solución rápida se ha ido transformando en reflexión pausada y búsqueda de sentido, ese espacio íntimo puede verse invadido por las demandas de los padres que reactualizan la inmediatez para no perder del tiempo de lo importante, los estudios. La presencia de sus padres en sus procesos terapéuticos lo viven como una necesidad para ser comprendidos en su cotidianidad. Pero puede convertirse en una agresión a su intimidad cuando no les hemos pedido su consentimiento o porque les dejamos de ver como sujetos y los posicionamos como objetos de intervención, “cuando vienen tus padres al psicólogo contigo ya no te dejan hablar, o no hablas porque ese era tu espacio”. Creándose cierta desconfianza por el encuentro entre los padres y los profesionales, “hablan por ti sin decirte nada”, “nuestros padres a veces tampoco saben lo que nos pasa”, con el miedo de que ese espacio deje de ser el “único en el que poder hablar” y ser escuchados genuinamente. O que se tomen decisiones a las espaldas de ellos, lo que lejos de reconocerlos como sujetos en crecimiento que pueden ir asumiendo determinados desafíos, los ubicamos como niños pequeños, controlados, sin voz ni voto, “siempre te dicen que el viejo es el sabio y el padre el que manda, pero a veces hay que escuchar al niño”.

En los centros escolares, a pesar de los programas de prevención en Salud Mental que se han ido proponiendo en este ámbito, es un territorio inquietante y desconcertante para ellos, “cuando estás mal en clase, te dicen que estás molestando y te mandan al jefe de estudios”. Preguntándose por esa supuesta ayuda que se iba a dar a los adolescentes en los colegios e institutos y que han anunciado por las noticias, redes sociales y otros medios de comunicación. Un ejemplo de esa falsa promesa es cuando denuncian situaciones de acoso o violencias en el centro escolar, siendo testigos de la inactividad de los adultos en ese

momento, lo que aumenta la vivencia de vulnerabilidad y amenaza. “Solo nos dan charlas bullying cuando pasa algo gordo”, cuando el estallido de violencia hace su entrada en sus interacciones sociales para reestablecer cierta sensación de seguridad en un sálvese quien pueda, ante la falta de un mundo adulto que acoja y reaccione ante las agresiones. Si bien, en el ámbito escolar, son convocados a distintas charlas con temáticas relacionadas con la Salud Mental, pero ellos se sienten excluidos de las mismas en cuanto que no se les permite hablar de sus experiencias y sentimientos, ni se escuchan sus propuestas para lidiar con determinadas situaciones. Charlas teóricas, con tecnicismos, poco entendibles que les invita únicamente a optar por soluciones individuales de gestión emocional, control conductual y aceptación de situaciones conflictivas, obviando que construir espacios de convivencia seguros obliga a los adultos y adolescentes abrir espacios de diálogo, donde el adolescente es un interlocutor válido al formar parte de la comunidad educativa.

Los adolescentes, en muchas ocasiones, a los adultos se nos presentan como desafiantes, indolentes, caprichosos, como buscando ser mirados y reconocidos como un ser humano, apelando al mundo adulto que les ubique en un nuevo lugar diferente a la infancia. Nuevo lugar en el que persisten ciertas necesidades como ser cuidado y protegido de determinadas adversidades, “a veces nuestras familias no nos saben cuidar”, “no nos llegan a comprender, hacen como te entienden, pero ves que no”, aunque han dejado de ser niños, no implica que puedan hacer frente a todo, “es como que esperan que estés bien de un día para otro”, “que tienes que ser un ejemplo para tus hermanos”. Ambivalencia entre la protección y la exigencia parental, demandado que los adultos estemos ahí, ni demasiado cerca que viven como control asfixiante, pero tampoco muy alejados que experimentan como abandono y desamparo. Siendo llamativo, que a pesar de ser una generación educada en el consumismo y en el *tener*, en los momentos de mayor fragilidad y vulnerabilidad no nos solicitan objetos materiales, sino un reconocimiento como sujeto que les permita *ser* aquí y ahora. Respeto, escucha, empatía, igualdad, justicia, reciprocidad y cuidado son nombrados cuando nos interpelan a nosotros como profesionales y adultos, frente a la percepción que tenemos de ellos

de manipuladores, exigentes, caprichosos y malcriados. Percepción que proyectamos cuando nos sentimos cuestionados o criticados por las nuevas generaciones, cuestionamiento que nos coloca en una situación de impotencia y desnudez. En vez de conectar ese desvalimiento con el de ellos, entramos a invalidar sus verbalizaciones como inmaduras, fantasiosas e ingenuas, dejando entrever que han de prepararse para un mundo adulto que es injusto, insolidario y peligroso. Mensaje desesperanzador que obtura cualquier respuesta de por qué cambiar de los adolescentes ante un futuro tan desolador. Pensamos que su mañana es nuestro hoy, olvidando que el ser humano tiene la necesidad de proyectos para transcender su presente, siendo la utopía la realidad de mañana. Utopía que se alimenta a través de la imaginación, los sueños, divagaciones reflexivas, desde un pensar conjunto de posibilidades infinitas, pero no imposibles.

El escuchar y acompañar a los adolescentes sin prejuicios, ni consejos o soluciones rápidas a sus interrogantes les permite pensar que otro futuro es posible, donde el respeto, la solidaridad y la igualdad tengan cabida en un mundo compartido por ellos y nosotros. Otro futuro imaginado y creado entre todos que sostenga nuestras esperanzas de seguir viviendo, encontrando una respuesta propia de por qué cambiar e incorporarse en la sociedad. Siendo responsabilidad de nosotros, los adultos, el reconocer a los adolescentes como participantes activos en la transformación de la sociedad, “hay que inventar algo nuevo para la generación joven, permitir a esta generación tornarse más autónoma de manera creadora, y dejar el lugar al relevo. Cada uno a su lugar” (Dolto, 1997).

CONCLUSIONES

A pesar de encontrarnos en una sociedad muy sensible a los problemas en Salud Mental, sobre todo con los más jóvenes, algo está fallando en nuestra manera de escuchar, acompañar e intervenir cuando en la población adolescente se presentan manifestaciones sintomatológicas desmesuradas, más autodestructivas y en mucho de los casos con un desenlace mortal. No cumpliéndose la lógica de a más recursos más bienestar emocional. Quizá, porque previo a cualquier programa de prevención e intervención sea necesario escuchar a los protagonistas

para que nos orienten y así, poder devolverles la esperanza de crecer y vivir colectivamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dolto, F. (2004). *La causa de los adolescentes.* Paidós.

Hesse, H. (2015). *Demian.* Alianza Editorial.

Janin, B. (2022). *Niñas, niños y adolescentes en tiempos de desamparo colectivo. De la incertidumbre a la esperanza en salud mental y educación.* Noveduc.

Padilla, J. y Carmona, M. (2022). *Malestar. Cuando estar mal es un problema colectivo.* Capitán Swing.

COMUNICACIÓN ORAL

2.EL DIAGNÓSTICO DE COMUNIDAD: UNA CLAVE PARA TRABAJAR CON LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD MENTAL

ANDER RETOLAZA BALSATEGUI

El Diagnóstico de Comunidad: Una clave para trabajar con la Determinación Social de la Salud Mental

Ander Retolaza

Grupo de Trabajo sobre Determinantes Sociales y Salud Mental (AEN-PSM)

Palabras clave: Diagnóstico de Comunidad, Territorio, Participación,Cuidados y Autocuidados, Salud Pública, Técnicas de diagnóstico.

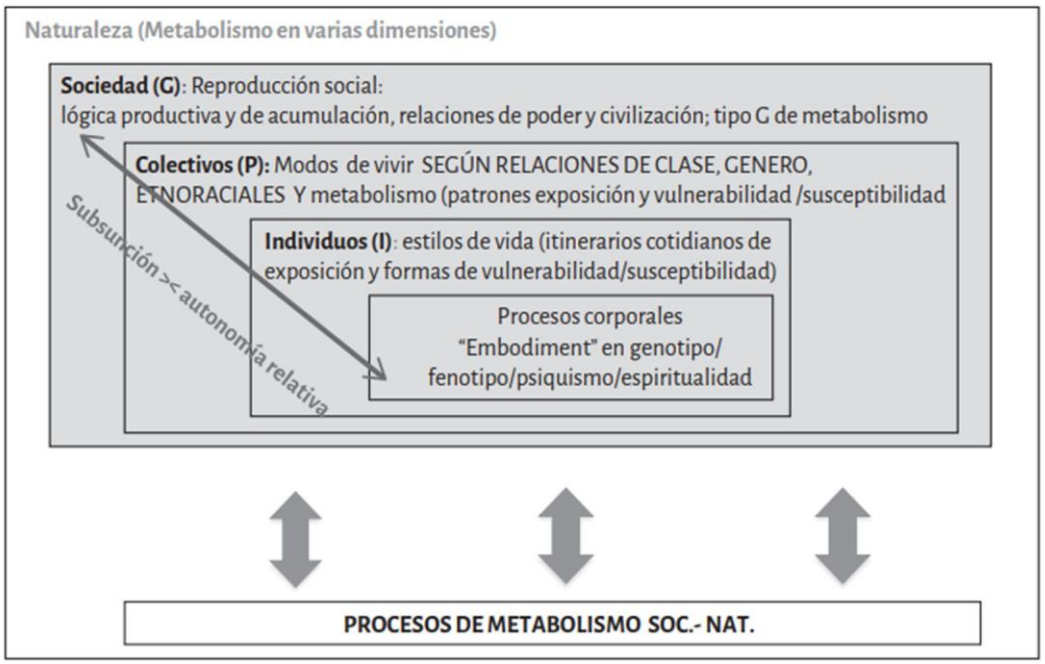
Introducción

La mayor parte de las demandas y problemas que acceden a los servicios asistenciales de salud mental están socialmente determinados en lo referente asu origen y circunstancias. Este hecho resulta esencial a efectos de conocerlos en profundidad, plantear un adecuado abordaje preventivo y llevar a cabo, cuando sea necesario, un tratamiento de los mismos.

Existe una inercia de conjunto de todo sistema social a reproducirse, conservando sus características definitorias. Esto puede entrar en contradicción con la tendencia de sus partes a ejercer una autonomía relativa y capaz de generar cambios. La determinación dominante se manifiesta en múltiples dimensiones de esta reproducción social. Primero, de una forma general (como sistema de costumbres e ideas, de diferencias de poder, de producción de bienesy servicios o de distribución de los mismos, por ejemplo). Después en diversos contextos particulares, pero compartidos por amplios grupos de personas (ya sean de clase social, de género o de cualquier otro colectivo) y, por último, de forma individual (Breilh, 2023). En cada una de estas dimensiones se reproducelo esencial del sistema en una línea descendente, pero no dejan de manifestarse resistencias y fuerzas en sentido contrario. En este contexto contradictorio es donde cada territorio y cada comunidad de formas de vida e intereses pueden jugar un papel relevante. Así pues, la comunidad concreta en la que se desarrollala existencia de las personas (algunas de las cuales presentan riesgo incrementado de presentar un trastorno mental y/o de llegar a ser pacientes) condiciona y modula las formas de presentación de estos problemas y resulta un elemento de primera magnitud a la hora de mantener un adecuado sistema de atención y cuidados.

Por otro lado, el bienestar de las personas supone un desafío que debe de ser planteado desde un fundamento conceptual, social y ético completamente diferente al que nos ha acostumbrado el sistema imperante, que, en primera instancia, se nos presenta en crisis y -en el mejor de los casos- como meramente asistencial.

Figura 3.7 Proceso multidimensional de determinación social: subsunción y autonomía relativa



Fuente: Breilh, 1977, 2003, 2015, 2021.

Desde esta perspectiva se hace preciso señalar algunos procesos objetivos relacionados con el bien vivir. Los más importantes entre los mismos hacen referencia a la *sostenibilidad*, la *autonomía*, la *equidad* y la *seguridad* de las formas de vida y convivencia dominantes en un determinado espacio social, cultural y geográfico (Breilh, 2023).

Objetivos

El *diagnóstico de comunidad* es una herramienta propia de la salud pública que resulta útil para comprender la situación concreta de una comunidad en un territorio (Botello y otros, 2013). Se realiza recogiendo información y datos que, convenientemente analizados, permitan un mejor conocimiento de las circunstancias presentes y faciliten una actuación, tanto en un ámbito colectivo

como individual. En principio se trata de diseñar intervenciones capaces de afrontar los problemas compartidos por las personas, que se presentan en un determinado espacio social y geográfico, en busca de su posible resolución o, al menos, de un enfoque paliativo de los mismos. Algunos de los elementos de que consta un diagnóstico de comunidad son: 1) Información sobre los problemas y necesidades existentes en un entorno comunitario determinado; 2) Comprender las causas y efectos de los mismos; 3) Identificar recursos y medios útiles para actuar sobre esos problemas; 4) Establecer prioridades de intervención de acuerdo con la gravedad de los problemas, los recursos y el conocimiento disponible; 5) Diseñar una estrategia de acción, a ser posible con un cronograma por objetivos y una evaluación de su efectividad (Secretaría de Educación Pública. Méjico, 2015).



Figure 1. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a conceptual framework by Lund et al. (2018).

Un buen diagnóstico de comunidad debe de proporcionar información relevante sobre el contexto (social, político, económico, histórico, etc…) en el que se produce aquello que se observa y evalúa. En este caso, la salud mental de las personas. También debe de permitir conocer fortalezas y posibilidades, especialmente aquellas que residen en la propia comunidad y no precisan de manera determinante del concurso de servicios especializados. Estos pueden ser sociales, de salud en general o de salud mental, mientras que las fortalezas y posibilidades, muchas veces desaprovechadas, hacen referencia a sistemas formales e informales de autoayuda y cooperación presentes en la comunidad.

Algunas de las características de un buen diagnóstico de comunidad son las siguientes: *sencillez, utilidad, compromiso, inclusión* y *participación*. El **compromiso** supone la toma de acuerdos que proceden del sentir comunitario. El diagnóstico debe de ser **participativo** e intentar involucrar a la mayor cantidad de personas posible, lo que sirve para que todos o la mayoría de los participantes se vean comprometidos en su cumplimiento. Esto incluye tanto personas particulares, como organizaciones de la sociedad civil, funcionarios públicos o asesores y técnicos con capacidad de incidir en la comunidad. Entre estos asesores y técnicos están los servicios sociales de área, los médicos (especialmente los de atención primaria) y el propio equipo de salud mental.

Metodología y Desarrollo

Los pasos esenciales para llevar a cabo el proceso serían los siguientes (Breilh, 2023):

-*Construcción participativa de la problemática*

Establecer acuerdos sobre el modelo interpretativoElaborar las preguntas centrales del proyecto Formulación de los procesos críticos

-*Elaboración y selección de instrumentos observacionales*

Diseño y aplicación de guías de entrevista

Diseño y aplicación de cuestionarios de encuesta epidemiológica

-*Sistematización en la matriz de evidencias*

Resultados cualitativos

Resultados cuantitativos

-*Ordenamiento e integración nodal de evidencias*

-*Integración multidimensional*

Existen diversos procedimientos para llegar a los objetivos propuestos. Entre ellos están: 1) Lluvia de Ideas (*Brain Storming*) que se puede llevar a cabo con el equipo de intervención o con la participación de algunas personas o líderes de la comunidad especialmente sensibilizados; 2) Árbol de problemas, que permite identificar un problema principal del que se desprenden otros secundarios; 3) Mapa de problemas, donde una serie de intervinientes los van señalando y los relacionan con el entorno; 4) Análisis DAFO. Se trata de una técnica que se puede realizar en grupo. Se centra en el propio diagnóstico de comunidad o en la tarea a realizar y busca analizar las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades que afectan a la misma. Con los datos recogidos se realiza una matriz que permite desarrollar una estrategia; 5) Observación directa, en la que el profesional (que también puede ser investigador) se involucra en la comunidad e identifica los problemas; 6) Entrevistas con personas significativas, que sean buenas conocedoras de la comunidad y, a ser posible, participen activamente en la misma; 7) Investigación-Acción, que es un método participativo en el que se profundiza en el conocimiento de los problemas mientras, de forma simultánea, se trabaja en su solución; 8) Diagrama Causa- Efecto, que es útil para representar de manera visual y gráfica un problema complejo que esté abordando la comunidad, de manera que resulte más fácil entenderlo y abordarlo.

Resultados

De una forma resumida, diversas técnicas validadas por la evidencia para realizar un diagnóstico de comunidad con una buena base participativa, serían las siguientes (Botello y otros, 2013):

-**Entrevistas en profundidad**: encuentro cara a cara entre la persona clave y la persona que recoge la información, dirigido a la comprensión de las perspectivas que tienen los vecinos respecto a sus comportamientos, sentimientos o experiencias.

-**Grupos de discusión**: conversación de un grupo pequeño y homogéneo diseñada para obtener información de un tema de interés común, con un guión de preguntas y la ayuda de un moderador

-**Mapping Party**: encuentro de personas que se reúnen para cartografiar de forma colectiva determinados lugares, donde cualquier persona puede participar.

-**Observación sistemática** de comportamientos y conversaciones con observación participante.

-**Photovoice**: reflexión y discusión para describir e intercambiar impresiones a través de *fotografías de la comunidad*.

-**Investigación narrativa** (*storytelling*): invitación a la gente a contar y compartir historias sobre cómo se han enfrentado a situaciones difíciles.

-**Tertulias de café**: generar conversación sobre un tema de interés. En el café, cinco o seis personas alrededor de una mesa charlan entre sí y una persona hace de anfitrión. Al cabo de 20 minutos se cambian de mesa y el anfitrión se queda para resumir a los nuevos la discusión previa. Al final, se recogen y extraen los temas por parte de todo el grupo.

Tabla 1
Mapeo de activos. (Adaptada de Improvement and Development Agency[6].)

Qué recursos	Quiénes	Qué tienen	Reflexión
Recursos de los individuos	Miembros de la comunidad Familias Vecinos	Poder Pasión Talento Habilidades Experiencia Conocimiento Tiempo Cuidado	¿Qué es lo bueno del lugar donde viven? ¿Qué pueden hacer para mejorar la vida en su comunidad?
Recursos de las asociaciones formales	Grupos religiosos Grupos deportivos Asociaciones juveniles Grupos de voluntarios Asociaciones de vecinos Grupos de autoayuda o de ayuda mutua Asociaciones de pacientes Voluntarios	Visión Redes Conocimiento compartido Influencia Talento	¿Cuáles son las redes formales de su comunidad?
Recursos de las asociaciones informales	Red informal de cuidadores Red informal de apoyo	Visión Redes Conocimiento compartido Influencia Espacios compartidos Talento	¿Cuáles son las redes informales de su comunidad?
Recursos físicos del área	Parques Centros educativos Bibliotecas Centros de salud Centros infantiles	Edificios Espacios compartidos	¿Qué espacios verdes, terrenos sin utilizar, edificios, calles, mercados o transportes hay en la comunidad?
Recursos económicos	Negocios locales Comercios locales	Dinero Influencia Edificios	¿Cuál es la situación económica local?
Recursos culturales	Teatro Música Arte	Visión Redes Conocimiento compartido Influencia Espacios compartidos Talento	¿Qué talento tiene la gente para la música, el teatro o el arte?
Recursos de las organizaciones	Servicios del ayuntamiento Concejalías o concejales Líderes o representantes de barrios o vecindarios Policía Trabajadores sociales Médicos de familia Enfermería	Dinero Edificios y recursos Servicios reales o potenciales Influencia sobre otros Tiempo Poder Conocimiento Liderazgo Capacidad y buena voluntad para el cambio	¿Qué recursos tienen las organizaciones independientemente de si se usan o no?

Tabla 2
Algunas técnicas para realizar el mapeo sobre recursos en salud

Qué recursos	Cómo explorarlos. Técnicas							
	Entrevistas en profundidad	Grupo focal	Base de datos/web/redes sociales 2.0	Conversación	Mapping party	Photovoice	Investigación narrativa storytelling	Tertulia del café
Recursos de los individuos	+++	+++	+	+++	++	++	+++	+++
Recursos de las asociaciones formales	+	+	+++	+	++	++	+	+
Recursos de las asociaciones informales	++	++	+	++	+++	+++	++	++
Recursos físicos del área	+	++	+++	++	+++	++	++	++
Recursos económicos	++	++	+++	++	+	++	++	++
Recursos culturales	++	++	++	++	++	++	++	++
Recursos de las organizaciones	++	+	++	+		++	+	+

Gradación orientativa de la utilidad de cada técnica: +++ muy adecuada, ++ adecuada, ++ puede ser adecuada.

Conclusiones

Los sistemas de bienestar social desarrollados hasta hoy no han conseguido disminuir la inequidad presente en nuestras sociedades y que está en la base de gran parte de los problemas de salud que padecemos. En el caso de la salud mental esta realidad resulta muy evidente (Wilkinson y Pickett, 2009). Los sistemas sanitarios que hemos heredado del pasado se caracterizan, ante todo, por procurar servicios médicos asistenciales o, en su caso psicológicos, de

carácter individualizado y por tiempo limitado. Las tareas a largo plazo, de salud pública y prevención resultan muchas veces reducidas a su mínima expresión, como bien hemos podido percibir durante la pandemia de la COVID19. En última instancia se reduce al ciudadano a un receptor pasivo de intervenciones que corren el riesgo de derivar en actitudes consumistas y medicalización de problemas de vida.

Lo anterior supone un importante gasto, que además resulta ineficiente, dado que se concentra mayoritariamente en farmacia e intervenciones tecnológicas, sin lograr resolver la mayor parte de los problemas que se presentan. Esto resulta decisivo, en algunos campos como el de la salud mental, donde muchos de los casos y problemas a atender son complejos, de larga duración y/o necesitan de intervenciones sociales de apoyo (Oswald y otros, 2024).

Como se ha mencionado más arriba, las condiciones asociadas a un buen nivel de bienestar se relacionan con la sostenibilidad y la autonomía, tanto en lo referido a las condiciones de vida de las personas, como de los sistemas de apoyo a desplegar en su auxilio cuando sea necesario. En relación con ambas está el empoderamiento de la ciudadanía y los usuarios de los sistemas de atención. La equidad, entendida como igualdad de acceso a bienes y servicios (sanitarios y de todo tipo) y la seguridad, derivada de las propias formas de vida de individuos y colectividades, constituyen otro par de condiciones esenciales para el bienestar. Esto se hace extensible, así mismo, a las técnicas y modos con las que las administraciones asisten y apoyan a estas colectividades e individuos.

En relación con lo anterior y con la crisis sanitaria actual, entre las tendencias dominantes de los sistemas de bienestar avanzados, se encuentran los conceptos de participación y cuidados. No parece posible, ni recomendable, sostener un sistema meramente asistencial de carácter público (sanitario y/o social) capaz de proporcionar cualquier tipo de atención a cualquier persona y en cualquier circunstancia. En su lugar, los servicios y programas deben de preparase para una problemática emergente. Algunos elementos de esta problemática son: 1) La atención a la cronicidad derivada, entre otras cosas, del envejecimiento poblacional; 2) La persistencia de trastornos mentales graves,

necesitados de recursos sanitarios, de apoyo social, habitacionales y laborales;

3) La creciente presencia de un malestar psico-social, asociado -o no- a trastornos mentales y que afecta, entre otros, a un importante sector juvenil.

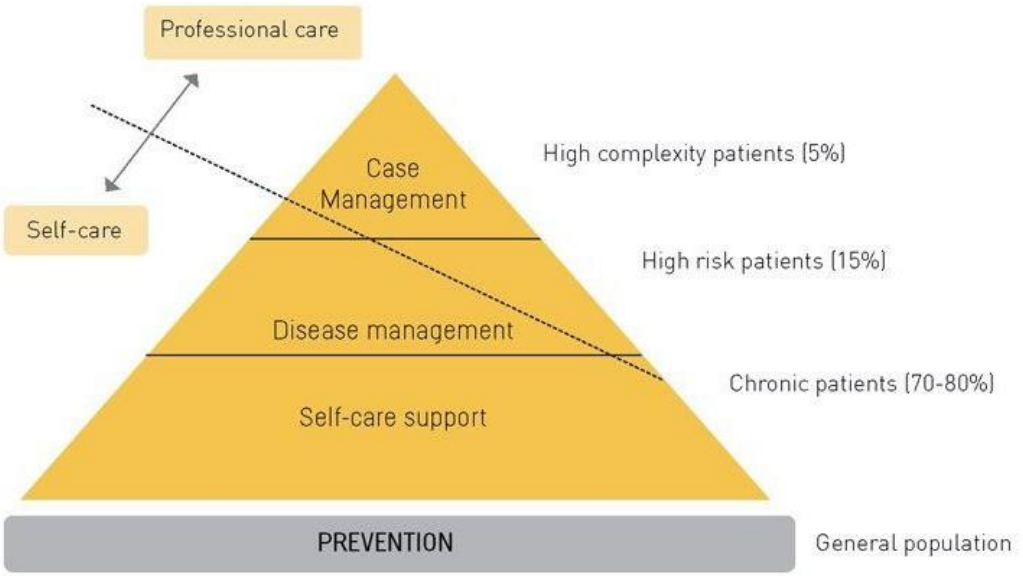
Un sistema de atención equitativo debe de conseguir una atención proporcional a estos diferentes problemas y preocuparse por priorizar la prestación de servicios a quienes más lo necesiten.

Estas condiciones apuntan a la necesidad de organizar diversos tipos de cuidados, tanto proporcionados por el estado como por personas o entidades ajenas al mismo. Esto abarca cuidados administrados por las propias familias y la comunidad organizada, e incluye los autocuidados (que han de ser posibles en base a la autorresponsabilidad y una educación sanitaria que el sistema de atención puede y debe procurar). Los servicios profesionales y especializados de carácter público tienen su lugar y deben entrar en juego en el momento y forma precisos, pero no antes, ni después o de una manera poco proporcionada (por exceso o por defecto) a las necesidades de los usuarios. Por otro lado, la integración de servicios sanitarios y sociales debe de convertirse en la norma, especialmente en territorios como el de la salud mental.

El diagnóstico de comunidad, por lo que implica de trabajo con las comunidades afectadas y empoderamiento de las mismas, ofrece la oportunidad de convertirse en una buena vía de acceso a algunos de los cambios que necesitamos en la actual situación de crisis social y sanitaria persistentes.

Figure 4

Kaiser Permanent risk stratification pyramid



(DCGs), Patients at Risk of Re-Hospitalization (PARR 1 and 2) and the Combined Predictive Model (CPM) (42).

Referencias:

-Botello B., Palacio S., García M., Margolles M., Fernández F., Hernán M., NietoJ., Cofiño R. (2013): Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad; *Gac Sanit.: 27*(2): 180-3.

-Breilh J. (2023): *Epidemiología y la Salud de los Pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana.* Quito. Universidad Andina Simón Bolívar

-Oswald TK et al. (2024). Interventions targeting social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Psychological Medicine 1–25*.

-Secretaría de Educación Pública. Desarrollo comunitario (2015): *Elementos para elaborar un diagnóstico comunitario*. Ciudad de México.https://laedu.digital/2021/11/29/elementos-para-elaborar-un-diagnostico- comunitario/

-Wilkinson, R., Pickett, K (2009): *The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better.* Westminster. London. Penguin Books. Trad. Esp. (2009): *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid. Turner.

COMUNICACIÓN ORAL

3.FENOMENOLOGÍA TEMPORALIDAD. PASADO, PRESENTE Y FUTURO EN EL "YO NEURÓTICO"

José Luis Dia Sahun

Titulo. Fenomenología Temporalidad. Pasado, presente y futuro en el "yo neurótico"

Autoria: J. L. Dia Sahun, Psiquiatra, Hosp Univ Miguel Servet Zaragoza., Prof UNIZAR y tutor MIR psiquiatría. jldiasahun@gmail.com https://sites.google.com/site/jldiasahun2/

COMUNICACIÓN.

Introducción. Se parte del análisis clínico: psicopatología descriptiva y fenomenología del "yo neurótico". Trabajos previos de JL Dia. Y la Semiología de los conflictos intrapsíquicos de la persona: "**Le moi névrotique**" (H. Ey) . -**La "neurosis de angustia"** S. Freud. (1895), **"Inhibición, síntoma y Angustia": (S. Freud. 1925),** con la aportación de la fenomenología de la temporalidad **(K. Jaspers).**

Objetivos: conocer, delimitar, explicar desde el punto de vista fenomenológico la clínica de la temporalidad en personas que padecen estados neuróticos severos: ansiedad/pánico, fobias, Hipocondrías, disociación, obsesividad y alegría/depresión distimia/neurótica.

Metodología: Análisis de casos clínicos del autor y descripción de la temporalidad en dicho padecimiento: Desde el "detenerse el tiempo", la temporalidad del anancástico, la lentitud obsesiva primaria, el tiempo como objeto de obsesión y compulsión, la ansiedad por la "urgencia temporal". La expectación aprensiva del futuro: El temor a lo venidero, el irremediable devenir del tiempo. En el eufórico, la dilatación temporal de su existencia; **el hipertímico** se proyecta más allá de lo imposible presente, El presente no existe ya, ha sido fagocitado, hasta el ***"Puer aeternus"*** **y Peter Pan,** *Mezcla de* infantilismo y narcisismo, *con negación de la edad y del envejecimiento*

Conclusiones: *urge en la clínica actual una praxis psicopatológica para recuperar la fenomenología de la temporalidad en la "neurosis". Su clínica es indispensable para conocer, tratar y aliviar el padecimiento de la angustia a la temporalidad, la vivencia del tiempo pasado, presente y futuro sufre gran transformación en el padecimiento severo del "yo neurótico".*

Introducción. La temporalidad y la neurosis. (1)

¡Cuán importante es el estudio de las vivencias del tiempo, del espacio y del movimiento en nuestra psique. Los trastornos neuróticos, en forma de ansiedad, miedos, pánico, fobias, hipocondrías, neurosis obsesiva, se asocian a síntomas de la vivencia del tiempo y espacio, que nos afectan. Los fenómenos psicóticos, con sus alucinaciones y delirios, se imbrican y transforman también nuestra temporalidad y espacialidad subjetiva. Los estados afectivos, tanto melancólicos y maníacos, transforman también nuestro tiempo y espacio subjetivos. A modo de introducción podemos decir:

- El tiempo subjetivo del depresivo, detenido, enlentecido,…contrasta con el tiempo físico exterior, que *"va rápido, veloz, y que no puedo alcanzar, porque me siento paralizado*". Un "*tiempo detenido, paralizado"* en nuestro melancólico que contrasta con la expectación aprensiva del neurótico y del tiempo fugaz de maniaco.

Sirva de homenaje a **Henri Ey (2),** a **K. Jaspers (3)** y su "*Psicopatologia general*", a E. **Minkowski (4)** y su "*Temps vécu*", a H. **Tellenbach**, (5) **V. E von Gebsattel**,(6) **Erwin Straus**, (6) entre otros.

La vivencia del tiempo según la filosofía estoica: **Lucio Anneo Séneca**. (7) En "***Sobre la brevedad de la vida, el ocio y la felicidad" nos aclara:***

- *"La vida se divide en tres tiempos: el que fue, el que es y el que será. De ellos, el que vivimos es breve, el que viviremos dudoso, y el que hemos vivido, inamovible. Sobre este último la fortuna ha perdido toda autoridad,*

porque no es posible reducirlo al arbitrio de nadie"

- *"La vida del sabio se extiende mucho, no la encierra el mismo límite que a los demás.*

¿Pasó algún tiempo? Él lo retoma con el recuerdo. ¿el presente? Lo utiliza. ¿Lo venidero? Lo anticipa. La reunión de todos los tiempos en uno le alarga la vida".

- *"Muy breve y trabajosa es la vida de quienes olvidan el pasado, descuidan el presente y temen el futuro. Cuando llegue la hora postrera, demasiado tarde comprenderán los infelices que, en tanto tiempo como estuvieron ocupados, no hicieron nada".*
- *"Todo retraso de una cosa esperada se les hace largo. En cambio, breve y precipitado les parece el tiempo que aman, y por su propio vicio aún lo abrevian más, porque son tránsfugas de una cosa a otra e incapaces de mantenerse en una sola pasión".*

Aproximación fenomenológica de la temporalidad en el neurótico de ansiedad. (1) *Veamos el texto seminal de S. Freud (1895), y su* **"neurosis de angustia"** (8)

La **Sintomatología clínica de la neurosis de ansiedad de Freud, nos da la clave de la temporalidad angustiosa del neurótico.**

1) Excitabilidad general: se vive en el nerviosismo, la ansiedad, la inquietud, en constante tensión en un tiempo acelerado. **2) La espera ansiosa, una expectación aprensiva ante una amenaza, o peligro:** *Así, "Una mujer, cada vez que oye a su marido toser, piensa en el cáncer, la neumonía y el entierro de su cónyuge",* **3) El ataque de la ansiedad:** La ansiedad es latente, al acecho, expectante, "flotando", "en cuclillas" en el neurótico. De repente, irrumpe en la conciencia, con un sentimiento de ansiedad - pánico- vinculado a la muerte o la locura inminentes. "El malestar angustiado y angustiante" lo domina todo, y el neurótico es encarcelado por él, incapaz de huir. Lo imprevisto, de repente, como un

rayo en la tormenta, conmociona al neurótico, en forma de crisis de pánico. **4) Miedo nocturno**: con disnea suspirosa, ansiedad temor, sudoración e insomnio, pesadillas, es un tiempo de terror, de miedo, que se perpetua hasta el amanecer. **5) "Vértigo":** un mareo, un desvanecimiento inminente, en forma de inestabilidad, "abasia" y vértigo fóbico. El presente en el "vértigo", se impone como la muerte inminente, es "pánico", que impide ver el futuro, porque no hay futuro. **6) Grupo de fobias típicas, con matices de "espera ansiosa".** Ejemplos de repentina sorpresa, de súbita aparición. La espera angustiosa es sobresaltada por el miedo a las tormentas, los ruidos repentinos, las sorpresas repentinas, a todo "lo imprevisto". Todo surge repentino, inesperado, de súbito. **7)** La **Exagerada escrupulosidad obsesiva:** por el orden, la seguridad, el control, el olor corporal, las secreciones, la suciedad, el caos, supone un control ansioso sobre el tiempo vivido, una parálisis del tiempo exigida para la comprobación de la obsesión, la compulsión. La duda del obsesivo será perpetua, un tiempo sin futuro. **8)** L**a obsesión especulativa**, la "locura de la duda", la reflexión atormentante, es otro ejemplo del tiempo detenido. **9)** Con **fijación corporal** e hipocondría, incluso nosofobia, el neurótico se estanca en la fijación obsesiva y detiene el devenir libre de la temporalidad. Caso clínico de Jl Dia: mujer con cancerofobia, convencida del avance de la enfermedad, no ve futuro, y "detiene" su tiempo en forma de suicidio. **10)** La **Esfera sexual**, en forma de Impotencia, anorgasmia, eyaculación precoz, fobia sexual es el ejemplo palpable de la expectación temerosa ante el devenir. Todo encuentro sexual, toda entrega al placer estará mediatizada por el temor al fracaso, a la exigencia del aquí y ahora. **11)** La **Alteración de la sensibilidad en el neurótico en forma de** hipersensibilidad al sonido, a la luz, al dolor, a la velocidad, al tacto es otra manifestación de que el tiempo es vivido como algo súbito, sorpresivo, amenazante, fuera de control. **12)** La **Esfera cognitiva e intelectual en el neurótico sufre máxima afectación:** en la atención dispersa, el bloqueo cognitivo ante el examen, amnesia selectiva, *lapsus, disociación, son fruto de la exigencia temporal,*

del fracaso neurótico ante el examen, el cronómetro, y la rapidez de respuesta.

La Temporalidad y Especialidad en la neurosis sufre muchas transformaciones. Según el trabajo de Von Gebsattel.(6)

En la Neurosis obsesiva, se produce una pérdida de la libertad del "yo": en la elección de ideas, percepciones, voluntad. El yo impelido, "obligado", compelido a una acción, a un pensamiento, a una emoción. El contenido de la conciencia persiste contra su voluntad, hay un "**vencimiento del yo":** Una compulsión: "*compelere*" (empujar con fuerza), una necesidad de repetición, una incapacidad de finalizar, de concluir el acto.

Perseveración obsesiva, que detiene el tiempo, que lo congela ante la duda obsesiva, la ambivalencia interminable y la imposibilidad de terminar la acción. La ***" Manie de perfection "***, como comprobación de la ejecución una y otra vez***, como un "bloqueo del futuro".*** El neurótico obsesivo realiza una descomposición del acto, una forma de acción rota y fragmentaria. El lastre del pasado, de lo ya hecho: no se deshecha, se perpetua en la duda, en la ambivalencia, en la comprobación. Un "quedarse atrás respecto de sí mismo" en los melancólicos y obsesivos. Un detenerse en la vida, y una falta de proyección en el futuro. Una "Incapacidad de escapar, de liquidar el presente", un presente congelado, perpetuo, sin libertar de futuro. Los Síntomas anancásticos como compensación de la lenificación del tiempo en el obsesivo. Ya explicado por E. Minkowski en "***Le Temps Vécu*" (4) en la "temporalidad en el padecimiento neurótico" (1) y por H. Spiegelberg (6) en su fenomnologia.**

Hubert Tellenbach (5) en su estudio sobre la patogénesis de las perturbaciones psíquicas, nos explica claramente la **Temporalidad en el padecimiento neurótico.**

a) Al detenerse el tiempo: el mundo es insípido, extraño y vacío. Así surge la vivencia obsesiva, dubitativa de contacto. **"El délire de toucher".**

Cercar, sitiar "*obsedere*" la espacialidad.

Las características de la libertad son condicionadas por la duda: un ser **anancástico. "***Ananké*", de necesidad sin opción de libertad. **El estado de conciencia, en forma de** hiperclaridad de la conciencia, de hipervigilancia, de alerta constante y control, supone severa restricción del normal fluir de la conciencia.

La restricción física: "encerrado", rodeado por lo "impuro", lo "sucio". (Propia espacialidad del obsesivo) es condición paradigmática de la restricción espacial, y del tiempo congelado, repetitivo.

b) **La lentitud obsesiva primaria:** Ensimismamiento en la propia acción, con bloqueo ejecución, y con falta de conciencia temporal. ***" el tiempo detenido" ante la duda, la inseguridad de la acción, que no termina de resolverse.***

c) **La temporalizad como objeto de obsesión y de compulsión:** "la reflexión ante el paso del tiempo". La "Reflexión sobre la finitud del tiempo y universo", es una constante. La finitud o infinitud, el límite del tiempo, el paso del tiempo es materia reflexiva obsesiva, que aniquila el normal fluir del tiempo.

d) **Ansiedad por la urgencia temporal:** el futuro se hace inmediato, "se echa encima", en forma de expectación aprensiva del futuro: El temor a lo venidero, el irremediable devenir del tiempo, que nos aproxima sin remedio, al día del juicio final, al envejecimiento, a la decrepitud y a la muerte. La urgencia por falta de tiempo, lo perentorio, en la neurosis de ansiedad se hace inevitable.

Aproximaciones desde la fenomenología existencial a la temporalidad.

Estudiamos el trabajo de JL Día, sobre "El concepto de angustia y "o lo uno o lo otro" según Kierkegaard (9 y 10) **: "Una angustia radical que puede emerger en la existencia en cualquier momento", un** "hundimiento del terreno –clavado y

fijado- e inquieto, con necesidad de huida", un estar "paralizados ante el

futuro inmediato, impotentes..". **“el hombre huye de sí mismo, y cultiva un** “***régimen de aturdimiento***”. (distracciones, sucedáneos de lo auténtico, que anestesian al neurótico, e impiden que padezca el pánico de la existencia ante la nada).

La aportación radical de Sartre (11y 12). **La difícil condición humana: El ser humano es una pasión inútil.** ***Existir no es sólo vivir, es además tener conciencia de uno mismo, de "mí mismo", y de mi vida, Obligado a buscar un sentido a mi vida.*** “La existencia precede a la esencia”. “Nuestra existencia es una mera contingencia”. “Primero existimos, después nos inventamos nuestra historia.

“No hay un Dios en cuya mente se halle nuestra esencia. “El hombre no es otra cosa que lo que él se hace”. Esta experiencia filosófica de la existencia nos aporta el conocimiento de una temporalidad sin condiciones, un libre transcurrir del tiempo, mientras inventamos nuestra propia historia, y un sentido a nuestra vida. Una verdadera terapia para la neurosis del egocentrismo, del narcisismo y de la búsqueda de la juventud eterna.

En la obra de **Hedidegger (13) se expresa un "ser-para-la-muerte", una a**firmación de la mortalidad inevitable, sin escapatoria. El "**Dasein**" expresa un "estar ahí, arrojado al mundo”, en una situación temporal y espacial única, personal, nuestro "ser-en-el-mundo". Así, la muerte como el destino del Dasein, me otorga autenticidad, y **asumir la mortalidad es superar *la “mala fe”. El “ser inauténtico”,*** el que elige la libertad en negativo: elige no elegir. Niega su libertad, vive en la mala fe, instalado en la facticidad, y se excusa en su irresponsabilidad. Atrapado por la temporalidad del éxito, la urgencia, el aprovechamiento del tiempo, negando su insustancialidad, y su “mala fe”.

La moral del amo vs. la **moral del esclavo** (Nietzsche. **Así habló Zaratrusta** (14) La **" conciencia moral"** para Sartre es ser "**uno mismo" para el otro**. Elegir la "***libertad negativa"*** la que niega, controla y reprime a sí misma, es elegir el ***ideal ascético: La autorrepresión y la abnegación.***

El neurótico es un ser hiperconsciente, "existo como la única posibilidad de mi

propia muerte", sabe de su fenitud e inevitable final, el tiempo me envejece y aproxima a la muerte.

Nietzsche (14) nos expone ante nuestra realidad: "**¡ Debemos pensar en la muerte, en nuestra propia muerte¡ ", como un antídoto ante la estupidez de un tiempo infinito, ante la creencia de la inmortalidad.() Una arenga**

propedéutica será: "Disfrutemos de nuestra saludable mala fe, gocemos de nuestra sed de vida, de nuestra locura". Pensar la muerte como proyecto futuro, es una acción positiva. **"*El pensamiento del suicidio es un poderoso medio de consuelo: con él se logra soportar más de una mala noche",*** *nos dice Nietzche en* ***"Mas allá del bien y del mal". (14)***

Desde el análisis existencial, desde la fenomenología de la existencia, debemos reivindicar la libertad, siguiendo a Sartre. "Los seres humanos tienen libre albedrío", "No puedo dejar de elegir", y las quejas del neurótico ante su miedo, pánico, obsesión, fracaso, no son mas que "mala fe" (en el sentido de Sartre) Estoy "**condenado a ser libre**" , esa es nuestra terapia. Vivimos en perpetua huida temporal hacia el futuro, y debo elegir, tomar iniciativas, involucrarme en el porvenir. **"No elegir es en efecto elegir no elegir".** Proyectado hacia el futuro, la acción, la intención, la volición, la fantasía, es mi cura para la neurosis.

La característica de mi acción es la **intención, la proyección hacia el futuro. El pasado es recordado, revivido, pero es pasado, no presente. El pasado no**

debe condicionar mi futuro. Negar la libertad es mala "fe", es disculparse en la facticidad. Es asumir la responsabilidad. Es elegir no ser lo que se es, o **ser lo que no se es**. ***"no puedo ser inválido sin elegirme como inválido***" nos dirá Sartre en "**Ser y la Nada"** (11)

Siguiendo a la fenomenología de Jaspers (3) en su “psicopatología general”, analizamos el tiempo. **E**l tiempo vivido, el objetivo, el cronológico, el histórico, el tiempo subjetivo como existencia de la existencia del hombre. ¿Un **tiempo congelado?,** un "**cero absoluto"** en el que nada se mueve (ni las partículas subatómicas, ni los electrones en torno del núcleo atómico), sería el fin del tiempo. E**l origen del tiempo y el espacio**: tras el "Big-bang" el espacio surge, se expande y empieza a contar el tiempo. **La relatividad del tiempo** y su relación con la velocidad de la luz, gravitación y el observador. (A. Einstein: Teoría de la relatividad)

La temporalidad, la vivencia del Tiempo en la obra de Jaspers aporta sentido a la comprensión fenomenología de la neurosis, **la practica del *“epoje”* frente al padecimiento psíquico, nos alivia nuestra propia angustia ante el paso del tiempo.**

Saber acerca del tiempo es un imperativo fenomenológico. Y un ejemplo de ello es La **conciencia del futuro. La vivencia de que “el futuro desaparece”.**

- .....Una enferma depresiva – nos dice K. Jaspers- que sufre de un "*vacío terrible*", y tiene el "*sentimiento de la falta de sentimiento"*, dice: "no puedo prever nada, como si no existiese ningún futuro, me parece siempre que cesa todo, y que el mañana no existe de manera de alguna". El melancólico carece de decisiones, de inquietudes, de esperanzas para el porvenir. Ya no hay porvenir para el depresivo, “El tiempo se ha parado ahora, en esta desesperación”, “incapaz para la acción”, “congelado, sin transito del tiempo”. ***¡¡ No hay futuro ¡¡, ¡¡el tiempo detenido¡¡*** . En este ***nihilismo melancólico***, se llega a la vivencia de "**fin del tiempo"**, de la "**no existencia",** de la muerte. "***Estoy muerto"*** , nos dice paciente que sufre de delirio de Cotard,.."*vivo en un engaño, Vds.me proyectan estas imágenes engañosas para hacerme creer que vivo,..pero este lugar no existe, y nada existe ya, es sólo una ilusión provocada por Vds. ....."*

(caso de JL Día) . Paciente melancólico me refiere*: "estamos condenados, yo, mi esposa e hijos, ya no queda tiempo, no hay remedio ya". **"la tierra y los planetas se paran, se detienen"*** . (coincide la detención del tiempo melancólico, con la detención del movimiento: la parálisis del movimiento, del espacio y del tiempo se dan parejas)

- el futuro se torna amenazante, incluso aterrador, torturante***, "preferiría que no hubiera mañana, sólo me espera la desesperación...la muerte"***. ***"mil condenas, tormentos, quemarme vivo, en un infinito tiempo."*** (nos relató un paciente catatónico tras su recuperación, lo que explica bien su inhibición, parálisis y su catatonia: ante un presente y un futuro moribundo, "en llamas", un cuerpo paralizado, catatónico.

Frente al padecimiento melancólico de la detención del tiempo, la **Ilusión ante la eterna juventud. El síndrome de Peter Pan (15)** *Mezcla de **infantilismo y narcisismo**, con negación de la edad y del envejecimiento.* **"*Puer aeternus" (16)*** (*eternal boy, el niño eterno*). En la mitología, un **niño- dios**. En la psicología: un adulto, cuya vida emocional se corresponde con la de un adolescente. Un adulto en busca de la eterna juventud, búsqueda de una independencia y libertad, evitando compromisos,.. e implicaciones duraderas, un egocentrismo de base, en busca del bienestar egoísta. La vejez está asociada al dios **Cronos,** (disciplinado, controlado, responsable, racional y ordenado) . El "**puer"** (infantil, puerperio) está asociado a **Hermes o Dionisio,** por lo desordenado, lo instintivo,..lo libidinoso, e inmaduro de su conducta.

Terminamos nuestro análisis psicopatológico de la temporalidad vivida, con el concepto extraído de K. Jaspers, el **Sincronismo en la psicosis.**

Coincidencia en el tiempo o la simultaneidad de hechos o fenómenos: concordancia, coincidencia, simultaneidad, coexistencia. Los hechos suceden de forma sincrónica en relación a lo pensado, experimentado o vivido, y revelan una epifanía. Sic. Una paciente refiere: "tengo

sincronismos" , y añade: *"Tengo la inspiración de Pablo, pienso en Pablo, y al momento Pablo llama por Tf., o hablan de Pablo, o aparece una amiga de Pablo, o en la radio ponen su canción. Nada es casualidad, todo es causado por algo. El devenir del tiempo es intencionado.*

Terminamos con la aceptación de la irreversibilidad del tiempo.

En el paciente con neurosis obsesiva, en estados de ansiedad intensa, o en estados de gran agotamiento psíquico: El tiempo deja de ser irreversible, y se experimenta la vivencia de parálisis del tiempo, incluso retroceso. Descubrir el enigma del tiempo. *¿contabilizar el tiempo?.* "*¿cuánto tiempo ha pasado?. ¿ha pasado ya una hora?,* sic. *¡¡"debo de comprobarlo, si estoy ajeno al tiempo sucederá algo inefable¡¡"* y Ponemos fin a nuestro análisis con la **Reflexión obsesiva sobre el paso del tiempo:** "Vivo la lentitud del tiempo, y la necesidad de percatarme del paso del tiempo". "obligado a contar el tiempo, a contar los segundos, los minutos,. .....¿hast a la infinitud?". (fijación por comprobar las manecillas del reloj, ¡ "*que se mueven¡ , ¡que transcurre el tiempo"¡*). Casos clínicos JLDia

Conclusiones: *urge en la clínica actual una praxis psicopatológica para recuperar la fenomenología de la temporalidad en la "neurosis" y en la "psicosis". Su clínica es indispensable para conocer, tratar y aliviar el padecimiento de la angustia a la temporalidad, la vivencia del tiempo pasado, presente y futuro sufre gran*

transformación en el padecimiento severo del "yo neurótico". A través de la fenomenología de K. Jaspers, de E. Minkowski, de H. Tellenbach, podemos aproximarnos a la comprensión de la vivencia del tiempo. La filosofía de la existencia, de Sartre, de Nietzche, nos sirve para la comprensión del fenómeno. Husserl y su "conciencia interna del tiempo" (17) , nos abre otro camino a la subjetividad de nuestra conciencia temporal. (Esto no está en el DSM-5)

BIBLIOGRAFIA.

1. Psicopatología "el yo neurótico"- J. L Día. En https://sites.google.com/site/jldiasahun2/home/el-yo-neurotico.

2. Fenomenología de la temporalidad y espacialidad: J. L. Día. https://sites.google.com/site/jldiasahun2/fenomenologia_tiempo_espacio 2- - H. Ey. Tratado de psiquiatría. Ed. Toray-masson. 8ª edición. 1978

3. K. Jaspers. "Psicopatologia general" FCE México. (1º español 1970)

4. E. Minkowski. *Le Temps Vécu*, Etudes phénoménologiques et psychotatologiques. Presses Universitaires de France, 1995.

5. H. Tellenbach. Estudios sobre las perturbaciones psíquicas. FCE Mexico 1969

H. Tellenbach. La melancolía. (prologo de Gebsattel) Ed, Morata. 1976.

6. *Phenomenology in Psychology and Psychiatry: A Historical Introduction (SPEP) by Herbert Spiegelberg (1972)*

7. Lucio Anneo Séneca. (7) En "*Sobre la brevedad de la vida, el ocio y la felicidad" nos aclara: .* trad. de E. Gil Bera. El Acantilado. Bcl. 2013.

8. *S. Freud. "Obras completas". Ed. Biblioteca Nueva. Tomo I* "La Neurosis de angustia" (1895). *(Pág. 184)*

9. Kierkegaard. "Le concept de l´angoise". "Traité du désespoir". Ed. Gallimard. 1990 (6º ed). "Kierkegaard vivo". Alianza Editorial . Madrid, 1968. (150 aniversario, Paris, 1963). (Autores: Sartre, Heidegger, Jaspers, Paci, Wahl, Beaufret, Maheu, Hersch y otros).

10-J.L Dia Sahun. -El "concepto de angustia" y "O lo uno o lo otro" según Kierkegaard. https://sites.google.com/site/jldiasahun2/

11. J.L. Dia Sahun. -"El ser y la nada": ansiedad y existencialismo en J. P. Sastre. https://sites.google.com/site/jldiasahun2/

12. “L´ être et le néant. Essai d´ontologie phénoménologique”. Librairie Gallimard, 1943. Ed. Losada Buenos Aires, 1966.

13, Heidegger M. El ser y el tiempo. México: Fondo de Cultura Económica; 2015.

14. Nietzche. Más allá del bien y del mal. pág 135)

15. Kiley, Dan (1983) *The Peter Pan Syndrome: Men Who Have Never Grown Up*.

16. El Puer aeternus Marie-Louise von Franz Editorial Kairós, 2006

17. Ed. Husserl.. Lecciones de fenomenología de la temporalidad, el tiempo como conciencia interna. Ed. Trotta., 2002.

COMUNICACIÓN ORAL

4. ¿CÓMO APOYAR EL CUIDADO DE LA SALUD GINECOLÓGICA EN MUJERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE?

Mª TERESA RUIZ JIMÉNEZ

¿Cómo apoyar el cuidado de la salud ginecológica en mujeres con trastorno mental grave? M.ª Teresa Ruiz Jimenez. Psicóloga. Directora CD-CRL Espartales Sur, Alcala de Henares. Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid. Gestión técnica Grupo 5. XXX Jornadas estatales AEN - XXVII Jornadas AMSM. Junio 2024.

Contacto:
dirección.cdcrlalcala@grupo5.net

Comunicación oral.

INTRODUCCION.

La menopausia es la época en la vida de una mujer en la que se deja de tener menstruaciones y se producen importantes cambios hormonales en la fisiología femenina. La Organización mundial de la salud (OMS) la define como "*cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas*". La OMS advierte que la perimenopausia, puede durar varios años y afectar al bienestar físico, emocional, mental y social y define a esta como al periodo que transcurre desde la primera vez que se observan alteraciones en el ciclo menstrual hasta un año después del último periodo menstrual.

Es frecuente que muchas dudas y preguntas, queden silenciadas e invisibilizadas por el estigma y tabú que hay asociado a esta etapa vital, sobre todo en aquellas mujeres más vulnerables que presentan una etiqueta diagnostica de salud mental, en estas, el desconocimiento de síntomas es un factor que puede estar también presente, así como disponer de un menor número de posibilidades de mantener un autocuidado adecuado. Además, se puede incrementar el riesgo de interpretar síntomas propios de esta etapa dentro de dicha etiqueta. En el peor de los casos, para estas mujeres, esta etapa se afronta con una actitud esquiva y con pérdida de la identidad femenina en forma de una mayor autopercepción negativa cuando se comparan con mujeres sin diagnóstico.

A ello se le suma que las mujeres con trastorno mental grave suelen tener una menor presencia en los dispositivos de rehabilitación psicosocial de la Comunidad de Madrid (brecha de 20 puntos favorable a los hombres, *Fte: 2023: Red de atención social a enfermedad mental grave y duradera*). Además, tener un diagnóstico de este tipo hace que sea poco habitual que estos temas, tan ligados al género, se hablen. Nos podemos encontrar con un doble silencio, que perpetua a estas mujeres a tener menos información que el resto en esta etapa, y muchas menos posibilidades de acceder a espacios formales para empezar a hablar de ello si no está presente una visión de género en las practicas rehabilitadoras en donde quedan vinculadas.

Determinados estudios apuntan a que las mujeres con trastornos mentales severos acuden con menor frecuencia a los programas de cribado del cáncer y a las consultas ginecológicas recibiendo por tanto menos pruebas que las de sus grupos sin enfermedad mental (mamografías, densitometrías y exámenes citológicos). A pesar de la frecuencia de las enfermedades ginecológicas en esta población solo el 10% de estos problemas habían sido diagnosticados previamente (Lindamer et al., 2003).

Por otro lado, algunos estudios documentan que las mujeres pre menopaúsicas muestran una respuesta antipsicótica relativamente mejor que las mujeres en postmenopausia, independientemente del fármaco recibido (Gonzalez et al., 2021, pp 5).

Con la llegada de la menopausia, puede existir un riesgo de desestabilización psicopatológica en al menos un 20% de las mujeres con un trastorno bipolar, estando menos investigado el impacto en mujeres con esquizofrenia, si bien se encontraron que los síntomas más frecuentes experimentados en la menopausia fueron depresión, ansiedad, fatiga y mala memoria entre otros (Truong&Marsh,2019; González-Rodríguez et al., 2021).

Aunque se están produciendo avances en la incorporación de la perspectiva de género en los dispositivos de rehabilitación psicosocial,

(Amores et al., 2022), se hace necesario seguir desarrollando programas que permitan conocer a las mujeres que atendemos en mayor profundidad y diseñar un mayor repertorio de intervenciones psicoeducativas centradas en ellas. Desde este enfoque, cobrarían importancia las intervenciones psicosociales centradas en la salud ginecológica de la mujer, dando lugar a la exploración de preguntas del tipo: edad de aparición de la regla y cómo se vivió esta transición; número de embarazos, que no tiene por qué ser igual al número de hijos, pregunta ésta sí, explorada frecuentemente; uso de servicios ginecológicos; edad de aparición de la menopausia e impacto en su vida diaria, o la vivencia de la maternidad o no maternidad en su vida , entre otras . Si bien programas como el que presentamos, no suelen ser frecuentes en la cartera de servicios de los centros de día, cuando se desarrollan suponen una primera toma de contacto en la exploración de cómo las mujeres que atendemos afrontan esta etapa y que apoyos les podemos brindar desde el punto de vista de la **promoción y prevención de la salud ginecológica** resaltando la importancia de acudir a los controles preventivos.

Esta intervención grupal, vertebra directamente sobre el programa de apoyos al cuidado de la salud que se desarrolla en el centro de día desde el año 2022 y materializa la incorporación de la perspectiva de género a través de la planificación del grupo: **los cuidados de la salud en la mujer**.

OBJETIVOS.

Aumentar el nivel de información y formación de las mujeres atendidas en un centro de día sobre su salud ginecológica. Visibilizar una etapa de la vida de las mujeres asociada a la pérdida de la menstruación. Poner en práctica hábitos saludables que fomentan el bienestar desde un locus de control interno, con estrategias compensadoras de los cambios corporales ocurridos en la mujer en menopausia y fortalecer una identidad como mujer, independientemente de la edad.

METODOLOGÍA.

Se planifica una intervención grupal, para su implantación en el Centro de Día Espartales Sur durante 2023. El formato es un grupo cerrado, **con 6 sesiones distribuidas de forma semanal y una duración de 2 horas cada sesión.**

Los contenidos aparecen desarrollados en el anexo1. Las sesiones siguen una estructura cerrada con tres componentes:

Componente motivador, con reflexiones específicas que resaltan la identidad de la mujer con "preguntas diana" activadoras de respuestas introspectivas.

Componente psicoeducativo sobre la etapa de la menopausia y sus cuidados.

Componente de hábitos saludables, con una degustación dulce saludable en el final de cada sesión.

Las sesiones, incorporan dos tipologías de ejercicio. Estos ejercicios se concretan en series de 15 minutos: ejercicio activador de la musculatura ósea (con mancuernas) y ejercicio de mindfulness guiado.

Debido a la escasa presencia de la mujer en el centro de día (30%, *Fte: Memoria Centro de Día Espartales Sur 2023),* se plantean unos criterios de inclusión muy flexibles para dar cabida a la mayoría de las atendidas, sin condiciones sumativas en los mismos; es decir con el hecho de cumplir un criterio, es condición suficiente para ser incorporada al grupo si manifiesta interés por el mismo. Si bien, se formula los siguientes criterios inclusivos: ser mujer, encontrarse en perimenopausia o postmenopausia o tener una puntuación igual o superior a 20 puntos en el Índice Menopáusico de Kuiper.

Recogida de información clave antes del inicio del grupo.

Se hace una exploración previa con el 38% de las mujeres del centro de día sobre el conocimiento y actitudes hacia la menopausia, con el fin de

poder adaptar, posteriormente, los contenidos del grupo. El 80% de estas mujeres, se beneficiaron del paquete terapéutico propuesto.

Se emplea el cuestionario: el climaterio, conocimiento y actitud de (Álvarez et al 2008). Se recopila esta información a través de la técnica de entrevista, en formato individual, y se seleccionan aquellas preguntas que se ajustaron más a la intervención grupal diseñada (7 ítems).

El análisis de las respuestas arrojó un conocimiento sobre lo consultado, según se refleja en la tabla 1 y 2.

Tabla 1. Frecuencia absoluta y relativa de las mujeres del Centro de día

Conocimiento	Bajo	Intermedio	Alto
Definición de menopausia	----	----	5 **(100%)**
Efectos negativos de la salud por menopausia.	4**(80%)**	----	1 (20%)
Fuente de información sobre la menopausia	3**(60%)**	----	2 (20%)

Como se puede apreciar las mujeres parten de unos conocimientos muy limitados sobre lo consultado (salvo en el caso de la definición de la menopausia, pues el 100% la considera como la última menstruación de la mujer) y desconocen los efectos negativos que sobre su salud tiene la menopausia, siendo los medios, por los que se informan de la misma, poco fiables al no proceder de fuentes sanitarias expertas.

Tabla 2. Frecuencia absoluta y relativa de las mujeres del Centro de día

Actitud	Bajo	Intermedio	Alto
Menopausia como tema de interés.	3(**60%)**		20 (40%)
Vida de la mujer después de la menopausia.	3(**60%)**	2 (40%)	
Sexualidad de la mujer entre 40-50 años	2(40%)		3 (**60%**)
Sexualidad de la mujer después de la menopausia			5(**100%**)

Con respecto a las actitudes, para un 60% de las mujeres consultadas este tema **o les es indiferente o les produce temor**. El 60% de las mujeres ponen el foco en la retirada de la menstruación, considerando que es el gran alivio de esta etapa, frente a otras posibilidades. **Con respecto a la sexualidad** tanto en la perimenopausia como en la

menopausia**, la mayoría de las mujeres tienen actitudes positivas frente a la continuidad de esta.**

Indicadores previos para adaptar el paquete terapéutico a las características de las participantes.

Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt (1953). Ha permitido disponer de una información previa para conocer el impacto de síntomas sobre las mujeres participantes. Está constituido por 11 síntomas asociados a la menopausia, de carácter físico o somático y psíquico. Cada uno de estos síntomas debe de ser evaluado mediante una escala de severidad de 0 a 3, donde 0 índica ausencia del síntoma y 3 intensidad máxima en el mismo. Hoy en día, este índice está cuestionado por las principales guías clínicas, para evaluar los síntomas de la menopausia, por presentar términos mal definidos y excluir otros como la sequedad vaginal o dispareunia.

Por otro lado, al no ser un dispositivo sanitario, el estado de la menopausia no se pudo confirmar mediante los niveles hormonales por lo que se utilizó la información procedente de las mujeres sobre la edad en la que desapareció la regla o la presencia de alteraciones menstruales.

Cuestionario de valoración de Calidad de Vida, en Mujeres de 45 a 64 años" (Sánchez-Cánovas et al., 1999). El instrumento consta de 22 ítems, donde se evalúa cada uno de ellos mediante una escala tipo Likert de 1 a 5, en función del grado de acuerdo con el ítem. Se aplican, aquellas dimensiones más relevantes para ser modificadas, como resultado de la continuidad de planes de intervención individual de las participantes en el centro. **Dimensión D (apoyo social) y E (apoyo familiar).**

<u>Instrumentos de evaluación empleados para valorar la eficacia de la intervención planteada.</u>

Cuestionario diseñado ad hoc sobre Mitos. Explora la presencia de conocimientos incorrectos sobre la menopausia a través de 10 ítems en un rango de respuesta verdadero –falso. Anexo 1.

Cuestionario diseñado ad hoc autoconocimiento/actitudes en torno a la menstruación y menopausia. Conformado por 7 ítems**.** Anexo 2.

DESARROLLO

La intervención grupal se desarrolló entre los meses de septiembre y noviembre de 2023. Los contenidos aparecen en el anexo 3.

Participantes

Participaron 8 mujeres, lo que supuso el 58% de las mujeres atendidas en el momento de iniciar la intervención grupal. El grupo se ofreció a todas las mujeres siendo las causas, de no haber llegado al 100% de las atendidas, la propia salud o la incompatibilidad de los planes individualizados de rehabilitación con las fechas propuestas.

La tabla 3, refleja las características sociodemográficas de las participantes. La edad promedio encontrada fue de 54 años (edad mínima 41 y máxima 65). Un 37% ha podido desarrollar el rol de madre. La estancia media en el recurso es de 4 años (Max=8, Min=0). La convivencia es diversa, siendo los porcentajes mayores e iguales con familia de origen, familia creada y sola (25%).

Tabla 3. Características sociodemográficas

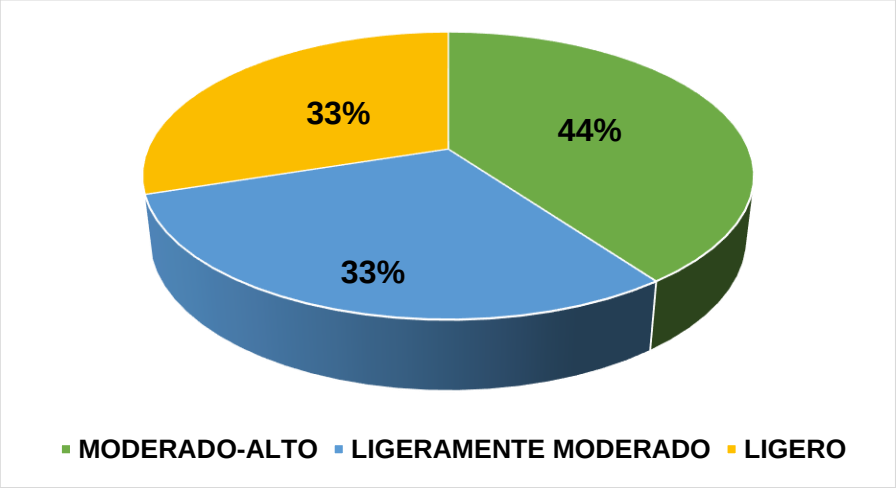
Variables	Media/ Dx
Edad	54,75±7.30
Años de estancia en el Centro de Dia	4,37±2.32
Hijos.	37%
Convivencia	
• Sola	25%
• Familia Origen.	25%
• Familia propia.	25%
• Hermano	12,5%
• Piso supervisado	12,5%

El diagnóstico para el 87,5% de las participantes fue el de esquizofrenia. Un 12,5% de las participantes, se encontraba en premenopausia (sin ninguna alteración en ciclo menstrual), un 12,5% en perimenopausia y **el 75% en postmenopausia (con un promedio de entrada en esta etapa**

de 9,4 años). Un 12,5% tuvo una menopausia prematura (entrada *antes de los 40 años).*

Los resultados en el Índice de Kuiperman, reflejan que un 73% de las participantes conviven de forma moderada (en diferentes niveles de intensidad) con los síntomas propios de la menopausia, dándose el caso que en la mujer de mayor edad del grupo seguían apareciendo síntomas vasomotores.

Grafica 1. Resultados Índice Menopaúsico de Kuiperman



La sintomatología, con mayor impacto en la calidad de la vida de las participantes, fueron, por este orden: **insomnio**, **nerviosismo y sofocos,** como se aprecia en la Tabla 4.

Tabla 4. % de mujeres con afectación de síntomas en el Índice Kuiperman.

Síntomas	Ausencia Síntoma	Ligero	Moderado	Severo
Sofocos	37,5%	25%	25%	12,5%
Parestesias	50%	37,5%	12,5%	-----
Insomnio	12,5%	25%	37,5%	25%
Nerviosismo	25%	37,5%	12,5%	25%
Melancolía	50%	----	37,5%	12,5%
Vértigo	75%	25%	-----	------
Fatiga	25%	25%	50%	------
Artromialgias	75%	12,5%	-----	12,5%
Cefaleas	62,5%	12,5%	12,5%	12,5%
Palpitaciones	50%	25%	12,5%	12,5%
Disestesias(hormigueos)	62,5%	37,5%	-----	-----

Lo más significativo del perfil de las mujeres participantes, respecto a la **valoración de la calidad de vida en la dimensión de apoyo social**, es como el 50% de las mujeres desde la llegada de la peri/ menopausia se

sienten solas, (en diferentes niveles de intensidad) y disponen de pocas oportunidades de salir a entretenerse y divertirse (75%).

Tabla 5. Descripción muestra en función de la Variable Apoyo social

Valoración calidad de vida	Mucho	Bastante	Algo	Poco	Nada
Me siento sola.	12,5%	25,0%	12,5%	-----	50,0%
He disminuido mis relaciones con los amigos cercanos.	----	-----	25,0%	25,0%	50,0%
Salgo con frecuencia para entretenerme y divertirme.	12,5%	12,5%	25,0%	37,5%	12,5%
Echo de menos tener otras actividades diferentes a las cotidianas.	12,5%	12,5%	------	62,5%	12,5%

Con respecto **a la dimensión familiar**, el 50% no se siente valorada y un 87,5% se sienten poco apoyadas por sus familiares más directos.

Tabla 6. Descripción muestra en función de la Variable Apoyo familiar

Valoración calidad de vida	Mucho	Bastante	Algo	Poco	Nada
Me siento valorada por mi familia.	25,0%	25,0%	----	25,0%	25,0%
Me siento apoyada por mi familia.	-----	12,5%	25,0%	37,5%	25,0%
Mis relaciones familiares han empeorado.	12,5%	12,5%	12,5%	-----	62,5%
Me siento menos útil en mi familia.	12,5%	------	25,0%	25,0%	37,5%

RESULTADOS

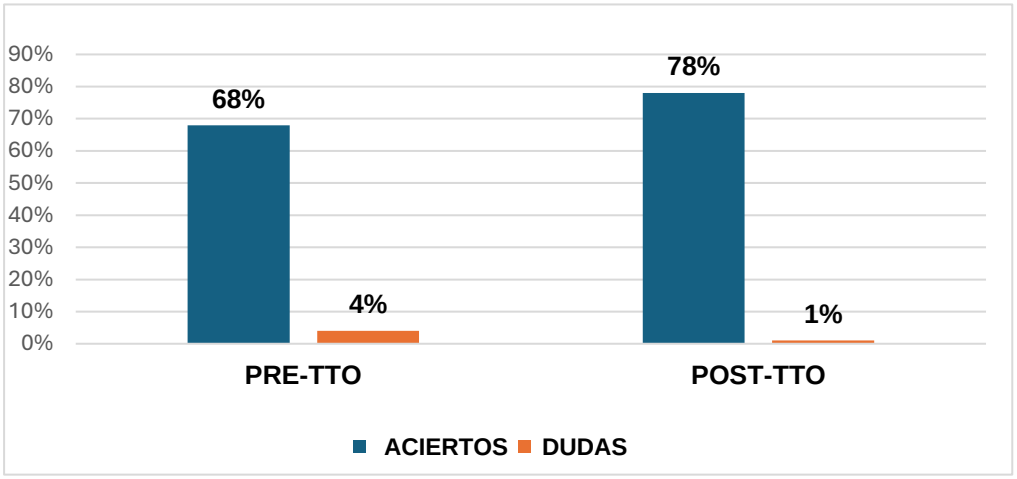
La intervención grupal se desarrolló conforme a lo planificado salvo en los ejercicios programados de tonificación y mindfulness que se llegó al 67% (4 de las 6 series) dado que el componente psicoeducativo y los aspectos relacionales que generaron la autoexploración de la identidad femenina ocuparon un mayor tiempo.

El índice de asistencia al grupo fue muy alto alcanzando un 91,62%. La satisfacción final de las participantes alcanzó un 8,71 (siendo la puntuación mínima 6 y la máxima de 10). Las sesiones se desarrollaron de forma ininterrumpida sin ninguna pausa.

El programa de intervención ha tenido **un impacto positivo en la disminución de mitos asociados a esta etapa de la vida**. Concretamente, se obtuvo un incremento en las creencias correctas en 10 puntos respecto al nivel de partida y una disminución en las dudas en 3 puntos, como se aprecia en la gráfica 2.

Aquellas creencias que mejoran son las relativas a: ***La subida de peso durante la menopausia es algo habitual que no se puede controlar*** (tras la intervención, esta creencia solo es respaldada por el 25% de las participantes, frente a un 50% antes); ***la ansiedad y la irritabilidad puede ser mayor durante la menopausia*** (respaldada por el 50% antes, frente a un 87,5% después) y ***la menopausia es una etapa en donde la mujer puede sentirse mejor respecto a etapas anteriores de la vida*** (respaldada por el 50% antes , frente a un 87;5% posterior).

Grafica 2. % de creencias correctas tras la intervención grupal



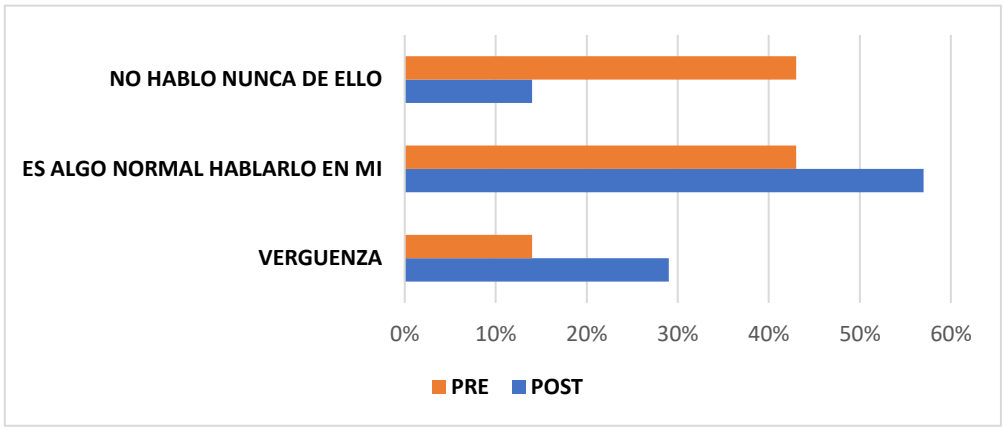
Estos resultados son esperanzadores, al **disminuir barreras cognitivas** que pudieran estar dificultando la aparición de conductas más proactivas en relación a hábitos saludables y a la conciencia del autocuidado. Del mismo modo, hay una apertura hacia otras posibilidades respecto al origen de síntomas emocionales que no necesariamente tienen que ir ligados a su etiqueta diagnostica.

La mayor labilidad emocional, tuvo un papel destacado en las últimas sesiones, pudiendo explorar, en el 75% de las participantes que lo manifestaron, el posible origen de sus estados de ánimo, siendo

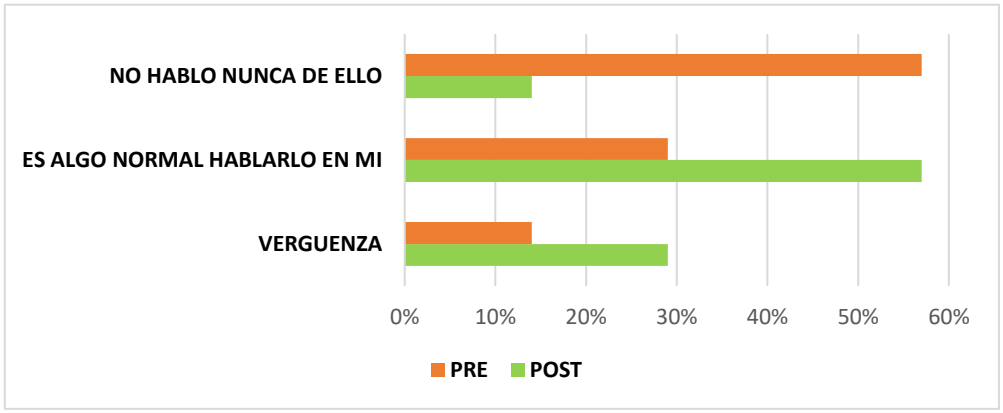
realmente sorprendente descubrir la unanimidad respecto **a la falta de atractivo sexual y la baja autoestima como las de mayor impacto en tener un ánimo bajo.**

Por otro lado, también se aprecian cambios respecto a las actitudes que adoptan las participantes con relación a la menstruación y menopausia como muestran las gráficas 3 y 4.

Grafica 3. Modificación de actitudes en relación con la Menstruación.



Grafica 4. Modificación de actitudes en relación con la Menopausia



La intervención tiene efectos positivos sobre las actitudes mantenidas con relación a la menstruación y la menopausia. La tendencia que se observa es que a priori, **las mujeres tienen más incorporado hablar sobre la menstruación que sobre la menopausia, lo que respaldaría el tabú presente en esta etapa.**

Los silencios, respecto a ambas, se atenúan, tras haber recibido el conjunto de las sesiones, **incrementándose el número de mujeres que empiezan hablar de la menstruación de forma natural** (de un 43% a

un 57%), **y de la menopausia** (de un 29% a un 57%) y disminuyendo actitudes de silencio (menstruación, de un 43% a un 14% y menopausia de un 57% a un 14%).

El incremento de la vergüenza que se desprende en el 29% de las mujeres que finalizan la intervención pudiera venir explicado por el pudor en algunas mujeres derivado del incremento de conocimientos, pues no en vano durante la aplicación del paquete terapéutico se evidenciaron importantes carencias, como no saber nombrar el aparato genital femenino externo.

De forma global, las sesiones de salud con las mujeres evidenciaron que éstas afrontan la llegada de la menopausia sin información y en silencio e incorporan narrativas de vida, en forma de comentarios denigrantes, sobre la condición de empezar a menstruar por primera vez.

CONCLUSIONES

Desde la apertura del Centro de Día Espartales Sur, en 2011, no se había llevado a cabo, con las mujeres atendidas, una intervención grupal de este tipo, pudiendo afirmar que esta etapa de vida (a pesar de que la mayoría de las mujeres que han llegado, durante estos años, se encuentran en la edad de aparición de la menopausia o posterior a ella) **ha quedado invisibilizada en el proceso de rehabilitación psicosocial ofrecido.** Esto no hubiera sido posible, sin el sostén técnico de un Programa de apoyo al cuidado de la salud física ubicado en la cartera de servicios de este centro de día desde 2022.

Implementar actuaciones de este tipo en mujeres en perimenopausia ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud como estrategia útil en la promoción del envejecimiento saludable y la calidad de vida.

La menopausia puede ofrecer una buena oportunidad para replantearse la salud y el estilo de vida. En el caso de las mujeres atendidas fortalecer su identidad femenina, desde el autocuidado, puede contribuir a posicionarse de forma menos inclusiva en la atribución: *"todo forma parte de mi enfermedad mental"* y permitir la exploración de una identidad como mujer más centrada en su autocuidado.

A la luz de los resultados, analizando los niveles de partida de las participantes: con una presencia acusada de mitos y un silencio autoimpuesto sobre la menopausia; no parece descabellado consolidar este tipo de intervención grupal para mujeres con un trastorno mental grave con una doble finalidad, **romper tabúes y mitos sobre esta etapa y acompañarlas en la entrada o continuidad de este momento vital,** en el que los autocuidados se vuelven más necesarios.

No hay que olvidar, lo que documentan algunos estudios, sobre cómo la pérdida de estrógenos aumenta la vulnerabilidad a la psicosis y el riesgo de exacerbación de síntomas en mujeres ya diagnosticadas (Brzezinski et al., 2017).

Los síntomas más prevalentes de las mujeres participantes coinciden con los hallados en otros estudios (insomnio, nerviosismo y sofocos) en donde se alerta del riesgo de medicalizar síntomas propios de la menopausia, si no se tiene en cuenta esta etapa (Lindamer et al., 2003). El hecho de que las mujeres participantes tengan sentimientos de soledad acusados, pocas oportunidades de interacción social y una percepción de apoyo familiar limitado puede relegar a un segundo plano alguno de los síntomas derivados de la desaparición de hormonas, prevaleciendo los factores psicosociales en mayor medida en el mantenimiento de éstos.

Conocemos como una buena salud está directamente relacionada con la esperanza de vida; en la población con trastorno mental grave **la mayor morbimortalidad se debe en muchos casos a la aparición de patologías concurrentes**, cuya prevención, diagnóstico y tratamiento se ve dificultada por el hecho de padecer una enfermedad mental. En la intervención desarrollada, solo la mitad ha tenido acceso a mamografía, si bien el riesgo de no acudir a citas ginecológicas, en nuestra muestra, está atenuado por el seguimiento en los cuidados de salud que se le proporciona en el centro.

Se hace necesario enfatizar el riesgo que tienen estas mujeres al concurrir factores psicosociales que pueden contribuir a dificultar el acceso a los servicios de salud especializados: sobreprotección, concepción de mujeres asexuadas, sin derecho a disfrutar de su sexualidad y sin necesidad de revisiones ginecológicas.

La literatura recomienda que las estrategias de promoción de la salud deben dirigirse a modificaciones del estilo de vida, prevención de comorbilidades médicas y mayor apoyo psicosocial en esta etapa.

No sólo el tratamiento farmacológico de las mujeres con esquizofrenia a menudo debe ser diferente al de sus pares masculinos, sino que también debe variar a lo largo de la vida (Gonzalez Rodríguez et al., 2020).

Algunas de las limitaciones del trabajo presentado tienen que ver con algunas medidas no fueron aplicadas en el final de la intervención, como el índice de Kuiperman, lo que no permite valorar hasta qué punto una primera intervención de este tipo puede llegar a tener una influencia en su atenuación.

Otra limitación importante del trabajo presentado es la que queda recogida en la Guía de Buena práctica sobre la menopausia y postmenopausia del Ministerio (2017) acerca de que la mayoría de los síntomas asociados a la menopausia tienen una calidad baja de evidencia científica, al proceder de estudios observacionales, estando únicamente demostrada su asociación a síntomas vasomotores y vaginales. La psicoeducación no profundizó apenas en los síntomas vaginales, centrándose en la concienciación de acudir a los sistemas de salud especializados para recibir pruebas preventivas. Esta limitación podría ser subsanada con posteriores grupos centrados en la sexualidad.

La validez ecológica del trabajo presentado es alto, e incide directamente sobre los conocimientos y la actitud de las participantes, lo que parece ser respaldado por los resultados alcanzados y nos permite seguir avanzando con las mujeres desde otros programas. No hay que olvidar que el conocimiento es la más valiosa herramienta con la que cuenta el ser humano para influir en sus estilos de vida.

Referencias

Lindamer L. A., Buse D.C., Auslander L., Unützer J.,Bartels S.J., Jeste D.V. (2003) .*A comparison of gynecological variables and service use among older women with and without schizophrenia*. Psychiatry Serv.Jun;54(6):902-4. https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.6.902.

Truong, D., Marsh, W. (2019). *Bipolar disorder in the Menopausal Transition*. Curr. Psychiatry Rep. 21, 130. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1111-3.

González-Rodríguez A, Guàrdia A, Monreal JA. (2021) *Peri- and post-menopausal women with schizophrenia and related disorders are a population with specific needs: A narrative review of current theories*. Journal of personalized medicine. Aug 27;11(9):849. https://doi.org/10.3390/jpm11090849.

Amores, M., Ruiz,MT., Rullas, M. (2022). *Análisis de la implantación de la perspectiva de género en los recursos de la red de atención social de personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid.* Boletín de la asociación madrileña de rehabilitación psicosocial. Dic, 31(39): 4-19.

Alvarez Gómez, Rafael, Martín Gramcko, Emma, & Bordones de Alvarez, Milagros. (2008). Conocimiento y actitud sobre el climaterio en mujeres entre 40 y 50 años. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 68(1), 32-40. Recuperado en 07 de mayo de 2024, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000100007&lng=es&tlng=es.

Sánchez-Cánovas, J.; Marín, R.M., Salas, M.D., Pastor, E., Zorroza, J., López, M. (1999): Valoración de la calidad de vida en mujeres climatéricas y su relación con factores somáticos. Análisis del cambio. Memoria de Investigación (no publicada). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Expediente Nº 48/97

Brzezinski, A.; Brzezinski-Sinai, N.A.; Seeman, M.V (2017) . *Treating schizophrenia during menopause*. Menopause 24, 582–588. [CrossRef]

González-Rodríguez, A., Guàrdia, A., Pedrero, A. Á., Betriu, M., Cobo, J., Acebillo, S., Monreal, J. A., Seeman, M. V., Palao, D., & Labad, J. (2020). *Women with schizophrenia over the life span: Health promotion, treatment and outcomes.* International Journal of Environmental Research and Public Health, *17*(15),1-13.Article 5594. https://doi.org/10.3390/ijerph17155594.

Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y postmenopausia (2017). Guía de práctica clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y postmenopausia Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía (AETSA); Guías de práctica clínica en el SNS.

Anexo 1. Cuestionario Mitos sobre Menopausia.

	VERDADERO	FALSO
1. En la menopausia no se experimentan síntomas, solo desaparece la regla.		
2. La menopausia es una etapa en donde la mujer puede sentirse mejor respecto a etapas anteriores de la vida.		
3. La ansiedad y la irritabilidad puede ser mayor durante la menopausia.		
4. Si a una mujer le desaparece la regla es porque ya ha entrado en la etapa previa a la menopausia.		
5. La menopausia es una enfermedad.		
6. El dedicarse tiempo para una misma es una buena manera de mantener la autoestima en la etapa de la menopausia		
7. Todas las mujeres tienen sofocos en la menopausia		
8. La subida de peso durante la menopausia es algo habitual que no se puede controlar.		
9. La menopausia es el fin de la vida sexual.		
10. La edad más habitual en la que ocurre la menopausia es entre los 45-55 años.		

Anexo 2. Cuestionario autoconocimiento

1. Me puedes decir que emoción/actitud identificas en ti cuando hablas de LA MENSTRUACIÓN:
    a. Miedo.
    b. Vergüenza.
    c. Ninguna de las anteriores, es algo normal hablarlo en ti.
    d. No hablas nunca de ello.
2. Me puedes decir que emoción/ actitud identificas en ti cuando hablas de la MENOPAUSIA?
    a. Miedo.
    b. Vergüenza.
    c. Ninguna de las anteriores, es algo normal hablarlo en ti.
    d. No hablas nunca de ello.

3. ¿Me puedes explicar con tus palabras lo que entiendes por MENOPAUSIA?

4. ¿Conoces las etapas por las que pasa una mujer antes de entrar en la MENOPAUSIA?

    a. Si
    b. No.

5. En caso de contestar con un SI… explícalas según tus palabras.

6. ¿Me puedes identificar al menos dos síntomas que una mujer a la que se le va retirando la regla puede tener en esta etapa?

7. ¿Consideras que tu estas ya en esta etapa?

    a. Si
    b. No.
    c. No sé.

Anexo 3. Intervención Grupal

Sesión 1. Punto de partida, hablando con naturalidad de lo que nos pasa a las mujeres.	Ejercicio de Relajación Identidad femenina. La esperanza de vida de las mujeres a lo largo de la historia. Los referentes femeninos en la vida de las participantes. Las explicaciones recibidas en transiciones de vida específicas de mujeres: aparición de la menstruación y menopausia. Conceptos facilitadores para comprender la etapa de la menopausia. Degustación saludable.
Sesión 2. El aparato genital femenino	Ejercicio fortalecedor de la musculatura ósea. Identidad femenina Fases de la Menopausia. El aparato genital femenino. Importancia de las pruebas médicas preventivas Degustación saludable
Sesión3. El funcionamiento de las hormonas y como afecta su descenso.	Ejercicio de Relajación Identidad femenina Repaso sesión anterior. El estrógeno y la progesterona. Colesterol. Controles preventivos desde MAP.Osteoporosis y prueba para su diagnostico Degustación saludable
Sesión 4. Pautas para combatir los síntomas fisiológicos.	Ejercicio fortalecedor de la musculatura ósea. Identidad femenina. Pautas para prevenir sofocos, el insomnio y la sequedad ocular. Higiene postural La importancia de los hábitos saludables y su influencia sobre la masa ósea. Degustación saludable
Sesión 5. Prevención precoz. Síntomas psicológicos	Identidad femenina. La autoexploración mamaria. Prejuicios asociados a la menopausia. Mujeres visibilizadas en esta etapa.Respuestas emocionales asociadas a conductas que alteran hábitos saludables. Tomando conciencia de lo que nos baja el ánimo. El cuidado emocional a través del apoyo social. Degustación saludable
Sesión 6. Maternidad	Identidad femenina. Mujeres visibilizadas. Relatos sobre mi maternidad y mi no maternidad. Controles médicos a tener en cuenta en peri y menopausia. Cuestionarios finales. Degustación saludable

COMUNICACIÓN ORAL

5.LOS EFECTOS IATROGÉNICOS DE LA INJUSTICIA EPISTÉMICA EN CONSULTA

MAYO PINTO CANDENAS

Los efectos iatrogénicos de la injusticia epistémica en consulta

Mayo Pinto Candenas

Comunicación

Introducción

En los últimos años, ha habido un aumento significativo de la literatura sobre injusticias epistémicas (IEs), aquellas consistentes en causar un mal a alguien en su condición específica de sujeto de conocimiento (Fricker 2017). Se ha sugerido que las personas diagnosticadas con un trastorno psiquiátrico son particularmente vulnerables a sufrir IEs, especialmente en el ámbito clínico y de parte de los sanitarios a su cargo (Scrutton 2017; Crichton, Carel y Kidd 2017; Bueter 2019; Kidd, Spencer y Carel 2023; Sakakibara 2023; Russo 2023). Una de las posibles razones de ello podría estar relacionada con el tipo de entrenamiento que reciben los profesionales durante su formación, basado en un paradigma biomédico reduccionista (Kidd y Carel 2018; 2019) que privilegia los datos objetivos y cuantificables frente a la evidencia cualitativa, como la que puede aportar el testimonio de los usuarios (Scrutton 2017). Aunque este modelo ha sido y es muy eficaz en la investigación de las enfermedades somáticas, su aplicación directa en psiquiatría despierta dudas y genera múltiples dificultades teóricas y prácticas. Esto se debe a que ésta disciplina continúa dependiendo enteramente de la entrevista clínica y del diálogo con los pacientes para realizar diagnósticos y pautar tratamientos.

A su vez, existe un número creciente de investigaciones que asocian ciertos problemas de índole epistémico –como la incapacidad para la confianza epistémica, la rigidez cognitiva y la hipervigilancia (Fonagy, Luyten y Allison 2015), o los impactos del poder ideológico sobre la construcción y circulación de los significados (Johnstone y Boyle 2018a)–, con el sufrimiento mental grave, lo que revela que existe una conexión profunda entre nuestra “vida epistémica” y condición de agentes de conocimiento, y nuestra estabilidad y bienestar mental. Esta idea aparece también en la obra de Fricker, que señala que excluir a un individuo de la conversación fiable y confiada y de las prácticas de producción de conocimiento impide que tengan lugar procesos esenciales para su configuración psicológica e identitaria (Fricker 2017, 53 y 54).

Nuestro interés al escribir este artículo reside en explorar la posibilidad de que las IEs hacia las personas psiquiatrizadas que tienen lugar en el ámbito clínico puedan actuar como elementos que limiten o anulen por completo los efectos terapéuticos de las intervenciones (Della Croce 2023). En el peor de los casos, podrían generar procesos iatrogénicos al perpetuar y reactualizar el tipo de interacciones y situaciones que pudieron estar detrás de la aparición del problema y del sufrimiento del usuario (Fonagy y Bateman 2006).

Para ello, comenzaremos revisando el marco teórico de la IE. Continuaremos describiendo las características del paradigma biomédico presente en las clasificaciones psiquiátricas oficiales –al que aludiremos con el término "mentalidad DSM" (Johnstone y Boyle 2018a)–, y sus consecuencias para el caso que nos ocupa. En el apartado siguiente, discutiremos algunas teorías que vinculan el sufrimiento psíquico, las conductas perturbadoras y las experiencias inusuales a fenómenos de naturaleza epistémica, especialmente relativos a la confianza y la capacidad de mentalización, y al impacto del poder ideológico sobre los significados y narrativas accesibles a los usuarios. Finalmente, argumentaremos que esta conexión pone de relieve la particular importancia que pueden revestir estas injusticias en el entorno clínico. Reproducirlas podría agravar el estado del paciente e incluso cronificarlo. Por el contrario, evitarlas podría contribuir a crear importantes oportunidades terapéuticas.

Desarrollo

El concepto de injusticia epistémica

Como indicamos previamente, Miranda Fricker definió las IEs como aquellas consistentes en causar un mal a alguien en su condición de sujeto de conocimiento, e identificó dos tipos centrales de la misma. La *injusticia testimonial* (IT) se produce cuando los prejuicios identitarios negativos de un oyente llevan a otorgar a un hablante una credibilidad injustamente disminuida, mientras que la *injusticia hermenéutica* (IH) se produce "cuando una brecha en los recursos de interpretación colectivos sitúa a alguien en una desventaja injusta en lo relativo a la comprensión de sus experiencias sociales" (Fricker 2017, 17 y 18). La IE actúa impidiendo que ciertas personas o grupos contribuyan como informantes al conjunto general del

conocimiento, oscureciendo partes enteras de la experiencia social que no pueden ser comprendidas ni comunicadas adecuadamente, ni siquiera por las personas afectadas.

Para que un acto pueda ser clasificado como injusticia, debe ser a la vez perjudicial y arbitrario (Fricker 2017, 131). En el caso de la IT, el déficit de credibilidad debe emanar de un estereotipo identitario negativo prejuicioso, es decir, *éticamente* culpable, que además sea resistente a la evidencia, es decir, *epistémicamente* culpable (Fricker 2017, 67). En el caso de la IH, la desventaja cognitiva que supone el vacío en los recursos hermenéuticos colectivos debe ser fruto de una participación hermenéutica desigual y discriminatoria, o sea, de la *marginación* hermenéutica socialmente forzada de cierto grupo (Fricker 2017, 246 y 247). Además, esta laguna hermenéutica, aunque pueda suponer un empobrecimiento epistémico colectivo, afectará de manera especialmente negativa al grupo marginado (Fricker 2017, 259). La IH es *epistémicamente* mala porque implica que nuestros recursos hermenéuticos colectivos están sesgados de manera prejuiciosa, y es *moralmente* censurable porque esos prejuicios estructurales son discriminadores (Fricker 2017, 249).

Los daños de sufrir IEs de manera reiterada incluyen la pérdida literal de conocimiento, la exclusión de la comunidad epistémica, la incapacidad para comprender y comunicar experiencias relevantes, la erosión de la confianza en las propias capacidades y el deterioro paulatino de estas, el autosilenciamiento, la desconfianza sistemática en otros hablantes o la invalidación de ciertos significados (Fricker 2017). Este tipo de efectos nocivos descritos por los estudios de IE coinciden con muchas condiciones que han sido reconocidas como importantes factores de riesgo para el sufrimiento mental grave. En este aspecto, prestaremos especial atención a la teoría de la mentalización y la confianza epistémica del equipo de Peter Fonagy (Duschinsky y Foster 2021) y al concepto de “poder ideológico” del *Marco de Poder, Amenaza y Significado* (MPAS) (Johnstone y Boyle 2018a).

La “mentalidad DSM”

Como indicamos en la introducción, un importante número de investigaciones señalan que los pacientes psiquiátricos podrían ser particularmente vulnerables a sufrir IEs en el ámbito clínico. Uno de los posibles motivos que pueden explicar esta situación es el paradigma desde el que es definida la “enfermedad mental”, al que

aludiremos mediante el concepto de “mentalidad DSM” de Johnstone y Boyle (2018a, 8). Desde este prisma teórico, las enfermedades mentales son concebidas como disfunciones de mecanismos internos específicos, que guardarían una relación unívoca con cada trastorno. Esto queda recogido en la definición operacional de “disfunción” presente en la última edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) (5ª ed.; DSM–5; American Psychiatric Association 2013), según la cual la presencia de “una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo”, que no es predecible o aceptable culturalmente ni se debe a conflictos entre el individuo y su sociedad, y que está asociada a “estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”, refleja la existencia de una “disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (5ª ed.; DSM–5; APA 2013, 20).

El primer problema que aparece con esta concepción es que las clasificaciones diagnósticas existentes se han construido convencionalmente a partir de agrupaciones de síntomas, y no desde ninguna base biológica conocida (Alawieh et al. 2012). Por otro lado, la *presencia de una alteración clínicamente significativa del comportamiento, la regulación emocional o el estado cognitivo del individuo asociada con sufrimiento o discapacidad* no basta para inferir válidamente la presencia de una disfunción, a falta de pruebas empíricas que lo demuestren (Wakefield 1992a; 1992b). En conclusión, la “mentalidad DSM” asume que existe una disfunción y que ésta es la causante del sufrimiento mental y de la conducta problemática, aunque no se hayan logrado descubrir los signos objetivos que permiten identificarla y las categorías diagnósticas dependan de los síntomas subjetivos referidos por los usuarios (Johnstone y Boyle 2018a, 28).

Esta concepción reduccionista de la enfermedad mental, inspirada en la de las enfermedades somáticas, pone todo el peso de la evidencia en los datos objetivos y cuantificables que en otras áreas de la medicina pueden obtenerse a partir de análisis de sangre, radiografías, tomografías computerizadas, biopsias y otro tipo de pruebas. El problema, nuevamente, es que la clasificación diagnóstica psiquiátrica oficial no se fundamenta en el conocimiento biológico básico de los estados que recoge, sino en criterios convencionales que han sido acordados por los expertos para garantizar la fiabilidad diagnóstica. Por lo demás, no existen en la actualidad pruebas o biomarcadores reconocidos que permitan distinguir objetivamente entre un estado

psicopatológico y uno sano. Por tanto, aunque este modelo haya sido muy eficaz en la investigación de las enfermedades somáticas, su uso resulta problemático en una disciplina que a día de hoy continúa dependiendo enteramente de los síntomas subjetivos reportados por los usuarios. Sin embargo y pese a esta situación peculiar, la psiquiatría imita los métodos del resto de disciplinas médicas e incorpora sus jerarquías de evidencia, por lo que el conocimiento de tipo cualitativo y en primera persona que podrían aportar los pacientes a través de su testimonio es sistemáticamente desestimado y considerado superfluo o de baja calidad, o tratado como si fuera el equivalente a los signos objetivos de otras especialidades (Sakakibara 2023), un "hecho del mundo" que hay que inspeccionar y analizar en busca del material clínicamente relevante, un síntoma en lugar de un acto de habla con intención comunicativa.

Finalmente, al asumir que los problemas de los pacientes están causados por fallos en sus mecanismos cognitivos, emocionales y/o conductuales internos, supuestamente correlacionados con el mal funcionamiento de alguna región o circuito cerebral o de un neurotransmisor específico, o a la presencia de algún gen patógeno, se presupone que la enfermedad opera de forma determinista y que anula o limita enormemente la capacidad *general* del paciente para razonar, decidir o actuar libremente. Esto puede funcionar como una justificación, aparentemente basada en criterios médicos, para imponer ingresos hospitalarios, pautas farmacológicas o significados acerca del comportamiento y la experiencia de los usuarios, sin la necesidad de preguntarles en ningún momento por sus interpretaciones o preferencias, ni de hacerles partícipes activos de su tratamiento (Lakeman 2010, 151). Esto supone una forma de "cosificación epistémica", por la que los pacientes son reducidos a meras fuentes de información, a objetos pasivos dispuestos para la indagación de los profesionales (Fricker 2017, 216; Scrutton 2017, 350; Crichton, Carel y Kidd 2017, 67), lo que no puede ser justificado en base a la evidencia disponible actualmente sobre la naturaleza de estos estados.

La dimensión epistémica del sufrimiento psíquico: mentalización, confianza epistémica y poder ideológico

Anteriormente señalamos que parece existir una estrecha vinculación entre nuestra condición de agentes epistémicos y nuestro estado mental. En los últimos

años, el equipo de Peter Fonagy ha prestado especial atención al fenómeno de la mentalización, un concepto transdiagnóstico implicado en una amplia gama de problemas psicológicos (Luyten, Campbell, Allison y Fonagy 2020, 299). Sus proponentes la describen como una capacidad humana central para concebir los pensamientos, sentimientos, motivaciones, creencias y otros estados mentales, atribuir intencionalidad y dar cuenta del comportamiento social y de la experiencia de uno mismo y de los demás (Duschinsky y Foster 2021, 152 y 153), lo que la convertiría en una habilidad esencial para las interacciones sociales, la regulación emocional, la capacidad de dar sentido a la experiencia y la de concebirse a uno mismo como *agente*. Desde esta teoría, la mayoría de formas de psicopatología involucrarían deficiencias o perturbaciones temporales o crónicas de esta capacidad (Luyten, Campbell, Allison y Fonagy 2020, 299).

Según los autores, el desarrollo de la mentalización requiere que el individuo sea *cuidado, comprendido* y *reconocido* por otro/s sujeto/s durante la etapa de desarrollo, por lo que determinadas situaciones sociales adversas, como el abuso sexual y/o físico, la negligencia emocional, la invalidación o el *bullying* pueden dificultar, obstruir o incluso impedir su adquisición. Los proponentes defienden que la disrupción de la capacidad para mentalizar está estrechamente vinculada con el daño a la confianza epistémica, resultante de haber estado expuesto a traiciones, abandonos, violencia, etc. En este contexto, la suspicacia se vuelve adaptativa. La persona afectada comienza a desconfiar de los que le rodean para evitar posibles agresiones futuras y protegerse del daño. El problema es que esta reacción puede generalizarse y cronificarse, y llevar a la persona a encerrarse en sí misma, a estar en un constante estado de hipervigilancia y reactividad, y a apartarse por completo del mundo social. Esto, a la larga, impedirá que pueda beneficiarse de una gran cantidad de aportes positivos que podría adquirir del entorno (Fonagy et al. 2017a, 2017b). En base a esto, los investigadores sugieren que las intervenciones deben centrarse en la restauración de esa confianza epistémica y, con ella, de la habilidad para mentalizar. La herramienta principal para lograrlo consistiría en construir una alianza terapéutica *sólida* y *segura* (Fonagy, Luyten y Allison 2015, 599).

Presumiblemente, sólo a partir de la rehabilitación de esta capacidad para confiar en los aportes epistémicos de los demás el paciente puede llegar a abrirse de nuevo al aprendizaje social y, con ello, a reintroducirse en su comunidad. Es en ésta donde puede tener lugar la verdadera recuperación, mediante el aumento y la mejora

de las interacciones sociales y la reducción de la hipervigilancia, la rigidez y escepticismo cognitivos. Pero para que este proceso pueda producirse, debe ser "activado" por la experiencia de haber sido *escuchado* y *reconocido* como un individuo autónomo cuyas emociones, creencias... merecen ser respetadas y atendidas. Facilitar esta experiencia sería precisamente la tarea del terapeuta (Fonagy, Luyten y Allison 2015; Fonagy et al. 2017a, 2017b), y la IE parece totalmente incompatible con esta labor.

Más allá del fenómeno de la mentalización y de la confianza epistémica, otros paradigmas insisten en la relevancia de la dimensión hermenéutica del sufrimiento mental y en su impacto en la evolución del usuario. En este sentido, destaca particularmente el MPAS, que argumenta que la acción del "poder ideológico" sobre los discursos y significados sociales es central para comprender la génesis, desarrollo y mantenimiento del sufrimiento mental grave. El poder ideológico "conlleva el control del significado, el lenguaje y las «prioridades»", así como "el poder de crear narrativas que apoyan intereses sociales y económicos concretos", el de generar creencias, interpretaciones o estereotipos sobre ciertos colectivos y sus experiencias, comportamientos y sentimientos, y el de silenciarlos o minusvalorarlos (Johnstone y Boyle 2018b, 36). Como puede verse, es un concepto íntimamente emparentado con el de la IH de Fricker.

El poder ideológico crea significado, identidad, normas y estándares (Johnstone y Boyle 2018b, 49), y tiene un impacto invisible pero crucial en las experiencias de sufrimiento, al moldear nuestras formas de pensar, autointerpretarnos, comprender nuestras experiencias y darles sentido. Los significados ideológicos y los estándares que suscitan pueden estar tan asimilados socialmente que parezcan naturales e incuestionables, por lo que tienen una enorme capacidad para silenciar y descalificar a aquellos que se desvían del "estilo de vida normal", así como para alimentar sentimientos de vergüenza, aislamiento e inadecuación, o narrativas incapacitantes que van contra los intereses de los afectados.

La invalidación y el silenciamiento pueden suponer una grave amenaza para el bienestar y la seguridad, y son experiencias comunes a muchas personas que padecen sufrimiento mental grave (Linehan 1993; Krause, Mendelson y Lynch 2003; Mountford, Corstorphine Tomlinson y Waller 2007; Yen et al. 2015; Hong y Lishner

2016; Johnstone y Boyle 2018a). Por otro lado, el silenciamiento ha sido reconocido como un tipo de IE particular dentro de los estudios de IEs. Fricker señala que se trata de un subtipo extremo de IT, y Kristie Dotson diferencia entre el "acallamiento testimonial" (*testimonial quieting*), que se produce cuando una audiencia ni siquiera llega a identificar a un determinado hablante como conocedor (Dotson 2011, 242), y la "asfixia testimonial" (*testimonial smothering*), en la que las propias víctimas se autosilencian preventivamente cuando perciben que los oyentes no están dispuestos a atender a su testimonio o que son incapaces de recibirlo adecuadamente, o incluso que proferirlo podría suponer un riesgo para su seguridad (Dotson 2011, 244).

Algunos de los daños de verse rutinariamente silenciado o de omitir el propio testimonio son la pérdida de virtudes intelectuales como la valentía o de conocimiento relevante para la persona, y también el aumento de la desconfianza hacia los demás y hacia uno mismo (Fricker 2017, 90 y 91). Poniendo esto en relación con la literatura sobre la mentalización, podemos afirmar que las experiencias de silenciamiento son un obstáculo para la confianza epistémica, que es necesaria para desarrollar, preservar y ejercitar la capacidad de mentalizar. En esa medida, son nuevamente un factor precipitante del sufrimiento mental grave.

El impacto de la injusticia epistémica en el ámbito clínico

Una vez consideradas la importancia de fenómenos de índole epistémica con respecto al sufrimiento mental grave, podemos reflexionar acerca del posible impacto de la IE en la consulta. La forma que adopta ésta y sus efectos sobre las víctimas recuerda a los mismos patrones relacionales vinculados a la invalidación y el silenciamiento, así como a aquellos que erosionan la confianza epistémica y la mentalización y que promueven la hipervigilancia, el escepticismo y el hermetismo defensivo. Si estos fenómenos están de hecho implicados en la génesis de una amplia gama de problemas psicológicos, como parece apuntar la evidencia empírica al respecto, el hecho de que en el entorno clínico se produzcan casos más o menos sistemáticos de IE perpetuaría la situación de adversidad que estuvo en el origen del problema.

De este modo, las IEs que tienen lugar en la consulta podrían hacer que el contexto terapéutico, en lugar de habilitar un lugar donde aprender a re-confiar en uno mismo y en los demás y donde sentir validadas las propias experiencias, se

convirtiera en otro espacio en el que se reproducen esas amenazas. En este aspecto, las IEs bloquearían los posibles beneficios de la intervención y, en el peor de los casos, producirían efectos iatrogénicos; por ejemplo, aumentando la hostilidad y suspicacia de los usuarios hacia los profesionales que los atienden y dificultando enormemente la formación de una alianza terapéutica fructífera, un elemento clave para su eficacia. Ese incremento de la reactividad de los pacientes podría a su vez confirmar ciertos estereotipos que circulan sobre las personas con diagnósticos psiquiátricos, por lo que finalmente parecería un rasgo atribuible a su "enfermedad" y no una consecuencia comprensible de estar siendo re-victimizado por los servicios a través de estas instancias de IE.

Por otro lado, si las disrupciones de la confianza epistémica y la mentalización, así como las experiencias de silenciamiento e invalidación, son aspectos centrales del sufrimiento mental grave, hacer un esfuerzo activo por evitarlos podría contribuir a crear nuevas oportunidades terapéuticas. La consulta y el ámbito clínico pueden ofrecer al usuario la oportunidad de confiar en otros y en sí mismos de manera segura, y de ser reconocidos, quizá por primera vez en la vida, como agentes epistémicos de pleno derecho. Esta experiencia podría ser crítica para el cambio, para activar el proceso de salutogénesis necesario para la recuperación (Fonagy, Luyten y Allison 2015).

En este sentido, futuras investigaciones podrían explorar la posibilidad de crear formaciones específicas para los profesionales que trabajan en los servicios para personas con sufrimiento mental grave, con la intención de entrenarse en las virtudes de *justicia testimonial* y *justicia hermenéutica* que describe Fricker en su obra. La primera de ellas alude a la capacidad de detectar y corregir la influencia negativa del prejuicio identitario en nuestros juicios acerca de la credibilidad y las capacidades epistémicas del hablante (Fricker 2017, 14). La segunda es una forma de alerta o sensibilidad ante la posibilidad de que las dificultades de un interlocutor para comunicarse inteligiblemente no se deban a su ineptitud o a un fallo de su cerebro, sino a una laguna en los recursos hermenéuticos o incluso a un proceso de autosilenciamiento defensivo (Fricker 2017, 147).

Sostenemos, junto al equipo de Fonagy, que si algo puede ofrecer la formación de los profesionales de salud mental es un conjunto de estrategias que permiten mantener un canal de comunicación abierto en circunstancias particularmente

adversas para ello, en las que otras personas sin esa formación desistirían (Fonagy, Luyten y Allison 2015, 600). Esto los coloca en una situación privilegiada de cara a combatir estas IEs, aunque sea en el ámbito restringido de la consulta. Esto no es una conquista menor, sino que puede ser determinante para que el usuario comience a abrirse al exterior y a recuperar su capacidad para confiar, relacionarse con otros y autopercibirse como agente.

Conclusiones

A lo largo de este artículo, hemos partido de las investigaciones que denuncian que las IEs son especialmente frecuentes hacia los usuarios de los servicios de salud mental por parte de los profesionales a cargo de sus tratamientos. Hemos presentado una panorámica general de los conceptos de IT e IH de Miranda Fricker (2017), así como una posible explicación de por qué estas injusticias podrían ser tan abundantes en el entorno clínico y en el ámbito de la psiquiatría y la psicología clínica.

Desde nuestro punto de vista, que compartimos como con otros autores, un factor decisivo en la prevalencia de IEs en este contexto es el paradigma biomédico reduccionista de la enfermedad mental, presente en las clasificaciones diagnósticas oficiales y que hemos denominado como “mentalidad DSM”, siguiendo a Johnstone y Boyle (2018a). Este marco teórico trata a los diagnósticos psiquiátricos como si fueran análogos a los de otras disciplinas médicas, defendiendo que el sufrimiento mental grave se debe a la presencia de disfunciones internas del cerebro, pese a la falta de conocimiento sobre la etiología y naturaleza básica de estos fenómenos, y la consiguiente dependencia del sistema clasificatorio de los síntomas subjetivos reportados por los usuarios. Estos síntomas son tratados como si fueran equivalentes a los signos objetivos de la enfermedad, y en esa medida los testimonios de los pacientes son reducidos a “hechos del mundo” que deben ser analizados en busca de material clínicamente relevante. En este sentido, los usuarios son cosificados epistémicamente y relegados a un papel totalmente pasivo en su propio tratamiento, mientras que el conocimiento en tercera persona y el juicio de los expertos, que a falta de signos objetivos reales en realidad sólo puede apoyarse en el testimonio de aquéllos, es priorizado sobre cualquier otro tipo de evidencia.

En el apartado siguiente, exploramos algunas dimensiones epistémicas del sufrimiento mental grave, a partir de los ejemplos de la teoría de la mentalización y la

confianza epistémica y del MPAS. Señalamos que el silenciamiento, la invalidación, el control del significado o la incapacidad para confiar en otros son aspectos estrechamente relacionados con el padecimiento psíquico, y que combatirlos puede ser fundamental para promover la recuperación. A la vez, mostramos que la IE se asemeja enormemente a estos fenómenos y los reproduce, lo que la convierte en una potencial fuente de re-victimización.

En este sentido, concluimos defendiendo que sufrir IEs en la consulta puede activar procesos iatrogénicos al perpetuar algunas de las condiciones que pudieron estar en el origen del sufrimiento del usuario, y al obstaculizar la formación de una alianza terapéutica sólida y segura que es indispensable para la eficacia de éste. Por otro lado, también advertimos que sería posible utilizar este conocimiento para crear nuevas oportunidades terapéuticas. La formación de los profesionales de salud mental proporciona herramientas específicas para escuchar y validar experiencias inusuales, problemáticas e irracionales que para muchas otras personas resultarían intolerables. Están, por tanto, en un lugar privilegiado para desarrollar las virtudes de *justicia testimonial* y *justicia hermenéutica*, para combatir la IE y, con ello, abrir espacios en los que los usuarios puedan ser escuchados, respetados y tratados como individuos autónomos, quizá por primera vez en sus vidas.

Referencias bibliográficas

Alawieh, A., Zaraket, F. A., Li, J. L., Mondello, S., Nokkari, A., Razafsha, M., ... y Kobeissy, F. H. (2012). Systems biology, bioinformatics, and biomarkers in neuropsychiatry. *Frontiers in Neuroscience*, 6, 187.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

Bueter, A. (2019). Epistemic injustice and psychiatric classification. *Philosophy of Science*, 86(5), 1064-1074.

Crichton, P., Carel, H., y Kidd, I. J. (2017). Epistemic injustice in psychiatry. *BJPsych bulletin*, 41(2), 65-70.

Della Croce, Y. (2023). Epistemic injustice and nonmaleficence. *Journal of Bioethical Inquiry,* 20(3), 447-456.

Dotson, K. (2011). Tracking epistemic violence, tracking practices of silencing. *Hypatia*, 26(2), 236-257.

Duschinsky, R., y Foster, S. (2021). *Mentalizing and epistemic trust: The work of Peter Fonagy and colleagues at the Anna Freud Centre*. Oxford University Press.

Fonagy, P., Luyten, P., y Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of personality disorders*, 29(5), 575-609.

Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., y Campbell, C. (2017a). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation,* 4, 1-11.

Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., y Campbell, C. (2017b). What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4(1), 1-12.

Fonagy, P., y Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 188, 1–3.

Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica*. Herder Editorial.

Hong, P. Y., y Lishner, D. A. (2016). General invalidation and trauma-specific invalidation as predictors of personality and subclinical psychopathology. *Personality and Individual Differences,* 89, 211-216.

Johnstone, L. y Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. y Read, J. (2018b). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society.

Johnstone, L. y Boyle, M. con Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. y Read, J. (2018a). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis.* Leicester: British Psychological Society.

Kidd, I. J., y Carel, H. (2018). Healthcare Practice, Epistemic Injustice, and Naturalism. *Royal Institute of Philosophy Supplements*, 84, 211-233.

Kidd, I. J., y Carel, H. (2019). Pathocentric epistemic injustice and conceptions of health. Overcoming epistemic injustice: *Social and psychological perspectives*, 153-162.

Kidd, I. J., Spencer, L., y Carel, H. (2023). Epistemic injustice in psychiatric research and practice. *Philosophical Psychology*, 1-29.

Krause, E. D., Mendelson, T., y Lynch, T. R. (2003). Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: The mediating role of emotional inhibition. *Child abuse y neglect,* 27(2), 199-213.

Lakeman, R. (2010). Epistemic injustice and the mental health service user. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 151-153.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.

Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., y Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 16, 297-325.

Mountford, V., Corstorphine, E., Tomlinson, S., y Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating behaviors*, 8(1), 48-58.

Russo, J. (2023). Psychiatrization, assertions of epistemic justice, and the question of agency. *Frontiers in Sociology*, 8, 1092298.

Sakakibara, E. (2023). Epistemic injustice in the therapeutic relationship in psychiatry. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 44(5), 477-502.

Scrutton, A. P. (2017). Epistemic injustice and mental illness. En *The Routledge handbook of epistemic injustice* (pp. 347-355). Routledge.

Wakefield, J. C. (1992a). The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *American psychologist*, 47(3), 373.

Wakefield, J. C. (1992b). Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological review*, 99(2), 232.

Yen, S., Kuehn, K., Tezanos, K., Weinstock, L. M., Solomon, J., y Spirito, A. (2015). Perceived family and peer invalidation as predictors of adolescent suicidal behaviors and self-mutilation. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 25(2), 124-130.

COMUNICACIÓN ORAL

6.IMPROVISANDO EL FUTURO INMEDIATO. UNA HISTORIA DE TEATRO

SILVIA LOURDES DOMINGOS VIDEIRA
SORAYA RAMOS GÓMEZ
HELENA APARICIO ALONSO
SILVIA PÉREZ SANZ

IMPROVISANDO EL FUTURO INMEDIATO.
UNA HISTORIA DE TEATRO

AUTORÍA:
Silvia Lourdes Domingos Videira,
Soraya Ramos Gómez,
Helena Aparicio Alonso,
Silvia Pérez Sanz

COMUNICACIÓN ORAL

INTRODUCCIÓN

Seguir con el futuro, cuando una persona está ingresada en un entorno hospitalario, se convierte por lo general en una gran incertidumbre.
Incertidumbre que, por lo general, es común tanto para la persona como para el profesional, aunque las causas que la motiven sean diferentes.

En el caso del equipo terapéutico, se desconoce cómo va a reaccionar la persona ante su situación clínica, y en los programas que se acuerden con ella para que participe activamente en su recuperación. Además, es habitual encontrar complicaciones a nivel social, que prolongan el alta hospitalaria más de lo deseado.
Por lo tanto, al malestar psíquico, se suma el estar en un contexto normativo e institucional, que inevitablemente coarta las libertades de la persona ingresada.

Con gran frecuencia comparten con los profesionales sus frustraciones y la inquietud que les invade el desconocimiento de cuándo volverán a retomar sus vidas fuera de las Unidades, fuera de la institución, volver a la libertad, literalmente.

Y no sólo eso, también ponen de manifiesto el temor a decir o a hacer, debido a la repercusión que eso pueda suponer para su alta. Lo que

genera un riesgo de pérdida de la propia identidad: “Me someto a la norma con tal de salir lo antes posible de aquí.”

Por todo ello, qué importante es escuchar a la persona: sus intereses, sus preocupaciones, sus metas, ilusiones, proyectos y motivaciones, su situación actual y cómo le gustaría que fuese/continuase su vida una vez que logra el alta del Hospital. Por eso, desde Terapia Ocupacional, nos preocupamos en conocer todos estos aspectos con el fin de ofrecer al colectivo lo que realmente necesita, poniendo especial foco de atención en sus demandas. Se trata de ofrecer oportunidades de expresión, de compartir, de explorar y hasta de disfrutar de actividades durante el ingreso, siguiendo un modelo de recuperación que persigue *“construir una vida con sentido propio, autodeterminada, elegida libremente, y de pleno derecho, más allá del diagnóstico clínico.”* (Federación Salud Mental Comunidad Valenciana, 2024).
William Anthony, en 1993, definió la recuperación como *“Un proceso profundamente personal y único de cambiar nuestras actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y activa (…). La recuperación implica el desarrollo de un nuevo sentido y propósito en la vida…”*

Junto con el Modelo de Recuperación, se cuenta también con un Modelo propio de Terapia Ocupacional, el Modelo de la Ocupación Humana de Kielfhoner. Este Modelo pretende posibilitar a la persona para que participe de manera activa en las actividades ocupacionales, que incluye la volición como uno de los ejes importantes. La volición se define como un *“patrón de pensamientos y sentimientos acerca de uno mismo como actor en el mundo propio que ocurren cuando uno anticipa, elige, experimenta e interpreta lo que uno hace.”* (Kielhofner, 2011).

Así pues, la Terapia Ocupacional “*se centra en la ocupación humana, ve al ser humano de manera integral, sistémica y busca la participación de personas y colectivos en ocupaciones significativas, para lo cual hace uso de la actividad con propósito, como medio y como fin para la consecución*

de objetivos. Se recurre a actividades que resulten significativas y motivantes, que permitan el empoderamiento y actúen como motores en los procesos de recuperación de las capacidades y destrezas, perdidas o limitadas; para así poder restablecer su autonomía personal en las actividades de la vida diaria y mejorar su calidad de vida, lo cual es el fin de la Terapia Ocupacional" (Fernández, 2019).

Es por ello que, partiendo de estas bases conceptuales, la disciplina ha empleado diversos métodos asociados a las técnicas artísticas (Suárez, 2000).

La terapia artística es empleada como recurso terapéutico, existiendo evidencia del uso de estas técnicas en salud mental. (Eguidazu, 2015). Las modalidades de arte más empleadas son las artes plásticas, artes visuales, literatura, danza, música y cine, las cuales son denominadas como Bellas Artes (Imaginario, 2021).

Coral Ramírez (2022), realizó una revisión sistemática de 60 estudios sobre las modalidades artísticas de terapia ocupacional en salud mental, cuyos hallazgos reflejan que nuestra profesión *"realiza múltiples actividades con propósito que combinan modalidades artísticas, como medio para el abordaje con personas en el ámbito de la salud mental, a través de las cuales se busca mantener o transformar elementos de la vida diaria e identificar y potenciar capacidades en personas y/o colectivos.*

En lo referente a las modalidades utilizadas según los hallazgos han sido más empleadas las artes plásticas (dibujo, pintura, moldeado, cerámica, escritura) con un 30%, seguida de la danza y corporalidad con un 16%, por otra parte, cabe destacar la utilización de las modalidades como la música, el teatro y el circo con una frecuencia del 14% respectivamente."

Con toda esta base teórica, desde el equipo de terapia ocupacional del Hospital Santa Isabel de León, nos cuestionamos en nuestro día a día, de qué modo podemos dar soporte a las personas que atendemos, tratando de revisar periódicamente las actividades propuestas y ofreciendo nuevas

oportunidades que puedan resultar estimulantes, de interés y significativas, incluidas las actividades artísticas que ofertamos.

Como alternativa de actividad, se decidió plantear el teatro. Hacía años se había llevado a cabo en el Hospital, pero había caído en el olvido; hasta que un grupo de personas ingresadas demandaron expresamente retomar el teatro como actividad motivante.

Se decidió dar forma a la propuesta contando con los beneficios que podía ofrecer el teatro. El teatro genera comprensión y evocación de respuestas emocionales (Fancourt y Finn, 2019), se aprende de manera práctica a saber ver, entender, aceptar y gestionar los conflictos, conocer y optimizar las habilidades comunicativas y relacionales con el fin de mejorar la convivencia (Castelló et al., 2011), aumenta el empoderamiento, da la oportunidad de mostrarse al exterior, mejora el autoestima, desmitifica prejuicios, rompe barreras establecidas por otros y por las propias personas, además de promover que las personas se sientan útiles, válidas y reconocidas (Lorente, 2014).

Andrés Sampayo (2010) expone en su trabajo sobre el teatro con fin terapéutico que ***"****Desde antaño el teatro y la expresión corporal en sus múltiples variantes han tenido y tienen un cariz e importancia destacable, no sólo por lo que de ellos puede extraerse, sino por las ventajas y beneficios que adquieren, no ya como medio de desarrollo y expresión sino, como en el terreno que nos ocupa, el de la enfermedad mental, como un excelente fin terapéutico****."***

Además, existen diversas técnicas teatrales (Toribio, 2023) que deben tenerse en cuenta para desarrollar la intervención. Estas técnicas son la improvisación teatral, el playback theater, el psicodrama, el sociodrama, la teoría de roles, la sociometría, la teoría del empoderamiento, la dramaterapia y el modelo de seis teclas, vinculado este último a la dramaterapia.

Tras probar un mes el modelo tradicional de teatro, es decir, a partir de un guion ya establecido, se decidió cambiar de técnica por otra que estuviese más en relación con la libertad de expresión. Por ello, se escoge la dramaterapia como encuadre de la actividad, siendo esta técnica la que más se ajusta a las necesidades y peticiones de los participantes.

El motivo se debe a que la dramaterapia permite a la persona estimular su intuición, la espontaneidad y la imaginación de manera que logre adueñarse y valorizar estos aspectos como propios, ya que suelen quedar negados u olvidados en su proceso de recuperación (Cornejo y Levy, 2003). La dramaterapia se apoya en técnicas imaginativas para toma de personajes (Keissari, 2021). Sus objetivos son el de acompañar a las personas a encontrar sentido en la vida y reconstruir su propio equilibrio, promover su actividad mental y física (Chang, Liu & Yang; 2019); y expandir el repertorio de roles de las personas, (Keissari, 2021). El método de trabajo posibilita el crecimiento, la perspicacia, la imaginación, el aprendizaje y la creatividad.

OBJETIVOS

Los objetivos que se plantean para el desarrollo de la actividad son ofrecer un soporte individualizado dentro de un contexto grupal en el ámbito hospitalario, adaptándose al estado psicopatológico de la persona; descubrir o redescubrir una nueva forma de manifestarse y vincularse ante y/o con el otro; y disponer de un espacio de encuentro y libertad de expresión.

DESARROLLO:

La actividad está destinada a las personas ingresadas en el Hospital Santa Isabel de León, con un diagnóstico de enfermedad mental grave.

Como criterio principal de la actividad es que la participación debe ser voluntaria.

El rol del terapeuta destaca como facilitador y no como director, siendo éste la esencia. Por tanto, la responsabilidad se traspasa a los participantes, siendo los que toman las decisiones. Se favorece la libertad de expresión en un espacio de respeto y confianza donde poder actuar o

"sobreactuar": liberar juegos de palabras, significantes y asociación libre de ideas.
Las sesiones se estructuran con un inicio y cierre común, lo que supone un hilo conductor. Se realizan dinámicas de exploración teatral individuales, de interacción con el otro y grupales.

La duración del programa de teatro oscila alrededor de los 6 meses contando con una puesta en escena al final del mismo, a la que acude otros usuarios del Hospital, familiares y profesionales.

Participan en las sesiones usuarios de diferentes unidades del Hospital.
Las sesiones tienen lugar en el salón de actos, un día a la semana, durante aproximadamente 75 minutos.
Desde el inicio del programa, se negocian los objetivos y se aclaran responsabilidades. A lo largo de las sesiones, contando con la técnica de la dramaterapia, desde un enfoque de improvisación, se estructura la temática y la organización.
Se realiza una lluvia de ideas para decidir la temática. Con las ideas que surgen, cada participante explora posibles papeles/personajes. Se toma una decisión en grupo sobre la temática final. Así mismo, se desempeñan varias dinámicas de improvisación a modo “calentamiento”, facilitando la familiaridad con la técnica.

Cada participante encuentra su lugar dentro de la actividad. Explora y decide roles, forma de desempeñar su papel. En grupo se da forma a todos los personajes que surgen. Destaca el compañerismo y apoyo entre iguales a las personas que tienen alguna dificultad.

Se fija una fecha de actuación posible, que puede ser modificada en función de necesidades, con el objetivo de no perderse en el tiempo con ensayos infinitos.

Las decisiones en cuanto a la decoración y la puesta en escena en general, corren a cargo de los propios participantes, así como su ejecución, contando con la colaboración de profesionales.

Destaca la expectación y motivación del grupo desde la primera sesión.

Después de cada sesión, se realizan registros de seguimiento en los que se recogen las impresiones de los participantes mediante evaluaciones abiertas en grupo junto con las reflexiones de las terapeutas ocupacionales. Se registran aspectos como son la fecha, número de asistentes, dinámicas realizadas durante la sesión, acuerdos, resultado de la actividad, y observaciones.

Al inicio de cada sesión, se recuerda la progresión de la sesión anterior y los acuerdos tomados. Cada sesión trata de avanzar en la estructura de la obra final, dando consistencia a los papeles y rol de cada participante dentro del conjunto de compañeros.

Una dificultad añadida que se encuentra en el entorno hospitalario, en actividades de larga duración con un objetivo final que es el de la representación para un público; son las altas de los participantes y las nuevas incorporaciones. Es un tema a tener presente ya que va a influir en el desarrollo de la actividad pero que, afortunadamente es salvable si como profesionales somos flexibles. Los papeles y los roles asignados se pueden reestructurar sin perder de vista los objetivos de la actividad, manteniendo el buen clima entre participantes.

Como colofón final, se lleva a cabo la representación de la obra. Cabe destacar, que a pesar de los múltiples ensayos que han tenido lugar, aún así el día de la representación final, la improvisación sigue estando presente, provocando expectación, curiosidad y atención en los propios actores y público. Se tiene la sensación de que cada día la obra va cambiando aunque mantenga una estructura que se ha ido conformado con las sesiones.

El 20 de diciembre de 2018, se representó la obra “Fantasías Psiquiátricas”. La obra se centra en las consultas de psiquiatría, de psicología y en la salas de espera. Se representa diferentes situaciones en consulta y en la sala de espera. El resultado representado está basado en las propias experiencias de los participantes en dichas situaciones, es decir, sus vivencias personales.

El 7 de agosto de 2019, se representó la obra “Debates Desastre”. El grupo decide esta temática debido a la situación política en España en ese año. Cada poco tiempo, los ciudadanos estábamos convocados a las urnas. Este momento histórico influye también en el Hospital. Los participantes quieren dar a conocer su visión del tema e incluso sus propuestas si fuesen ellos los políticos.

Al día siguiente de la representación al público; se dispone de un cuestionario individual, de elaboración propia. Se encarga un profesional ajeno al equipo de terapeutas ocupacionales, de recoger las respuestas de los participantes, con el fin de evitar influencias en las respuestas.

El cuestionario recoge las siguientes preguntas:

1. ¿Qué te impulsó o te motivó a participar en la actividad de teatro?
2. ¿Cómo te sientes perteneciendo al grupo de teatro?
3. ¿Notas algún cambio desde que iniciaste la actividad en tu forma de expresarte, tu estado de ánimo, tu nivel de actividad diario?
4. ¿Sientes que has creado un compromiso? ¿Con qué?
5. ¿Cómo te sientes representando tu papel?
6. ¿Qué opinas del método de improvisación de teatro? ¿Te gustaría que hubiese sido de otra manera?
7. ¿Te has sentido responsable o parte en la organización de la actividad?
8. ¿Has sentido que has formado parte en las decisiones de la obra de teatro?
9. ¿Te has sentido libre para expresarte?
10. ¿Hay algo en lo que te has sentido incómodo?

11. ¿Te gusta cómo han organizado las terapeutas la actividad?
12. ¿Te sirvieron los ejercicios previos a la preparación de la obra de teatro?

Otras observaciones.

A continuación, se transcriben algunas de las respuestas individuales a los cuestionarios:

Respuestas a la pregunta 1: ¿Qué te impulsó o te motivó a participar en la actividad de teatro?

“En primer lugar es una actividad que me gusta pero principalmente realizar un trabajo en equipo. Ser creativo y perder el aislamiento, que en parte me trajo aquí.”

“Entretenerme.”

“Divertirme.”

“Por entretenerse.”

“Al principio era por tener el tiempo más ocupado, pero después me gustó.”

“Me motivó el que tenía ganas de hacer más actividades, sobre todo al principio. ¿y por qué no teatro?.”

Respuestas a la pregunta 2: ¿Cómo te sientes perteneciendo al grupo de teatro?

“Muy bien. Puedo expresar sentimientos y emociones gracias a los personajes. Aprendo cada día cosas nuevas sobre mí y los demás”

“Bien.”

“Como compañero de mis compañeros.”

“Muy bien.”

“Integrado. Me siento a gusto y animado”

Respuestas a la pregunta 3: ¿Notas algún cambio desde que iniciaste la actividad en tu forma de expresarte, tu estado de ánimo, tu nivel de actividad diario?

“Sí, me ayuda en la disciplina y convivencia. Mi estado de ánimo es muy bueno. Mi nivel de actividad diaria es alta.”

“Creo que sí, más tablas. Mi estado de ánimo es mejor a veces, pero en teatro muy contenta. Hago más cosas, el teatro es una parte de ello.”
“Me expreso mejor. Estoy muy animada.”
“Ponerse en el personaje. Mi ánimo es tranquilo. Mi nivel de actividad es regular.”
“No noto cambios en la forma de expresarme. Mejor en mi estado de ánimo. Mi nivel de actividad es mayor.”
“Mi forma de expresarme es libre y concisa. Mi estado de ánimo es alegre.”

Respuestas a la pregunta 4: ¿Sientes que has creado un compromiso? ¿Con qué?
“Sí, conmigo mismo, mi familia y mis compañeros del Hospital.”
“Sí, con el teatro. Talleres y algunas actividades. Con el teatro soy responsable.”
“Con el teatro.”
“Sí, en participar con la voz de mejicano.”
“No mucho compromiso, porque aquí en teatro nadie nos pone una pistola en la cabeza y soy absolutamente libre.”

Respuestas a la pregunta 5: ¿Cómo te sientes representando tu papel?
“Excelente”
“Bien.”
“Con soltura”
“En mi salsa.”

Respuestas a la pregunta 6: ¿Qué opinas del método de improvisación de teatro? ¿Te gustaría que hubiese sido de otra manera?
“Opino que es bueno. No descarto la opción de un texto u obra diferente.”
“Sí, que hubiese tenido más límites. Me parece bien tener un guión, pero poder improvisar.”
“Es buena la improvisación para discurrir mejor las cosas y todo.”
“Cambian poco a poco.”
“Me gusta la improvisación”.

“Yo hubiese preferido aún más improvisación.”

Respuestas a la pregunta 7: ¿Te has sentido responsable o parte en la organización de la actividad?
“Sí, y respetado. Propongo muchas ideas y soy escuchado.”
“Pues sí. Participo poco porque no me atrevo, pero sí.”
“Sí porque me dijeron que animara a todos los del teatro.”
“Sí, en organizar.”

Respuestas a la pregunta 8: ¿Has sentido que has formado parte en las decisiones de la obra de teatro?
“Sí.”
“Más o menos sí. Porque soy poco atrevida y he dado ideas muy a gusto.”
“Al principio sentí que no iba a estar a gusto con la temática, desganada, pero luego me sentí muy bien con todo.”
“Sí, con el personaje mío y el de mis compañeros.”

Respuestas a la pregunta 9: ¿Te has sentido libre para expresarte?
“Sí.”
“Sí, totalmente libre, nadie me ha coaccionado ni nada.”
“Sí, con el papel representado.”

Respuestas a la pregunta 10: ¿Hay algo en lo que te has sentido incómodo?
“No.”
“Cuando sale la cosa muy espontánea.”
“Creí que me iba a sentir mal, pero no fue así.”
“Cuando me daba cansancio.”
“Sí, a veces con la forma de actuar.”

Respuestas a la pregunta 11: ¿Te gusta cómo han organizado las terapeutas la actividad?
“Sí, considero que el arte del teatro es una actividad muy complicada. Por mi parte merecen todo mi respeto.”

“Sí, pero esto de los políticos me ha costado. Me gustó mucho Fantasías Psiquiátricas.”
“Sí, todo.”
“Sí pero con la opinión de los compañeros.”
“A veces no mucho porque no sabía de qué hablan.”

Respuestas a la pregunta 12: ¿Te sirvieron los ejercicios previos a la preparación de la obra de teatro?
“Muchísimo.”
“Sí, para estar más centrada.”
“Sí, para expresarme mejor.”
“Sí, con moderación.”
“Yo creo que no.”

Otras observaciones.
“Me gustaría hacer un drama. Creo que nos estamos centrando mucho en la comedia.”
“Quiero una obra de amor/desamor.”
“Me sentí muy a gusto y muy bien.”

CONCLUSIONES:
La gran diferencia que existe con este proyecto respecto a otros de teatro, es que no se proporciona un guion para que sea interpretado ni adaptado, sino que hay una experimentación previa de técnicas teatrales, de exploración de los propios recursos en el campo de la interpretación e improvisación.

A lo largo del proceso, a nivel individual se observa mejora de autoconcepto, mayor seguridad en uno mismo, desarrollo de la creatividad y más espontaneidad conforme aumentan la confianza en sí mismo y el soporte del grupo.

A nivel grupal destaca el clima de respeto y tolerancia a los tiempos y diversidad de formas de hacer y expresarse. Se observa cómo se ha

desarrollado el sentimiento de pertenencia al grupo, la cohesión y compromiso con éste y el proyecto común. Se aprecia una mayor interrelación y el beneficio que supone el feedback proporcionado.

El resultado de ambas representaciones teatrales fue todo un éxito. Éxito de los participantes que recibieron elogios por parte de compañeros, familiares y profesionales.
Sólo fueron representadas una única vez y en el entorno hospitalario. Como mejora, desde el equipo de profesionales de todo el Hospital, se plantea la posibilidad de que las futuras obras que se vayan a realizar, también se representen en entornos comunitarios, contando con un público variado y si es posible, no vinculado al mundo de la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castelló, J., Durante M., Giné A., Urteaga G. (2011). Luces, cámara y acción. Terapia Ocupacional mediante el teatro. *TOG,* 8 (7), 156-162. http://www.revistatog.com/suple/num7/toyteatro.pdf

Coral Ramírez, C.N. (2022). *Uso de modalidades artísticas en terapia ocupacional en los contextos de atención en salud mental*. [Trabajo académico, Escuela Colombiana de Rehabilitación]. Repositorio. https://repositorio.ecr.edu.co/server/api/core/bitstreams/3e5ddbe1-e6f3-4599-af26-458cf7f095bb/content

Chang, W., Liu, Y. & Yang, C. (2019). Drama Therapy Counseling as Mental
Health Care of College Students. *International journal of environmental research and public health*, 16(19), 3560. https://doi.org/10.3390/ijerph16193560

Cornejo, S. y Levy LB. (2003). *La representación de las emociones en la dramaterapia.* Editorial Médica Panamericana

Eguidazu, M. (2015). Intervenciones desde terapia ocupacional en salud mental,analisis bibliografico de la evidencia. *TOG*, 1-14. https://www.revistatog.es/num22/pdfs/revision4.pdf

Fancourt, D. & Finn, S. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?: A scoping review. *WHO Regional Office for Europe.* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553773/

Federación Salud Mental Comunidad Valenciana. (2024, Mayo). *Modelo de recuperación.* https://www.salutmentalcv.org/modelo-de-recuperacion/

Keisari S. (2021). Expanding the Role Repertoire While Aging: A Drama Therapy Model. *Frontiers in psychology*, 12, 635975. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635975

Kielhofner, G. (2004) *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoria y aplicación.* 3ª ed. Editorial Médica Panamericana

Kielhofner, G. (2011) *Explicación de la ocupación humana. Modelo de Ocupación Humana.* Editorial Médica Panamericana

Lorente, F. (2014). Una experiencia terapéutica del uso del teatro en salud mental. *TOG,* 11 (20). https://www.revistatog.com/num20/pdfs/original4.pdf

Moruno, P., Talavera, M.A. (2012). *Terapia ocupacional en salud mental*. Elsevier Masson.

Toribio Pachas, A.A. (2023). *Intervenciones basadas desde el teatro para la prevención, promoción y tratamiento de la salud mental en los últimos 5 años.* [Tesis doctoral, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13485/Intervenciones_ToribioPachas_Andres.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Wilcock A. (2006) *An Occupational Perpective of Health*. 2ª edición. SLACK Incorporated

COMUNICACIONES ESCRITAS

1.USO DE LA TERAPIA EMDR EN PSICOSIS: EVIDENCIAS ACTUALES

ANDRÉS MERINO IGLESIAS
NATALIA RODRÍGUEZ ORTEGA
LUCÍA MONTERO QUER
YASMINA ALCÁNTARA PRESA
SERGIO MARTÍNEZ SÁNCHEZ

2.EXPERIENCIA COLECTIVA DE UNA REVISTA HOSPITALARIA

HELENA APARICIO ALONSO
SILVIA PÉREZ SANZ
SORAYA RAMOS GÓMEZ
SILVIA L. DOMINGOS VIDEIRA

3.ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN POBLACIÓN MIGRANTE EN ESPAÑA DURANTE LA CRISIS DE LA COVID-19

HELENA SAINZ-ELÍAS
MERCEDES ESPINAL CABEZA
YOLANDA OSORIO LÓPEZ
IAGO GINÉ VÁZQUEZ
PAULA CRISTÓBAL-NÁRVAEZ

COMUNICACIONES ESCRITAS

4.PSICOSIS Y COLECTIVO TRANS. HISTORIA DE UN DESENCUENTRO

SANDRA GÓMEZ GONZÁLEZ

5.FOTOGRAFÍA TERAPÉUTICA: INSTANTÁNEAS DE UNA RECUPERACIÓN

SHEYLA BLÁZQUEZ GONZÁLEZ
VANESSA GONZÁLEZ DE MARÍA
EWA RYBAK KOITE
ESPERANZA GÓMEZ FERNÁNDEZ
ELENA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN ESCRITA

1.USO DE LA TERAPIA EMDR EN PSICOSIS: EVIDENCIAS ACTUALES

ANDRÉS MERINO IGLESIAS
NATALIA RODRÍGUEZ ORTEGA
LUCÍA MONTERO QUER
YASMINA ALCÁNTARA PRESA
SERGIO MARTÍNEZ SÁNCHEZ

USO DE LA TERAPIA EMDR EN PSICOSIS: EVIDENCIAS ACTUALES

Autores: Andrés Merino Iglesias[1], Natalia Rodríguez Ortega[1], Lucía Montero Quer[1], Yasmina Alcántara Presa[1], Sergio Martínez Sánchez[1]

[1]: Hospital Universitario de Fuenlabrada;

Tipo de presentación: comunicación

INTRODUCCIÓN

La terapia EMDR se ha mostrado como un tratamiento eficaz para el trauma, cada vez con mayor evidencia, y con mayor número de pacientes tratados descritos. En el caso de la psicosis, las evidencias parecen ser más limitadas, si bien parece presentar también cierta utilidad. Por ello, resulta importante poder realizar un análisis de las evidencias actuales en este sentido.

OBJETIVO, METODOLOGÍA Y DESARROLLO

Objetivo: analizar la literatura científica más relevante para aportar una evidencia científica actualizada sobre el empleo de la terapia EMDR en pacientes con psicosis.

Material y métodos: realización de una revisión narrativa de las publicaciones realizadas en la base de datos Pubmed con la siguiente sintaxis: “EMDR” and “psychosis”. A partir de dicha búsqueda se emplearon los siguientes criterios de inclusión: 1) Que el artículo se centrara en la terapia EMDR como tratamiento principal, 2) Que la sintomatología psicótica supusiera el foco principal de tratamiento, 3) que el artículo fuese una revisión (incluye “Meta-analysis, “Review” y “Systematic review”). En base a dichos criterios se encontraron 4 revisiones diferentes sobre la temática en cuestión.

Tras ello, se realiza una nueva búsqueda, en esta ocasión para recoger los estudios y ensayos actuales en este sentido, siguiendo los criterios 1 y 2, y añadiendo el siguiente: 3) que el artículo fuese un ensayo (incluye “Clinical Trial” y “Randomized Controlled Trial”). En base a dichos criterios se encontraron 15 resultados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La terapia EMDR constituye un tratamiento útil en la psicosis, principalmente cuando existe un componente traumático asociado. Su eficacia a largo plazo parece también considerable cuando se combina con un abordaje integral de la psicosis, si bien resulta necesario la realización de estudios más extensos (existen algunos en fase piloto) para poder extraer más conclusiones.

Algunos de estos estudios demuestran la efectividad de la terapia EMDR, no solo en el abordaje de los síntomas traumáticos, sino permitiendo reducir la sintomatología psicótica propiamente dicha y facilitando la remisión. Se ha descrito eficacia moderada en síntomas positivos (alucinaciones, delirios, síntomas ansiosos y depresivos…), así como cierto efecto en sintomatología negativa, afectiva y cognitiva.

En general, la mayoría de autores coinciden en definir a la terapia EMDR como segura y con escasos efectos adversos, siempre y cuando vaya precedida de medidas de estabilización. Pese a que tradicionalmente los tratamientos focalizados en el trauma han sido de corta duración, existen ya grandes resultados de la terapia EMDR como tratamiento prolongado (fundamentalmente en periodos de 6-12 meses), con efecto clínicamente relevante y sostenido en el tiempo (pasados 6 meses desde la finalización del tratamiento).

Parece claro, por tanto, que pacientes con TEPT y comorbilidad con patología psicótica se benefician en gran medida de recibir terapias focalizadas en el trauma, dentro de las cuales el EMDR ha mostrado buenos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedrón, C., Colom, F., Pérez, V., & Amann, B. L. (2017). EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Frontiers in psychology*, *8*, 1668.

2. Adams, R., Ohlsen, S., & Wood, E. (2020). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for the treatment of psychosis: a systematic review. *European journal of psychotraumatology*, *11*(1), 1711349.

3. Sin, J., Spain, D., Furuta, M., Murrells, T., & Norman, I. (2017). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*, *1*(1), CD011464.

4. Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Valiente-Gómez, A., Sio-Eroles, A., Pérez, V., Amann, B. L., & Radua, J. (2017). Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adolescent with Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in psychology*, *8*, 1750.

5. Zhao, J., Chen, D. Y., Li, X. B., Xi, Y. J., Verma, S., Zhou, F. C., & Wang, C. Y. (2023). EMDR versus waiting list in individuals at clinical high risk for psychosis with post-traumatic stress symptoms: A randomized controlled trial. *Schizophrenia research*, *256*, 1–7.

6. van den Berg, D. P., & van der Gaag, M. (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *43*(1), 664–671.

7. Varese, F., Sellwood, W., Pulford, D., Awenat, Y., Bird, L., Bhutani, G., Carter, L. A., Davies, L., Aseem, S., Davis, C., Hefferman-Clarke, R., Hilton, C., Horne, G., Keane, D., Logie, R., Malkin, D., Potter, F., van den Berg, D., Zia, S., & Bentall, R. P. (2024). Trauma-focused therapy in early psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial of EMDR for psychosis (EMDRp) in early intervention settings. *Psychological medicine*, *54*(5), 874–885.

8. Van den Berg, D., de Bont, P. A. J. M., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2018). Long-term outcomes of trauma-focused treatment in psychosis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *212*(3), 180–182.

9. Van den Berg, D. P. G., van der Vleugel, B. M., de Bont, P. A. J. M., Staring, A. B. P., Kraan, T., Ising, H., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2016). Predicting trauma-focused treatment outcome in psychosis. *Schizophrenia research*, *176*(2-3), 239–244.

10. De Bont, P. A., van den Berg, D. P., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van der Gaag, M., & van Minnen, A. M. (2016).

Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. Psychological medicine, 46(11), 2411–2421.

11. Marlow, S., Laugharne, R., Allard, J., Bassett, P., Priebe, S., Ledger, J., Kerr, J., Priest, D., Vanhoorn, A., Boland, C., & Shankar, R. (2024). A pragmatic randomized controlled exploratory trial of the effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy for psychotic disorder. Journal of psychiatric research, 169, 257–263.

12. Burger, S. R., Hardy, A., van der Linden, T., van Zelst, C., de Bont, P. A. J., van der Vleugel, B., Staring, A. B. P., de Roos, C., de Jongh, A., Marcelis, M., van Minnen, A., van der Gaag, M., & van den Berg, D. P. G. (2023). The bumpy road of trauma-focused treatment: Posttraumatic stress disorder symptom exacerbation in people with psychosis. *Journal of traumatic stress*, *36*(2), 299–309.

13. De Bont, P. A., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2013). Treating PTSD in patients with psychosis: a within-group controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR protocols. *Behavior therapy*, *44*(4), 717–730.

14. Van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2016). Trauma-Focused Treatment in PTSD Patients With Psychosis: Symptom Exacerbation, Adverse Events, and Revictimization. *Schizophrenia bulletin*, *42*(3), 693–702.

15. Van Minnen, A., van der Vleugel, B. M., van den Berg, D. P., de Bont, P. A., de Roos, C., van der Gaag, M., & de Jongh, A. (2016). Effectiveness of trauma-focused treatment for patients with psychosis with and without the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *209*(4), 347–348.

16. De Bont, P. A., van den Berg, D. P., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., Mulder, C. L., Becker, E. S., de Jongh, A., van der Gaag, M., & van Minnen, A. (2013). A multi-site single blind clinical study to compare the effects of prolonged exposure, eye movement desensitization and

reprocessing and waiting list on patients with a current diagnosis of psychosis and co morbid post traumatic stress disorder: study protocol for the randomized controlled trial Treating Trauma in Psychosis. *Trials*, *14*, 151.

17. Van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., Van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, *72*(3), 259–267.

18. Gathier, A. W., Verhoeven, J. E., van Oppen, P. C., Penninx, B. W. J. H., Merkx, M. J. M., Dingemanse, P., Stehouwer, K. M. K. S., van den Bulck, C. M. M., & Vinkers, C. H. (2023). Design and rationale of the REStoring mood after early life trauma with psychotherapy (RESET-psychotherapy) study: a multicenter randomized controlled trial on the efficacy of adjunctive trauma-focused therapy (TFT) versus treatment as usual (TAU) for adult patients with major depressive disorder (MDD) and childhood trauma. *BMC psychiatry*, *23*(1), 41.

19. Moreno-Alcázar, A., Radua, J., Landín-Romero, R., Blanco, L., Madre, M., Reinares, M., Comes, M., Jiménez, E., Crespo, J. M., Vieta, E., Pérez, V., Novo, P., Doñate, M., Cortizo, R., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., McKenna, P. J., Pomarol-Clotet, E., & Amann, B. L. (2017). Eye movement desensitization and reprocessing therapy versus supportive therapy in affective relapse prevention in bipolar patients with a history of trauma: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *18*(1), 160.

COMUNICACIÓN ESCRITA

2.EXPERIENCIA COLECTIVA DE UNA REVISTA HOSPITALARIA

HELENA APARICIO ALONSO
SILVIA PÉREZ SANZ
SORAYA RAMOS GÓMEZ
SILVIA L. DOMINGOS VIDEIRA

EXPERIENCIA COLECTIVA DE UNA REVISTA HOSPITALARIA

AUTORÍA
Helena Aparicio Alonso,
Silvia Pérez Sanz,
Soraya Ramos Gómez,
Silvia L. Domingos Videira.

INTRODUCCIÓN

Presentamos como intervención de terapia ocupacional en un hospital de salud mental de León una actividad: la elaboración de una revista bianual llamada “LA PENÚLTIMA NEURONA”.

Bajo el amparo del Modelo de Ocupación Humana (MOHO) y el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, planteamos la actividad desde un modelo no intervencionista donde el terapeuta será un mero facilitador de un espacio para la libre expresión. El objetivo consiste en garantizar la confianza de los participantes para que dirijan y organicen el trabajo que supone redactar la revista por sí mismos. Proponemos una intervención que legitime el rol activo de su propia vida, aun bajo el peso de la institución total, en oposición al rol de enfermo.

La revista que se lleva a cabo en el hospital santa Isabel es un vehículo para acceder al potencial creativo, a la expresión de emociones, pensamientos y opinión de las personas ingresadas.

Como equipo terapéutico del hospital, llevamos a cabo una formación continuada en los distintos métodos de trabajo grupales así como en diversas intervenciones artísticas. Tenemos la obligación como clínicos, de obtener el conocimiento de todos los recursos que se estudian para la ocupación en salud mental, y que pueden ser útiles para las personas que están hospitalizadas por enfermedad mental grave.

DESARROLLO

Históricamente, la problemática relacionada con el ámbito de la salud mental y la diversidad mental se ha releído como una desviación de un concepto de normalidad hegemónico, en el que la única solución era la curación, la adaptación o el cambio conductual (Palacios y Bariffi, 2007).

Este pensamiento incide en la idea de que la institución y los profesionales de la salud mental tienen “el saber de la curación” quitando así responsabilidad a la persona, además de su papel activo. Argumentan que la EMG es una cuestión conductual, pasando así de ser profesionales de salud mental clínicos, a educadores; la teoría de que la dolencia psíquica tiene una base educacional convierte a los pacientes en pasivos, necesitados de unas normas para saber comportarse.

En contraposición, se puede pensar en una atención sin paternalismos, donde se devuelva el control y la capacidad de elección a las personas. Se puede pensar desde la Terapia Ocupacional, en una intervención donde las personas tengan la oportunidad de colaborar, discutir y crear o experimentar. Pudiendo rescatarse la validación de las personas por encima del estigma social y mediante la participación activa en la convivencia con la diferencia como un hecho real, responsable y dinámico (Palacios y Bariffi, 2007; Martí, 2014).

Hablamos de personas únicas, con dolencias mentales o psíquicas particulares y un discurso subjetivo, como resistencia a la homogeneidad de los diagnósticos.

Los planes de intervención del Terapeuta Ocupacional se basan en el conocimiento de la relación transaccional entre la persona, la participación en ocupaciones valiosas y el contexto (MOHO). El Terapeuta Ocupacional escucha el relato de la persona, su historia ocupacional, sus vivencias, su percepción ante lo vivido. Damos valor a sus creencias, a lo que le gusta, a los objetivos que se plantea. Más allá del diagnóstico.

Aunque el trabajo del TO se basa en un modelo centrado en la persona y en la identificación de las ocupaciones significativas para ésta, el uso de técnicas grupales durante la intervención es muy frecuente, aunque sin perder el objetivo de conseguir logros individuales a través de los beneficios de la intervención grupal.

El grupo favorece un entorno de apoyo y seguridad ante una situación de vulnerabilidad. Favorece la comunicación y la expresión individual y el autoconocimiento. Supone una oportunidad para manejar el conflicto entre los diferentes puntos de vista de los componentes al centrarse en la búsqueda de un objetivo común. El papel del TO no debe ser dirigir la

actividad, sino facilitar el funcionamiento del grupo. La creatividad está íntimamente vinculada con el intercambio de conocimiento, con la cultura cooperativa y las relaciones interpersonales (Canales Lacruz I., et al. 2021).

Abandonar el modelo de profesional que ostenta la sabiduría y tiene todas las respuestas en favor de una figura de moderador que estimule un proceso asambleario y facilite la toma de decisiones consensuada, contribuye a la autonomía de los miembros del grupo y a la percepción de un grupo autogestionado en la persecución de un objetivo común.

La función del Terapeuta Ocupacional consistirá en garantizar un contexto donde la validación, escucha, seguridad, contención, comprensión y/o empatía estén presentes. La sensación de poder confiar en otros en una situación de vulnerabilidad emocional, generando una experiencia emocional correctiva. El trabajo con los procesos de conexión e intimidad relacional resulta especialmente importante en este tipo de paciente. De hecho, estos elementos se han destacado como claves en el bienestar físico y emocional, y se han identificado como dianas terapéuticas en el establecimiento del vínculo terapeuta-paciente, así como en el trabajo con problemáticas de la esfera interpersonal (Díaz de Neira Hernandoa M., Marín Vila M. et al 2021).

Las actividades ofertadas desde Terapia Ocupacional posibilitan la práctica de habilidades trabajadas en otros contextos terapéuticos y de otros profesionales. Facilitando así la vivencia práctica de la interacción social, solución de problemas y toma de decisiones. La integración del abordaje psicoterapéutico grupal con otras intervenciones de la Unidad, especialmente con las actividades de Terapia Ocupacional. Dado que es frecuente que los pacientes ingresados hayan estado expuestos a relaciones con figuras de referencia marcadas por la incoherencia e inconsistencia, resulta especialmente importante que los diferentes profesionales, así como las distintas actividades terapéuticas llevadas a cabo, generen una sensación de continuidad y coherencia común que favorezca la puesta en marcha de conductas adaptativas (CCR2 y CCR3) y su generalización a otros ámbitos (Díaz de Neira Hernandoa M., Marín Vila M. et al 2021).

Las fases del proceso democrático asambleario son: expresión de ideas, toma de decisiones y aceptación. Durante el proceso de la toma de decisiones será importante atender tanto a los procesos de consenso que facilitan el acuerdo, como a los de disenso, que lo dificultan y que pueden provocar la falta de interés por la actividad. El disenso suele provocarse cuando no existe un proceso de escucha activa. Identificar los elementos relacionados con el disenso será una tarea del Terapeuta Ocupacional como figura de apoyo para la contribución de la marcha, pero no aportará la solución última, ni deberá dirigir la toma de decisiones si quiere que la actividad sea algo autogestionado.

Una de las actividades grupales que se venían realizando era la publicación de una revista. En el equipo de terapia nos preguntamos si la manera en que programamos la actividad de la revista era la que querían las personas ingresadas en el hospital. Si realmente tenía una función para ellos y si, de alguna manera, les dejaba una huella. Claramente no. Aunque se usaban técnicas de trabajo en grupo y los participantes elegían las temáticas y escribían, estaba demasiado dirigida por las terapeutas, quedando el grupo siempre a la espera de sus instrucciones.

Hubo un tiempo en que la eliminamos del programa de actividades. Posteriormente decidimos reformular la actividad a través de otro taller: el de escritura creativa. Se les ofrecía si querían publicar sus escritos elaborados durante el desarrollo de las tareas, pero seguíamos maquetando nosotras y, al final, la publicación les era ajena. Era suyo su escrito firmado, pero no el objeto, la revista.

Volvimos a reunirnos, había que plantearles la revista de nuevo, pero ofreciéndosela de otra manera, como suya propia. ¿Y desaparecer las terapeutas? Sí, sería nuestro objetivo último. Pensamos que, podíamos adquirir un papel de asesores. Necesitábamos que se formase un grupo de trabajo, que llamaremos: equipo de redacción, que fuese lo más estable posible, pero abierto, al que pudiesen entrar y salir las personas, ya fuese, por alta hospitalaria y nuevos ingresos, o por elección propia de abandonarlo o entrar a formar parte del grupo.

Se adoptó un modelo de trabajo grupal con funcionamiento asambleario. El equipo de redacción se reúne quincenalmente. En dicha reunión se

consensuan los diferentes epígrafes del número a publicar que pueden incluir editorial, reportajes, entrevistas, artículos de opinión, vivencias personales, fotografía, dibujos, pasatiempos o cualquier otro recurso editorial que se proponga. Es el equipo de redacción el que organiza el reparto de tareas y las salidas a la comunidad o los recursos comunitarios necesarios. Finalmente se materializará editando la revista para llevarla a imprenta y disfrutar del resultado logrado.

PROGRAMA DE LA REVISTA "LA PENÚLTIMA NEURONA"

OBJETIVOS.

Generales.

- Restablecer y ajustar roles.
- Fomentar la participación en ocupaciones de valor para la persona.
- Sentir que forman parte de un equipo de trabajo.
- Conseguir un reconocimiento social a través de la difusión de la revista.
- Recuperar el control su propio proceso de recuperación.

Específicos.

- Conseguir la implicación y compromiso de los participantes en la actividad.
- Adquirir práctica en la búsqueda y gestión de información, así como en el uso de las nuevas tecnologías.
- Potenciar la independencia de la movilidad en la comunidad.
- Promover la escritura y/o imagen libre como medio de expresión.
- Adquirir habilidades laborales referidas la realización de tareas, trabajo en equipo, y producción de la revista en formato físico con calidad y en el tiempo estimado.

- Fomentar el aspecto colaborativo entre compañeros.
- Fomentar la autonomía y autodeterminación en la toma de decisiones.
- Conseguir el cambio de actitudes de la sociedad hacia la eliminación de prejuicios de las personas con enfermedad mental.

RECURSOS.

Humanos.

El equipo de Terapia Ocupacional.

Materiales.

- Agenda del proceso de la revista.
- Ordenadores y material informático: pen-drives.
- Cámara de fotos.
- Material de papelería.

Físicos.

Una sala de reuniones con buena iluminación y en la que todos los participantes se puedan ver y escuchar.

En el caso del Hospital Santa Isabel, se cuenta con la sala de reuniones-biblioteca independiente de las unidades hospitalarias.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTÉMICA.

Abordaje.

De acuerdo al Marco para la práctica de la Terapia Ocupacional, en esta actividad se utiliza un abordaje de restablecimiento de la salud debido a la importancia de recuperar destrezas y capacidades.

Tipo de intervención.

Uso terapéutico del yo.

El terapeuta ocupacional adoptará un papel mediador y sabrá asesorar sólo si el grupo lo solicita.

Uso terapéutico de ocupaciones y actividades.

El terapeuta ocupacional tiene en cuenta las preferencias y los deseos de los usuarios en relación con las actividades ocupacionales que quiere desempeñar.

RESULTADOS.

Método para valorar los resultados.

Prestar atención a las críticas objetivas relacionadas con la revista, valorarlas y tomar las decisiones oportunas.

Facilitar un cuestionario sencillo, que coincida con la publicación de los números de la revista, a través del cual, los participantes pueden valorar su satisfacción, el ambiente y el desarrollo de la actividad. Valorar y tomar decisiones con los resultados obtenidos.

Facilitar cuestionarios a lectores de la revista, no participantes en la misma, en el que se evalúe la satisfacción con ésta y sirva de feedback a los miembros del grupo de trabajo. Valorar y tomar decisiones con los resultados obtenidos.

La revista que se lleva a cabo en el hospital santa Isabel es un vehículo para acceder al potencial creativo, a la expresión de emociones, pensamientos y opinión de las personas ingresadas.

Es una actividad completa en términos artísticos, puede utilizarse la escritura en todas sus formas: la poesía, el cuento, la narración, pero también el chiste o la sátira; así como la fotografía y el dibujo. Cada participante puede contribuir con lo que elija para expresarse, si es lo que necesita, o para sentir que forma parte de un equipo de trabajo, si es lo que demanda. Los hay más forofos de la parte técnica y se responsabilizan de maquetar la revista, son los expertos en tecnologías. Los hay, que lo que les motiva es la acción en la calle, las entrevistas, los reportajes, caminar las calles de León y hablar con la gente. Crear debate

entorno a la enfermedad mental. El último estudio de campo que hicieron, fue una entrevista a la población de León para saber qué piensan sobre la enfermedad mental, sobre la psicoterapia, si ven normal o no que alguien vaya al psicólogo, qué piensan sobre las personas con diagnóstico. Se dividieron en grupos y se lanzaron a la calle, provistos de su batería de preguntas y sus móviles para grabar las conversaciones. Fue toda una experiencia.

A día de hoy nadie duda de los beneficios de la escritura en la salud mental. En ambientes clínicos, intervenciones que incluyen tanto la narrativa como la expresión artística permiten a los pacientes el reconocimiento de la práctica de un afrontamiento activo ante la enfermedad así como la valoración de los aspectos psicosociales que influyen sus respuestas ante la misma (Cantu & Alvarez, 2011). En esta humilde revista, se publican pequeños escritos y comparten relatos de su propia realidad, llenos de verdad sin filtros. Ellos eligen que sus narrativas se maqueten porque no sólo escriben para sí mismos, sino que, desean que los demás lo lean, y puedan conocer su verdad. En el equipo de redacción también hay creadores de historias, de cuentos con una cartera de recursos literarios increíble.

Las ilustraciones de la revista y las portadas, son dibujos seleccionados de los pintores del hospital. Algunos forman parte del equipo de redacción, otros no. Algunos ya están dados de alta pero siguen colaborando con el proyecto, cediendo los derechos de sus dibujos para publicarlos. Es un proyecto colaborativo.

Otra de las técnicas, como comentábamos, es la fotografía. Algunos de los participantes desean realizarla de manera artística, pensada con una intencionalidad simbólica, para transmitir un mensaje a los lectores. Pero también usan la técnica para los reportajes de la revista, a quienes les gusta, se hacen cargo de esta parte. Pueden ser fotos de su día a día en el hospital. En otras ocasiones han elegido mostrar un paisaje o el paisanaje.

En definitiva, la actividad de revista resulta un proyecto de todos. Al que cualquier persona puede aportar algo, por pequeño que sea. Es el resultado de un gran esfuerzo y de gran dedicación, creemos que por eso,

es aún más gratificante. La publicación es bianual, por lo que, supone varios meses de trabajo. Para reunirse, proponer ideas, elegir las más populares, planificar el trabajo, maquetar y publicar.

Seguiremos llevando acabo la actividad de revista en grupo, con movimiento asambleario y en el que, el equipo de terapia ocupacional siga teniendo un papel facilitador. De manera que podamos en un tiempo, valorar si el sistema con el que se realiza la actividad es eficiente y tiene significado para los participantes. Se evaluará si tiene un impacto en la recuperación de las personas. Lo que sí podemos afirmar, es que, los participantes aprecian su nuevo rol en el proyecto, disfrutan dando sus opiniones y proponiendo ideas. Y sobretodo, pudiendo ser ellos los que elijan en definitiva lo que se va a publicar, cómo se va a publicar, y llevándolo a cabo entre todos. Esperamos que, según vaya teniendo un recorrido el grupo, se establezcan personas de referencia o expertos que puedan pasar el testigo a los que vayan incorporándose, y así, irnos retirando aún más los profesionales.

CONCLUSIONES

La experiencia de un ingreso en una unidad de salud mental puede resultar una vivencia traumática. Ofrecer oportunidades para la participación colectiva a través de la libre expresión y la autogestión del trabajo puede ser un recurso transformador de dicha experiencia.

Retornar el sufrimiento de la vivencia psicótica en modos de actuación colectiva que permitan la expresión libre.

Reafirmar la autonomía personal y la sensación de logro a través de la participación colectiva facilita el alcance de bienestar y salud tantas veces depositado en el esfuerzo individual.

Confiamos en el papel del Terapeuta Ocupacional como facilitador de oportunidades para la participación autodirigida, respetando las decisiones personales y apoyando la libre expresión.

Como profesionales de la salud mental, estamos en una continua revisión de nuestras actividades. Las intervenciones que llevamos a cabo, de alguna manera, tendrán una influencia en las personas junto con las que trabajamos, tenemos la obligación de una continua autocrítica para

mejorar. Todos los talleres que llevamos a cabo, pueden ser cambiados, moldeados o adaptados, si es necesario, a las personas para que logren llevarlos a cabo de manera autónoma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Moneo Martín F. (2017). Salud mental, escritura creativa y Psicoterapia de grupo en el centro de Salud Mental. Avances en Salud Mental Relacional
Advances in Relational Mental Health Vol. 16 - Núm. 1 – 2017 Revista Internacional On-Line / An International On-Line Journal

Rebeca G., (2022). La locura por escrito. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2022; 42(141): 293-296

Canales Lacruz I., Lorente Echeverría S., Corral Abós A. y Murillo Pardo B., (2021) El funcionamiento asambleario como mecanismo de consenso en un proceso de creación grupal. ISSN: Edición impresa: 1579-1726. Edición Web: 1988-2041 (https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/index)

Vaschetto e. y Godoy C. (2023) Locura y creación. Barcelona: Xoroi Ediciones

Kielhofner G., (2011). Modelo de ocupación humana: teoría y aplicación, 4ª edición. Editorial Panamericana

Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso, cuarta edición 2020, American Occupational Theraphy Asociation (AOTA)

Díaz de Neira Hernandoa M., Marín Vilaa M., Martínez Gonzáles L.M., (2021) Intervención psicoterapéutica grupal en una Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes desde las terapias contextuales Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2021; 41(139): 67-87

Palacios, A. y Bariffi, F. (2007). La discapacidad como una cuestión de derechos humanos: Una aproximación sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Cinca

Minerva V., Mónica G. y Rodrigo C. (2016) Regulación del estrés y emociones con actividades gráficas
y narrativa expresiva. Rev. de Psicología Vol. 34, (ISSN 0254-9247)

COMUNICACIÓN ESCRITA

3.ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN POBLACIÓN MIGRANTE EN ESPAÑA DURANTE LA CRISIS DE LA COVID-19

HELENA SAINZ-ELÍAS
MERCEDES ESPINAL CABEZA
YOLANDA OSORIO LÓPEZ
IAGO GINÉ VÁZQUEZ
PAULA CRISTÓBAL-NÁRVAEZ

ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN POBLACIÓN MIGRANTE EN ESPAÑA DURANTE LA CRISIS DE LA COVID-19.

Autoras: Helena Sainz-Elías, Mercedes Espinal Cabeza, Yolanda Osorio López, Iago Giné Vázquez, Paula Cristóbal-Narváez.

INTRODUCCIÓN

La rápida aparición de la pandemia de COVID-19 dio lugar a una serie de consecuencias estresantes en los sectores económico, sanitario y educativo. Estos, tuvieron un impacto muy negativo en la población general, en particular sobre aquellos grupos que previamente se encontraban en una situación de vulnerabilidad. Entre ellos, se encuentran los que viven en condiciones socioeconómicas precarias, los que carecen de hogar, las personas migrantes en situación de vulnerabilidad, los solicitantes de asilo, los refugiados y las personas con trastornos mentales ya existentes ((1–6). Es importante tener en cuenta que algunas personas se encuentran en varios de estos subgrupos, lo que aumenta su riesgo e inseguridad (2), además de que fueron uno de los grupos más desatendidos durante la pandemia (1).

A pesar de que la pandemia de la COVID19 es una de las crisis sanitarias mundiales más importantes de nuestro tiempo y de que cada vez se están documentando más las repercusiones del COVID, incluyendo su impacto en la salud mental y bienestar (5), sigue habiendo importantes lagunas en cuanto a las consecuencias específicas de la pandemia en grupos concretos de población como las personas refugiadas o migrantes (4). Entre las afectaciones más comunes destacadas por las investigaciones disponibles hasta la fecha, se destaca un aumento de depresión, ansiedad, abuso de alcohol y trastorno de sueño (3).

En referencia al contexto político, es importante destacar que durante la primera oleada de la pandemia de COVID-19, un total de 168 países cerraron sus fronteras y se suspendieron los movimientos de

reasentamiento, lo que agravó la necesidad de protección internacional de migrantes y refugiados (7). En esta línea, se espera que como consecuencia de la pandemia de COVID19, las personas migrantes experimenten un impacto negativo mayor que la población general (2).

Por otro lado, se conoce que los factores estresores que padecen las personas migrantes o refugiadas pueden ser desencadenantes para la aparición de diferentes trastornos de salud mental tales como depresión, ansiedad, trastorno por estrés post traumático y trastornos de somatización (8–10).

A pesar de la falta de estudios cuantitativos centrados exclusivamente en la salud mental de los migrantes durante el brote de COVID19, la literatura sugiere que los estos están experimentando una aparición sin precedentes de trastornos de salud mental en el escenario de la pandemia (6). Por ello, es muy importante analizar los diferentes factores que pueden contribuir al mantenimiento o al deterioro de la salud mental (9).

La OMS estimó que la prevalencia de los trastornos mentales en la población general afectada por brotes y conflictos era del 17% para las formas leves a moderadas de depresión, ansiedad y estrés. Sin embargo, los resultados del estudio de Raj et al., (2022) muestran que un 95,9% de la población migrante estudiada presentaba formas de ansiedad de leves a graves (6).

Por otro lado, en el estudio realizado por Aragona et al., (2022), se observó que los síntomas postraumáticos eran frecuentes, debido a la alta frecuencia de pacientes con TEPT entre los refugiados y solicitantes de asilo remitidos a la Unidad de Salud Mental, pero no eran buenos predictores del empeoramiento dado que los síntomas de TEPT que presentó la muestra de personas migrantes eran los relacionados con las experiencias migratorias (3). Asimismo, en dicha investigación sí que se observó que la restricción de movimientos y la cohabitación forzosa en los centros de acogida recordaban a la experiencia de los campos de concentración en Libia, actuando como un factor de retraumatización que empeoraba los síntomas de TEPT ya presentes (3).

En relación con los factores de riesgo, en primer lugar, entre las variables psicosociales y psicológicas individuales, el género se considera un factor individual en la migración y que la literatura señala que hombres y mujeres parecen tener reacciones psicológicas diferentes ante el estrés migratorio (12), destacando que la probabilidad de sufrir un trastorno mental común es superior en mujeres migrantes que en hombres (9,12,13).

En los estudios seleccionados se observaron diferencias de género en los resultados sanitarios en el contexto del COVID-19. Cabe tener en cuenta que, según estudios anteriores, las mujeres refugiadas y migrantes, en especial en los países de bajos ingresos, ya corrían el riesgo de sufrir consecuencias negativas para su salud mental. Estas diferencias de género en los riesgos de salud se vieron exacerbadas durante la pandemia, con ciertos resultados negativos para la salud que afectaron especialmente a las mujeres (por ejemplo, violencia de género, drogodependencia, salud mental…) (4).

Moran y colaboradores concluyeron que, si bien los hombres tienen un mayor riesgo de mortalidad y gravedad por COVID-19, las consecuencias indirectas del virus tienden a afectar más a las mujeres, debido a su mayor vulnerabilidad socioeconómica. Las repercusiones van desde la pérdida de empleo e ingresos hasta el aumento de la violencia de género y la salud mental (1).

Por otro lado, en referencia a los factores relacionados con el proceso de migración en el lugar de destino, se observó que las personas que sufrieron empeoramiento de las condiciones socioeconómicas y la pérdida de empleo en los hogares de bajos ingresos están especialmente expuestos a un alto riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico (3). Los resultados del estudio de Garrido et al., (2022) mostraron que el 78,7% de la muestra de personas migrantes habían sufrido una disminución de su bienestar psicológico desde el inicio de la pandemia COVID19, siendo el número de dificultades y preocupaciones experimentadas los mayores factores de riesgo, así como disfrutar de conexiones sociales y percibir un trato positivo por parte de la sociedad de acogida.

Marchi et al., (2022), destacó las principales barreras y dificultades a las que han de hacer frente las personas migrantes en las que incluyó las barreras estructurales como la escasa información cultural, lingüística y una condición de residencia inestable, y las barreras específicas relacionadas con la experiencia de los migrantes, donde se incluyen el estatus legal o los cierres de fronteras (11).

Siguiendo la línea de los factores de riesgo de salud mental relacionados con el proceso migratorio en el lugar de destino, se destaca que la discriminación percibida está relacionada con el desarrollo de psicopatología y de problemas de salud (8,12). La discriminación y el rechazo en el país de acogida es una de las mayores fuentes de estrés que pueden sufrir las personas migrantes, perjudicando gravemente en su bienestar y siendo una de las variables predictoras de salud mental, relacionándose con el padecimiento de depresión y ansiedad (4,13), angustia psicológica, disminución de satisfacción vital y autoestima(13), así como afectación sobre el bienestar físico (14).

Cabe destacar que a pesar de los llamamientos a la acción a nivel mundial para la inclusión de refugiados y otros migrantes en la respuesta a la pandemia, se reportó una mayor estigmatización y xenofobia en todo el mundo desde el inicio de la pandemia de COVID19 (4,11,13).

En la línea de considerar tanto los factores de riesgo como protectores, se ha observado que el apoyo social es extremadamente importante para hacer frente al sufrimiento mental. Los inmigrantes, que a menudo se enfrentan a grandes obstáculos para acceder al apoyo formal, tienden a recurrir a redes informales de apoyo en momentos de gran angustia mental (4).

Por último, en relación al estrés generado por la COVID19, el estudio realizado por Aragona et al., (2022) sugiere que no fue la preocupación por el coronavirus en sí misma lo que afectó a la salud mental de los usuarios atendidos, sino factores más relevantes como las experiencias traumáticas de la migración (para aquellos con TEPT), los problemas

vitales concretos posteriores a la migración y la interrupción del tratamiento (3).

En definitiva, existen pruebas de que la crisis del COVID-19 ha afectado de forma desproporcionada a los grupos socialmente más vulnerables, quienes corren un mayor riesgo de sufrir consecuencias negativas en su salud mental (1).

Dado que se necesita evidencia que apoye como ha afectado la pandemia del COVID19 a las personas migrantes y refugiadas para poder diseñar acciones eficaces encaminadas a garantizadas la equidad sanitaria, con el presente estudio se pretende analizar como la pandemia ha afectado la salud mental, en concreto, el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión, de las personas migrantes y refugiadas que viven en España.

Se argumenta que los resultados del estudio podrían servir de base para la selección estratégica de intervenciones psicosociales específicas y adaptadas al contexto para los refugiados y los migrantes de mayor riesgo.

OBJETIVOS e HIPÓTESIS

OBJETIVOS

El principal objetivo del estudio es examinar el impacto de factores de riesgo y protectores para síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad, durante la pandemia de covid-19.

Los objetivos específicos son:

- Estimar la presencia de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés postraumático durante la pandemia covid-19.
- Determinar la asociación entre las variables psicosociales y psicológicas individuales y los síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad.

HIPÓTESIS

En base a estudios previos, se espera que:

H1. Los factores de riesgo relacionados con el proceso migratorio, tales como la discriminación y el trauma se asociarán con presencia de clínica depresiva, ansiosa y de estrés postraumático.

H2. El estrés durante la pandemia de COVID-19 se asociará con presencia de clínica depresiva, ansiosa y de estrés postraumático.

METODOLOGÍA

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal a partir de una muestra personas migrantes y refugiadas que acuden a los servicios sanitarios en atención primaria y otros servicios de atención ciudadana como asociaciones.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se ha llevado mediante realización de cuestionarios on-line a población migrante que se encuentre en España en el momento del estudio.

PERIODO DE ESTUDIO

El estudio se inició a principios de 2021 y finalizó a principios de 2022.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población objeto de estudio está formada por personas migrantes o refugiadas y se seleccionó a través de diversas estrategias para proporcionar una muestra diversa y representativa (asociaciones, redes sociales, servicios de salud y sociales, medios de comunicación).

Criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años.
- Capacidad para responder los cuestionarios on-line.
- Capacidad para dar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personas que no tuvieran conocimiento suficiente de alguna de las 4 lenguas en que se realizaba el cuestionario on-line del estudio (urdu, chino, árabe, español).

MUESTRA

Se ha analizado una muestra de personas migrantes que han acudido a los servicios sanitarios de atención primaria, así como entidades o asociaciones de atención a las personas migrantes. También contactando con personas que participaron en estudios anteriores y con personas que contactaron por su cuenta tras la difusión del estudio por redes sociales en línea.

VARIABLES

A pesar de que el estudio inicial constaba más variables, en la presente comunicación nos centramos en analizar las siguientes:

Características sociodemográficas y características psicológicas individuales

· Edad
· Género
· Resiliencia: esta variable se medirá mediante la escala *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC))

Factores relacionados con el proceso de migración:

· Razón de la inmigración
· Visa: Permiso de residencia/ sin permiso de residencia
· Ambiente social
- Apoyo social: esta variable se medirá mediante la escala *Medical Outcomes Study-Social Support Survey* (MOS))
- Discriminación social percibida: esta variable se mediará mediante la escala *Everyday Discrimination Scale* (EDS)

Situación por COVID-19

- Infección por COVID: si/no
- Lugar de residencia durante la pandemia

Descriptores del estado de salud

· Calidad de vida relacionada con la salud: esta variable se medirá mediante la escala *Short Form Health Survey* (SF-12).

· Depresión: esta variable se medirá mediante la escala *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI).

· Ansiedad: esta variable se medirá mediante la escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada -*Generalized Anixety Disorder* (GAD-7).

· Estrés

- Trauma durante la infancia-adolescencia: esta variable se medirá mediante la escala *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ).
- Eventos estresantes: esta variable se medirá mediante la escala *List of Threatening Experiences* (LTE) *questionnaire*
- Estrés por COVID-19: esta variable se medirá mediante una versión adaptada de la escala Peri Life Events Scale.
- Trastorno de Estrés Postraumático*:* esta variable se medirá mediante la escala *Posttraumatic Stress Disorder Checklist 5 (PCL-5).*

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Uno de los retos del estudio ha sido la dificultad idiomática. Por ello, los cuestionarios se realizarán de manera online e incluirán los siguientes instrumentos traducidos a los diferentes idiomas (español, árabe, urdu, chino). Estas se realizaron mediante la plataforma Qualtrics.

- **Cuestionario de variables sociodemográficas:** se utilizarán las variables estandarizadas incluidas en las encuestas rutinarias (p.ej., la Encuesta Nacional de Salud).
- **Escala de calidad de vida relacionada con la salud (*Short Form Health Survey (SF-12))*** (15)**:** instrumento de autoinforme de 12 ítems que evalúa el estado de salud percibido, que valora tanto estados positivos como negativos en población con o sin patología. Contempla las esferas de salud física y mental.
- **Cuestionario sobre experiencias durante y tras el proceso de migración y su posterior adaptación y aculturación en el país de acogida**: se diseñó a partir de un análisis de la bibliografía, indagando en factores de riesgo y protección tales como el apoyo percibido y/o experiencias de discriminación, así como también acontecimientos vitales

positivos y negativos (durante la infancia y la edad adulta). Este incluyó variables medidas con los siguientes instrumentos como:

- **Discriminación Social Percibida *(Everyday Discrimination Scales (EDS))*** (16)***:*** instrumento de autoinforme de 9 ítems, que mide las creencias y percepciones subjetivas de los encuestados, acerca de la discriminación social.
- **Experiencias traumáticas en la infancia (*Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ))** (17): inventario de autoinforme estandarizado que mide la gravedad de cinco tipos diferentes de traumas infantiles y la tendencia de los participantes a denunciar el maltrato de forma insuficiente.
- **Eventos estresantes (List of Threatening Experiences (LTE) questionnaire))** (18) **:** es un cuestionario breve de 12 ítems que se utiliza habitualmente para evaluar acontecimientos vitales estresantes en estudios epidemiológicos.

- **Estrés por COVID-19**: La información sobre el estrés percibido relacionado con la COVID-19 se evaluó con una versión adaptada de la *Peri Life Events Scale* (19), una prueba de 13 ítems. Incluía varios ítems relacionados con la preocupación de estar infectado, que los seres queridos estuvieran infectados, la muerte de seres queridos debido a COVID-19, la pérdida de trabajo o la reducción de ingresos debido a COVID-19. Cada ítem se valoró en una escala de 5 puntos que iba desde estrés muy intenso a ninguno.
- **Trastorno de Estrés Postraumático** *(PTSD- Posttraumatic Stress Dirsorder)* (20)*:* Escala autoaplicada de 17 ítems que identifican la sintomatología de TEPT descrita en el DSM-IV. Permite evaluar el grado de malestar percibido en el último mes con una escala Likert de 1 (no en absoluto) a 5 (extremadamente).
- **Resiliencia**: esta variable se medirá mediante la escala *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC)) (21): Escala autoaplicada de 25 ítems, cada uno de ellos valorado en una escala de 5 puntos (0-4), en las que las puntuaciones más altas reflejan una mayor resiliencia.

- **Depresión**: esta variable se medirá mediante la escala *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI)) (22). Es un cuestionario psiquiátrico estructurado, desarrollado a nivel internacional a partir del Diagnostic Interview Schedule y auspiciado por la OMS. Puede ser administrado por personal no profesional entrenado y certificado y permite evaluar mediante algoritmos de respuesta, la presencia de síntomas psiquiátricos, su duración, periodicidad e intensidad.
- **Ansiedad**: esta variable se medirá mediante la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (23). Es una escala de 7 ítems que sirve como medida de detección del trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad.

ANÁLISIS DE DATOS

Se ha utilizado el programa estadístico R, empleando estadística descriptiva para los análisis generales de prevalencia y factores de riesgo. El análisis de la relación entre las distintas variables se ha llevado a cabo por medio de regresión múltiple para ansiedad y estrés postraumático y regresión logística para depresión.

CONTROL DE CALIDAD

Se realizó un control estricto del proceso llevado a cabo durante el estudio, permitiendo asegurar la calidad y fiabilidad de los datos obtenidos. Los responsables principales de la investigación supervisaron en todo momento el trabajo de campo. Llevando a cabo gestiones como las siguientes:

- Todas las personas encargadas de recoger la información recibieron un entrenamiento ofrecido por los responsables de la investigación. Se instruyó a los investigadores en diferentes aspectos como la importancia de mantener la confidencialidad de los datos recogidos, lograr un alto índice de respuesta, entrenamiento en habilidades sociales, familiarización con los instrumentos, fidelidad con las instrucciones, recuperación de las entrevistas rechazadas...
- Guía y monitorización de la muestra y supervisión del trabajo de campo. Los entrevistadores entregaron informes de forma periódica,

facilitando el registro de cada uno de los contactos realizados en las entidades o asociaciones de interés.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para formar parte del estudio, todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito mediante una plataforma on-line. El investigador fue el responsable de asegurar que todos los participantes comprendieran plenamente la naturaleza y el propósito de dicha investigación. Los participantes dispusieron de una copia de información del estudio, que describe el objetivo del estudio, los procedimientos, riesgos y beneficios, así como también una copia del formulario de consentimiento firmado.

Todos los datos recogidos en este estudio se han mantenido en la más estricta confidencialidad. El acceso a los archivos de los participantes no se ha permitido a ninguna persona que no sea personal autorizado del estudio. Así mismo, sólo el personal investigador involucrado en el reclutamiento de participantes y la recogida de datos fue conocedor de la identidad de los mismos.

La investigación incluye el uso de cuestionarios con fines informativos y no implica el uso de fármacos u otros dispositivos de investigación. Por tanto, no hay riesgos relacionados o conocidos con desarrollo del estudio. No obstante, el participante será libre de compartir tanta información como estime oportuna durante la entrevista.

GESTIÓN DE DATOS DEL PROYECTO

Se trata de un estudio codificado dado que se recogió información sobre los datos de los/as participantes para poder contactarles en el seguimiento. Los datos se codificaron directamente por el programa de encuestas que vinculó a cada persona con un código. Sólo tuvo acceso a estos datos el equipo investigador del X (entidad que no se nombra siguiendo la normativa del congreso). Ésta fue la entidad responsable de la base de datos, los cuales se ubicaron en una carpeta compartida únicamente por el equipo investigador en un servidor de la Unitat de Recerca.

Específicamente, en X (entidad que no se nombra siguiendo la normativa del congreso),la información se recogerá mediante una encuesta electrónica diseñada con Qualtrics para la que contamos con una licencia en nuestra entidad. Todos los y las participantes recibieron un resumen de los objetivos y características del estudio durante el proceso de reclutamiento y las personas elegibles para participar, se les enviará el enlace que contiene el consentimiento informado y la encuesta. La firma del consentimiento informado se llevó a cabo de forma electrónica a través del programa Qualtrics.

RESULTADOS

RESULTADOS 1: DESCRIPCIÓN MUESTRA GENERAL

De la muestra poblacional de 561 personas, 212 (37,8%) se identificaron con el género masculino, 344 (61,3%) con el femenino y 5 (0,9%) con otro (transgénero, agénero, género fluido, otro). La media de edad fue de 34.5 años (SD: 10,35).

En cuanto a la **nacionalidad**, 46 (8,2%) tenían la europea mientras que 515 (91,8%) la no europea-extracomunitaria.

En cuanto a la **condición residencia**, 9 (1,6%) tenían la nacionalidad española, 137 (24,4%) la residencia temporal, 186 (33,2%) la residencia permanente, 31 (5,5%) el permiso de estudiante y 198 (35,3%) se encontraban indocumentados o tramitando la documentación.

En referencia al **tipo de migración**, 393 (70,1%) lo hicieron de forma voluntaria, 137 (24,4%) forzadamente y 31 (5,5%) prefirieron no contestar.

En referencia al **lugar donde vivieron** durante la pandemia (marzo 2020 hasta el momento de realización del estudio en 2021), 471 (84%) vivieron en España durante todo el período, 56 (10%) vivieron fuera de España y 34 (6,1%) vivieron en España, pero también en otros países.

En cuanto a la **infección** por coronavirus, 131 (23,4%) fueron positivos, 11 (2%) fueron positivos y necesitaron hospitalización y 419 (74,7%) no lo pasaron.

En referencia a la depresión (CIDI), 126 (22,5%) reportaron depresión mientras que 435 (77,5%) no. La puntuación media de estrés postraumático (PTSD) era de 4,46 (SD: 3,69) y la puntuación media de ansiedad (GAD7) fue de 7,22 (SD:5,47).

La puntuación media de trauma en la infancia-adolescencia (CTQ) era de 42,8 (SD:16,75). La puntuación media de discriminación social percibida (EDS) fue de 5,53 (SD: 4.40). La puntuación media de la calidad de vida (SF-12), fue de 48,67 (SD: 9,03) y 44,72 (10,83), considerando por un lado la dimensión física (PCS12) y por otro la dimensión mental (MCS12) respectivamente. La puntuación media de eventos estresantes (LTE) fue de 4,03 (SD: 3,42). En cuanto a la resiliencia (CD-RISC), la media fue 2,44 (SD:0,96) y el apoyo social recibido (MOS) de 2,22 (SD: 1,06).

La puntuación media del estrés percibido en relación a la COVID19, se ha analizado mediante dos subescalas a partir de una versión adaptada de la Peri Life Events Scale. La media del estrés secundario a la COVID19 fue de 9.07 (SD: 5.24) y la del estrés percibido fue de 15.21 (SD: 7.56).

RESULTADOS 2: ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES

A posteriori, al realizar el análisis de las variables mediante una regresión múltiple, se ha observado lo siguiente:

Estrés postraumático

Entre los factores de riesgo relacionados con el estrés postraumático (PTSD), en primer lugar, se observa como el estrés percibido durante la COVID19, se asocia positivamente a este (0.094; S.E=0.028; p<0,001). En referencia a la calidad de vida, observamos como una peor salud en la dimensión mental (SF-12) se asocia negativamente con el PTET (-0.103; S.E=0.016; p<0,001) mientras que no se asocia en la dimensión física. Entre los factores premigratorios, las experiencias traumáticas (CTQ), se asocian con mayor estrés postraumático (0.039; S.E=0.010; p<0,001), así como entre los postmigratorios, la discriminación (EDS), se asocia también con un mayor PTSD (0.1780; S.E=0.039; p<0,001).

Ansiedad

Entre los factores de riesgo relacionados con la ansiedad, en primer lugar, se observa una asociación positiva entre ésta y ser mujer (2.4750; S.E=0.716; p<0,01).

En referencia al estrés percibido durante el COVID19, se asocia positivamente con la ansiedad (0.077; S.E=0.037; p<0,05). En referencia a la calidad de vida, observamos como una peor salud tanto en la dimensión mental como en la física (SF-12) se asocian con la ansiedad (-0.277; S.E=0.021; p<0,001 y –0.111; S.E=0.023; p<0,001 respectivamente). Entre los factores premigratorios, las experiencias traumáticas (CTQ), se asocian con mayor ansiedad (0.033; S.E=0.013; p<0,05), así como entre los postmigratorios, la discriminación (EDS), se asocia también con una mayor ansiedad (0.1830; S.E=0.052; p<0,001).

Depresión

Al realizar el análisis de las variables mediante una regresión lineal, se ha observado lo siguiente:

Entre los factores de riesgo relacionados con la depresión, en primer lugar, se observa una asociación positiva entre ésta y ser mujer (OR:2.39; IC: 1.36-4.33; p<0,01). Por otro lado, se observa una asociación positiva entre el estrés percibido durante la COVID19 y la depresión (OR: 1.077; IC: 1.024-1.135; p<0,01). En referencia a la calidad de vida, en cambio, se ha observado una asociación negativa, tanto en la esfera física como mental (OR: 0.962; IC:0.935-0.990; p<0,01 y OR:0.910; IC: 0.875-0.926; p<0,001 respectivamente).

Entre los descriptores del estado de salud, destacamos aquellos relacionados con el estrés, en concreto haber sufrido un trauma en la infancia y/o adolescencia (CTQ) se asocia positivamente con la depresión (OR: 1.0160; IC: 1.001-1.031; p<0,01).

CONCLUSIONES

Tras analizar los datos obtenidos, se observa que existen diversos factores de riesgo, pre y post migratorios, que inciden y se relacionan con

la salud mental, en concreto con la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático en las personas migrantes.

En primer lugar, en referencia a los factores relacionados con la COVID19, se ha observado que el estrés percibido durante la COVID19 se asoció positivamente con estrés postraumático (PTSD), depresión y ansiedad.

En segundo, se destaca el género femenino como factor de riesgo para la ansiedad y la depresión.

En tercero, entre los factores pre-migratorios, el trauma (CTQ) deviene un factor de riesgo tanto para la ansiedad, como la depresión y el estrés postraumático.

Entre los post-migratorios, se ha observado que la discriminación (EDS) también actúa como factor de riesgo para la ansiedad y el estrés postraumático.

Por último, en referencia a la calidad de vida, observamos como una peor salud en la dimensión mental (SF-12) se asocia negativamente con el estrés postraumático, mientras que observamos una doble asociación negativa (esfera física y mental) con la ansiedad y la depresión.

En definitiva, los resultados obtenidos hacen eco de la literatura, destacando el impacto negativo en la salud mental de los factores pre migratorios como las experiencias traumáticas en la infancia-adolescencia y sobre todo los post-migratorios como la discriminación y el estrés, en especial en un contexto como el de la pandemia por COVID19, donde algunos subgrupos poblacionales corrieron un especial riesgo, en gran parte debido a su vulnerabilidad previa a la crisis.

Se necesita seguir investigando bajo un enfoque interseccional para poder analizar la complejidad de la situación pandémica, así como para adaptar las respuestas políticas y sanitaria para hacer frente a dicha complejidad.

Para mitigar las desigualdades sanitarias durante un brote epidémico, es importante que los profesionales sanitarios aumenten los conocimientos en este ámbito para mejorar la atención mental de los migrantes y formular servicios de salud y promoción relevantes y apropiados.

Las investigaciones futuras deberían centrarse en seguir explorando los factores de protección y las estrategias de afrontamiento que podrían mitigar el efecto de los factores de riesgo que se sabe que repercuten negativamente en la salud mental, sobretodo en una situación como una pandemia mundial.

BIBLIOGRAFIA

1. Alarcão V, Virgolino A, Stefanovska-Petkovska M, Neves J. Exploring the Effects of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Well-Being of Migrant Populations in Europe: An Equity-Focused Scoping Review. Behav Sci (Basel). 2022;12(10).

2. Aragona M, Barbato A, Cavani A, Costanzo G, Mirisola C. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the companys public news and information. Public Health. 2020;186:52–6.

3. Aragona M, Tumiati MC, Ferrari F, Viale S, Nicolella G, Barbato A, et al. Psychopathological effects of the Coronavirus (Sars-CoV-2) imposed lockdown on vulnerable patients in treatment in a mental health outpatient department for migrants and individuals in poor socioeconomic conditions. Int J Soc Psychiatry. 2022;68(1):203–9.

4. Spiritus-Beerden E, Verelst A, Devlieger I, Primdahl NL, Guedes FB, Chiarenza A, et al. Mental health of refugees and migrants during the covid-19 pandemic: The role of experienced discrimination and daily stressors. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(12).

5. Pinzón-Espinosa J, Valdés-Florido MJ, Riboldi I, Baysak E, Vieta E.

The COVID-19 Pandemic and Mental Health of Refugees, Asylum Seekers, and Migrants. J Affect Disord. 2021;280:407–8.

6. Acharya SR, Moon DH, Chun JH, Shin YC. COVID-19 and mental health: Anxiety disorders among immigrants due to COVID-19 outbreak in South Korea. Int J Psychiatry Med. 2022;57(4):323–37.

7. Solà-sales S, Pérez-gonzález N, Van Hoey J, Iborra-marmolejo I, Beneyto-arrojo MJ, Moret-tatay C. Article the role of resilience for migrants and refugees' mental health in times of covid-19. Healthc. 2021;9(9):1–9.

8. Stewart DE. Social determinants of women's mental health. J Psychosom Res. 2007;63(3):223–4.

9. Jurado D, Alarcón RD, Martínez-Ortega JM, Mendieta-Marichal Y, Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M. Factors associated with psychological distress or common mental disorders in migrant populations across the world. Rev Psiquiatr y Salud Ment (English Ed. 2017;10(1):45–58.

10. Dalgard OS, Thapa SB. Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. Clin Pract Epidemiol Ment Heal. 2007;3:1–10.

11. Marchi M, Magarini FM, Chiarenza A, Galeazzi GM, Paloma V, Garrido R, et al. Experience of discrimination during COVID-19 pandemic: the impact of public health measures and psychological distress among refugees and other migrants in Europe. BMC Public Health [Internet]. 2022;22(1):1–14. https://doi.org/10.1186/s12889-022-13370-y

12. Meadows LM, Thurston WE, Melton C. Immigrant women's health. Soc Sci Med. 2001;52(9):1451–8.

13. Brance K, Chatzimpyros V, Bentall RP. Perceived Discrimination and Mental Health: The Role of Immigrant Social Connectedness during the COVID-19 Pandemic. J Migr Heal. 2022;6:100-127. https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100127

14. Pascoe E, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. Psychol Bull. 2009;135(4) 531–554.

15. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care. 1996 Mar;34(3):220-33. doi: 10.1097/00005650-199603000-00003

16. Williams D, Mohammed S. Discrimination and racional disparities in health: Evidence and needed research. Journal of Behavioral Medicine. 2009; 32(1): 20-47.

17. Bernstein D, Stein J, Newcomb M, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse and Neglect. 2003; 27: 169-190.

18. Motrico E, Moreno-Küstner B, de Dios Luna J, Torres-González F, King M, Nazareth I, Montón-Franco C, Gilde Gómez-Barragán MJ, Sánchez-Celaya M, Díaz-Barreiros MÁ, Vicens C, Moreno-Peral P, Bellón JÁ.. Psychometric properties of the List of Threatening Experiences—LTE and its association with psychosocial factors and mental disorders according to different scoring methods. J Affect Disord. 2013; 25;150(3):931-40.

19. Dohrenwend BS, Askenasy AR, Krasnoff L, Dohrenwend BP. Exemplification of a Method for Scaling Life Events: The PERI Life Events Scale. J Health Soc Behav. 1978 Feb 21;19(2):205–29.

20. Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [Internet]. 2013.

21. Connor K, Davidson J. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003 Sep 1;18:76–82.

22. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, Lepine JP, Mazzi F, Reneses B, Vilagut G, Sampson NA, Kessler RC. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. Int J Methods Psychiatr Res.

2006;15(4):167-80. doi: 10.1002/mpr.196.

23. Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092–7.

COMUNICACIÓN ESCRITA

4.PSICOSIS Y COLECTIVO TRANS. HISTORIA DE UN DESENCUENTRO

SANDRA GÓMEZ GONZÁLEZ

Título: Psicosis y realidades trans.

Autora: Sandra Gómez González. MIR Psiquiatría H. Universitario Príncipe de Asturias.

Tipo de presentación: comunicación.

INTRODUCCIÓN:

A lo largo de la Historia de la Psiquiatría podemos trazar el recorrido del desencuentro entre el poder hegemónico y las minorías sexuales. Desde la publicación de *Psychopatia sexualis*, pasando por Freud, John Money y las diferentes versiones del DSM, ha existido una relación peculiar entre orientación sexual, psicosis, y la condición hoy conocida como disforia de género.

El objetivo de este trabajo es abordar las intersecciones más conflictivas entre estas realidades, intentando aportar un punto de vista acorde con la mirada actual y pretendiendo contribuir a despatologizar a un colectivo señalado por nuestra profesión.

Para ello, se ha realizado una revisión literaria de la bibliografía y los estudios existentes sobre el tema, realizando un recorrido histórico y finalmente aportando puntos de vista críticos que comienzan a ser visibles en la literatura médica.

DESARROLLO:

<u>Historia de un desencuentro:</u>

El concepto que une por primera vez psicosis y transexualidad es el de *metamorfosis sexual paranoica* de Krafft- Ebing, que aparece por primera vez en el tratado *Psychopathia sexualis,* de 1894. El texto describe dos observaciones clínicas, correspondientes a una mujer y un hombre, que experimentan “una extraña transformación en todo su ser”, relacionada con su identificación de género durante una crisis típicamente psicótica.

A partir de este momento la categorización de la disidencia de género dentro del rango de las experiencias psicóticas fue algo común en los principales manuales diagnósticos de la época, siendo el ejemplo más paradigmático y conocido el que atañe al juez Schreber, formulado inicialmente por Freud.

Este camino continúa en los años 60, sustentado fundamentalmente en las tesis de dos autores. Harry Benjamin, endocrinólogo que populariza el término transexual; y John Money, psicólogo especializado en sexología, que introduce el concepto de *gender maps*. Según este autor, los esquemas de género estarían determinados a nivel cerebral, y codificarían la masculinidad y la feminidad individual.

Los postulados de ambos confluyeron en el tiempo, y son la base sobre la que se asientan las terapias de reasignación de género.

Por otro lado, si nos centramos en el principal manual de uso clínico, el DSM, podemos observar el recorrido de la disidencia de género a nivel diagnóstico. En el DSM IV aparece codificado el trastorno de identidad de género, definido como una identificación intensa con el género opuesto o deseo de pertenecer a él, que genera afectación a nivel social, laboral o en otras áreas de funcionamiento.

El DSM V, en un intento de despatologizar esta condición, lo renombra como disforia de género, pero no realiza modificaciones significativas en los criterios de “sospecha”, que a grandes rasgos no cambian respecto a la versión anterior.

Las diversas corrientes psicoanalíticas también han abordado esta cuestión, especialmente los autores post-lacanianos. Destaca el posicionamiento de algunos autores, como Frignet, que se muestra contrario a la despatologización de las realidades trans y plantea la transexualidad como una amenaza al orden simbólico psicoanalítico, defendiendo que las masas han asumido un elemento patológico dentro de los fenómenos sociales aceptados; o Marina Caldás, que identifica como causantes de los síntomas psicóticos relacionados con la disidencia de género los procesos de no aceptación de la castración simbólica en el sujeto, retornando los significantes simbólicos en forma de paso al acto mediante las cirugías de reasignación, que ella define como automutilaciones.

Las corrientes críticas a la Ley Lacaniana, lideradas por autores como Judith Butler, Paul Preciado y Jacques Derrida, han difundido una teoría

crítica que defiende que la división sexo/género presente en nuestras sociedades es totalmente arbitraria, y no solo eso, sino que esta división a la que nombran con el término *Phallogocentrismo* es considerada como algo transcendental e inmutable. Por lo tanto, todas aquellas experiencias que salgan de esta inmutabilidad son consideradas como alucinatorias o psicóticas.

Los diferentes posicionamientos continúan librando una batalla entre performatividad social y ley psicoanalítica, que no se aleja tanto de la que se libraba en los inicios del s. XX.

Elementos comunes y diferenciadores:

Bajo estas premisas históricas, parece lógico formular la siguiente pregunta: ¿existen evidencias que soporten la teoría de que psicosis y transexualidad tienen mecanismos comunes?

Diferentes modelos teóricos han intentado resolver esta cuestión, cada uno desde un enfoque particular. Los modelos de estrés defienden que el incremento de síntomas psicóticos en la población trans tiene que ver con el acoso, discriminación y falta de apoyos sufridos por pertenecer a una minoría, de manera similar a lo que ocurre en la población migrante. Algunos estudios muestran como el percibir discriminación, amenaza por parte del entorno de iguales, y el bajo nivel de autoestima asociado parecen predecir el riesgo de presentar síntomas de paranoia, sin encontrarse una clara correlación con las alucinaciones auditivas.

A un nivel más biologicista, encontramos dos teorías principales. Una de ellas, la del dimorfismo cerebral, defiende que existen semejanzas estructurales en la anatomía cerebral de personas esquizofrénicas y personas trans, relacionadas principalmente con la exposición a hormonas en el embarazo. Según este postulado, las mujeres cis con esquizofrenia y los hombres trans presentarían una distribución de materia gris que correspondería con la de un hombre cis.

Por otro lado, se ha intentado demostrar un patrón anómalo de lateralización hemisférica en personas con psicosis y personas trans, encontrando una mayor incidencia en ambas poblaciones de uso de mano izquierda como mano dominante en contraposición a las personas cis.

El papel de otros agentes, como la infección por toxoplasma durante el embarazo, las concentraciones séricas de BDNF en suero, o la relación con los trastornos del espectro autista, se encuentran aún en estudio.

La siguiente incógnita que pretende abordar este trabajo, teniendo en cuenta que las principales guías de tratamiento recomiendan excluir la presencia de síntomas de psicosis en personas que intenten acceder a tratamiento hormonal o quirúrgico, es la siguiente: ¿aparecen juntas psicosis y disidencia de género? ¿Es más alta la prevalencia de síntomas psicóticos entre la población trans?
La respuesta a estas preguntas ha variado a lo largo del tiempo, trasluciendo la influencia de los sesgos y prejuicios existentes a la hora de diagnosticar y clasificar las experiencias de este colectivo. En los años 70 se describía un porcentaje de alrededor del 20% de pacientes diagnosticados de esquizofrenia que manifestaran deseos de transicionar a lo largo de su vida.
Hoy en día, múltiples estudios han vuelto a abordar esta cuestión con los parámetros diagnósticos actuales en el mundo occidental, obteniendo porcentajes significativamente más reducidos, que oscilan en torno al 1-2% de personas en seguimiento por disforia de género que han experimentado experiencias psicóticas en algún punto de sus vidas.

Los autores del artículo *Gender disphoria sintoms in schizophrenia* abordan la cuestión desde una perspectiva diferente, pretendiendo dar claves para diferenciar las experiencias psicóticas relacionadas con el género, de aquellas ideas presentes en personas en transición o con deseos de transicionar, y que saldrián del ámbito de lo psicopatológico más allá de poder encuadrarse dentro del ámbito de la disforia de género. Los *tips* que diferenciarían unas de otras tienen que ver con la coherencia en el tiempo del deseo de transicionar y la interiorización de las consecuencias de este proceso; con la respuesta a los antipsicóticos en el caso de las primeras, que sin embargo no serían efectivos en el caso de la disforia de género; y con la aparición abrupta de este tipo de

pensamientos en el caso de los pacientes psicóticos, de manera aislada dentro de su propio recorrido vital.
Además, estas ideas delirantes relacionadas con el género podrían aparecer en episodios de manía, siendo susceptibles de ser tratadas además de con antipsicóticos, con estabilizadores de ánimo.

El estado actual de las cosas:

En los últimos años, una serie de acontecimientos han confluido para debilitar los cimientos sobre los que se asentaban los diagnósticos relacionados con la división sexo-género y sus disidencias, alentándonos a revisar las prácticas ejercidas desde nuestro ámbito profesional.
Las teorías *queer* nos ofrecen un abanico de realidades infinitamente más amplio, dentro del cual podemos encontrar cuerpos no binarios o menores trans que no precisan tratamiento de reasignación de género y cuya experiencia se vive sin mayores complicaciones a nivel psicopatológico. Por lo tanto, parece necesario abrir el camino a la despatologización de las disidencias.
En este sentido, la conocida como Ley Trans, en vigor desde el año 2023, marca un punto de inflexión en nuestras prácticas, eliminando la necesidad de un diagnóstico oficial de disforia de género y el tratamiento hormonal previo para poder cambiar el sexo registral, y prohibiendo el uso de terapias de conversión.
En el otro lado de la moneda, el DSM mantiene en su versión actual las recomendaciones y criterios para el inicio de la terapia de reasignación de género, siendo fundamental la valoración por parte de los equipos de salud mental para poder dar luz verde a las transiciones de género, e insistiendo en la importancia de la estabilidad clínica de otros síntomas coexistentes, haciendo hincapié en las experiencias psicóticas.

Pretendiendo realizar una crítica al modelo dominante, me gustaría destacar el artículo *Gender dysphoria and co-existing psychosis: Review and four case examples of successful gender affirmative treatment.* Partiendo de la evidencia de la reducción de psicopatología concomitante que se observa en pacientes en terapia de reafirmación de género,

especialmente en aquellos con síntomas ansiosos, depresivos, consumo de tóxicos y con ideas de muerte, pretenden responder a la siguiente cuestión: ¿qué efectos beneficiosos puede tener la terapia hormonal o de reafirmación de género en personas trans que han experimentado alguna vez experiencias psicóticas? Para ello, inician tratamiento en cuatro pacientes con estas características, encontrando que en ninguno de ellos se incrementaron los síntomas psicóticos durante el proceso de reasignación, y encontrando que los sujetos fueron capaces de realizar una correcta adherencia al tratamiento hormonal y un adecuado proceso de control médico de las complicaciones postquirúrgicas.

El artículo menciona una serie de complejidades y recomendaciones a tener en cuenta a la hora de valorar a este tipo de pacientes. Los cuatro casos de su población de estudio comenzaron a hablar de sus sentimientos de pertenencia al género opuesto a raíz del primer episodio psicótico que experimentaron, a pesar de haberlos presentado desde la adolescencia temprana, siendo este un posible factor de confusión a la hora de ser valorados en las consultas de salud mental. A su vez, este hecho influía en el temor de los pacientes a hablar abiertamente sobre otras experiencias psicóticas que presentaron, relacionadas con el aspecto sexual de sus vidas, por miedo a que se les negase en el futuro el acceso a las terapias de reafirmación. Durante el proceso de estudio se valoraba muy positivamente la implicación de las familias y el entorno social en el tránsito y en la construcción del relato biográfico de los sujetos.

En el lado de las recomendaciones, consideraban primordial el contar con personal facultativo entrenado en diferenciar las experiencias psicóticas de los síntomas disfóricos, con capacidad para evaluar la afectación de ambas esferas en el funcionamiento de los adolescentes, e implicando al entorno cercano y educativo en el proceso.

A su vez, las voces en primera persona han adquirido un papel fundamental en los últimos tiempos, aportando una mirada que se sitúa en la dirección contraria al pensamiento hegemónico: ¿cómo afectan las experiencias psicóticas a las sexualidades minoritarias?

El artículo *Sexual health experiences of women and non-binary people with early psychosis: Qualitative study* recoge los testimonios de 20 mujeres con sintomatología psicótica e identificadas como mujeres trans o dentro del espectro del no binarismo. Resulta muy instructivo comprobar como estas mujeres son capaces de distinguir dentro de sus experiencias aquellas que corresponden a ideas delirantes o alucinatorias relacionadas con la automutilación y la identidad, de las que realizan una crítica completa, de lo que identifican como su disconformidad dentro del binarismo de género y la incomodidad que este les genera, traducido en lo que conocemos como síntomas concordantes con disforia.

A su vez, reconocen que las experiencias psicóticas han influido en sus procesos de transición, siendo ellas mismas las que generalmente solicitan frenar los tratamientos hormonales o quirúrgicos hasta pasar los periodos de brote o desestabilización.

Este trabajo, por lo tanto, parece sugerir que el criterio y la experiencia de los pacientes trans debe ser tenido en cuenta de una manera mucho menos paternalista y sobreprotectora en ocasiones, concediéndole un mayor valor a la experiencia aportada por sus testimonios.

CONCLUSIONES:

El proceso de despatologización de las minorías sexuales, que ha alcanzado triunfos significativos e impensables en el mundo occidental hasta hace no demasiadas décadas en lo concerniente a la homosexualidad y bisexualidad, sigue encontrando escollos en lo concerniente a las realidades trans y no binarias.

La distinción entre síntomas psicóticos relacionados con la disconformidad sexo-género, la mutilación física, o con el rol asignado a los sujetos y lo que se conoce como síntomas disfóricos, no ha resultado fácil a lo largo de la historia de la Psiquiatría, y continúa presentando zonas grises y de confusión entre ambas realidades. Especialmente complicada es la atención a las personas que experimentan ambos tipos de experiencias, que muchas veces acaba siendo una atención sesgada por la falta de conocimientos específicos por parte de los equipos de salud

mental, e influenciada todavía por prejuicios sin una evidencia científica solida que los avalen.

Un nuevo elemento se está abriendo paso en la literatura a la hora de relacionar disforia de género y psicosis, especialmente en menores y adolescentes, y será necesario abordar su relevancia de aquí en adelante. El papel de la disrupción del *self* en las sociedades modernas, la incongruencia existente entre la representación visual de uno mismo en redes sociales, medios de comunicación, metaversos, etc., y la representación física y corporal de uno mismo, que en muchas ocasiones no coinciden al cien por cien. Esta discordancia que genera una fractura en la representación interna de uno mismo, asociada a otros estresores vitales, podría romper al individuo en varias direcciones, generando experiencias psicóticas o procesos de incomodidad relacionados con el rol de género y el papel de uno mismo dentro del binarismo sexual.

La falta de teorías contrastadas a nivel psicopatológico que clarifiquen el origen de la disforia de género y su relación más que discutida con la psicosis, nos obligan a prestar atención a las corrientes *queer* y sus postulados basados en la performatividad del sistema sexo-género, aceptando que quizá la división binarista imperante no debe ser tomada como Ley, y, por tanto, desligando la disidencia de género de lo patológico e inmoral.

Este trabajo pretendía explicitar las cuestiones más polémicas a las que nos enfrentamos como profesionales del ámbito de la salud mental. ¿Comparten factores etiológicos transexualidad y psicosis? ¿Aparecen de forma concomitante en nuestro medio? ¿Es necesaria la valoración por parte de la Psiquiatría de las realidades no binarias? ¿Si el tratamiento de reasignación de género ha demostrado reducir la psicopatología concomitante en personas trans, debemos plantearnos también ofrecerlo a aquellos que presenten síntomas psicóticos? ¿Cómo afectan las experiencias psicóticas al proceso de tránsito, especialmente en adolescentes?

La respuesta a estas reflexiones pasará por futuras investigaciones y estudios respetuosos con la realidad de las minorías, con testimonios en primera persona, profesionales formados de manera específica e instituciones capaces de dejar de lado sesgos y discriminaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Baltieri, D. A., & De Andrade, A. G. (2009). Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder. Journal of Sexual Medicine, 6(4), 1185-1188. 10.1111/j.1743-6109.2007.00655.x

Barker, L. C., Vigod, S. N., Hussain, Z., France, J., Rodriguez, A., Lubotzky-Gete, S., Berkhout, S., Dmytryshyn, R., Dunn, S., Gupta, R., Hosseiny, F., Sirotich, F., Soklaridis, S., Voineskos, A., & Zaheer, J. (2023). Sexual health experiences of women and non-binary people with early psychosis: Qualitative study. BJPsych Open, 9(5), e146. 10.1192/bjo.2023.518

Bolton, S., & Sareen, J. (2011). Sexual orientation and its relation to mental disorders and suicide attempts: Findings from a nationally representative sample. Canadian Journal of Psychiatry, 56(1), 35-43. 10.1177/070674371105600107

Borras, L., Huguelet, P., & Eytan, A. (2007). Delusional "pseudotranssexualism" in schizophrenia. Psychiatry (Washington, D.C.), 70(2), 175-179. 10.1521/psyc.2007.70.2.175

Caldwell, C., & Keshavan, M. S. (1991). Schizophrenia with secondary transsexualism. Canadian Journal of Psychiatry, 36(4), 300-301. 10.1177/070674379103600412

Coleman, E., & Cesnik, J. (1990). Skoptic syndrome: The treatment of an obsessional gender dysphoria with lithium carbonate and psychotherapy.

American Journal of Psychotherapy, 44(2), 204-217. 10.1176/appi.psychotherapy.1990.44.2.204

Felippe Figueiredo Lattanzio, & de Carvalho Ribeiro, P. (2017). Transsexuality, psychosis and originary femininity: Between psychoanalysis and feminist theory. Psicologia USP, 28(1), 72. 10.1590/0103-656420140085

Fisher, K. A., Scemla, S., Alvarez Villalba, C. L., & Kroin, J. (2022). Gender dysphoria versus acute psychosis: Can one properly diagnose gender dysphoria solely during acute psychosis? HCA Healthcare Journal of Medicine, 3(3), 167-173. 10.36518/2689-0216.1395

Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from spain. Archives of Sexual Behavior, 38(3), 378-392. 10.1007/s10508-007-9307-8

Heare, M. R., Barsky, M., & Faziola, L. R. (2016). A case of mania presenting with hypersexual behavior and gender dysphoria that resolved with valproic acid. Mental Illness, 8(2), 6546. 10.4081/mi.2016.6546

Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Paap, M. C. S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. R., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four european countries. British Journal of Psychiatry, 204(2), 151-156. 10.1192/bjp.bp.112.121954

Jarosław Stusiński, & Michał Lew-Starowicz. (2018). Gender dysphoria symptoms in schizophrenia. Psychiatria Polska, 52(6)10.12740/pp/80013

Kemp, A. J., Zhang, M., Wang, Y., Leontieva, L. V., & Sperry, S. D. (2023). Psychosis with religious delusions in a reportedly intersex transgender person. Curēus (Palo Alto, CA), 15(4), e38192. 10.7759/cureus.38192

King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry, 8(1), 70. 10.1186/1471-244X-8-70

Lohtstein, L. M., & Roback, H. (1984). Black female transsexuals and schizophrenia: A serendipitous finding? Archives of Sexual Behavior, 13(4), 371-386. 10.1007/BF01541909

Meijer, J. H., Eeckhout, G. M., van Vlerken, R. H. T., & de Vries, A. L. C. (2017). Gender dysphoria and co-existing psychosis: Review and four case examples of successful gender affirmative treatment. LGBT Health, 4(2), 106-114. 10.1089/lgbt.2016.0133

Qi, R., Palmier-Claus, J., Simpson, J., Varese, F., & Bentall, R. (2020). Sexual minority status and symptoms of psychosis: The role of bullying, discrimination, social support, and drug use – findings from the adult psychiatric morbidity survey 2007. Psychology and Psychotherapy, 93(3), 503-519. 10.1111/papt.12242

Rajkumar, R. P. (2014). Gender identity disorder and schizophrenia: Neurodevelopmental disorders with common causal mechanisms? Schizophrenia Research and Treatment, 2014(2014), 463757-8. 10.1155/2014/463757

Termorshuizen, F., de Vries, A. L. C., Wiepjes, C. M., & Selten, J. (2023). The risk of psychosis for transgender individuals: A dutch national cohort study. Psychological Medicine, 53(16), 7923-7932. 10.1017/S0033291723002088

Veeder, T. A., M.D, & Leo, Raphael J., M.A., M.D. (2017). Male genital self-mutilation: A systematic review of psychiatric disorders and psychosocial

factors. General Hospital Psychiatry, 44, 43-50. 10.1016/j.genhosppsych.2016.09.003

COMUNICACIÓN ESCRITA

5.FOTOGRAFÍA TERAPÉUTICA: INSTANTÁNEAS DE UNA RECUPERACIÓN

SHEYLA BLÁZQUEZ GONZÁLEZ
VANESSA GONZÁLEZ DE MARÍA
EWA RYBAK KOITE
ESPERANZA GÓMEZ FERNÁNDEZ
ELENA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Título: Fotografía terapéutica: Instantáneas de una recuperación

Autoras: Sheyla Blázquez González, Vanessa González de María, Ewa Rybak Koite, Esperanza Gómez Fernández, Elena Martínez Rodríguez

Introducción

Actualmente, en el tratamiento de las personas con dificultades graves de salud mental, como las psicosis, sigue predominando la intervención farmacológica. Sin embargo, otro tipo de intervenciones pueden resultar no solo complementarias a la medicación, sino realmente clave en el proceso de recuperación de algunas personas. Incorporar una mirada multidisciplinar y herramientas psicoterapéuticas centradas en la persona, permite salir de la recuperación —entendida desde un punto de vista exclusivamente psiquiátrico— y lograr una significativa mejora en su calidad de vida. El objetivo de este trabajo es destacar el valor terapéutico de las terapias creativas, en conjunto con otros abordajes, en la recuperación de personas con sufrimiento psíquico grave, siendo el trabajo desde el proyecto personal un notable estímulo para un cambio global.

Desarrollo

Se describe el proceso de recuperación de una persona diagnosticada de esquizofrenia a lo largo de siete años.

Se trata de un varón de 52 años que comenzó tratamiento en el Centro de Salud Mental (CSM) en 2017 tras cambiar su residencia, pues procedía de otra comunidad autónoma. Era el cuarto de cinco hermanos, estaba soltero y no tenía hijos. Sus padres se separaron cuando él tenía doce años. Había trabajado como funcionario del ayuntamiento de una gran ciudad, si bien desde 2016 permanecía en situación de incapacidad laboral total. Se encontraba en seguimiento en salud mental desde los 30 años. Había presentado un consumo continuado de cannabis y alcohol, además de síntomas psicóticos, precisando varias hospitalizaciones en unidades de psiquiatría, muchas de ellas involuntarias. Había pasado también por diferentes recursos de la red de salud mental de su comunidad de

procedencia. Buscando la tranquilidad de una ciudad más pequeña, decidió cambiar su lugar de residencia.

A su llegada a la provincia de Segovia, retomó el seguimiento en la consulta de psiquiatría del CSM y, meses más tarde, se incorporó al Programa de Integración Comunitaria de terapia ocupacional. No tenía relación con su familia y carecía de red social. Su vida profesional había estado ligada a la imagen y al mundo audiovisual, y en los momentos de crisis se había apoyado en la fotografía, elaborando una gran cantidad de material durante los encierros en su domicilio. Con el avance de las nuevas tecnologías, fue abandonando la fotografía para enfocarse en la realización de videos y su posterior publicación en youtube; en su mayor parte, se trataba de emisiones en directo sobre temas relacionados con sus delirios.

Durante los primeros años, su proceso terapéutico se centró en el seguimiento y tratamiento farmacológico por parte de psiquiatría, así como en el apoyo de terapia ocupacional. Paulatinamente, se incorporó a los programas grupales de escritura creativa, arteterapia y, finalmente, a fotografía terapéutica. Durante este período, el objetivo principal fue afianzar un vínculo confiable y seguro que permitiera la continuidad del trabajo. Lo cual resultó difícil, pues solía presentar desorganización de horarios y rutinas, asistía irregularmente y se constató un incremento del consumo de sustancias. No obstante, con el paso del tiempo su compromiso fue mayor y se trabajaron diversas estrategias, como el dibujo, el modelado y el relato de historias; estas permitieron poner distancia –e incluso hacer cierta crítica– con las vivencias delirantes, proyectadas en la obra artística.

La valoración realizada por terapia ocupacional identificó como fortalezas una buena autonomía y funcionalidad, su gran interés por actividades culturales y su estabilidad económica, gracias a la pensión de incapacidad laboral. Como debilidades, se observó la falta de una red de apoyo socio-familiar, el consumo cannabis y alcohol, la alteración de sus ritmos biológicos y la desorganización de rutinas. Estas dificultades repercutieron en su funcionamiento social causándole diversos problemas en su lugar de residencia. Empleaba la mayor parte del día en hacer directos en youtube, en los que durante horas narraba o rapeaba tratando de establecer

relación con algún seguidor. En estos videos, verbalizaba un discurso abundante y desorganizado mientras dibujaba, bebía o consumía. Su gran sentimiento de soledad le llevó a establecer contactos poco saludables en lugares vinculados al consumo. Finalmente, decidió dedicarse a la cría de canarios, que se convirtieron en su único apoyo y compañía.

A pesar de sus dificultades para llevar una vida organizada, mantuvo una buena adherencia terapéutica con el equipo, tomando regularmente la medicación y mostrándose bastante implicado en los programas grupales. Se incorporó al programa de fotografía terapéutica incluso con mayor vinculación. Además, dejó el pueblo donde residía instalándose en la ciudad de Segovia.

Un segundo período de su proceso estuvo marcado, principalmente, por la situación de pandemia. Durante estos meses, precisó un acompañamiento telemático diario que se compaginó con algunas sesiones presenciales, reforzándose así el vínculo terapéutico. Atravesó por intensos sentimientos de soledad y culpa, y un gran miedo a hospitalizarse, dada su creencia delirante de ser el responsable del coronavirus y de las muertes que causó. Paradójicamente, la situación de confinamiento le permitió abandonar el cannabis, al no tener acceso a su compra; no ocurrió lo mismo respecto al alcohol, cuyo consumo incrementó. En estas circunstancias, el uso del arte como herramienta terapéutica resultó la mejor alternativa.

La reducción de las restricciones por el confinamiento le permitió establecer una red de apoyo conformada por los compañeros de uno de los programas grupales. Asimismo, mantuvo el apoyo profesional del CSM y retornó a los programas terapéuticos de manera presencial, lo que facilitó paulatinamente su estabilización. En este tiempo, se apreció una importante mejoría en la organización de sus hábitos y rutinas, en la coherencia de su discurso y mejoró su capacidad de atención y concentración. Inició un nuevo canal de youtube, esta vez dedicado a la cocina, en el que subía vídeos cocinando recetas saludables y explicando los pasos para su elaboración; un contenido propio de cualquier youtuber que disfruta compartiendo su afición con otros. En el programa de fotografía terapéutica comenzó a mostrar un gran interés por imágenes de grafitis que se repetían por toda la ciudad; era una buena manera de salir del domicilio con un objetivo diferente al del

consumo. De ahí pasó a buscar instantáneas de la ciudad que pasan de largo a la vista del viandante y, entre risas, las fue denominando “cuadrángulos de la ciudad”. Después de meses de trabajo, se le propuso mostrar dichas obras, así como la posibilidad de realizar una exposición fotográfica en solitario. Cabe especificar que en los años previos al 2020, con motivo de la celebración del Día Mundial de la salud mental, los miembros de los espacios grupales realizaban exposiciones colectivas en espacios de la comunidad, con el objetivo de visibilizar el sufrimiento y hacer frente al estigma. Ante esta propuesta hubo una firme negativa, argumentando su incapacidad para mostrar su nueva obra tanto material antiguo almacenado sin ver la luz. No concebía pasar página de aquella época para mostrar otra muy diferente.

En este momento, coincidiendo con otros acontecimientos vitales, se inició el tercer periodo de intervención. Pasaron unos meses entre la propuesta de exposición y su aceptación a trabajar en un proyecto personal. Con la situación de pandemia más controlada, comenzó a encontrarse presencialmente con los compañeros de uno de los programas grupales, con los que, hasta ese momento, solo había contactado por videollamada. Empezó a quedar con una de las compañeras de manera más asidua, convirtiéndose tiempo después en pareja. La presencia de la muerte en las noticias durante la pandemia generó una importante movilización de sus recuerdos sobre el fallecimiento de su madre, que tuvo lugar cuando él se encontraba en uno de los centros de rehabilitación. Está situación le llevo a contactar de manera puntual con algunos miembros de su familia, cosa que hasta este momento no había realizado. La presencia de la figura de la madre en su discurso fue en aumento; aspecto llamativo, ya que hasta entonces había pasado desapercibida. Todos estos aspectos comenzaron a relacionarse: el material fotográfico de los primeros años de sus brotes psicóticos, el papel de madre como acompañante durante ese período y la necesidad de exponerlo tantos años después. Fue así como se gestó la propuesta de trabajar mediante un proyecto personal que deseaba desde hacía mucho: realizar una exposición fotográfica como homenaje a su madre.

Durante todo el proceso, las intervenciones fueron realizadas por varios profesionales del CSM, que trabajaron coordinadamente con un propósito común: ir más allá del diagnóstico, respetando los deseos e

intereses del paciente y aprovechando sus recursos y capacidades más saludables; en este caso, su gran interés y habilidad en actividades artísticas, especialmente la fotografía.

Resultados

El trabajo coordinado de los profesionales del CSM aportó al paciente un contexto de seguridad y confianza que le permitió llevar a cabo la exposición fotográfica. Los miembros del equipo proporcionaron un acompañamiento que se fue ajustando a sus necesidades, llegando en los momentos finales a ser meros espectadores del proceso. A lo largo de este tiempo, se pudo observar como se había tejido un fuerte vínculo terapéutico con los profesionales del CSM. Ahora la manera de buscar ayuda o asesoramiento era significativamente diferente a lo vivido tiempo atrás: la persona ponía distancia y espaciaba los encuentros, ya que cada vez necesitaba menos el apoyo de los profesionales.

La preparación de la exposición ocupó casi un año de trabajo. Los primeros meses se dedicaron a dar forma al proyecto: se definieron los objetivos, se ayudó a la persona a planificar y ejecutar las acciones para desarrollarlo y se proporcionaron los medios y contactos oportunos para la consecución del mismo. Además, se definió el cronograma, concretando fecha y lugar, y se comenzó a esbozar la idea general que serviría de hilo conductor. El hecho de hacer una exposición en homenaje a su madre, provocó un acercamiento en la relación con dos de sus hermanas y parte de la familia materna; esta cercanía propició que una de las hermanas le acompañara en esta aventura con gran ilusión, haciéndose cargo junto a la persona de parte de las tareas. Ambos dedicaron bastante tiempo a seleccionar el material a exponer, y revisaron miles de imágenes almacenadas en discos duros. A medida que eligió el material a exponer, la persona se fue proponiendo nuevos retos, como la posibilidad de vender los cuadros de la exposición y destinar las ganancias al banco de alimentos de la ciudad. Asimismo, se planteó regalar a cada visitante a la exposición una obra en miniatura. Esta propuesta, altruista y solidaria, le implicaba desde su posición de artista con la comunidad, alejándose del rechazo y el juicio que la sociedad emite hacia las personas con malestar psíquico grave.

Toda la preparación de las obras y las miniaturas fue realizada artesanalmente por él, al igual que la edición de los videos que acompañaban cada obra por medio de un código QR. Mediante el mismo, explicaba la técnica y la preparación realizada para lograr cada imagen. Para dar visibilidad a la exposición y de cara a su inauguración, editó varios carteles y dípticos que repartió en los espacios culturales de la ciudad. Y, como no podía ser de otro modo, creo un nuevo canal de youtube donde, aparte de reflejar el proceso realizado, se podía visitar de manera virtual la exposición. Otro de los aspectos relevantes fue la presencia de diferentes medios de comunicación (radio, prensa escrita y canal regional de televisión) que dieron mayor visibilidad y repercusión a su propuesta, siendo reconocido por la comunidad como un artista implicado en la causa social. La sustitución del rol de enfermo por el de artista, hijo, hermano y pareja fue un hecho clave en su recuperación.

La exposición alcanzó un notable éxito en la ciudad: tuvo cientos de visitas y tanto las autoridades como la prensa intercambiaron impresiones con el autor. Se vendieron todas las obras expuestas y, como estaba previsto, la recaudación se destinó al banco de alimentos. Y, en general, además de su rol artístico, la persona demostró sus grandes dotes organizativas y creativas.

Conclusiones

Las terapias creativas pueden ser una herramienta de gran utilidad en el proceso de recuperación de algunas personas con dificultades graves de salud mental. Es fundamental que los profesionales que integran equipos multidisciplinares de tratamiento para personas con sufrimiento emocional grave permitan otros modos de expresión y resignificación de sus experiencias vitales. Saber escuchar las demandas de la persona, desde una posición holística y humanizada, facilita el fortalecimiento del vínculo terapéutico, así como generar un espacio de seguridad. Pero, además, permite desarrollar los aspectos y capacidades más saludables de la persona, escondidos por el proceso patológico. Por todo ello, resulta esencial llevar a cabo un abordaje multidisciplinar e integral que ofrezca a cada persona la vía de trabajo que más se ajuste a sus intereses, saliéndose

de las restricciones que suele llevar a cabo gran parte de la psiquiatría. Y resulta especialmente enriquecedor el trabajo en la comunidad, el verdadero espacio en el que, además de gestarse el malestar emocional, este puede corregirse, para que la persona recupere una vida social normalizada y alcance un mayor bienestar.

PÓSTERS

1.INJUSTICIA OCUPACIONAL EN LOS PROYECTOS DE VIDA

ALICIA DE LA CALLE SANZ
JESÚS JAVIER RIENDA JIMENA
MARÍA PILAR ENGUITA FLOREZ
MARÍA FERNANDA NIETO RAMIRO

2.TERAPIA ELECTROCONVULSIVA: ¿SOLUCIÓN DE EMERGENCIA? O ¿TÉCNICA BASADA EN EL CONOCIMIENTO?

AMADOR JESÚS OLIVER HUETE
ELENA GARCÍA PRIETO
ELENA FERNÁNDEZ BARRIO
CRISTINA GARCÍA ROMÁN
SILVIA ALCÁNTARA ESPADAFOR

3."HACEMOS ALGO JUNTOS? UNA PROPUESTA DE GRUPO PSICOTERAPÉUTICO PARA NIÑOS EN UN HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL

ANA ELÚA SAMANIEGO
ROMINA GONZÁLEZ SÁNCHEZ
MARÍA DOLORES DÍAZ PIÑEIRO
LAURA FERNÁNDEZ ARCONADA
ELIA FOGUÉ ROBLES

4."LA MOCHILA QUE CARGAMOS". UN ANÁLISIS CRÍTICO DEL FORMATO DE CORREDORES TERAPÉUTICOS DE TRASTORNO MENTAL COMÚN

BEATRIZ DÍEZ VALLE
PALOMA COUCHEIRO LIMERES
ZOE VÁZQUEZ MATA

PÓSTERS

5.RECORRIENDO LA VEJEZ: DE LA AUSENCIA DE PALABRA A LA BÚSQUEDA DEL SENTIDO VITAL

BEATRIZ PÉREZ CERRADA
BEATRIZ DÍEZ VALLE

6.FOTOVOZ "EL LABERINTO DE LA VIDA": UNA EXPERIENCIA NARRATIVA Y FOTOGRÁFICA DE PROYECTOS DE VIDA EN SALUD MENTAL

BELÉN PEDREGAL NAVARRO
RAQUEL MATEOS MARCO
ELISA SERRA FORTES
RUTH ESCÁMEZ ADROVER
EVA MARÍA TRIGUEROS GARCÍA

7.DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (DSR) EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (DTMG): UN VACÍO LLENO DE SIGNIFICADOS

BLANCA RAMO ALAMEDA
ERIKA MCDONNELL PACHECO

8.SUPERANDO LAS BARRERAS EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

CAROLINA MONROY PACCINI
MÓNICA MURIEL FERNÁNDEZ
MÓNICA MORALES GARCÍA

PÓSTERS

9.HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: LA INTRODUCCIÓN DE ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD COMO PARTE DE LA HUMANIZACIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO

VIOLETA SOTOCA GARCÍA
CLAUDIA GUDIEL MARTÍN
NATALIA GARCÍA MUELAS
CARMEN CAÑADA GALLEGO

10. DINÁMICAS VINCULARES EN EL NARCISISMO. REVISIÓN TEÓRICA Y REFLEXIÓN A RAÍZ DE UN CASO

CRISTINA ZITA DÍAZ PISANO
PAULA GÓMEZ DE SALAZAR GONZÁLEZ
ELENA PANADERO UTRILLA

11.ANÁLISIS DE NECESIDADES EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y EDAD AVANZADA ATENDIDOS EN CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

DANIEL NAVARRO BAYÓN
FRANCISCO BALLESTEROS PÉREZ

12.REGRESO AL FUTURO: TECNOLOGÍA Y CRECIMIENTO

DULCE Mª CRISTINA PARICIO GARCÍA
ANA CRISTINA DE PABLO ELVIRA
LUISA MAESTRO PERDICES
Mª PILAR MALLADA VIANA

13. CONSIDERANDO LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA COMO UNA POSIBILIDAD CONTROVERTIDA

ELENA GARCÍA PRIETO
AMADOR OLIVER HUETE
LUIS GUTIÉRREZ ROJAS

PÓSTERS

14. MANÍA DE FUNERAL. "EL GESTOR QUE QUERÍA SER ARTISTA"

ELISA SERNA CRESPO
MARCOS CARRASCO ÁLVAREZ
RAQUEL GARCÍA-PAGE FERNÁNDEZ

15. LA OSCURIDAD COMO CUIDADO PARA EL INSOMNIO EN FASES MIXTAS Y MANÍAS AGUDAS

ERIKA MCDONNELL PACHECO
BLANCA RAMO ALAMEDA

16.EMOCIÓN Y CORAZÓN: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LOS ESTRESORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE TAKOTSUBO

ESTELA CASTAÑO GARCÍA
NURIA MIGUEL DE DIEGO

17.EL TRABAJO ASALARIADO Y LA SALUD MENTAL: ¿LIBERACIÓN O CONDENA?

IRIA DOMÍNGUEZ VÁZQUEZ

18. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS MAYORES CON TRASTORNO MENTAL EN UN SERVICIO RESIDENCIAL ESPECIALIZADO

ITZIAR MARÍN GÓMEZ
ÓSCAR SÁNCHEZ RODRÍGUEZ
ALBA SAN JOSÉ DE BENJUMEA
LAURA LÓPEZ GONZÁLEZ
NURIA MALDONADO RODRÍGUEZ

PÓSTERS

19.A VUELTAS CON EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

JOSÉ MANUEL LÓPEZ SANTÍN
PATRICIA ÁLVARO SERÓN

20.DEPRESCRIPCIÓN DE NEUROLÉPTICOS: LA PARTICULARIDAD DE LA OLANZAPINA

JUAN ALDAY MUÑOZ

21. LA UTILIDAD DE LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE RISPERIDONA Y 9-HIDROXI-RISPERIDONA EN PERSONAS CON HIPERPROLACTINEMIA EN TRATAMIENTO CON NEUROLÉPTICOS

JUAN ALDAY MUÑOZ

22.BUENAS PRÁCTICAS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

JUAN MANUEL MONTEMAYOR REBOLLO
PAULA MORALES GARCÍA
ÓSCAR SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

23. GUÍA DE IMPACTO OCUPACIONAL EN EL PERIODO DE COVID19

JUAN MANUEL MONTEMAYOR REBOLLO
PAULA MORALES GARCÍA
ÓSCAR SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

PÓSTERS

24.¿QUÉ SUCEDE EN LOS COMIENZOS DEL PROCESO GRUPAL? UNA REFLEXIÓN SOBRE LOS INICIOS DE UN GRUPO DE ADOLESCENTES

LAURA SÁNCHEZ MARTÍN
ÁLVARO MAGDALENO FLOREZ
CLAUDIA VICTORIA RUBIO LANDART

25.MERCANTILIZACIÓN DEL MALESTAR: LA DESPATOLOGIZACIÓN COMO INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

LIDIA ARANGUREN CONDE
ASIER CORRALES RODRIGUEZ
AMAIA LAUZURICA HERRÁN
OLAIA IRAOLA ECHARRI

26. EVITANDO LA CRONIFICACIÓN INSTITUCIONAL EN UN CENTRO DE DÍA. PROTOCOLO DE ALTA

Mª TERESA RUIZ JIMÉNEZ
ÁNGELES PALATUCCI GARCÍA
Mª IRENE CARRERA VIVAR
ALBERTO PRIETO ARÉVALO
ALICIA BARBERO RODRÍGUEZ

27.EL PAPEL DEL TEATRO EN LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

MARC GARCÉS DOMINGO
ALFREDO FELICES DE LA FUENTE
IGNASI GARCÍA NARANJO
MONTSE GALERA GONZÁLEZ

PÓSTERS

28. UNIDAD HOSPITALARIA DE RECUPERACIÓN: DE SUBAGUDOS A UHR, DEL HOSPITAL A LA COMUNIDAD; CAMBIO DE MODELO

MARÍA QUERALT TORRES CAYUELAS
ANDREA NOGALES BARROSO
FERRAN VIÑAS USAN
NÚRIA MAMPEL CABALLERO

29.INTERVENCIÓN GRUPAL COMUNITARIA DES DE UNA PRESPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD MENTAL: "GRUP DE DONES"

MARÍA QUERALT TORRES CAYUELAS
BEATRIZ ANTÓN MÁRMOL

30.IMPACTO DEL PROGRAMA DE VINCULACIÓN EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN EN UN RECURSO PSICOSOCIAL

JAVIER NÚÑEZ LLORENTE
MÒNICA ALONSO VALCÁRCEL
IGNASI GARCÍA NARANJO
ALFREDO FELICES DE LA FUENTE

31.¿ENTIENDES AHORA LO QUE ME PASA? UNA MIRADA A LAS EXPERIENCIAS INUSUALES DESDE EL MARCO DE PODER, AMENAZA Y SIGNIFICADO

NOELIA MONTERDE SERRANO
ANTONIO URÍA DE LOS OJOS

32.TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y PSICOSIS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

NURIA MIGUEL DE DIEGO
ESTELA CASTAÑO GARCÍA

PÓSTERS

33.DESINSTITUCIONALIZACIÓN: LA RECUPERACIÓN PERSONAL COMO MOTOR DE CAMBIO EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA DEL INSTITUT PERE MATA

NÚRIA MONFERRER MILIAN
ALBA LETICIA ROMERO BELLIDO
DANIEL TUTUSAUS LASHERAS

34.PROGRAMA DE VULNERABILIDAD SOCIAL

NÚRIA URGELL GILL
HILARI ANDRÉS MORA
MONTSERRAT ESCUTÉ AMAT
HELENA SAÍNZ ELÍAS
BIANCA RENAU MÍNGUEZ

35.¿QUÉ SON LOS ETAC?

RAFAEL PÉREZ MARTÍNEZ
JOSÉ MIGUEL GOTA GARCÉS
ISABEL TORRES MATA
INMACULADA GALLEGO SERRANO

36.EL NECESARIO PUENTE ENTRE LA PSIQUIATRÍA Y LA NEUROLOGÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

REBECA DE LUIS SOSA
RAFAEL PÉREZ MARTÍNEZ

PÓSTERS

37.LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y LOS CONFLICTOS DE INTERÉS

JOSÉ MIGUEL GOTA GARCÉS
REBECA DE LUIS SOSA

38.EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS Y ABORDAJE CORPORAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE HOSPITAL DE DÍA: ANÁLISIS DE UN CASO

SUSANA FERNÁNDEZ DE LA VEGA GONZÁLEZ

39.DESPRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA Y RECONSTRUCCIÓN VITAL EN UN CASO DE TRASTORNO DELIRANTE

VANESSA GONZÁLEZ DE MARÍA
SHEYLA BLÁZQUEZ GONZÁLEZ
EWA RYBAK KOITE
ESOERANZA GÓMEZ FERNÁNDEZ
DIANA HERRERO ESCUDERO

40.PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA EN PSICOSIS EN EL HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA: UNA PROPUESTA DE APLICACIÓN DESDE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL

YOLANDA MARÍA LAGE BECEIRO
AITANA GARCÍA ÁLVAREZ
SARA VÁZQUEZ RUMBO
SUSANA MARÍA GONZÁLEZ CONESA

PÓSTERS

41.LA TRANSFERENCIA EN LA ENCRUCIJADA DEL SUJETO BORDERLINE Y EL CONCEPTO DE HACER EL PAR EN JACQUES LACAN. A PROPÓSITO DE UN CASO

ZOE VAZQUEZ MATA
PALOMA COUCHEIRO LIMERES
BEATRIZ DÍEZ VALLE
JULIA ABELLO ARIAS

INJUSTICIA OCUPACIONAL EN LOS PROYECTOS DE VIDA

de la Calle Sanz, A; Rienda Jimena, JJ; Enguita Flórez, MP; Nieto Ramiro, MF (terapiaocupacionalfearp@gmail.com)

INTRODUCCIÓN

PROYECTOS DE VIDA



PROYECTO DE VIDA

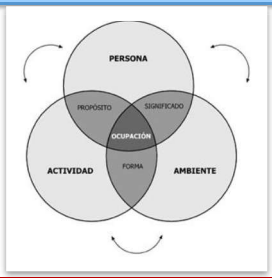
"Plan que una persona se traza para conseguir objetivos en la vida, es un camino para alcanzar metas. Le da coherencia a la existencia y marca un estilo en el actuar, en las relaciones, en el modo de ver los acontecimientos" (Arboccó, 2014)

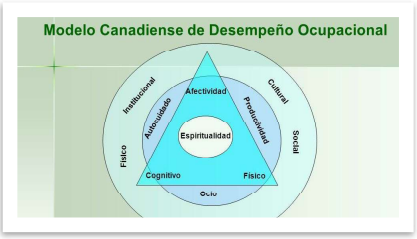
- Quién se es: el SER
- Cómo se es: rasgos de comportamiento, cualidades y defectos, habilidades y debilidades.
- Dónde se está: entorno en que se desenvuelve el individuo (contextos)
- Con quién se está: núcleo familiar, amigos y parientes que de alguna manera influyen.
- Cómo se vive: estilo de vida (gestión de la salud)
- Valores que determinan la vida: intereses hacia lo material, lo espiritual, el placer u otros.

OCUPACIÓN

La ocupación organiza el comportamiento, implica la expresión de la personalidad propia, así como la conexión con la sociedad y el manejo del tiempo. Da significado a la vida y satisface un propósito personal y culturalmente importante.
Para que la experiencia ocupacional fluya, las demandas de la ocupación tienen que estar acordes con las posibilidades de la persona.
La ocupación es algo innato en el ser humano y es un agente de salud.

La ocupación es un pilar fundamental para definir el proyecto de vida de cada persona, ya que es la expresión del mismo o una vía para poder conseguirlo.





MODELOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

MODELO CANADIENSE.
El concepto de justicia ocupacional se desarrolla en la revisión del modelo, en el libro "Enabling Occupation" II: donde se potencia la función de capacitar, guiar, educar, promover, entrenar, escuchar, reflexionar, animar... usando como medio y fin la ocupación.

MODELO OCUPACIÓN HUMANA.
Los baluartes para el proyecto de vida, son la calidad de los recursos dados por el entorno, los componentes motivacionales internos del individuo, la participación de factores existenciales como el sentido de sí mismo, el sentido de vida, la libertad, la autonomía, la capacidad productiva y la búsqueda de la autorrealización.

MARCO DE LA JUSTICIA OCUPACIONAL PARTICIPATIVA.
Utilizado con grupos de personas que tienen limitada su participación en la vida cotidiana. Identifica y trata las injusticias, determinando lo que las personas necesitan y quieren hacer. 3 bases fundamentales: la ocupación, la capacitación centrada en el cliente y la justicia.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica, de tipo descriptivo, sobre el concepto de Proyecto de Vida e Injusticia Ocupacional en Rehabilitación Psicosocial, a través de la recopilación y análisis de información publicada en artículos científicos y literatura especializada de terapia ocupacional.

JUSTICIA OCUPACIONAL EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

La justicia ocupacional es el cumplimiento del derecho de todas las personas a participar en ocupaciones que ellos necesitan para sobrevivir, porque las definen como significativas, y porque contribuyen positivamente a su propio bienestar y al de las comunidades

WFOT, 2019

Es un concepto que concuerda con las "restricciones en la participación" recogidas en la CIF . Por tanto la injusticia ocupacional es la limitación en la participación significativa y digna de la persona de cualquier modo: restringiéndola, prohibiéndola, segregándola, etc. (Wilcock, 2006)

DISFUNCIÓN OCUPACIONAL - INJUSTICIA OCUPACIONAL

DESEQUILIBRIO OCUPACIONAL

Es la falta de equilibrio entre diferentes áreas de ocupación y, por tanto, no es posible satisfacer las necesidades de salud físicas, sociales y mentales únicas de cada persona.

ALIENACIÓN OCUPACIONAL

Es la experiencia prolongada de desconexión, aislamiento, vacío y falta de sentido de identidad, en relación con el ejercicio restringido (o forzado) de ocupaciones sin sentido ni propósito.

MARGINACIÓN OCUPACIONAL

Es la exclusión en ocupaciones en base a hábitos o tradiciones, y manifestado en forma de exclusión social o acceso limitado a oportunidades y recursos. Las personas quedan relegadas a ocupaciones menos prestigiosas o con muy pocas elecciones, control o toma de decisiones.

PRIVACIÓN OCUPACIONAL

Es la exclusión en ocupaciones necesarias y/o significativas, debido a circunstancias sociales, ambientales, económicas, geográficas, históricas, culturales... ajenas al individuo.



Es la injusticia ocupacional más frecuente. A largo plazo, causa consecuencias importantes para la salud.

APARTHEID OCUPACIONAL

Cuando las oportunidades ocupacionales se otorgan a algunos individuos y se restringen a otros, de forma institucional, a través de medidas políticas.

CONCLUSIONES



Nuestra labor desde Terapia Ocupacional debe ser individualizada, facilitando que la persona se conozca y sea fiel a sí misma, participe en actividades y ocupaciones significativas.

LA TERAPIA OCUPACIONAL COMO EJE EN EL PROYECTO DE VIDA DE LAS PERSONAS

La ocupación vinculada a proyectos personales, reconociendo el derecho de cada persona a elegir su camino, su propia interpretación de cómo quiere vivir y vincular la ocupación a etapas vitales. ¿Qué es un proyecto de vida? ¿Qué integra para cada persona su proyecto de vida? ¿Cómo orientar el proyecto de vida? ¿Cómo superar los aspectos que limitan? Concienciar de los potenciales de cada persona.

Eje de la intervención:

-Saber qué nos gusta, en qué condiciones nuestra vida es más satisfactoria y cuáles son los contextos y las personas determinantes del significado de la persona
- Participación activa de las personas a través de la toma de decisiones + posibilitar la acción y la experiencia usando ocupaciones como medio de empoderamiento + justicia ocupacional

Cuestiones a tener en cuenta:

¿Qué injusticias ocurren cuando las personas son despojadas de sus proyectos de vida?
¿Qué injusticias se cometen a través de una dependencia continuada en las actividades de la vida diaria?

Las injusticias ocupacionales en las personas con trastorno mental grave se pueden manifestar a través de barreras ambientales, falta de oportunidades en la participación en actividades significativas, dificultades en desarrollar su identidad y proyectos de vida, además de agravar el estigma y autoestigma.

BIBLIOGRAFÍA

-Durocher E., Gibson BE., Rappolt, S. Occupational justice: A conceptual review. Journal of Occupational Science. 2015; 21(4): 418–430. doi:10.1080/14427591.2013.775692
-Hernando-Pina M., Valverde MA. A propósito de "en la vida diaria": Terapia Ocupacional, recuperación y rehabilitación psiquiátrica. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2020; 17(2): 244-248.
-Parra-Esquivel, El. Análisis del concepto 'justicia' en terapia ocupacional. Revista de la Facultad de Medicina. 2015; 63(3): 449-456.
-Wilcock A. An occupational perspective of health. Second Edition. Thorofare, NJ: Slack Incorporated; 2006.
-World Federation Occupational Therapy. Declaración de posicionamiento Terapia Ocupacional y Salud Mental. 2019.
-Arboccó. Proyecto de vida y competencia ocupacional en población adolescente y adulta con discapacidad mental y cognoscitiva. Diario Oficial El Peruano. 2014.
-Grupo de Trabajo de Terapia Ocupacional de la FEARP. Justicia ocupacional en Rehabilitación Psicosocial: Una aproximación al concepto. Revista de Rehabilitación Psicosocial (ISSN: 1696-9936). 2023; 19(1).

Amador Jesús Oliver Huete, Elena García Prieto, Elena Fernández Barrio, Cristina García Román, Silvia Alcántara Espadafor.

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA: ¿SOLUCIÓN DE EMERGENCIA? O ¿TÉCNICA BASADA EN EL CONOCIMIENTO?

INTRODUCCIÓN

La terapia electroconvulsiva (TEC) se lleva utilizando como tratamiento en la práctica psiquiátrica desde hace más de ochenta años. Desde las últimas décadas existe un incremento en el uso de dicha técnica en la mayoría de los hospitales psiquiátricos, ateniéndose en la rapidez con la que consigue una respuesta clínica. Sin embargo, existen muchas dudas sobre los efectos adversos y la calidad científica de los estudios realizados.

METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica en bases de datos (PubMed, Medline).
- Asociando "Terapia electroconvulsiva (TEC/ECT)", mediante el artículo "AND".
- Descriptores: "depresión", "manía", "esquizofrenia", "catatonía", "mecanismo de acción", "efectos adversos", "efectos cognitivos", "recaídas."
- 145 artículos → 17 seleccionados.
- Criterios de inclusión: metaanálisis y revisiones sistemáticas entre 2017-2024 (inglés o español).

OBJETIVOS

Estudiar la evidencia que pueda existir para la TEC en torno a: eficacia, mecanismo de acción, índice de recaídas, efectos adversos y calidad de la evidencia científica.

RESULTADOS

La TEC es eficaz de forma precoz para disminuir índices de suicidio, mejorar la funcionalidad y disminuir tasas de hospitalización para personas con diagnósticos seleccionados (TDM, EQZ, catatonía,TBP).

Se desconoce el mecanismo de acción que subyace a la TEC.

Se han encontrado resultados similares en las recaídas (50%) que en los pacientes tratados con medicación. Es elevada antes del primer año y tiende a ser mayor con el tiempo.

Las guías no aclaran que tipo de terapia de mantenimiento se debe indicar.

De entre los múltiples efectos adversos, la aparición de amnesia retrógrada es la que adquiere mayor relevancia por su posible persistencia en el tiempo.

1) Alta heterogeneidad de las muestras,
2) falta de estudios prospectivos y comparativos doble ciego,
3) sesgos en el seguimiento por la falta de inclusión de pacientes que abandonan el tratamiento o que no obtienen buenos resultados
4) falta de estandarización de la técnica y de valoración subjetiva pacientes.

Tendencia a sobreestimar resultados por baja consistencia metodológica.

CONCLUSIONES

A pesar de la rapidez de respuesta clínica tras la TEC, su uso quizá debería limitarse a situaciones donde pudiera existir riesgo vital. Aún existe un enorme desconocimiento, sus efectos a largo plazo son dudosos por el índice de recaídas y por los efectos nocivos sobre la memoria retrógrada. Además, la evidencia no es consistente en cuanto a la conformación de los estudios. Se deben esclarecer estas cuestiones antes de poder considerarla una técnica segura.

Bibliografía:

1. *National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidance on the use of electroconvulsive therapy (technology appraisal 59). NICE, (2003)*
2. *Bassa A, Sagués T, Porta-Casteràs D, Serra P, Martínez-Amorós E, Palao DJ, et al. The neurobiological basis of cognitive side effects of electroconvulsive therapy: A systematic review. Brain Sci. 2021;11(10)*
3. *van der Does Y, Turner RJ, Bartels MJH, Hagoort K, Metselaar A, Scheepers F, et al. Outcome prediction of electroconvulsive therapy for depression. Psychiatry Res. 2023;326(July):1–7.*
4. *Yoldi-Negrete M, Gill LN, Olivares S, Lauzière A, Désilets M, Tourjman SV. The effect of continuation and maintenance electroconvulsive therapy on cognition: A systematic review of the literature and meta-analysis. J Affect Disord. 2022 Nov 1;316:148-160.*
5. *Read J, Kirsch I, McGrath L. Electroconvulsive Therapy for Depression: A Review of the Quality of ECT versus Sham ECT Trials and Meta-Analyses. Ethical Hum Psychol Psychiatry. 2020;21(2):64–103.*

Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

¿HACEMOS ALGO JUNTOS? UNA PROPUESTA DE GRUPO PSICOTERAPÉUTICO PARA NIÑOS EN UN HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL

AUTORES: Ana Elúa Samaniego (Psicóloga Clínica)*, Romina González Sánchez (Residente de Psicología Clínica)*, María Dolores Díaz Piñeiro (Psiquiatra)*, Laura Fernández Arconada (Residente de Psicología Clínica)*, Elia Fogué Robles (Residente de Psicología Clínica)*

*Complejo Asistencial Universitario de Burgos





INTRODUCCIÓN

El niño desde su nacimiento forma parte de un grupo relacional, siendo la familia su primer espacio interpersonal por el que transitará e irá adquiriendo sus primeros aprendizajes. Cuando el niño presenta psicopatología se produce un retroceso o desviación en su desarrollo, repercutiendo negativamente en distintas esferas como la motora, sensorial, emocional y cognitiva. Desarrollo evolutivo que puede empeorar al afectarse la comunicación e interacción con su entorno.

Los grupos psicoterapéuticos son una experiencia social de comunicación e interacción a través del intercambio verbal y de actividades que permitirá un desarrollo psíquico más maduro al niño. Las sensaciones y los movimientos se irán transformando en percepciones asociadas a palabras, enriqueciendo su mente con representaciones más simbolizadas, lo que facilitará una mejor compresión de sí mismo y de su mundo circundante.

Los niños se encuentran en un devenir corporal y psíquico en el que sus formas de entender el mundo distan de los modelos de los adultos. Siendo necesario adaptar las dinámicas a sus maneras de expresarse y comprender su realidad, más centradas en un registro sensorio-motor que simbólico. A lo que se añade su limitada capacidad de autoobservación y sus dificultades para la integración y síntesis de sus experiencias vitales, por lo que la comunicación verbal en forma de conversación no suele ser el medio predilecto para expresar sus malestares, preocupaciones o miedos. En este sentido el juego, los dibujos o los cuentos son modos privilegiados para expresar su mundo interno al exterior, donde el hacer antecede al decir.

METODOLOGÍA

El grupo psicoterapéutico se organizará como un espacio relacional en el que a través de mediadores terapéuticos (dibujos, juguetes, plastilina, etc.) se configure un espacio transicional en el los niños puedan exteriorizar de forma espontánea sus tensiones, conflictos y miedos.

El eje central del grupo es un *hacer entre todos* que permita la interacción vincular, el intercambio emocional, así como nuevos modelos de resolución de sus problemáticas. Ese *hacer entre todos* facilitará una contención emocional, posibilitando una representación del mundo más simbolizada y no tan centrada en las sensaciones y el movimiento.

A través de dinámicas activas en grupo se dará la oportunidad al menor de expresarse, ser escuchado en su singularidad y a conocerse a sí mismo en un espacio intersubjetivo. Espacio, que a su vez permitirá observar, escuchar y conocer a otros que también sufren, creándose un discurso espontáneo que permitirá a los niños crear nuevas formas de atravesar sus malestares.

El trabajar con mediadores terapéuticos en un formato grupal permite a los niños desarrollar sus capacidades personales y aprender sobre ellos mismos. Los mediadores posibilitan al niño el ir asociando elementos de su realidad interna con la realidad externa, así como ir comprendiendo las secuencias espacio-temporales que potenciará un mejor conocimiento y compresión de la realidad de su entorno y la suya propia-afectos, necesidades, reacciones-.

DESARROLLO

El programa Psicoterapia Grupal con niños estará insertado en el Hospital de Día Infanto-Juvenil, formando parte de las actividades terapéuticas del mismo, como un espacio de encuentro entre los profesionales y los niños en el que ir entretejiendo interacciones que permita formas más simbolizadas de expresión de sus emociones, deseos y preocupaciones, que fomentará un manejo más regulado y mentalizado de sus problemáticas psíquicas.

Los encuentros se programarán una vez por semana, con una duración aproximada de una hora. La intervención grupal se realizará desde una metodología experiencial con técnicas activas que fomenten la comunicación y relación dentro del grupo.

Participarán niños de 6 a 9 años con diagnóstico de Trastorno Mental Grave que presente dificultades en la comunicación verbal e interacción social.

GUIÓN DE LAS SESIONES

1. El encuentro grupal y elección de la actividad conjunta
2. Técnicas activas: juegos, creaciones artísticas (dibujos, acuarelas, plastilina), escenificación de cuentos
3. Puesta en común de lo que se ha realizado, emociones y experiencias
4. Construcción de una narrativa conjunta de lo sucedido en el grupo.
5. Recapitulación y despedida



CONCLUSIONES

El espacio grupal con técnicas activas permitirá mejorar la comunicación de los niños. Ampliar y enriquecer sus aspectos sanos, favoreciendo la maduración y progreso de las distintas capacidades.

Se potenciará la mejora de sus relaciones interpersonales para una mejor adaptación a sus ámbitos cotidianos.

Se podrá acoger y modificar aspectos relacionados con su psicopatología (ansiedades, impulsividad, agresividad, hiperactividad) desde la contención grupal para conseguir mayor bienestar.

Se fomentará una construcción de una identidad más estable, favoreciéndose los procesos de individuación y diferenciación de los otros.

El espacio grupal ampliará la experiencia propia y aprenderá de la ajena al compartir emociones, recuerdos y escuchar vivencias y pensamientos distintos. Se incrementará la capacidad de elaboración de las vivencias personales



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brun, A. (2009). *Mediaciones terapéuticas y psicosis infantil.* Herder Editorial.

De la Hoz, A. (2022). Niños en psicoterapia de grupo: el discurso grupal del juego terapéutico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42 (142), 155-175.

Pérez, E. (2011). De la consulta a la psicoterapia de grupo. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente,* 51/52, 84-102.

Rodríguez, J. A. (2013). *La práctica psicomotriz en el tratamiento psíquico*. Octaedro.

Torras, E. (2013). *Psicoterapia de grupo. Para niños, adolescentes y familias.* Octaedro.

"LA MOCHILA QUE CARGAMOS" . UN ANÁLISIS CRÍTICO DEL FORMATO DE CORREDORES TERAPÉUTICOS DE TRASTORNO MENTAL COMÚN

XXX JORNADAS ESTATALES AEN , XXVII JORNADAS AMSM "SEGUIR CON EL FUTURO" (JUNIO 2024)

Beatriz Díez Valle [1], Paloma Coucheiro Limeres[1], Zoe Vázquez Mata [1]

Centro de Salud Mental Hospital Universitario José Germain (Leganés)

INTRODUCCIÓN: El trastorno mental común (TMC) incluye "malestares" que requieren una intervención psicoterapéutica. Se excluyen aquellos que responden más a una necesidad social o que precisan una "intervención de no tratamiento". En el Centro de Salud Mental de Leganés desarrollamos desde hace 9 meses dos corredores terapéuticos mediante la técnica operativa grupal enfocados en el espectro del TMC.



Imagen 1.

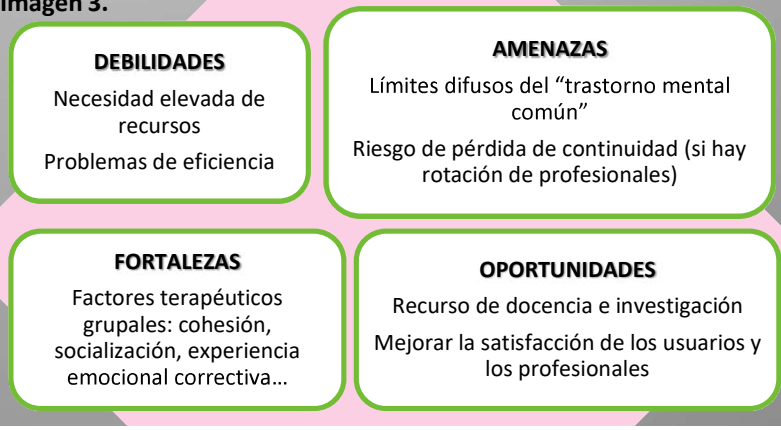
METODOLOGÍA: El grupo es un espacio semi-abierto con cortes cada 3 meses (12 sesiones) , momentos en los que se reevaluará en función de los objetivos cumplidos y la motivación personal, la permanencia en el siguiente ciclo grupal o el alta de cada uno de los participantes.

Imagen 2.

Características	G1	G2	G3
Nº participantes	11	12	12
Edad (media)	45	46	48
Género			
Hombre	4	4	2
Mujer	7	8	10
Situación Laboral			
Activo	6	5	2
Incapacidad temporal	3	4	5
Incapacidad permanente	0	0	1
Jubilado	0	1	2
Desempleado	2	2	2
Historia de enfermedad			
Antecedentes salud mental	6	6	7
Episodio actual >3 años	2	1	2
Episodio actual < 3 años	9	11	9
Alta clínica	0	3	2
Abandono	2	1	1
Continuidad en el grupo	9	8	9

RESULTADOS: Presentamos un **esquema del funcionamiento (Imagen 1)** y una descripción de **características demográficas y clínicas (Imagen 2)** de uno de los corredores. Por último aportamos un **análisis de este formato de intervención mediante la metodología DAFO (Imagen 3)**. Los resultados reflejan la mayor inclusión de mujeres, una significativa tasa de baja laboral y desempleo, la necesidad de tratamientos prolongados y en general una satisfactoria vinculación con el grupo.

Imagen 3.



CONCLUSIONES: Consideramos que estos dispositivos presentan un gran potencial para abordar la creciente demanda en salud mental y evitar la cronicidad de los procesos, aunque se requiere de mayor investigación a nivel longitudinal para esclarecer y mejorar sus limitaciones.

Bibliografía

-García-Bardón, Victoria de Felipe, & Vázquez-Ramo, Elena. (2022). El encuadre "corredor terapéutico" en psicoterapia grupal operativa: revisión del concepto y hallazgos.

-Gómez-Esteban, Rosa. (2022). Clínica grupal operativa: ¿un paradigma alternativo para otra clínica del sujeto, de los grupos y de las instituciones de salud mental?.

Recorriendo la vejez: de la ausencia de palabra a la búsqueda del sentido vital

Beatriz Pérez Cerrada[1]. Beatriz Díez Valle[2].
[1]Residente Psicología Clínica. [2]Psiquiatra. Hospital Universitario José Germain. (Leganés, Madrid).

Introducción

El suicidio entre las personas mayores de 65 años es un problema de salud pública creciente. Uno de cada cuatro ancianos que intentan suicidarse lo logra, siendo más prevalente en el sexo masculino. Recurren a medios más letales, y suelen tener una peor condición física que disminuye su probabilidad de recuperación o supervivencia tras un intento de suicidio.

Caso Clínico

- Se presenta el caso clínico de un varón de unos 70 años que ha realizado varios intentos de suicidio e ingresos hospitalarios.
- Presenta múltiples problemas somáticos que se han agravado en los últimos años provocando mayor limitación funcional. Además, ha sufrido varias pérdidas destacando la ausencia de figuras de referencia, la desaparición de vínculos sociales, y la pérdida en su autonomía.
- Su principal queja son las patologías físicas que le generan dolor, quedando en segundo plano de su narrativa la sintomatología ansiosa y depresiva, y los duelos por las pérdidas. Ante estas limitaciones, reacciona de manera obsesiva-deliroide, realizando varios intentos de suicidio en forma de sobreingestas medicamentosas.

Desarrollo

El caso clínico descrito nos induce a pensar que la conducta suicida en las personas mayores es compleja ya que el envejecimiento aumenta el riesgo de sufrir diversas afecciones de salud, y favorece la exposición a factores estresantes que pueden interactuar en su etiología y desarrollo.

Trastornos ansiosos, depresivos, o cambios de comportamiento a menudo son ignorados o atribuidos al propio proceso de envejecimiento. Muchas personas mayores informan de síntomas físicos, haciendo que sea difícil identificar el riesgo de depresión.

Ideación e intentos de suicidio

- Problemas salud física
- Dificultades relacionales
- Aislamiento social
- Inestabilidad financiera

Experiencias subjetivas

- Sensación de no pertenencia
- No aceptación pérdidas físicas y personales
- Ingratitud del entorno
- Malas relaciones familiares
- Sentimiento de inutilidad

Conclusiones

Poner palabra a todas aquellas experiencias que se tienen es fundamental para así **resignificarlas** y encontrar un **nuevo sentido vital**, para ello, la psicoterapia basada en la **alianza terapéutica** y el trabajo con la familia, el **modelo de las necesidades no cubiertas**, y un acompañamiento que favorezca la **vinculación** con los recursos sociales y las redes comunitarias son las principales intervenciones que contribuyen a la recuperación de las personas mayores con riesgo de suicidio.

Bibliografía

- Werdin S. (2024). Suicide in the Elderly - A Prevalent Phenomenon With Low Societal Awareness. *International journal of public health*, *69*, 1606482.
- Brooks, S. E., Burruss, S. K., y Mukherjee, K. (2019). Suicide in the Elderly: A Multidisciplinary Approach to Prevention. *Clinics in geriatric medicine*, *35*(1), 133–145.
- Gutierrez, D. M., Sousa, A. B., y Grubits, S. (2015). Suicidal ideation and attempted suicide in elderly people - subjective experiences. *Ciencia & saude coletiva*, *20*(6), 1731–1740.

FOTOVOZ "EL LABERINTO DE LA VIDA"
UNA EXPERIENCIA NARRATIVA Y FOTOGRÁFICA DE PROYECTOS DE VIDA EN SALUD MENTAL

Belén Pedregal Navarro, Raquel Mateos Marco, Elisa Serra Fortes, Ruth Escámez Adrover y Eva María Trigueros García. Profesionales del Centro de Día y CRIS Ciudad Jardín, Conselleria de Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda. **XXX Jornadas estatales AEN - XXVII Jornadas AMSM. Junio 2024.**

1. INTRODUCCIÓN

Fotovoz es una técnica cualitativa de Investigación-Acción-Participativa que combina la narrativa, la fotografía y la participación colectiva como vía desde la que facilitar la co-construcción de conocimiento en torno a experiencias personales y realidades sociales, de forma crítica, creativa y significativa.

Siendo una metodología innovadora en el ámbito de Salud Mental, ha sido relacionada tanto con la perspectiva de la recuperación (Cabassa, 2013, Mizock, 2014), como con la sensibilización y reducción del (auto) estigma (Han, 2016, Russinova, 2018) .

A continuación, se recoge una experiencia de Fotovoz desarrollada en 2023 en el Centro de Día y CRIS (Centro de Rehabilitación e Inclusión Social) "Ciudad Jardín" de Alicante, como metodología conductora de un proceso grupal para el acompañamiento a personas con sufrimiento psíquico en la elaboración de su proyecto de vida.

2. OBJETIVOS

- Facilitar la **participación y autodeterminación** de las personas con problemas de salud mental en el diseño de su proyecto vital.
- Conocer los **sueños, oportunidades y barreras** que identifican las personas para poder implementar sus proyectos de vida.
- Generar espacios de **encuentro con la comunidad** que faciliten la reflexión conjunta en torno a los proyectos vitales de las personas con sufrimiento psíquico.
- Contribuir a la **sensibilización e inclusión** comunitaria de las personas con sufrimiento psíquico.

3. METODOLOGÍA

La experiencia se ha desarrollado a través de la metodología de **Fotovoz** como técnica de **investigación-acción-participativa** que permite combinar la fotografía con la acción comunitaria.

Siendo el tema de investigación principal "los proyectos de vida en personas con problemas de salud mental". Se planteó como "foto-misión"; los sueños (propósitos y deseos vitales), las barreras (obstáculos o dificultades para alcanzarlos) y las oportunidades (apoyos, fortalezas, facilitadores de cambio).

DESARROLLÁNDOSE EL PROCESO EN SIETE FASES:

1) Análisis previo y presentación
2) Introducción a la fotografía y técnicas participativas
3) Fotografías y relatos individuales
4) Elección colectiva de fotografías
5) Coproducción de narrativas colectivas
6) Exposición pública
7) Evaluación. Continua y transversal al proceso

Incorporando, para el análisis iconográfico y narrativo, una adaptación de la técnica **SHOWED** como enfoque recomendado para la estimulación de relatos y reflexiones en torno a las imágenes representadas.

4. DESARROLLO

La experiencia tuvo lugar entre enero y noviembre de 2023, iniciando 21 personas, consolidando grupo 16 y finalizando 15, firmando todas ellas **consentimiento informado.**

Se realizaron un total de **32 sesiones**, con una **periodicidad semanal**, duración de una hora y teniendo lugar tanto en el propio CRIS/CD como otros espacios comunitarios (Centro Social, salas municipales..).

Se promovió una **metodología participativa y horizontal** incorporando a las personas como parte activa del proceso. Incluyéndolas, a través de un **proceso abierto de diálogo, escucha y evaluación continua** en la organización, planificación y toma de decisiones de cuestiones organizativas y metodológicas.

La experiencia fue facilitada por un **equipo interdisciplinar** de trabajadoras sociales, psicólogas y educadoras, cuyos roles podían ser: facilitadora (dinamizadora), observadora (registro) o participante (apoyo en actividad).

Alternando el trabajo individual y en pequeños grupos (elaboración del proyecto fotográfico y narrativa individual asociada) **con el trabajo grupo grande** (narrativas colectivas, cuestiones concernientes a la organización del grupo..).

5. RESULTADOS

- El proceso culminó con la celebración, en un Centro Social Comunitario de Alicante, de una **exposición pública** y coloquio comunitario para compartir e intercambiar impresiones sobre la experiencia a la que acudieron, aproximadamente, 100 personas.
- La exposición titulada **"El laberinto de la vida"**, contenía 46 fotografías, perteneciendo 16 a la foto-serie "sueños", 15 a "barreras" y las otras 15 a "oportunidades". Acompañando a cada imagen una breve narrativa, fruto del análisis individual y colectivo.
- Los proyectos fotográficos presentados y sus correspondientes narrativas quedaron sistematizadas en una **matriz de datos del análisis iconográfico y narrativo.**
- Como resultado de la reflexión colectiva se destacó, desde una perspectiva crítica y de derechos, que aquellos elementos que componen los sueños y proyectos de vida de las personas son, en realidad, **derechos y necesidades vitales** con las que la mayoría de las personas podrían identificarse: tener un trabajo, formar una familia, viajar, ser feliz, tener autonomía y control sobre la propia vida... estableciéndose una relación directa con las dimensiones que componen el **modelo de calidad de vida.**
- Concluyéndose la importancia de reconocer y **abordar los estigmas, prejuicios y vulneración de derechos** que enfrentan las personas con sufrimiento psíquico para poder tener un proyecto vital propio en igualdad de oportunidades en y con la comunidad.
- Los resultados obtenidos en la evaluación final mostraron una alta satisfacción y valoración de la experiencia, destacando el **potencial terapéutico de la fotografía participativa** para promover el autoconocimiento, la autodeterminación, la sensibilización social y el desarrollo de redes y relaciones de apoyo y confianza entre los y las participantes.



6. CONCLUSIONES

El uso de Fotovoz, como técnica de investigación-acción-participativa, resulta de utilidad para favorecer la coproducción de conocimiento y la sensibilización social entorno a las distintas necesidades, sueños y propósitos que componen los proyectos de vida de personas con sufrimiento psíquico de una forma crítica, creativa, colaborativa y visual, generando una **experiencia significativa y de alto impacto a nivel individual, grupal y comunitario.**



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cabassa LJ, Nicasio A & Whitley R. (2013) Picturing recovery: a photovoice exploration of recovery dimensions among people with serious mental illness. Psychiatr Serv. 1;64(9):837-42. doi: 10.1176/appi.ps.201200503.
- Han CS & Oliffe JL. (2016). Photovoice in mental illness research: A review and recommendations. Health (London)..20(2):110-26. doi: 10.1177/1363459314567790.
- Mizock, L., Russinova, Z., & Shani, R. (2014). New Roads Paved on Losses. Qualitative Health Research, 24(11), 1481–1491. https://doi.org/10.1177/1049732314548686
- Russinova, Z., Mizock, L. y Bloch, P. (2018). Fotovoz como herramienta para comprender la experiencia del estigma entre personas con enfermedades mentales graves. Estigma y salud, 3 (3), 171–185. https://doi.org/10.1037/sah000008
- Sanz., C.M, Noriega,.A, Noguerol de Cid, C. y Serra,, R. (2018). Manejo de la técnica de Fotovoz como herramienta comunitaria. RqR Enfermería Comunitaria. 6(3); 42- 56

Derechos sexuales y reproductivos (DSR) en mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave (DTMG): Un vacío lleno de significados

Autoras: Blanca Ramo Alameda - Erika Mcdonnell Pacheco

Introducción: La OMS (2006) define los DSR como aquellos que defienden que todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia, deben disponer del mayor nivel posible de salud sexual (…), el respeto por la integridad corporal, la capacidad para la elección de la pareja y si se quieren tener hijos o no; y disponer de información y de los medios para tomar esta decisión de manera consciente y autónoma (...)
En nuestro país, no existe un reconocimiento constitucional explícito de estos derechos.
Las mujeres con DTMG son especialmente sensibles a sufrir discriminación y vulneración de estos derechos, por encontrarse sometidas a diferentes ejes de opresión y desigualdad.

Objetivos:

El objetivo principal de esta revisión es analizar la literatura existente sobre los aspectos ético-legales más relevantes para los profesionales de la Salud Mental en torno al ejercicio y/o vulneración de los DSR de las mujeres con DTMG.

Los objetivos secundarios planteados son establecer prioridades para la investigación e intervención dentro del área y definir la situación legal en España, así como analizar la trayectoria de ésta.

Metodología: Revisión de la literatura científica disponible, lectura crítica, análisis y selección de los artículos que sugieren más interés hacia el tema escogido. Las bases de datos utilizadas fueron Pubmed y Science Direct.

Bibliografía:

1. Lamelas, V. S., Maurel, B. L., Del Carmen Peñaranda-Cólera, M., De la Torre, L., Gresle, A., & Pinazo, M. J. (2022). Derechos sexuales y reproductivos en mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave: argumentos y consensos de profesionales en salud mental comunitaria. Anuario de Psicología, 52(1).
2. Rodríguez, J. B. M. (2014). Reflexiones biojurídicas sobre la esterilización forzosa de personas con deficiencia psíquica. DS: Derecho y Salud, 24(1), 144-155.
3. García, C. P. (2021). La necesaria erradicación de la esterilización no consentida de mujeres con discapacidad desde el marco de los derechos humanos. IgualdadES, 5, 371-399. https://doi.org/10.18042/cepc/igdes.5.03

Desarrollo:

Debe entenderse por DR aquéllos que buscan proteger la autonomía de las personas para realizar con responsabilidad una planificación familiar con plena libertad.

Según lo analizado, estos derechos hallarían su fundamento en algunos de los preceptos constitucionales, tales como el derecho a la intimidad personal y, especialmente, el de autonomía, que implica que nadie debe interferir en el proceso de adopción y ejecución de las decisiones.

En España, la esterilización forzosa o no consentida ha sido legal hasta el año 2020. Año en el la Ley Orgánica 2/2020 deroga el art. 156 del Código Penal que establecía que no sería punible la esterilización acordada por el órgano judicial en el caso de personas que, de forma permanente, no pudieran prestar consentimiento.

Por otra parte, el control reproductivo se asocia con el miedo a la transmisión del trastorno mental a la descendencia y, en especial, a la atribución de incapacidad para su cuidado, debida a las creencias vinculadas con el TMG. Esta atribución se reproduce tanto en el entorno familiar como en el institucional y, al ser interiorizada por parte de estas mujeres, controla sus deseos de ser madres.

Los artículos muestran una controversia: a las mujeres con DTMG se les niega o cuestiona la posible maternidad con argumentos de incapacidad, pero, paralelamente, se les asigna el cuidado de familiares adultos.

Estos efectos están presentes tanto en el área de la sexualidad, caracterizada por el tabú y la medicalización, como en el área de la reproducción, caracterizada por la mirada incapacitante en torno a la maternidad y el control reproductivo. Asimismo, sitúan a las mujeres en posiciones de opresión que favorecen situaciones de abusos y maltratos.

Conclusiones:

- La categoría TMG interactúa con el género para agudizar la opresión, la invisibilización y la vulnerabilidad social de las mujeres, por lo que tienen efectos negativos sobre el ejercicio de sus DSR.
- Dicha vulnerabilidad se ve potenciada por las prácticas de ocultación de la sexualidad (fruto de la sobreprotección e infantilización de estas mujeres) presentes tanto a nivel familiar como institucional.
- No existen políticas que atiendan de forma específica y concreta a los DSR en personas con DTMG, lo que contribuye a su invisibilización.
- Se requiere un diálogo común entre los profesionales, las mujeres con DTMG y sus familias, que identifique y reconozca sus necesidades desde sus malestares y experiencias vitales y que las haga partícipes en cada uno de los momentos del proceso, generando recursos para su abordaje y prevención de la vulneración de sus derechos.

SUPERANDO BARRERAS EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Carolina Monroy Paccini, Directora del Centro Residencial de Rehabilitación y Pisos Supervisados de Plasencia; Mónica Muriel Fernández, educadora monitora piso supervisado de Plasencia ; Mónica Morales García educadora monitora de Centro residencial de rehabilitación de Plasencia. **XXX Jornadas estatales AEN - XXVII Jornadas AMSM. Junio 2024.** Contacto: direccion.crrplasencia@grupo5.net

1. INTRODUCCIÓN

En los recursos residenciales de salud mental una de las principales barreras que nos encontramos es la transistitucionalización (Guinea, 2014). Entendiéndose como transistitucionalización el mero traslado de pacientes desde la institución psiquiátrica a otra de residencial, mejorando significativamente la calidad de vida, pero sin una integración plena y natural en la sociedad. Una de las alternativas residenciales del programa de Salud Mental en Extremadura son la existencia de pisos supervisados. **Estos pisos tienen el objetivo de mejorar la calidad de vida y fomentar la autonomía de las personas en atención. Están destinados a facilitar y apoyar la salida de la persona a un entorno aún más autónomo y normalizado.**

En la actualidad existe un aumento de las barreras de las personas con diagnóstico para la integración comunitaria y la recuperación de su vida (Desviat,2020). Como detallan Fernández-Catalina, P., & Ballesteros-Pérez, F. (2019) el trabajo bajo el enfoque comunitario encuentra en ocasiones barreras que dificultan la integración de la persona como: carencia de oportunidades, habilidades y/o recursos; desesperanza de los profesionales; discriminación; costes personales; sintomatología incapacitante; historia de aprendizaje social con gran número de fracasos, entre otros.

Las necesidades residenciales de una persona con diagnóstico de esquizofrenia o de una persona sana son, en último término, las mismas. (Vargas, 2005).

2. OBJETIVOS

- **Demostrar la evolución positiva de las personas con enfermedad mental grave que afrontan barreras de integración comunitaria y los estigmas de la sociedad.**
- **Contribuir a la visibilización de procesos rehabilitadores en salud mental**

3. METODOLOGÍA

El proceso se ha realizado con **3 residentes en el piso supervisado de Plasencia,** adscrito al C.R.R. de la misma localidad, mediante el protocolo diseñado para la alta terapéutica. Se lleva a cabo por cumplimiento de objetivos, identificándose cuatro fases.

- **Fase 1. Detección e identificación**
- **Fase 2: Plan de Alta**
- **Fase 3. Alta**
- **Fase 4. Seguimiento**

Residentes:

R.P.G. Varón, 44 años
Esquizofrenia paranoide y Trastorno por consumo de tóxicosCentro Residencial de Rehabilitación: 2020-2021. Piso supervisado Plasencia: 2021-2024. Motivo de derivación: Grave conflictividad familiar y emergencia social. Trabajador en activo. En proceso de revisión de medidas de apoyo. Seguimiento por Equipo de Conductas Adictivas.

J.M.R . Varón 64 años
Esquizofrenia paranoide. Centro socio sanitario Plasencia: 1992-2010. Centro Residencial de Rehabilitación:2010– 2018. Piso Supervisado Plasencia: 2018-2024. Motivos de derivación: Alternativa a hospitalización prolongada. Alucinaciones auditivas activas

F.L.S. Varón, 56 años.
Esquizofrenia paranoide. Centro socio sanitario Plasencia: 2018 -2020 (+ de 20 ingresos previos desde 2007). Centro Residencial de Rehabilitación: 2020-2021Piso supervisado Plasencia: 2021-2024. Motivo de derivación: Alternativa a hospitalización prolongada. Emergencia social por ausencia de red de apoyo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Desviat M. (1994) *La reforma psiquiátrica*. Dor.

Fernández-Catalina, P., & Ballesteros-Pérez, F. (2019). La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria. *Edupsykhé. Revista De Psicología Y Educación*, *16*(1), 15-36. https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v16i1.4080

Guinea, R. (2014). La rehabilitación psicosocial en Europa. *Rehabilitación Psicosocial*, 11(1), 25-42.
Vargas, ML. (2005) Inserción residencial y enfermedad mental: un reto sociosanitario (editorial). *Rehabilitación Psicosocial* , 2 (1), 1.

Verdugo, M.A.; Arias, B.; Gómez, L. E.; Schalock, R.L. (2008). Formulari de l'Escala GENCAT de Qualitat de Vida. Manual d'aplicació de l'Escala GENCAT de Qualitat de >Vida. Barcelona: Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catlunya.

4. DESARROLLO

FASE 1. El objetivo de estancia en un piso supervisado puede estar planificado con anterioridad y servir de paso intermedio a la salida de la persona a un domicilio particular; o puede tratarse de una estancia indefinida debido a la no posibilidad de plantear alta. Ya sea por falta de competencias, de recursos económicos y/o de apoyo. En algunas ocasiones son los y las profesionales quienes deben estimular y motivar a la persona a dar este paso trabajando para superar barreras adquiridas tras su institucionalización-previa.

FASE 2. Una vez la persona ha explicitado su deseo de alta y aparece ya en su Programa Individual de Rehabilitación, es preciso dar los apoyos necesarios para conseguir llevar a cabo una salida satisfactoria. Se trabajará a través de un Plan de Alta individualizado

Área Identificar si necesita intervención o no	Objetivos Qué se quiere conseguir	Indicadores Evaluación de la consecución o no de los objetivos previstos	Profesional Que realiza la intervención y/o seguimiento	Temporalidad En caso de que se pudiera identificar
	Ajustarme a un presupuesto	Solicitud de adelanto	Educadora	Mensual
Gestión Económica				
AVD	Mantener habilidades adquiridas	Nº de intervenciones necesarias	Educadora	Semanal
Alimentación y compras	Mantener menú saludable	Nº de comidas no saludables	Educadora	Mensual
Limpieza	Mantener hábitos adquiridos	Registro de observaciones	Educadora	Quincenal
Hábitos de medicación	Asegurar disponibilidad de recetas	Planificación de asistir a farmacia	Educadora	Mensual
Cuidado de la salud	Atender malestares puntuales	Asistencia a servicios médicos u otros profesionales	Psicóloga	Mensual
Ocupación	Mantener actividades que me generan bienestar	Nº de actividades en las que participo en la comunidad	Educadora	Quincenal
Gestión emocional	Aumentar la seguridad ante la falta de profesional	Asistencia a citas psicóloga	Psicóloga	Quincenal
Convivencia	Mantener la buena relación establecida	Nº de actividades compartidas	Educadora	Quincenal
Búsqueda piso	Visitar al menos 3 pisos	Nº de pisos visitados	Educadora	Mensual
Adecuación piso	Disponer de al menos 3 habitaciones	Cumplimiento de mínimos	Educadora	Mensual

FASE 3. A lo largo del proceso aparecen múltiples barreras que se han tenido que superar hasta conseguir la alta terapéutica.

BARRERAS INDIVIDUALES

Oposicionismo familiar	Coste económico	Miedos e inseguridades	Historias aprendizaje social
• Empoderamiento • Reuniones con familiares	• Alquiler compartido • Ajuste de presupuestos • Búsqueda de ayudas económicas	• Afrontamiento • Validación emocional	• Apoyo social del individuo • Reconocimiento de logros

BARRERAS PROFESIONALES

Desesperanza	Proteccionismo	Desconfianza en procesos de alta
• Motivación • Conocimiento de experiencias exitosas • Trabajo multidisciplinar	• Optimización del uso y acceso a los recursos disponibles • Reuniones de coordinación	• Seguridad de otros profesionales • Existencia de una red de Salud Mental

FASE 4. Búsqueda de ayudas normalizadas como ayuda a domicilio y seguimiento por otros recursos que necesiten (Equipo de Salud Mental, Equipo de Tratamiento asertivo comunitario, Equipo de conductas adictivas, Centro Rehabilitación psicosocial). .

5. RESULTADOS

El resultado de este triple proceso de alta terapéutica es la consecución de la experiencia de vida autónoma en un piso de alquiler normalizado, con un mínimo apoyo ambulatorio por parte de diferentes recursos de salud mental.

- **Resultados individuales:**

Mejoría objetiva Escala GENCAT de Calidad de Vida (Verdugo et al., 2008).

		Índice de calidad de vida	Percentil del Índice de Calidad de vida
J.M.R	Pre – Plan de alta	114	83
	Post – Plan de alta	131	98
F.L.S	Pre – Plan de alta	98	45
	Post – Plan de alta	127	97
R.P.G	Pre – Plan de alta	100	50
	Post – Plan de alta	127	97

- **Resultados profesionales:**

Se ha observado un cambio en las prácticas profesionales de los equipos implicados, que brindan nuevas oportunidades y formas alternativas de abordar las necesidades residenciales de las personas con diagnósticos.

Actualmente se ha iniciado la preparación de otras dos personas usuarias para el alta del piso supervisado replicando el modelo anterior.

Hospitalización Domiciliaria: la introducción de actividades en la comunidad como parte de la humanización del proceso terapéutico.

Autoras: Violeta Sotoca Garcia, Claudia Gudiel Martín, Natalia García Muelas, Carmen Cañada Gallego
Centro de trabajo: Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares)

INTRODUCCIÓN

El programa de Hospitalización Domiciliaria se creó en el año 2012 en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, con el propósito de brindar opciones de atención a pacientes en crisis desde un enfoque comunitario. Actualmente, el equipo está formado por dos psiquiatras y tres enfermeras. Además, debido al gran interés formativo de esta característica forma de ingreso, se ha decidido incluirla como rotación obligatoria de 5 meses en el nuevo programa MIR del 2023, manteniendo las rotaciones ya establecidas en programas docentes PIR y EIR del área. Esto permite que, desde el inicio del proceso formativo en Salud Mental, se aprenda de forma práctica la importancia de incluir los espacios cotidianos de los usuarios, así como no olvidar el impacto de la red de apoyo y la realidad psicosocial de los usuarios en el proceso terapéutico, aprendizajes fundamentales para poder crear vínculos terapéuticos más cercanos y horizontales que permitan a los paciente sentirse seguros (Rotelli & Gallio, 2018). Con la idea de potenciar la humanización del programa, en noviembre de 2022 se inició un grupo con periodicidad semanal para desayunar en una cafetería de la ciudad al que acuden tanto pacientes ingresados como aquellos que hayan sido dados de alta del programa, familiares de los mismos y todo el equipo. Debido a la buena acogida de esta propuesta, desde inicios del 2024, se ha impulsado la organización por parte de los residentes de una excursión mensual.

OBJETIVOS

Conocer y reflexionar sobre las opiniones de los usuarios y del equipo sanitario respecto a las actividades comunitarias implementadas.

METODOLOGÍA

Los datos se han obtenido mediante la entrega a usuarios, familiares y equipo sanitario de encuestas de satisfacción anónimas, con las siguientes preguntas cerradas:

"1 ¿Cuál es su valoración global de la actividad "grupo-café" realizada los viernes?/ 2¿Cuál es su valoración global de las excursiones realizadas mensualmente?/ 3. ¿Consideras que pueden fomentar un mejor vínculo terapéutico entre paciente-equipo?/ 4.¿Consideras que han podido tener un impacto positivo en el proceso terapéutico?/ 5. ¿Te has sentido cómodo y acogido al acudir a dichas actividades?" y una final abierta "6. En la siguiente pregunta abierta agradeceríamos si pudiera dar su opinión sobre dichas actividades, puede incluir aquellos aspectos positivos o negativos, así como recomendaciones para poder mejorar la organización de las mismas en un futuro:", tras la entrega de una hoja informativa con su consentimiento informado asociado. Participaron un total de 15 personas en la recogida de estos datos.

DESARROLLO

La Hospitalización Domiciliaria es actualmente la primera opción de ingreso en el área de Alcalá de Henares en situaciones de crisis independientemente del diagnóstico (Cañada & García, 2023). Este modelo se crea como alternativa al ingreso tradicional en UHB, ya que, según reclaman los colectivos de expertos en primera persona, en ellos se pueden ver vulnerados los derechos humanos (Orgullo Loco Madrid, 2023). Desde la apertura del programa, se han realizado encuestas de satisfacción al alta, obteniendo resultados satisfactorios. Los usuarios destacaron como puntos clave del dispositivo: la importancia del trato, la constancia del equipo, el contexto comunitario, las ventajas respecto a sus experiencias en ingreso hospitalario y la inclusión de su familia en el proceso (Cañada & García, 2023).

Respecto a las actividades comunitarias del Grupo-café y excursiones ha acudido una media de 6-12 usuarios por actividad. Tanto los usuarios como familiares se han mostrado acogedores y participativos, proponiendo desde el principio lugares que les gustaría visitar en próximas excursiones. Asimismo, los resultados de las encuestas de satisfacciónhan muy positivos (Figura 1).

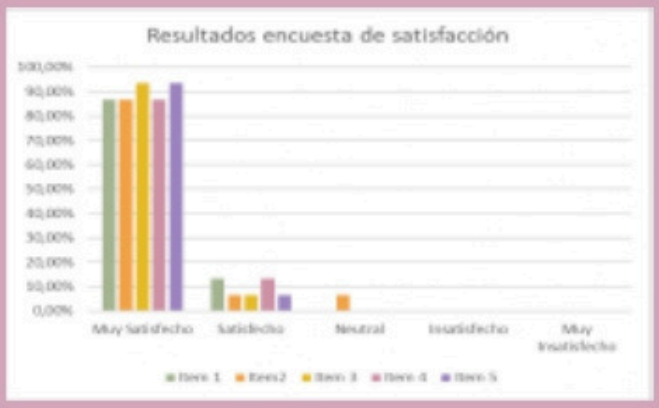


Figura 1- Resultados de encuesta de satisfacción.

Algunas reflexiones a destacar sobre dichas actividades:

- Estas actividades me ayudan, en cuanto a salir de mi zona de confort"

-Las actividades representan un espacio distendido, confiable, idóneo para fomentar el trabajo psicoterapéutico. Deberían ponerse todas las fuerzas en buscar más oportunidades de este tipo.

Las actividades son organizadas por los residentes, consiguiendo implicarse en una forma de trabajar más comunitaria y creando vínculos desde una perspectiva más horizontal, permitiéndonos descubrir junto con los usuarios aspectos culturales, sociales, artísticos y tradicionales de la ciudad en la que viven.



CONCLUSIONES

1. Con los resultados obtenidos de los distintos ítems de la encuesta podemos concluir que existe un grado de satisfacción generalmente muy alto para las distintas actividades realizadas.

2. Asimismo, podemos concluir que todos los participantes creen que fomenta el vínculo entre el equipo y los usuarios y tienen un impacto positivo en el proceso terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cañada C. y GarcíaMuelas N. (2023). Cómo hemos cambiado: 10 años de recorrido por la Hospitalización Domiciliaria. e Átopos, Volumen 8, (5-23).

2.Orgullo Loco Madrid. (2023). Manifiesto VI Orgullo Loco Madrid 2023.
Recuperado de https://orgullolocomadrid.wordpress.com/2023/05/24/manifiesto-vi-orgullo-loco-madrid-2023/

3.Rotelli, F, y Gallio G. (2018). Futuro anterior a la ciudad social. Reflexiones desde la experiencia de atención sanitaria territorial en Trieste

DINÁMICAS VINCULARES EN EL NARCISISMO: REVISIÓN TEÓRICA Y REFLEXIÓN A RAÍZ DE UN CASO

Cristina Zita Díaz Pisano. Paula Gómez de Salazar González. Elena Panadero Utrilla.
Centro de Salud Mental Moratalaz-Vicálvaro. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

XXX Jornadas Estatales AEN
XXVII Jornadas AMSM

I Introducción

Desde la perspectiva psicoanalítica tradicional Freud habla del narcisismo como la imposibilidad para vincularse con otro objeto distinto del yo (Freud, 1980), colocando a dichas personas bajo un prisma que dificulta la apertura de un proceso psicoterapéutico que predisponga al cambio (Serra, 2016).

Klein abre las puertas a una perspectiva que permite el análisis del paciente, estableciéndose la estructura narcisista como una patología pre-edípica. Además, esta autora se aproxima a una concepción relacional al determinar que el autoerotismo y el narcisismo primario coexisten a la primera relación de objeto (Klein, 1980). No obstante, a diferencia de las siguientes teorías, Klein mantiene a la pulsión como la causa primera del conflicto psíquico (Klein, 1980).

Kohut (1966), a través de la psicología del sí-mismo, hace un giro conceptual aproximándose al narcisismo desde una una visión relacional (Serra, 2016). Postula que, en este caso, las relaciones objetales tienen una cualidad narcisista, el otro es visto en relación al sostén que le reporta al self. Permite, así, introducir el vínculo y las fallas en el mismo como algo central en el desarrollo del narcisismo, abriendo la posibilidad a la restauración a través de la relación terapéutica (Kohut, 1989). Desde la psicología del sí-mismo y el psicoanálisis relacional, se enfatiza la importancia del vínculo en la acogida de las necesidades básicas de reconocimiento, cuidado y validación para la consolidación de un self estable y cohesivo. Las dificultades narcisistas surgirían cuando estas necesidades son interferidas en el desarrollo del niño (Serra, 2016). Es de especial relevancia para el caso expuesto a continuación la teoría de la intersubjetividad y la concepción de Shaw, donde el narcisismo responde a una relación de utilización y subyugación en la que el patrón relacional no permite la diferenciación ni la emergencia de una subjetividad como tal (Serra, 2016).

II Descripción del caso

A.M es un adulto joven derivado a Psicología Clínica tras una larga trayectoria de tratamientos psicoterapéuticos que describe como infructuosos. En el tránsito a la vida adulta, comienza un acentuado malestar emocional caracterizado por la tristeza, anhedonia, sensación de vacío y decepción que perdura en la actualidad. Identifica como principal causa de su malestar las dificultades para establecer relaciones significativas, mostrándose desconfiado y sintiendo que los demás “no son suficiente”. Solicita al terapeuta mejorar su estado de ánimo y busca consejos concretos para entablar relaciones, no obstante, deposita en el otro la responsabilidad de esta mejora, manteniendo un locus control externo que dificulta el cambio terapéutico.

En el proceso de evaluación se refleja una organización narcisista de la personalidad, cuyo desarrollo se ajusta a las teorías relacionales anteriormente expuestas.

III Desarrollo

A continuación desarrollamos varios conceptos interrelacionados que ayudan a entender la inamovilidad para el cambio que se muestra en este caso.

Explorando las dinámicas familiares, se escenifica una situación en la que A.M es especialmente relevante en el sostén de una madre desvinculada de su familia de origen, debido a un secreto familiar que perdura hasta la actualidad. Así mismo, se aprecia una relación conflictiva en el vínculo paterno -filial, al que atribuye el legado del recelo y la desconfianza en las relaciones. Por el contrario, A.M idealiza la figura materna, situándola como ejemplo de pureza y sacrificio abnegado. Describe este vínculo como su relación amistosa y afectiva más importante.

Se manifiesta un **TRIÁNGULO PERVERSO** en el que existe una coalición negada entre hijo y madre (Haley, 1963). En esta dinámica patológica, el hijo se sitúa en una posición de **ADOLESCENTE SALVADOR** (Pittman, 1991), sacrificio que permite desviar la atención de la pugna que tiene lugar en la diada parental, para centrarse en el estado depresivo y la incompetencia social de A.M (Pittman, 1991). Esta triangulación sabotea de forma continua los intentos de diferenciación de A.M, quien persiste estrechamente ligado a su familia de origen (ámbito académico, laboral, vivienda y recreativo).

Se desvela la existencia de una **DELEGACIÓN**, una encomienda familiar depositada sobre el hijo, cuyo cumplimiento permite probar su lealtad. Existe una deuda de **LEALTAD FORZADA**, seguramente heredada de generaciones pasadas. A.M ocupa la posición de deudor, devoto a la causa de los cuidados de la figura materna y, al mismo tiempo, beneficiado del vínculo fusional (Nagy, 1994), en tanto fuente de cuidados y autoestima. La figura paterna queda relegada a la indiferencia y el conflicto conyugal encubierto por el síntoma.

Hilando con las aportaciones de Shaw, el fusionamiento a la figura materna dificulta el proceso de autonomización, dejando a A.M estancado en el rol de hijo dependiente. El vínculo establecido con esta es caracterizado por la utilización (Serra, 2016), en donde las necesidades de reconocimiento no se han visto acogidas. Para A.M, no obstante, es inconcebible tomar ningún paso hacia la diferenciación, pues supondría una traición explícita a uno de los valores que él mismo identifica como nucleares en su persona, la lealtad. Cabe hipotetizar, que a través del vínculo con la terapeuta, esta podría proveer de un **REFLEJO** (Serra, 2016) adecuado que pueda ser internalizado por A.M y le permita iniciar el proceso de diferenciación.

IV Conclusiones

La conceptualización del narcisismo y su posibilidad de cambio ha ido evolucionando a lo largo de la historia. En la práctica clínica actual, encontrarse con un paciente con este funcionamiento puede ser frustrante y terminar derivando en una situación de resistencia al cambio. Para entender esta dinámica relacional es imprescindible desvelar, dentro de un sistema familiar, qué función cumple el síntoma y a qué compromisos honra. Las formulaciones desde una visión relacional integrada en el sistema abren la ventana a utilizar el vínculo en el proceso terapéutico con el fin de restaurar una concepción del self más estable, haciendo entonces el cambio posible.

IV Bibliografía

ANÁLISIS DE NECESIDADES EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y EDAD AVANZADA ATENDIDOS EN CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Daniel Navarro Bayón. Responsable de Área Departamento Clínico, Técnico y de Calidad; Francisco Ballesteros Pérez. Coordinador de Área de Centros de Atención Psicosocial Ambulatorios. **XXX Jornadas estatales AEN - XXVII Jornadas AMSM. Junio 2024.** Contacto: daniel.navarro@clariane.es

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es una característica sociodemográfica relevante en España, afectando también a las personas con trastornos mentales graves (TMG). En el proceso de hacerse mayor, las personas con un TMG deben afrontar las consecuencias y malestares de la enfermedad mental, y los cambios físicos y sociales relacionados con la edad (doble estigma).

Aunque las necesidades en esta población se multiplican con la edad, son pocos los estudios que exploren y analicen estas. Así, en el estudio de Vargas et al (2010), se identificaron 40 necesidades asociadas al envejecimiento en la población de personas con TMG. Algunas de estas fueron: la independencia económica, tener un tratamiento psicofarmacológico adecuado para prevenir recaídas, tener vivienda adecuada, disponer de atención en salud mental accesible y continuada, disponer de alternativa residencial y contar con afecto, compañía y apoyo de la familia.

2. OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es **conocer de una manera descriptiva la prevalencia y la situación de las necesidades de personas atendidas en centros y servicios de Rehabilitación Psicosocial de España, con perfil de edad avanzada, tiempo prolongado de tratamiento rehabilitador y proximidad al momento de salida del proceso de Rehabilitación Psicosocial.**

3. MUESTRA

Los centros participantes fueron 25 recursos públicos de rehabilitación psicosocial integrados en la Red Atención Social a Personas con TMG de Madrid y Valencia. El perfil de perfil de persona usuaria es de 18 a 65 años, con diagnóstico de TMG (en su mayoría esquizofrenia y otras psicosis).

Los criterios de inclusión fueron:
1) personas mayores de 58 años; 2) personas próximas a finalizar el proceso de atención en el centro. Aplicando los criterios de inclusión a la muestra total, de las 1.419 personas, **210 personas son las que cumplen, esto es un 14,75% del total.**

Centros participantes

CRPS-CRIS	Plazas	CD	Plazas	EASC	Plazas
Alcobendas	90	Alcobendas	35	Alcobendas	30
Alcalá de Henares	90	Aranjuez	30	Arganzuela	30
C. Jardín	70	Arganzuela	30	Collado Villalba	30
La Elipa	90	Collado Villalba	30	Colmenar	30
Latina	75	C. Jardín	20	Fuencarral	30
Majadahonda	70	Espartales Sur	30	Latina	30
San Fernando de Henares	90	Latina	30	Majadahonda	30
Torrejón	65	Majadahonda	30	Tetuán	30
		Torrejón	35		
TOTAL PLAZAS	640		270		264

4. METODOLOGÍA

Se administraron los siguientes cuestionarios:

•***Escala de Riesgo Psicosocial (ERP) para personas con TMG con edad avanzada***, basado en Vargas, Quintanilla, Vega y Lozano (2010). Escala que consta de 40 necesidades en diferentes áreas o esferas vitales.

•***Escala de riesgo social,* adaptado de la Escala de valoración social en el anciano** de Cabrera et al. (1999). Escala que explora el riesgo en 5 esferas vitales: Situación familiar; Situación económica; Vivienda; Relaciones sociales; Apoyo de la red social.

Los profesionales de cada centro rellenaron la encuesta de manera individual. Se recogió la percepción de la necesidad y riesgo valorada por los profesionales. No se pasó la encuesta a las personas usuarias, pues el objetivo era solo evaluar la magnitud del problema desde los profesionales.

Se utilizó el método Hanlon adaptado para la priorización de necesidades. La fórmula que utiliza para establecer la priorización de problemas identificados permite extraer un índice de prioridad (Índice Hanlon= [(A+B) x C)] x D, donde A corresponde a la magnitud del problema, B a la severidad, C a la eficacia de solución, y D a la factibilidad de intervención). .

5. RESULTADOS

Perfil sociodemográfico

Edad media (en años)	61
Sexo (mujer)	51,75%
Tienen problemas físicos graves	28,34%
Tienen ingresos económicos	89,2%
Tienen familia	86,12%
Viven con hijos	20,03%
Viven con padre o madre	6,09%
Viven solas	32,24%
Tienen valoración y algún grado de Dependencia	45,34%
Promedio de evolución de la enfermedad mental (en años)	24
Media de estancia en el recurso (en años)	6,5

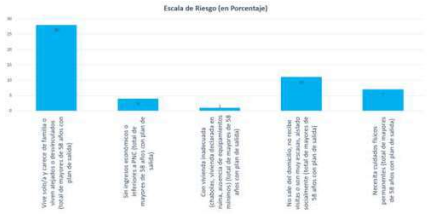
Necesidad	Factibilidad
Estar bien informado-a y comprender su enfermedad.	1,11
Tener apoyo para la realización de trámites burocráticos y disfrutar de una adecuada supervisión por su tutor si lo necesita	1,09
Realizar actividades ocupacionales adecuados a su capacidad.	1,08
Disfrutar del ocio de manera creativa, socializadora y saludable.	1,06
Tener un tratamiento farmacológico para su enfermedad psiquiátrica correcto y supervisado y para prevenir recaídas	1,05
Recibir apoyo para cuidar y mantener su red familiar y social.	1,04
Tener ayudas económicas para el transporte.	1,03
Disponer de ayuda a domicilio y seguimiento domiciliario multiprofesional si lo precisa.	1,03
Apoyar a su familia adecuadamente e informar y recibir psicoterapia si la precisa.	1,00
Tener apoyo para la formación y el acceso a la cultura.	1,00

Necesidad con puntuación por orden de prioridad



Como se puede en los gráficos, 6 de las **necesidades detectadas** como prioritarias (en azul), también se detectan **como factibles a trabajar** desde los centros de rehabilitación psicosocial antes de que la persona salga definitivamente del recurso.

Los RIESGOS SOCIALES detectados: **el 28% de ellas tiene riesgo en la situación familiar, viviendo sola, sin hijos/as o que viven alejados;** otro resultado significativo es que el 11% de ellas tiene riesgos en el área de las relaciones sociales, no sale del domicilio y con escasas relaciones. El 1% de las personas analizadas tienen riesgos en la vivienda.



6. CONCLUSIONES

Los centros de rehabilitación desarrollan procesos lagos de intervención, y cuando llega el momento de la salida del recurso, un porcentaje importante de las personas atendidas tiene una edad avanzada, por lo que se juntan las necesidades propias del envejecimiento, con las necesidades propias del trastorno. **Los resultados evidencian que las personas con TMG, al hacerse mayores, suman a sus síntomas, bajos ingresos económicos, escasas relaciones sociales y experimentan mayor número de necesidades no satisfechas por el sistema.**

Los datos indican que es razonable **considerar un refuerzo en las necesidades de apoyo sanitario y social en el hogar.** Las necesidades en alternativas residenciales sufrirán un aumento exponencial en las próximas dos décadas.

Los profesionales que trabajan con esta población deberían seguir las **recomendaciones propuestas por SAMHSA (2021).** Entre ellas encontramos: formación continua de todas las profesiones en la detección y atención de necesidades, conocer buenas prácticas en cuidado de la salud, desarrollar estándares de calidad en la atención e integrarlas en las diferentes disciplinas, favorecer las figuras de apoyo mutuo y formación con los familiares y cuidadores para dar a conocer recursos y necesidades específicas.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cabrera D, Menéndez A Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E, Salamea A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria 1999; 23(7): 434-440.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Psychosocial Interventions for Older Adults With Serious Mental Illness. SAMHSA Publication No. PEP21-06-05-001. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2021. Disponible en: http://store.samhsa.gov/.
- Vargas Aragón ML, Quintanilla P, Vega B, Lozano A. Escala de Riesgo Psicosocial FEAFES Castilla y León (ERP): procedimiento de construcción mediante metodología cualitativa y presentación de la escala. Norte Salud Ment. 2010;8(38):26-35.

REGRESO AL FUTURO: TECNOLOGÍA Y CRECIMIENTO

Dulce Mª Cristina Paricio García[3] Ana Cristina de Pablo Elvira[2], Luisa Maestro Perdices[2],MªPilar Mallada Viana[1],
[1] Pediatra de Atención Primaria. C.S. Rebolería. Zaragoza
[2] Psicóloga Especialista en Psicología Clínica USMIJ Sagasta-tardes. Zaragoza
[3] Enfermera de salud mental USMIJ Sagasta-tardes. Zaragoza





Presentamos la trayectoria de una experiencia y los materiales creados para un programa de prevención y promoción de la salud en relación al uso de pantallas en NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS

MATERIALES UTILIZADOS

OBJETIVOS

- Informar y capacitar a los profesionales que trabajan con niños de 0 a 6 años sobre las posibles consecuencias del uso inapropiado de pantallas en el desarrollo infantil, tanto a nivel físico como psicoevolutivo.
- Conectar con la importancia que tiene para las familias la salud de sus menores.
- Ofrecer orientaciones para una crianza adecuada en la edad temprana.
- Dar a conocer programas y herramientas que pueden utilizar en la consulta o en el aula para promover un uso responsable de las pantallas y prevenir problemas asociados.



POBLACIÓN DIANA

Profesionales de la salud y de la educación-psicólog@s, pediatras, profesores, técnicos de escuelas infantiles- y familias con niñ@s de 0 a 6 años

ACTIVIDADES

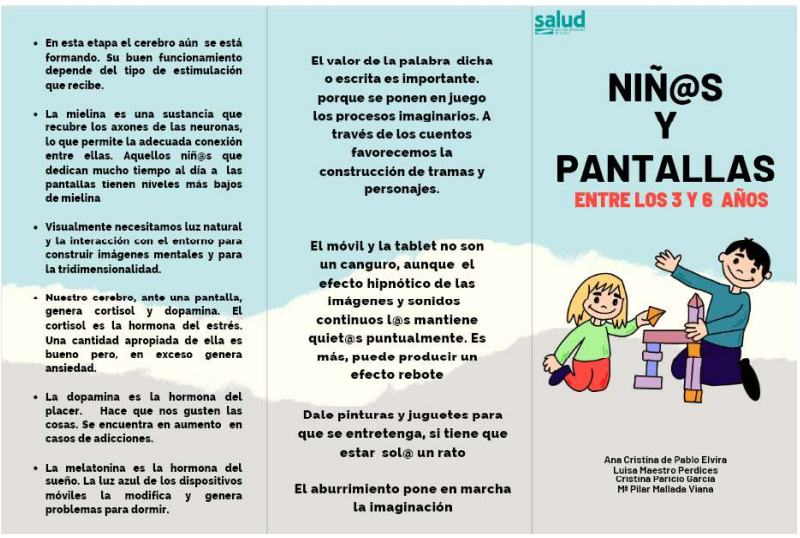
Talleres, difusión del póster "Estimula su cerebro" , debates,cursos, consultas individualizadas,grupos de crianza, intervenciones en medios de comunicación, podcasts

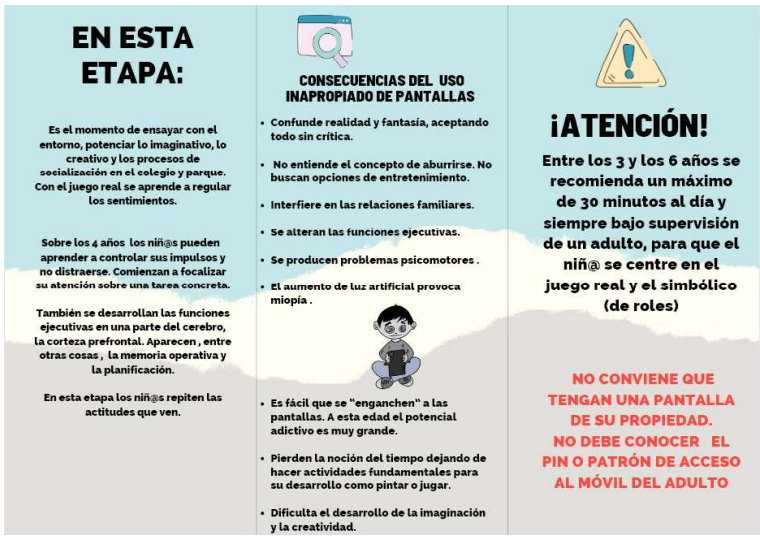
CONTENIDO

- Desarrollo del cerebro humano: Cómo se forma, qué y cómo se estimula
- Anatomía y neurotransmisores implicados en el placer y la gratificación. Circuito de recompensa cerebral.
- Desarrollo evolutivo desde el nacimiento hasta los 6 años
- Cómo afecta el uso de pantallas en los menores en: el apego, el juego, el lenguaje, el aprendizaje, la psicomotricidad.

RESULTADOS

Genera un cambio de actitud en familias y profesionales necesario para revertir los efectos nocivos en el proceso evolutivo de los menores.





Elena García Prieto, Amador Oliver Huete, Luis Gutiérrez Rojas

INTRODUCCIÓN

La Terapia Electroconvulsiva es una técnica disponible en la actualidad en psiquiatría en España, que consiste en la aplicación de un estímulo eléctrico para provocar una convulsión tónico-clónica generalizada bajo sedación controlada. Su mecanismo de acción aun no se ha elucidado completamente, aunque son varias las hipótesis al respecto, como la hipótesis neurofisiológica o la neurobioquímica.

Sin embargo, esta técnica no se haya exenta de múltiples controversias por diversos motivos, entre los que se encuentran la falta de consistencia acerca de su efectividad o los efectos secundarios descritos. Respecto a este último aspecto, destacan cambios hemodinámicos, complicaciones cardiacas y respiratorias, fracturas y lesiones bucodentales, fenómenos ictales, cefalea y efectos cognitivos. De todo ello, sería la amnesia que aparece en los primeros momentos tras su aplicación, el perjuicio más destacado por los pacientes.

Sin embargo, son múltiples las indicaciones descritas para esta técnica, como es el caso de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Según el Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva (Sociedad Española de Psiquiatría Biológica [SEPB], 2018) se recomienda junto con antipsicóticos o en formas resistentes al tratamiento farmacológico, siendo más efectiva cuanto más agudo sea el episodio psicótico y cuanto más predomine el componente afectivo, siempre considerando las preferencias del paciente.



Figura 1. Máquina de terapia electroconvulsiva utilizada en el caso presentado.

DESARROLLO

Se presenta el caso de una persona de entre treinta y cuarenta años que estuvo ingresada en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental en Andalucía en el año 2022, con la Orientación Diagnóstica de Trastorno Esquizoafectivo. Su psiquiatra referente a nivel ambulatorio decide programar su ingreso por presentar la paciente un cuadro de sintomatología psicótica positiva muy productiva, ideas delirantes en primer plano de contenido paranoide y alucinaciones auditivas, unido a un componente afectivo con elevada disforia y conductas de riesgo para sí misma (gastos excesivos, altercados en vía pública, etc). Se había llevado a cabo diversos ajustes farmacológicos e intervenciones con la ayuda de sus familiares a nivel ambulatorio, pero todas estas medidas habían fracasado.

Dada la sensibilidad de la paciente a los múltiples fármacos ensayados, incluida la clozapina, se le plantea por su facultativo referente en la planta la posibilidad de iniciar Terapia Electroconvulsiva. La paciente, tras ser informada adecuadamente acerca de los riesgos y posibles efectos secundarios de esta técnica, decide intentar su administración debido, en parte, a sus malas experiencias a nivel personal con la toma de medicación oral o inyectada.

Es por ello que, tras contar con la firma por parte de la paciente del consentimiento informado, se iniciaron las sesiones de terapia electroconvulsiva aplicándose primero un veinticinco y posteriormente un treinta porciento de energía para lograr una duración adecuada de las convulsiones.

Tras la administración de diez sesiones en total, se obtuvo un resultado favorable en cuanto a la disminución considerable de la clínica que motivó su ingreso, siendo dada de alta con una pequeña dosis de cariprazina. A pesar de que la paciente decía sentirse contenta con la mejoría conseguida, expresó en reiteradas ocasiones su descontento y preocupación por la amnesia para eventos recientes sufrida en los días posteriores a la administración de la terapia ya que, por ejemplo, no recordaba una conversación acontecida con su psiquiatra los primeros días de su ingreso. Es por ello que, a pesar de dichos resultados positivos, la paciente verbalizó que se plantearía en un futuro sus preferencias respecto a esta técnica.

CONCLUSIONES

Con este caso podemos concluir que la Terapia Electroconvulsiva se trata de una técnica disponible y legal en España, que puede ser una opción a considerar en determinados casos, siempre y cuando se explicite debidamente al paciente la posibilidad de sufrir efectos secundarios como episodios de amnesia anterógrada y retrógrada. El uso de tratamiento farmacológico, en ocasiones, puede tener efectos secundarios y suponer unas implicaciones a nivel personal para el paciente que incluso hagan de esta técnica una preferencia en un momento determinado. Finalmente, lo más importante es no olvidar que la labor de los profesionales debe ser siempre la de garantizar la mejor información posible y acompañar de forma respetuosa al paciente en la toma de sus decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (2018). Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva. https://sepsm.org/wp-content/uploads/2022/06/2018_Consenso_TEC.pdf

Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

MANÍA DE FUNERAL

"El gestor que quería ser artista"

Serna Crespo, Elisa; Carrasco Álvarez, Marcos; García-Page Fernández, Raquel

INTRODUCCIÓN

El duelo es el estado de pérdida por fallecimiento de un ser querido; se trata de una respuesta normal y saludable. Sería un duelo patológico o complicado cuando este no avanza correctamente hacia su resolución. Se denomina "manía de funeral" al episodio maníaco que aparece tras la muerte de un ser querido, como negación y huida de la realidad.

OBJETIVOS

A partir de un caso evidenciado en la práctica clínica, se pretende plantear la manía como una posible reacción de duelo.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este trabajo se expone de forma descriptiva un caso clínico de manía de funeral y se realiza revisión bibliográfica al respecto.

DESARROLLO

CASO CLÍNICO

Varón de 59 años que derivan a consultas de psiquiatría tras un ingreso en una Unidad de Hospitalización Breve por sintomatología maniforme. Sin antecedentes en salud mental, ni patología psiquiátrica conocida en familiares de primer grado. Clínicamente presentaba ánimo expansivo, inquietud, verborrea, discurso saltígrado con pérdida del hilo argumental e insomnio global de varios días de evolución.

Acudió a Urgencias una semana después del fallecimiento de su padre, que llevaba 5 años gravemente enfermo. Él había ejercido como principal cuidador y se había sentido muy presionado. Después de la muerte y funeral, refería haber sentido una epifanía, por la que cambiaría el rumbo de su vida para dedicarse al arte, siendo abogado de profesión y dueño de una gestoría. En apenas una semana de ingreso, con dosis máxima de haloperidol 6mg/24h, el cuadro mejora progresivamente, y el paciente es dado de alta.



A propósito del caso, se revisa la literatura existente sobre la "manía de funeral" o "manía del luto". Constan pocos casos descritos, pero ante la similitud en los mismos, se plantea la posibilidad de contemplar la manía como una posible reacción en el proceso del duelo. Según la explicación psicodinámica, la manía es una defensa que a veces protege de la depresión y permite a la persona adaptarse a los factores estresantes ambientales. A través de dicha defensa maníaca, el dolor se transformaría mediante la negación en euforia. En este caso, el fallecimiento del padre, la historia familiar y las relaciones con el resto de miembros del sistema eran muy difíciles de aceptar. Así, el estado maníaco podría actuar como escudo o huida para hacer que este suceso traumático sea menos doloroso, evitando así contactar con el verdadero significado de la realidad.

CONCLUSIÓN

La cercanía temporal entre la pérdida del padre y el episodio maníaco del paciente, sumada a la ausencia de antecedentes psiquiátricos, hizo pensar que se trataba de una manía de funeral. Es un tema escasamente representado en la literatura, pero que nos recuerda la relevancia del trauma como posible desencadenante de la manía. Como conclusión, la manía de funeral debe considerarse entre las posibles reacciones de duelo, y para ello sería importante continuar publicando y reportando casos, así como investigando al respecto.

Carmassi, C., Shear, K. M., Corsi, M., Bertelloni, C. A., Dell'Oste, V., & Dell'Osso, L. (2020). Mania following bereavement: State of the art and clinical evidence. Frontiers in Psychiatry, 11. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00366

Hollender, M. H., & Goldin, M. L. (1978). FUNERAL MANIA. The Journal of Nervous and Mental Disease, 166(12), 890. https://journals.lww.com/jonmd/abstract/1978/12000/funeral_mania.11.aspx

Sönmez, D., Okumuş, B., & Hocaoğlu, Ç. (2021). The occurrence of funeral mania after bereavement: A case report. Medeniyet Medical Journal, 36(3), 276. https://doi.org/10.5222/mmj.2021.58998

xxx Jornadas Estatales AEN-PSM:
Seguir con el Futuro

LA OSCURIDAD COMO CUIDADO PARA EL INSOMNIO EN FASES MIXTAS Y MANÍAS AGUDAS.

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Osakidetza
BIZKAIKO OSASUN MENTALEKO SAREA
RED DE SALUD MENTAL BIZKAIA

Erika Mcdonnell Pacheco
Blanca Ramo Alameda

1. INTRODUCCION Y OBJETIVO

Las personas con TAB tienen mayor sensibilidad a la luz; a su vez, el insomnio condiciona su pronóstico, número de recaídas, calidad de vida etc.

La terapia de privación de luz consiste en exposiciones diarias de hasta 14h de oscuridad (durante semanas) mediante la colocación de gafas con lentes bloqueantes de luz azul o a través de exposición total y directa a oscuridad.

Valorar la aplicación de la terapia de privación de luz para mejorar el insomnio en fases maniaco-mixtas en personas con TAB.

2. METODOLOGIA



Se ha utilizado el metabuscador Pubmed y tras aplicar varios criterios de inclusión y exclusión y realizar una lectura crítica se han seleccionado 4 artículos para la revisión bibliográfica. La calidad de estos artículos es variada debida a la escasa investigación realizada hasta la fecha.

3. RESULTADOS



- Mejoría en el cronotipo y calidad del sueño valoradas mediante las escalas MeQ y PSQI respectivamente.
- Aumento del número de horas de sueño y menor fragmentación (datos obtenidos mediante actigrafía).
- Disminución de la necesidad de tratamiento farmacológico complementario.

4. CONCLUSIONES



Es necesaria más investigación y de mayor calidad metodológica en el área para la adquisición de resultados mas fiables. A pesar de esto y de la heterogeneidad respecto a la duración, método, antigüedad y herramientas utilizadas en las investigaciones analizadas; todas coinciden en la **efectividad de la terapia de privación de luz** para la mejoría del insomnio en estos pacientes. Esto, mejora a su vez el tanto el episodio y como el curso de la enfermedad. Además, existe consenso en cuanto a la mayor tolerancia de la terapia cuando se utilizaron gafas de bloqueo de luz respecto a la aplicación de oscuridad total.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Madsen, H. Ø., Hageman, I., Martiny, K., Faurholt-Jepsen, M., Kolko, M., Henriksen, T. E. G., & Kessing, L. V. (2023). BLUES - stabilizing mood and sleep with blue blocking eyewear in bipolar disorder - a randomized controlled trial study protocol. Annals of medicine, 55(2), 2292250. https://doi.org/10.1080/07853890.2023.2292250
2. Barbini, B., Benedetti, F., Colombo, C., Dotoli, D., Bernasconi, A., Cigala-Fulgosi, M., Florita, M., & Smeraldi, E. (2005). Dark therapy for mania: a pilot study. Bipolar disorders, 7(1), 98–101. https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00166.x
3. Henriksen, T. E. G., Grønli, J., Assmus, J., Fasmer, O. B., Schoeyen, H., Leskauskaite, I., Bjorke-Bertheussen, J., Ytrehus, K., & Lund, A. (2020). Blue-blocking glasses as additive treatment for mania: Effects on actigraphy-derived sleep parameters. Journal of sleep research, 29(5), e12984. https://doi.org/10.1111/jsr.12984
4. Correa D., E., Risco N., L., & Ivanovic-Zuvic R., F. (2005). (working paper).Privación total de luz en estados mixtos (Vol. 1, pp. 74–79). Trastornos del ánimo.

Emoción y corazón: Revisión bibliográfica de los estresores asociados al Síndrome de Takotsubo.

Estela Castaño García, Nuria Miguel De Diego
Hospital Universitario Santa María de Lleida

El síndrome de Takotsubo (TS), también llamado síndrome del corazón roto, es una forma severa pero reversible de fallo cardíaco que se asocia especialmente a estresores físicos y emocionales. Aunque fue descubierto en 1990 su fisiopatología no está del todo clara. Entre población caucásica supone el 1-2% de los casos de sospecha de infarto agudo de miocardio, siendo el 90% mujeres postmenopáusicas. A pesar de ser reversible ha mostrado índices de morbilidad y mortalidad comparable al de otras patologías cardíacas (Mejía-Rentería et al., 2016). Hasta la fecha se han descrito distintos factores predisponentes, dando importancia principal al estrés psicológico agudo.

El objetivo del trabajo es revisar las publicaciones de la última década acerca del TS para recopilar los factores estresores descritos hasta la fecha y esclarecer su correlación con esta dolencia.

Se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos *Pubmed* utilizando como palabras clave "*Takotsubo syndrome*" y "*stress*" en el título de los trabajos, así como el filtro temporal 2014-2024. Se obtuvieron 58 artículos de los cuales se utilizaron 17 tras descartar aquellos centrados exclusivamente en factores orgánicos y los que no estaban disponibles para su consulta online.

En un tercio de los pacientes se puede identificar un estresor físico, en otro tercio emocional y en el último tercio no parece haber desencadenante. Los casos de estrés físico son más frecuentes en hombres e incluyen sobre todo enfermedades agudas y situaciones de postoperatorio, en las que el TS aparece como una complicación sobreañadida. En los casos de estrés psíquico se describe mayormente como cronificado y son más reportados por mujeres (Frank et al., 2024, Rueda-Sobella et al., 2014). Éstas informan principalmente de mayor sensación de responsabilidad laboral y en el cuidado de otras personas, sentimientos de injusticia e incomprensión, incertidumbre y preocupación por el futuro (Sundelin et al., 2020), ansiedad y depresión crónicas, historia de abuso, tendencia a la supresión emocional, falta de vitalidad e insatisfacción (Wallström et al., 2016).

Los resultados muestran que, aunque el estrés emocional sólo está presente en un tercio de los casos, la asociación con el TS sigue siendo relevante. Aún así las investigaciones acerca de las variables psicológicas o sociales son muy escasas. Además, aun contando con una morbimortalidad comparable a otras afecciones cardíacas, este síndrome no se incluye en los programas de rehabilitación ni se cuenta con estudios suficientes sobre intervenciones psicológicas. El tipo de estresores descritos por los pacientes, en los escasos estudios que los analizan, plantean también la duda de si la prevalencia femenina se ve influenciada por los roles de género (Wallström et al., 2016). Estas cuestiones deberían ser objeto de mayor investigación para ampliar el conocimiento sobre esta dolencia y poder plantear estrategias tanto de prevención como rehabilitadoras desde una óptica integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Frank, N., Herrmann, M.J., Lauer, M. y Förster, C. Y. (2024). Exploratory Review of the Takotsubo Syndrome and the Possible Role of the Psychosocial Stress Response and Inflammaging. Biomolecules, 14(2), 167. https://doi.org/10.3390/biom14020167

Mejía-Rentería, H. D. y Núñez-Gil, I.J. (2016). Takotsubo syndrome: Advances in the understanding and management of an enigmatic stress cardiomyopathy. World Journal of Cardiology, 26(7), 413-24. https://dx.doi.org/10.4330/wjc.v8.i7.413

Rueda-Sobella, F. (2014). Aturdimiento miocárdico, miocardiopatías de estrés y Síndrome de Takotsubo. Medicina Clínica, 143(6), 52-54. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.04.002

Sundelin, R., Bergsten, C., Tornvall, P. y Lyngå, P. (2020). Self-rated stress and experience in patients with Takotsubo syndrome: a mixed methods study. European Journal of Cardiovascular Nursing, 19(8), 740-747. https://doi.org/10.1177/1474515120919387

Wallström, S., Ulin, K., Määttä, S., Omerovic, E. y Ekman, I (2016). Impact of long-term stress in Takotsubo syndrome: Experience of patients. European Journal of Cardiovascular Nursing, 15(7), 522-528. https://doi.org/10.1177/1474515115618568

El trabajo asalariado y la salud mental: ¿liberación o condena?

Iria Domínguez Vázquez

Servicio de Salud Mental y Adicciones, Fundació Sanitària Mollet.

Contacto: i.dominguez@fsm.cat

INTRODUCCIÓN

El trabajo asalariado supone para la mayoría de personas la forma de provisión económica que permite cubrir las necesidades materiales básicas propias y de las personas a cargo. Implica una dedicación de tiempo muy significativa en la vida de las personas laboralmente activas, y cuenta con un prestigio social del que carecen otras formas de trabajo no remunerado.

El trabajo, como valor social central, es también fuente de intenso sufrimiento y malestar psíquico. En el presente trabajo se plantea realizar una reflexión teórica sobre las relaciones entre el trabajo asalariado y los problemas de salud mental.

DESARROLLO

La mayor parte de la población en nuestra sociedad precisa trabajar para asegurar su subsistencia. Esto implica una relación de dependencia con el empleo y el empleador, y por tanto un riesgo de vulnerabilidad y abuso de poder. Las amenazas y adversidades asociadas al entorno laboral pueden ser más o menos sutiles, y pueden analizarse en diversos ejes:



Condiciones laborales inestables (contratos temporales, cambios de puesto o funciones, amenazas de despido o cierre, sueldos precarios, etc.). Implican inseguridad y dificultad para planificar el futuro.

Relaciones personales dentro del entorno laboral: **abuso de poder** y entre **pares**. Pueden ser sutiles, con la dificultad consiguiente en asociar el malestar de la persona con sus causas.

Tipo de trabajo:

- Trabajos exigentes **físicamente**: acarrean problemas físicos, en forma de lesiones, dolor crónico o fatiga.
- Trabajos exigentes en cuanto a **responsabilidad** y disponibilidad.

Se pueden producir **secuelas físicas y psicológicas** derivadas de los distintos tipos de trabajo. No suelen ser reconocidas como tal, lo que implica una devaluación del individuo (que se ve como incapaz, poco resistente o poco apto) y se dificulta la posibilidad de acogerse a medidas de protección (adaptación del puesto de trabajo, incapacidad laboral, etc.)

Tiempo empleado en la actividad laboral y el desplazamiento para llegar al lugar de trabajo, así como la **carga mental** asociada (que va más allá del tiempo dedicado a la jornada laboral).

Supone un porcentaje muy elevado del tiempo de vida de la persona. Implica una **merma del tiempo y la energía** necesarios para **otras facetas de la vida** necesarias para el bienestar de la persona, tales como las relaciones interpersonales, el trabajo de cuidados, el trabajo doméstico, el ocio, la vida comunitaria o el asociacionismo.

CONCLUSIONES

Las relaciones entre trabajo y salud mental son complejas. Nuestra sociedad prestigia el trabajo asalariado frente a otros tipos de trabajo, como el **trabajo de cuidados** o las **redes comunitarias** de apoyo y colaboración, necesarias para el sostenimiento de la vida, pero **invisibilizadas** y desvalorizadas. El análisis reflexivo sobre los factores estructurales y su impacto en el bienestar de la persona son necesarios para la desculpabilización del individuo y la búsqueda de soluciones colectivas.

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDAD MENTAL EN UN CENTRO RESIDENCIAL COMUNITARIO

Itziar Marín Gómez. Psicóloga. Directora Residencia Puerta de Hierro; Óscar Sánchez. Trabajador Social. Terapeuta Ocupacional. Responsable Técnico Clariane; Alba San José de Benjumea. Enfermera. Residencia Puerta de Hierro; Laura López González. Terapeuta ocupacional. Residencia Puerta de Hierro; Nuria Maldonado Rodriguez. Fisioterapeuta. Residencia Puerta de Hierro. **XXX Jornadas estatales AEN - XXVII Jornadas AMSM. Junio 2024**

1. INTRODUCCIÓN

La **Residencia de Psicogeriatría Grupo 5 Puerta de Hierro** busca promover un espacio residencial, de convivencia y atención comunitaria para personas mayores con enfermedad mental promocionado su calidad de vida (Martínez, Sánchez et al., 2023).

El presente estudio tiene como objetivo el **análisis descriptivo y trasversal de la calidad de vida de las personas residentes de la Residencia de Psicogeriatría Grupo 5 Puerta de Hierro** para personas mayores de con enfermedad mental.

Para la evaluación se ha **utilizado la escala FUMAT** que se fundamenta en el modelo de calidad de vida, que tipifica 8 dimensiones: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Schalock, Bonham y Verdugo, 2008).

La escala fue administrada por los profesionales del equipo técnico a través de metodología de **observación y la coordinación de casos** durante los primeros 6 meses de estancia en el recurso. Los resultados fueron codificados en base a las diferentes dimensiones y el índice global de calidad de vida.

El objetivo es garantizar espacios y servicios de atención que se centren en **lograr índices altos de calidad de vida de las personas mayores con enfermedad mental**.

2. MUESTRA

El estudio se centra en una muestra **de 29 personas** que estuvieron residiendo en la Residencia entre marzo de 2022 y diciembre de 2024.

La Residencia Grupo 5 Puerta de Hierro es un recurso especializado en personas mayores de 65 años (55 si requieren cuidados psico geriátricos) con trastorno mental-

En base a este perfil, la muestra presenta las características sociodemográficas:

29 personas 100% — **11 hombres** 37,9% — **18 mujeres** 62,1%

- **55-60 años** 6,9% = 2 personas
- **60-65 años** 24,1% = 7 personas
- **65-70 años** 31% = 9 personas
- **70-75 años** 24,1% = 7 personas
- **75-80 años** 6,9% = 2 personas
- **80-85 años** 6,9% = 2 personas

Las características clínicas son:

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

6060. Trastorno bipolar tipo I. 13,8%
6A21. Trastorno esquizoafectivo. 10,3%
6A24. Trastorno delirante. 10,3%
6A2. Esquizofrenia/trastornos psicóticos. 55,2%
6A7. Trastornos depresivos. 6,9%
6D10. Trastornos de la personalidad. 3,4%

SINTOMATOLOGÍA PRESENTE

Delirios. **65,5%**
Depresión. **20,7%**
Alucinaciones. **24,1%**
Ansiedad. **55,2%**
Agitación. **10,3%**

3. METODOLOGÍA

ESCALA FUMAT

El estudio se centra en un estudio descriptivo, transversal sobre la calidad de vida. Para la recogida de datos se ha utilizado la escala Fumat que se estructura en 8 dimensiones compuestas por los siguientes indicadores (Verdugo, Gómez y Arias, 2009):

- **Bienestar Físico** Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio.
- **Bienestar Emocional** Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés.
- **Relaciones Interpersonales** Interacciones, relaciones, apoyos.
- **Inclusión Social** Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales.
- **Desarrollo Personal** Educación, competencia personal, desempeño.
- **Bienestar Material** Estatus económico, empleo, vivienda.
- **Autodeterminación** Autonomía, metas/valores personales, elecciones.
- **Derechos:** Derechos humanos, derechos legales.

PROCEDIMIENTO

La escala es completada por el equipo técnico sobre cada persona residente. Para la administración, se considera que persona lleve un periodo de más de 1 mes hasta los primeros 6 meses de estancia en el centro residencial, considerando como criterio de inclusión que se dispone de información necesaria para responder a todas las dimensiones e ítems. Posteriormente se ha realizado un análisis descriptivo del perfil de calidad de vida.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Martínez, I.; Sánchez, O. et al (2023). *Perfil funcional de personas mayores con trastorno mental en un servicio residencial especializado. Avances en salud mental y rehabilitación neuropsicológica: investigación e intervención en contextos educativos, sanitarios y comunitarios.* Congreso Internacional en Contextos Psicológicos, Educativos y de la Salud. https://congresocice.es/9/

Oficia C (2023). (2023). Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados (Oficina C). *Informe C: Envejecimiento y bienestar.* www.doi.org/10.57952/q3ze-2c39

Schalock, R. L., Bonham, G. S. y Verdugo, M.A. (2008). The concept of quality of life as a frame work for program planning, implementation, evaluation, and improvement. Evaluation and Program Planning, 26(3), 229-235. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18394704/

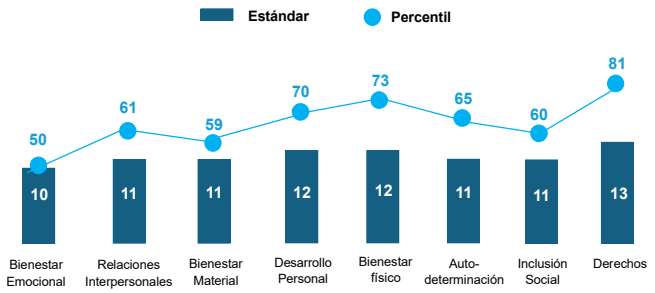
Verdugo Alonso, M. Á., Gómez Sánchez, L. E. y Arias Martínez, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT.* Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=760419

4. RESULTADOS

DIMENSIONES	TOTALES HOMBRES	ESTÁNDAR HOMBRES	PERCENTIL HOMBRES	TOTALES MUJERES	ESTANDAR MUJERES	PERCENTIL MUJERES	TOTALES	ESTÁNDAR	PERCENTIL
Bienestar emocional	24	10	**52**	23	10	**49**	**23**	**10**	**50**
Relaciones interpersonales	20	11	**64**	19	10	**59**	**20**	**11**	**61**
Bienestar material	25	11	**58**	26	11	**59**	**25**	**11**	**59**
Desarrollo personal	25	12	**70**	25	12	**71**	**25**	**12**	**70**
Bienestar físico	21	12	**72**	21	12	**74**	**21**	**12**	**73**
Autodeterminación	22	11	**66**	22	11	**64**	**22**	**11**	**65**
Inclusión social	27	11	**58**	27	11	**61**	**27**	**11**	**60**
Derechos	19	13	**84**	18	13	**79**	**18**	**13**	**81**

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (ICV)

Hombres		Mujeres		Total	
Total	91	Total	90	Total	90
ICV	108	ICV	108	ICV	108
Percentil	68	Percentil	68	Percentil	68



5. CONCLUSIONES

PERFIL CALIDAD DE VIDA

La puntuación estándar en todas las dimensiones de la escala indica que la muestra estudiada se encuentra en la media, o por encima, en relación con la población mayor de 65 años (tabla 1). De esta forma, el índice de calidad de vida global medio se sitúa igualmente por encima de la población validada, correspondiendo a un percentil 68 (tabla 2). En esta línea, no se observan diferencias significativas entre géneros.

BIENESTAR EMOCIONAL

La dimensión con menores puntuaciones es bienestar emocional, con un percentil de 50, haciendo referencia a autoconcepto, satisfacción y ausencia de estrés. De acuerdo con la evidencia, hay factores protectores que se pueden potenciar para incrementar la presente dimensión, como el entrenamiento en solución de problemas o la reorientación en el sentido de la vida (Oficina C, 2023).

DERECHOS

La dimensión con datos más favorables en la población estudiada, con un percentil de 81, es "derechos", haciendo alusión a: derechos humanos y legales. Las puntuaciones especialmente elevadas se relacionan en este caso con la estancia en un recurso especializado en el que se delega parte de la defensa de sus derechos. De esta forma, se vislumbra un potenciador de la calidad de vida a través de recursos especializados.

GRUPO 5 PUERTA DE HIERRO

En base al análisis de los perfiles (tabla 1 y 2) se observa una coherencia con el plan funcional del centro del que se ha extraído la presente muestra, Grupo 5 Puerta de Hierro. Ofreciendo programas concretos que abarcan las diferentes dimensiones de la calidad de vida previamente descritas: gestión de la vida diaria, alimentación, atención psiquiátrica, gestión de cuidados de la salud, cuidado del sueño, manejo de emociones, entrenamiento en habilidades de la vida diaria, funcionamiento psicomotor, rehabilitación y apoyo en funcionamiento cognitivo, gestión de la convivencia y participación familiar.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Establecimiento de estudios de correlación entre diversas dimensione clave y calidad de vida, fundamentalmente las vinculadas con sintomatología psiquiátrica, nivel funcional en las actividades de la vida diaria y criterios de fragilidad asociados a los dominios de salud de las personas mayores con enfermedad mental.

A VUELTAS CON EL DIAGNÓSTICO EN PSIQUIATRÍA

Jose Manuel Lopez Santín [1], Patricia Álvaro Serón [2]
1. CSMA Santa Coloma. Institut de Salut Mental de l'Hospital del Mar (Barcelona)
2. CSMA Dreta Eixample. Fundació CPB Serveis Salut Mental (Barcelona)

INTRODUCCIÓN

La entrada en el circuito de la red pública de salud mental se inicia a partir del diagnóstico que el clínico emite. Un diagnóstico que la autoridad competente exige para cuestiones epidemiológicas y organizativas de la red de salud.
El proceso o acto de diagnosticar es un proceso complejo que parte del encuentro clínico. Si bien implica un reduccionismo metodológico, hay que evitar el reduccionismo ontológico tanto por cuestiones éticas como por las consecuencias iatrogénicas que se pueden derivar.
Atender a las particularidades del "objeto" de la psiquiatría implica asumir el perenne incumplimiento de la promesa de determinación absoluta de la psiquiatría positivista y el carácter hermenéutico de la psicopatología. Una psicopatología que entendemos como lógica de la conducta y la experiencia anormales y que tiene, entre otras, una función diagnóstica para la psiquiatría.
La psiquiatría, en sus pretensiones de verdad, y contando con que el trabajo hermenéutico es inherentemente abierto, tiene la responsabilidad de sustentar el producto del proceso de su actividad, el juicio psiquiátrico (reducido finalmente a diagnóstico), en un marco o aspectos que nos guíen en su reconstrucción.
El juicio psiquiátrico debería mantener siempre la estructura del "yo interpreto que…; esta es la conclusión que alcanzo como resultado de la mejor reconstrucción que soy capaz de articular".
Sin embargo, el operacionalismo hegemónico ha simplificado en la práctica el acto de diagnosticar. Y esto, a pesar de las advertencias en las normas de uso de, por poner un ejemplo, el Manual DSM5.
El debate alcanzó en 2019 su punto álgido cuando el Consejo Superior de Bégica realizó un informe de asesoramiento instando al gobierno a eliminar los diagnósticos en psiquiatría por su escasa utilidad y la estigmatización que comportan.
Puesto que la proliferación desorbitada de diagnósticos psiquiátricos y de comorbilidades, entre otras cuestiones, ha comportado una nueva, aunque cíclica, crisis de la psiquiatría, el retorno a la reflexión sobre el proceder psiquiátrico por el que se llega a un diagnóstico es inevitable y, de hecho, deseable.

DESARROLLO

En este trabajo revisamos algunas aportaciones actuales a la cuestión del diagnóstico en psiquiatría que tematizan problemas que se han vuelto lugar común (reducción de la persona al diagnóstico, utilidad del diagnóstico, discrepancias acerca de lo que se valora para el diagnóstico, papel de los valores).
Se han realizado multitud de diferenciaciones acerca del diagnóstico en psiquiatría para caracterizarlo. Kraus ha diferenciado el diagnóstico criteriológico, centrado en la identificación de las características que conducen al diagnóstico, del diagnóstico fenomenológico, orientado a la descripción de los distintos modos especiales de experiencia y comportamiento del paciente y sus relaciones consigo mismo y con el mundo. Sadler, a un nivel más general, diferencia entre diagnóstico procedimental y diagnóstico denotativo. Si el primero se refiere al proceso diagnóstico, el segundo se centra en el producto del proceso. Otros, como Stanghellini y Rossi Monti, a partir de las insuficiencias que observan en el diagnóstico al uso, diferencian varios niveles en el proceso diagnóstico (descriptivo-nosográfico, psicopatológico-fenomenológico, psicodinámico).
Sadler ha centrado su trabajo en el despliegue del papel que los valores tienen en el proceso diagnóstico y abogando por una práctica basada en valores, además de en hechos.
Wiggins y Schwartz abordan los aspectos apresentados en el encuentro clínico que conforman la parte habitualmente no explicitada del proceso diagnóstico y que requieren un trabajo hermenéutico para su interpretación. Así, sitúan la tipificación como proceso cognitivo básico humano que permite equilibrar la dialéctica entre partes y todo que se da en el encuentro clínico. Para ellos, los tipos ideales de Weber, que Jaspers traslada a la psicopatología, son formas conceptuales que permiten el reconocimiento rápido y por experiencia de lo que se le presenta al clínico.
Mezzich y colaboradores proponen un "diagnóstico integrado centrado en la persona" a partir de los grupos de trabajo que realizaron previamente en que participaron los diversos actores de la red de salud mental (profesionales, usuarios, familiares, proveedores). La propuesta pasa por añadir aspectos positivos de salud, incluir dimensiones y narrativas para afinar las categorías diagnósticas y por la participación de los usuarios y familiares/allegados en el proceso diagnóstico.
Messas y colaboradores despliegan exhaustivamente las varias etapas que requiere el proceso diagnóstico en psiquiatría. Recogiendo la tradición de la fenomenología clínica del pasado siglo, se integran distintos aspectos del proceso que incluyen desde las narrativas y valores del paciente hasta la reducción fenomenológica y la reconstrucción hermenéutica, pasando por los aspectos estéticos del encuentro clínico conceptualizados en la psicopatología fenomenológica de diversas maneras.

CONCLUSIONES

El acto de diagnosticar en psiquiatría, sustentado sobre el juicio clínico, es un proceso complejo que parte del encuentro clínico e implica distintos procesos.
La conversión del momento del encuentro al momento del diagnóstico supone una sustitución, cuando no pérdida, de contextos de sentido. Esto tiene implicaciones en la comprensión de los problemas y en la respuesta a los mismos. Lo que en un orden de realidad tiene el sentido que le da nuestra experiencia mundana, puede perderlo en otro al ser imposible su reducción bajo la fórmula de la conversión.
Algunos enfoques, como el de Mezzich, tratan de recomponer en vano al otro para comprenderlo mejor por medio de añadidos varios, pero sin haber tematizado ni partir ya de inicio de la experiencia originaria dada en el encuentro.
La fenomenología permite acceder a la experiencia primaria en la que el otro se da, hacerla practicable y susceptible de un cierto modo de verificación y comunicación.
La aproximación fenomenológica permite tematizar la experiencia antepredicativa y el mundo como horizonte de comprensión, dando herramientas conceptuales para el trabajo psicopatológico y para la fundamentación del diagnóstico.
Pero además, el proceso diagnóstico va a requerirnos un trabajo hermenéutico de reconstrucción como señalan algunos autores revisados arriba. El juicio clínico en psiquiatría (como el estético o el político) es un juicio reflexionante, y no determinante. Por las características del "objeto" del que se ocupa, se hace necesaria una pluralidad de juicios constitutiva del mismo.
Y por ello, podemos afirmar que el diagnóstico no es el final, sino el principio de algo, la puerta de entrada a una comprensión posible.

BIBLIOGRAFÍA

Adan Manes J. Sobre el juicio psiquiátrico y su pretensión de verdad. Re. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2016; 36(130):463-478.
Stanghellini G y Rossi Monti M. I livelli della diagnosi. En: Psicologia del patologico. Ed. Rafaello Cortina Editores, 2009.
Sadler JZ. Values and psychiatric diagnosis. Oxford University Press, 2005.
Wiggins OP y Schwartz MA. Phenomenology and psychopathology: in search of a method. Capítulo 2 en: One century of Karl Jaspers' general psychopathology. Oxford University Press, 2013.
Mezzich et al. Person-centred integrative diagnosis: conceptual bases and structural model. The Canadian Journal of Psychiatry, Vol 55, No 11, November 2010.
Messas G et al. The dialectics of altered experience: how to validly construct a phenomneologically based diagnosis in psychiatry. Frontiers in Psychiatry 2022; 13:867706.
Ramos Gorostiza P y González Calvo JM. Sentido y experiencia en psicopatología. https://fenopatologica.com/2018/11/04/sentido-y-experiencia-en-psicopatologia/ Acceso 1/04/2019.

DEPRESCRIPCIÓN DE NEUROLÉPTICOS: LA PARTICULARIDAD DE LA OLANZAPINA.

Juan Alday Muñoz. Hospital Universitario José Germain, Leganés.

Introducción

El tratamiento prolongado durante años con neurolépticos en personas diagnosticadas de psicosis facilita la aparición de una psicosis por hipersensibilización de los receptores D2 tras la retirada abrupta de los neurolépticos (1).
Cada vez hay más evidencia de que la neuroadaptación a la exposición a neurolépticos durante un tiempo prolongado puede persistir durante meses o años después de la retirada de la medicación.
La clave para prevenir las recaídas es seguir en la reducción de dosis un patrón hiperbólico de desocupación de los receptores D2 (2).
En el caso particular de la olanzapina la reducción escalonada de la dosis se hace más complicada dadas las presentaciones del fármaco comercializadas en España.

Objetivos

Desescalar la dosis de olanzapina de forma segura y tratando de evitar la reaparición de síntomas psicóticos en personas diagnosticadas de trastornos psicóticos e ingresadas en una Unidad de Rehabilitación.

Metodología

De las 40 personas ingresadas en una Unidad de Rehabilitación en enero de 2022 el 5,3% no tomaba neurolépticos, el 25,3% tenía prescrito uno, el 57,9% tenía prescrito dos y el 10,5% tenía prescritos tres o más.
Se identificó que 14 de las personas ingresadas tenían prescrita olanzapina (35 %). La dosis prescrita con mayor frecuencia fue de 20 mg. Se constató que 8 de las 14 personas tenían prescrita la olanzapina desde hacía más de dos años. Se ofreció a las personas que demandaban un descenso de dosis o su retirada una reducción secuenciada de la dosis, así como a las personas en las que el prescriptor no consideraba necesaria la toma de olanzapina, al menos a la dosis que tenían prescrita.
Nueve personas estuvieron de acuerdo en una desescalada secuencial de la dosis prescrita. Se solicitó a la Farmacia Hospitalaria formulaciones magistrales de olanzapina a dosis inferiores a 2,5 mg, que es la presentación más baja comercializada en España.

Desarrollo

Según el modelo hiperbólico de ocupación de receptores D2 hay que retirar una gran parte de la dosis al principio manteniendo dosis muy bajas pero necesarias para reducir el riesgo de recaída durante periodos de tiempo prolongados que podrían superar el año en un gran número de personas.
De acuerdo a este modelo de desescalada en pasos de la dosis en mg de la olanzapina, merece la pena destacar que hay una caída de 46 puntos porcentuales en ocupación de los receptores D2 cuando los últimos 2,5 mg de olanzapina son suspendidos, por lo que la retirada de esta presentación se hace muy difícil sin que la persona que la tomaba presente síntomas psicóticos por hipersensibilización.

Desescalada en pasos de la dosis en mg de olanzapina:

Dosis de olanzapina en mg	Ocupación de receptores D2 (%)
7.5	90
5.9	80
4.6	70
3.6	60
2.7	50
2	40
1.4	30
0.9	20
0.4	10
0	0

Esta es una información que deben conocer las personas que quieran discontinuar la olanzapina para poder decidir sobre las alternativas de las que disponen. Se les ofreció poder discontinuar con pequeñas formulaciones en cápsulas de 2, 1´5, 1 y 0´5 mg que preparó la Farmacia Hospitalaria para poder realizar reducciones progresivas. Tres personas dejaron de tomar la olanzapina y seis redujeron su dosis diaria. El proceso de descenso de dosis podría ser conceptualizado como el hallazgo de una nueva dosis mínima eficaz. Las reducciones de dosis se hicieron en intervalos aproximados de tres meses según la tolerancia individual pudiendo llevar el proceso de retirada del fármaco hasta un año y medio en el caso de una persona.

Conclusiones

Este modelo de retirada implica un cambio en la explicación del funcionamiento de los neurolépticos y en la comunicación con las personas que los toman. Si hay personas que de un modo u otro van a discontinuar o reducir las dosis de los neurolépticos los prescriptores tendremos que ayudarlas a que lo hagan con el menor riesgo posible.
Es necesario que los Servicios de Farmacia puedan disponer de formulaciones magistrales de olanzapina a dosis inferiores a 2,5 mg que permitan su retirada paulatina.

Referencias bibliográficas

(1) Viguera, A.C., Baldesasarini, R.J., Hegarty, J.D., van Kammen, D.P., Tohen, M. Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment. Arch Gen Psychiatry.1997; 54(1): 49-55
(2) Horowitz, M. A., Jauhar, S., Natesan, S., Murray, R. M., & Taylor, D. (2021). A method for tapering antipsychotic treatment that may minimize the risk of relapse. Schizophrenia Bulletin.2021; 47(4): 1116-1129

LA UTILIDAD DE LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE RISPERIDONA Y 9-HIDROXI-RISPERIDONA EN PERSONAS CON HIPERPROLACTINEMIA EN TRATAMIENTO CON NEUROLÉPTICOS.

Juan Alday Muñoz. Hospital Universitario José Germain, Leganés.

Introducción

Los niveles elevados de prolactina son un hallazgo frecuente en personas en tratamiento con neurolépticos. Las mujeres tienen un riesgo mucho mayor de sufrir efectos adversos relacionados con la hiperprolactinemia. Algunos de estos efectos indeseables son la amenorrea, la galactorrea, la ginecomastia, la osteoporosis y una proporción significativamente mayor de tumores hipofisarios con risperidona y paliperidona que con otros neurolépticos comercializados (1).

Los receptores D2 del tallo tuberoinfundibular están fuera de la barrera hematoencefálica, por lo que los neurolépticos que la atraviesan mal como la risperidona y la paliperidona, se encuentran en mayor concentración en plasma y pueden bloquear los receptores D2 con un mayor riesgo de hiperprolactinemia que otros fármacos neurolépticos (2).

Objetivos

Mejorar la calidad de vida de las personas con hiperprolactinemia en tratamiento con risperidona y paliperidona e ingresadas en una Unidad de Rehabilitación.

Metodología

De las 31 personas ingresadas en una Unidad de Rehabilitación en noviembre de 2023,18 tenían niveles elevados de prolactina en sangre (58%) según la determinación analítica a su ingreso hospitalario.

De esas 18 personas, 13 se encontraban en tratamiento con risperidona o paliperidona (72%) tras revisar el tratamiento farmacológico. 8 de las personas en tratamiento con risperidona o paliperidona lo hacían con una formulación intramuscular de depósito (61%).

Se solicitaron niveles plasmáticos de risperidona y 9-hidroxi-risperidona en las trece personas que presentaban hiperprolactinemia y que estaban en tratamiento con risperidona y paliperidona. Los efectos secundarios más frecuentemente registrados fueron las disfunciones sexuales y la amenorrea.

Desarrollo

Los niveles de prolactina elevados estaban en torno a 43-55 ng/ml, siendo el rango superior de la normalidad que considera el laboratorio de nuestro hospital de 19.4 ng/ml, cifras que se atribuyeron a los fármacos neurolépticos. Solo en una persona superaron los 100 ng/ml siendo derivada al endocrino y diagnosticada de un adenoma hipofisiario tras la realización de una prueba de imagen. De las trece personas a las que se les solicitaron niveles plasmáticos de risperidona y 9-hidroxi-risperidona, siete presentaron niveles por encima de 60 ng/ml, rango superior de la normalidad que considera el laboratorio (54%). Se redujeron las dosis de risperidona y paliperidona en estas siete personas sin una descompensación clínica significativa, con una reducción de los niveles de prolactina en sangre y sobre todo de los efectos secundarios asociados.

En el resto de personas con hiperprolactinemia, en algunas se pudieron reducir las dosis de risperidona y paliperidona mejorando los efectos indeseables asociados y en otras se añadió aripiprazol en combinación con la risperidona o la paliperidona, habiendo conseguido revertir la hiperprolactinemia, reducir o eliminar los efectos secundarios y mantener la estabilidad clínica.

Conclusiones

La actitud de muchos clínicos de no tratar a las personas con hiperprolactinemia si no presentan ningún síntoma no debería ser la norma. Aunque muchos de los efectos secundarios conocidos de los niveles altos de prolactina pierden su importancia con la edad, el riesgo de exacerbar la osteoporosis sigue siendo crítico (3). Tratar la hiperprolactinemia con neurolépticos no es complicado.

La reducción de la dosis de paliperidona o risperidona a la siguiente dosis más baja debería ser la primera alternativa. La determinación de los niveles plasmáticos de risperidona y paliperidona puede orientar a la reducción de sus dosis sin temor a una recaída. La adición de aripiprazol a dosis bajas puede reducir significativamente la prolactina al tiempo que permitir el descenso de dosis de la paliperidona y/o la risperidona.

Referencias bibliográficas

(1)Atypical antipsychotics and pituitary neoplasms in the WHO database. Doraiswamy PM, Schott G, Star K, Edwards R, Mueller-Oerlinghausen B. Psychopharmacol Bull.2007; 40(1):74-6. PMID: 17285098

(2) KaarSJ, NatesanS, McCutcheonR, Howes OD. Antipsychotics: Mechanisms underlying clinical response and side-effects and novel treatment approaches based on pathophysiology. Neuropharmacology. 2020; 172: 107704.

(3) Antipsychotic-induced Hyperprolactinemia in aging populations: Prevalence, implications, prevention and management. González-Rodríguez A, Labad J, Seeman M.V. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. PMID: 32243999 DOI: 10.1016/j.pnpbp.2020.10994

UNIÓN EUROPEA
FONDO SOCIAL EUROPEO
El Fondo Social Europeo invierte en tu futuro

Comunidad de Madrid
Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad
CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL

NUEVAS TECNOLOGÍAS

SEPAD
Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia

GRUPO 5

BUENAS PRÁCTICAS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL
USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Juan Manuel Montemayor Rebollo (Director Centro de Día Majadahonda), Óscar Sánchez Rodríguez (Responsable Técnico de Innovación y Relaciones Institucionales), Paula Morales García (Centro Residencial de Rehabilitación de Plasencia)

CENTROS RESIDENCIALES - PISOS SUPERVISADOS - CENTROS DE DÍA - CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL - CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

1. JUSTIFICACIÓN

Las tecnologías de información y comunicación (TICs) se han convertido en una de las principales vías de comunicación e intercambio de información, ocupación, ocio y conexión con el mundo.

En Europa, según el índice de la Economía y Sociedades digitales (DESI ,2021), España se posiciona por encima de la media europea en los indicadores de integración de la tecnología digital. El 99% de las áreas pobladas tienen conectividad 4G, El 57% tiene competencias digitales básicas (se estima que el 80% las tendrá en 2030). Añade que, en torno al 25% de los servicios se han digitalizado. Este informe establece la relación directa entre la digitalización y el aumento del PIB y del capital humano individual.

La exclusión social se considera como un proceso de desintegración social que conlleva una ruptura de la relación entre la persona y la sociedad. Por lo tanto, si la sociedad es digital, el individuo debe trabajar en serlo para posibilitar su inclusión social. Así, los datos reflejan una importante brecha digital en la población con situaciones de exclusión y, la digitalización ha producido incremento de los nivele de exclusión. Las personas con enfermedad mental son el segundo grupo con la tasa más baja de uso del ordenador (22,6%), siendo más bajo que el de personas con discapacidad visual que lo utiliza (23,1%) (Huang & Su 2009).

La necesidad de instaurar programas específicos que promuevan la adquisición, la instrucción y la potenciación de estas herramientas para lograr impactos psicosociales y en dimensiones de calidad de vida en las personas con enfermedad mental (Impacto de la digitalización en personas con enfermedad mental, Centro de Dia Majadahonda, 2022).

2. OBJETIVOS

- Fomentar el **uso de las TICs**, acceder a las nuevas tecnologías.
- Adquirir **conocimientos, herramientas y técnicas** para el manejo de su uso.
- Acceso a los medios tecnológicos**, facilitar el acceso** a los medios y la explotación de los que ya tienen para minimizar el impacto socioeconómico.
- Instruir y formar en el uso de técnicas y herramientas tecnológicas desde una perspectiva pedagógica para promover un uso adecuado y un **acceso universal.**
- Promover **estrategias de accesibilidad digital** que permitan la individualización y las adaptaciones pertinentes para facilitar su uso en personas con diversidad funcional.

3. METODOLOGÍA

- **Detección de necesidades asociadas al uso de las nuevas tecnologías.** Elementos clave en el bienestar ocupacional, como las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el ocio y tiempo libre, la participación social o la gestión de la salud.
- **Análisis interno de disposición, adquisición y uso de los medios tecnológicos disponibles.** La relación directa entre la obtención del medio y las situaciones socioeconómicas.
- Formación en competencias digitales: Elementos como la brecha generacional o la escasa explotación de su uso, exigen el aprendizaje de competencias digitales.
- **Uso expansivo de las competencias adquiridas.** La cantidad de aplicaciones y servicios múltiples que ofrecen, requieren la promoción y la exploración de dichos servicios
- **Accesibilidad digital.** Las adaptaciones y aprendizajes de los entornos digitales para que resulten sanos y útiles.. Su uso seguro, eficiente y adecuado, atendiendo a la especificidad.

4. DIMENSIONES CLAVE



5. IMPACTOS POSITIVOS

- Alto grado de satisfacción e indicadores de placer con las tareas ejercidas a través de entornos digitales. Necesidad bien percibida por las personas atendidas, que ven en ellas oportunidad.
- Consecución de objetivos diana que son ejes de la intervención, como el fomento de red social, habilidades sociales, ocio y tiempo libre, AVIDs, participación social o relación con el entorno.
- Mejora de las competencias técnicas, el significado de su uso, el interés por la adquisición de los dispositivos, y afrontamiento de los riesgos asociados a su exploración.
- Consolidación de programas con las competencias digitales como fin o como medio, con el objetivo de seguir reduciendo la brecha digital.

BIBLIOGRAFÍA

- AETS (2009). (2009). Las tecnologías de la información y comunicación en salud mental Telepsiquiatría. Instituto de Salud Carlos III.
- Arriazu (2015). La incidencia de la brecha digital y la exclusión social tecnológica el impacto de las competencias digitales en los colectivos vulnerables. Praxis Sociológica nº 19
- Casiano, C.N. (2014). Promoción del uso de Nuevas Tecnologías en personas con Enfermedad Mental Grave. Universidad de Almería.
- Comisión Europea (2021). Índice de la Economía y Sociedades digitales (DESI).
- Huang, Y-h. & Su, I-J. (2009). Does Health Related Quality of Life Differ between People with Chronic Mental Illness Who Use Computers and Those Who Do Not? Universal Access in HCI, 361-366.
- Tezanos, J.L (2022). . La Sociedad Dividida. Malpaso Ediciones.

6. BUENAS PRÁCTICAS

Programa TICS

Este programa está conformado por actividades diseñadas para la detección de elementos definitorios en la brecha digital, fomentar el acceso a los medios tecnológicos, formar a las personas atendidas, explorar todas las vías de uso, y promover la accesibilidad digital desde un punto de vista psicosocial.

Se articularon cuatro ejes. Conéctate un programa de formación en competencias digitales en el Centro de Educación para APPlícate, actividad individualizada de uso de los medios tecnológicos, Fotografía, como forma de fomentar un uso lúdico y artístico, y la realización de un estudio, denominado "impacto de la digitalización en personas con enfermedad mental".

Los resultados fueron el aumento de los medios tecnológicos adquiridos, la mejora de las competencias digitales en seis áreas fundamentales de más del 90% de participantes, la mejora de la frecuencia de uso , la implantación de actividades hibridas semipresenciales, y la presentación de un póster en el XXVIII congreso de la AEN con las conclusiones del estudio, que fundamentan la continuidad en el entrenamiento digital.

Las nuevas tecnologías para cuidar la salud

Este programa fue creado para fomentar el uso de las TICs para la gestión de las acciones relacionadas con la gestión de salud y otras gestiones. En un estudio de un centro, se estableció que el 48% de las personas usuarias tenías smartphone, pero su uso se limitaba a las llamadas. Las actuaciones:

- Tramitación para el acceso a las vacunas. Entrenamiento en competencias digitales para realizar autocitas para dosis de la vacuna,
- Gestionar futuras citas médicas de atención primaria y especializada través de la aplicación móvil.
- Explorar las posibilidades que ofrece el acceso a Internet, en concreto las aplicaciones móviles.
- Con la gestión de la tarjeta sanitaria virtual y a la cita sanitaria por App, se consiguió que todas las personas destinatarias pudieron gestionaran citas de vacunación de forma autónoma.
- Más del 50% de las personas pidieron citas con especialista o MAP.
- 5/5 en satisfacción, motivando la continuidad y posteriormente, consolidación .

Las TICs para el acceso a la información

La no utilización o el desconocimiento de tecnologías de la comunicación, ha agraviado el sistema de desigualdad social generando nuevas formas de exclusión social (Arriazu, 2015) (Tezanos, 2022).

Por ello se diseñaron programas de entrenamiento digital con el objetivo de acercar las nuevas tecnologías a las personas usuarias en la participación en actividades grupales, acceso a información de interés y participación en el ocio.

Este entrenamiento consistió en la

- Habilidades en el manejo del teléfono móvil y ordenador.
- Acceso a la información (Whatsapp, YouTube, Zoom, etc.)
- Exploración de las opciones de ocio digital.

Los resultados obtenidos fueron la

- Predisposición de mayoría de las personas y su satisfacción con este tipo de programa, y la
- Continuidad de actividades con la digitalización como medio o fin, evidenciando interés y utilidad.

Las TICs para crear nuevos contextos sociales

Este programa fue diseñado para dar respuestas a las dificultades de interacción social y las nuevas demandas de uso de las tecnologías para el acceso a servicios básicos. Se estructuró en dos líneas.

- Aprendizaje de nuevas tecnologías. Conocer los dispositivos, poder usar aquellos a nuestro alcance, explorar el uso del smartphone y las aplicaciones como medio de interacción.
- Espacio Reencuentros. Permitía usar estas competencias digitales para recuperar el diálogo en un espacio compartido, recuperar la identidad de grupo y poder compartir las emociones o experiencias de esta etapa.

Los resultados fueron:

- adquisición de competencias digitales en el uso de WhatsApp, meet y otras plataformas.
- Resolver actividades instrumentales como acceder a Internet, renovar DNI, correo, documentos.
- Uso de Apps de ocio. Aumento de sus contactos sociales en una etapa restrictiva, expresión emocional y poner palabras a vivencias interaccionando con otros y con apoyo entre iguales.

- APLICABILIDAD
- CENTRADA EN NECESIDADES OCUPACIONALES
- BASADA EN FUENTES DE EVIDENCIA
- ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA
- IINTEGRADORA E INCLUSIVA
- SIGNIFICACIÓN OCUPACIONAL
- ÉTICA
- IMPACTO SOCIAL
- RESULTADOS DE IMPACTO
- INNOVADORA

UNIÓN EUROPEA
FONDO SOCIAL EUROPEO
El Fondo Social Europeo invierte en tu futuro

Comunidad de Madrid | Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad | CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL

SEPAD Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia

GRUPO 5

PERCEPCIÓN DEL IMPACTO PRODUCIDO POR LA PANDEMIA COVID-19 EN LA VIDA DIARIA DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL DESDE LA DE LA VISIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Juan Manuel Montemayor. Terapeuta Ocupacional. Director Centro de Día Majadahonda. Comunidad de Madrid. Grupo 5.
Paula Morales García. Terapeuta Ocupacional. Centro Residencial de Rehabilitación de Plasencia. Junta de Extremadura. Grupo 5.
Óscar Sánchez Rodríguez. Terapeuta Ocupacional. Trabajador Social. Responsable Técnico de Innovación y Relaciones Institucionales. Grupo 5.

CENTROS RESIDENCIALES - PISOS SUPERVISADOS - CENTROS DE DÍA - CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL - CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

1. INTRODUCCIÓN

Se realiza un estudio centrado en el análisis de la percepción de terapeutas ocupacionales sobre el impacto que ha supuesto la pandemia COVID-19 en la vida de personas con trastorno mental.

La ciencia ocupacional proporciona un paradigma que permite comprender la naturaleza ocupacional de los seres humanos, la relación entre el funcionamiento diario, la salud y el bienestar, así como las interacciones contextuales que dan forma y significado a la ocupación (WFOT, 2012).

Los seres humanos tienen un carácter ocupacional que determina estructuras de identidad con el entorno físico, social, temporal y espiritual. Forma parte de procesos complejos de identificación y desempeño que se producen a través de la actividad cotidiana y de la participación en los diversos ambientes y contextos. Define el hacer para ser y para llegar a ser (Wilcock, 1998).

Los componentes del dominio de la terapia ocupacional son ocupaciones, contextos, patrones de desempeño, habilidades de desempeño y factores del cliente. Todos los aspectos del dominio tienen una interrelación dinámica que, además, evoluciona a lo largo de la vida de las personas.

2. MUESTRA

Grupo 5 gestiona en el momento de iniciar este estudio 66 servicios específicos de atención a personas con trastorno mental con 2.125 plazas y que atiende al año a más de 2.600 personas en centros residenciales, diurnos o ambulatorios (datos de 2021).

La plantilla es más de 560 profesionales multidisciplinares y, entre estos, 40 terapeutas ocupacionales (7,1% del total).

La muestra está formada por 21 terapeutas ocupacionales de los servicios de atención psicosocial a personas con trastorno mental gestionados por Grupo 5 de un total de 40 terapeutas ocupaciones de esta área (52,5%). Atienden servicios con 914 plazas (43,0%) y con atenciones superiores a las 1.188 personas por año (55,9%).

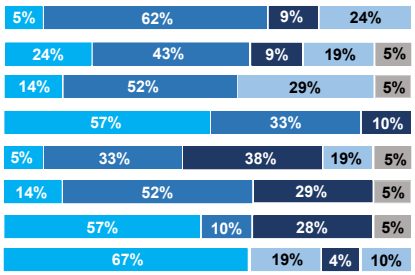
3. METODOLOGÍA

Administración de un cuestionario configurado por diversas dimensiones ocupacionales, para la valoración y diagnóstico por parte de terapeutas ocupacionales sobre los niveles de influencia que se han producido durante el periodo COVID-19 sobre los elementos de los dominios ocupacionales y sobre otros factores específicos producidos en el funcionamiento diario de personas con trastorno mental.

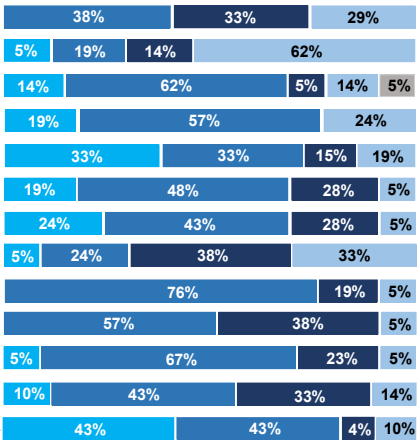
SISTEMA DE VALORACIÓN DE ÍTEM: **-2. Alto impacto negativo** / **-1. Moderado impacto negativo** / **0. Sin impacto relevante** / **+1. Moderado impacto positivo** / **+2. Alto impacto positivo**.

DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO

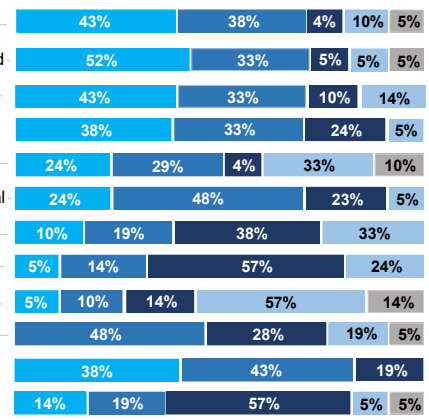
OCUPACIONES



COMPONENTES OCUPACIONALES



FACTORES DE INFLUENCIA EN PERIODO COVID



4. CONCLUSIONES

DIMENSIONES	PERSONAS	ATENCIÓN
La digitalización como complemento clave en la atención	Alfabetización digital como **elemento preventivo** para las personas con trastorno mental ante el desarrollo de sociedades tecnológicas avanzadas siendo una herramienta **de gran valor ocupacional.**	**Impacto clave** de las tecnologías de comunicación **en el desarrollo de actividades de la vida diaria** con incorporación de estas el 90% de las prácticas e intervenciones durante la pandemia.
Coincidencias entre población general y población con enfermedad mental	**Igualdad en la vulnerabilidad**, limitaciones, temores entre población general y personas con trastorno mental. **Desarrollo de liderazgos de apoyo mutuo,** solidaridad, cooperación y compromiso, desdibujando algunos roles previos vinculados a enfermedad.	Estrategias en los **niveles de autonomía personal y prevención de riesgos en el futuro** a través del fomento de roles de cuidados y programas técnicos de mejora de las competencias digitales, de mejora de la convivencia y de cuidado de salud física.
Importancia de la metodología de análisis e intervención ocupacional	Impacto multidimensional del análisis e intervención ocupacional sobre las personas produciendo **interacción** con múltiples áreas **ocupacionales y contextos ambientales.**	**Incremento de actuaciones experimentales e innovadoras** asociadas a la grave crisis de la pandemia, manteniendo una estructura por áreas y programas individuales y centrados en la calidad de vida.
Relevancia de la comunidad y de la convivencia en recursos residenciales	Estilos de **convivencia como elemento de alta importancia** asociado al confinamiento. Relevancia de las ocupaciones significativas en la vida diaria durante el confinamiento y su carácter de socialización.	Alto riesgo por el COVID en la convivencia, desarrollando **actuaciones preventivas innovadoras y de cuidados mutuos.** Nuevas necesidades, nuevas estrategias y nuevos programas de actuación ad-hoc.
Retos de los procesos de terapia ocupacional en salud mental	Es necesario **integrar en la práctica**: Derechos humanos, individualización, inclusión comunitaria, metodología desenrolamiento clínico versus enrolamiento ocupacional y social, criterios de recuperación y bienestar ocupacional con **aportación de indicios objetivos.**	Priorizar la sistematización del diseño metodológico de terapia ocupacional basado en la **evidencia científica y miradas centradas en el rigor,** con transiciones de valor en las comunicaciones con los grupos de interés (personas, grupos, organizaciones y poblaciones) y gestionando **mediciones de impacto** sobre los dominios ocupacionales y sus componentes.

BIBLIOGRAFÍA

- WFOT (2012). About Occupational Therapy. Recuperado en 2022, de: https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy
- Sánchez Rodríguez, Ó., Polonio, B., & Pellegrini, M. (2013). Terapia ocupacional en salud mental. Teoría y Técnicas para la autonomía personal. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- ONU. (2015-2030). Objetivos de Desarrollo Sostenible. (N. Unidas, Editor) Recuperado en 2022, de https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/
- CGCTO. (2020). Impacto del Covid-19 en la Terapia Ocupacional. España: Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales; SOCINTO. Recuperado en 2022, de https://consejoterapiaocupacional.org/wp-content/uploads/2020/06/Impacto-del-covid19-en-la-terapia-ocupacional-CGCTO-web.pdf
- AOTA. (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process. American Occupational Therapy Asociation (AOTA). Recuperado en 2022, de https://www.aota.org/practice/domain-and-process
- Catedra contra el estigma Grupo 5- Universidad Complutense de Madrid. (2020). Estudio longitudinal del impacto psicológico derivado de la COVID-19 en la población Española. Madrid. Recuperado el 2022, de https://www.contraelestigma.com/resource/estudio-covid-resultados-finales/
- Navarro, D., Ballesteros, F., & Romero, M. (2021). Evaluación de necesidades provocadas por la COVID-19 en personas con trastorno mental grave. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado en 2022, de https://www.redalyc.org/journal/2650/265069724013/

¿QUÉ SUCEDE EN LOS COMIENZOS DEL PROCESO GRUPAL? UNA REFLEXIÓN SOBRE LOS INICIOS DE UN GRUPO DE ADOLESCENTES.

Autores: Laura Sánchez Martín, Álvaro Magdaleno Florez, Claudia Victoria Rubio Landart

1 Introducción:

La atención a la Salud Mental de la población infanto-juvenil en su etapa adolescente es de gran importancia dado el delicado momento vital que enfrentan. Las pérdidas progresivas que han de atravesar para abandonar el mundo infantil y entrar en el mundo adulto son fuente de diversas ansiedades tanto para ellos como para su entorno familiar, escolar y social (Aberastury y Knobel, 1971). En los casos donde esta transición de la dependencia infantil a la dependencia adulta se encuentra con dificultades, podemos encontrarnos diversas formas de psicopatología.

El escenario grupal hace posible una serie de efectos terapéuticos que no estarían presentes en los tratamientos individuales, como son la socialización, los fenómenos especulares, la resonancia o la universalización, entre otros (Vinogradov y Yalom, 1996).



2 Desarrollo:

El **objetivo** del este grupo es lograr en sus participantes un aumento de la capacidad para comprenderse tanto a sí mismo como a los demás, derivando esto en una mejoría en el malestar por el que consultan, así como en unas relaciones más favorables en sus entornos significativos.

El grupo está conformado por chicos y chicas entre 15 y 17 años, atendidos en Salud Mental con diferentes psicopatologías. La frecuencia del grupo es semanal, con una duración de hora y media, repartidas en 12 sesiones. El equipo de trabajo está conformado por dos terapeutas y un observador. En la primera sesión se esclarecieron las normas y el encuadre del grupo; además se les ofreció un folleto informativo donde se recogen algunos mitos terapéuticos y se esclarecen expectativas sobre la utilidad del grupo. **Este grupo utiliza un enfoque grupoanalítico cuyo rasgo característico es la ausencia de tarea grupal.**

Los principios que guían esta técnica, como son **la ausencia de tarea y la construcción de un espacio de confianza y fiabilidad,** posibilitan las aportaciones espontáneas de los miembros del grupo. Este tipo de dinámica es privilegiada para aprender mediante la relación con los otros a comprenderse mejor a uno mismo y por extensión a los demás, derivando en una mayor capacidad para manejar el malestar y adaptarse a la realidad (Foulkes, 2007).

Al principio de cada sesión, se objetivaron **dificultades para iniciar conversaciones**, por lo que primaba el silencio y la ansiedad de la situación grupal, requiriendo la participación más activa de los terapeutas, mediante intervenciones como: el uso humor, el reconocimiento y validación de las angustias iniciales en un grupo y realizando preguntas más generales y abiertas.

En este sentido, observamos cómo las primeras intervenciones, suelen estar más dirigidas a contestar estas preguntas de los terapeutas, pero posteriormente, vemos cómo comienza una mayor fluidez en el intercambio comunicacional entre los participantes, motivadas en su mayoría por procesos de identificación/resonancia

A **medida que avanza el número de sesiones,** observamos una **mayor cohesión grupal** y cómo la función de los terapeutas pasa a un papel más de "seguir al grupo" y actuar como coordinadores, pudiendo integrar los distintos temas abordados en el grupo, devolver aquellos aspectos escindidos y señalar posibles resistencias/ansiedades relacionadas con enfrentar las discrepancias y/o conflictos dentro del propio grupo.

3 Conclusiones:

A lo largo de las primeras cuatro sesiones, **el grado de participación ha sido elevado**, asistiendo un alto porcentaje de pacientes. Se ha percibido cómo, desde los inicios, la psicoterapia de grupo ofrece un **espacio seguro**, donde se promueve la **expresión emocional**, pudiendo abordar temas como la familia, los vínculos afectivos, las drogas, la identidad de género, la sexualidad y las dificultades para la autorregulación emocional.

Una de las pacientes ha decidido abandonar el grupo, sin anunciarlo previamente, acudiendo solo a las dos primeras sesiones. Desconocemos los motivos reales que han propiciado este abandono. Tras anunciarlo, los pacientes han insinuado algunas interpretaciones fantasiosas para rellenar y dar sentido a este acontecimiento.

Aún queda por descubrir si el grupo evolucionará hacia un aumento de la capacidad de observar, intuir, comunicar, asociar ideas, en definitiva, elaborar, lo cual significaría un progreso en las relaciones interpersonales y el gradual desarrollo de criterios propios y las mejores condiciones para la construcción de la identidad

4 Referencias bibliográficas.

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1971). El síndrome de la adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Editorial Paidós
- Foulkes, S. H. (2007). Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico.
- Torras, Eulalia (1996). Grupos de hijos y de padres, Barcelona. Paidós
- Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (1996). Guía breve de psicoterapia de grupo (pp. 2-44). Barcelona: Paidós.

Mercantilización del malestar: la despatologización como intervención terapéutica

Lidia Aranguren Conde(1), Asier Corrales Rodriguez (2), Amaia Lauzurica Herrán (3), Olaia Iraola Echarri (2)
(1) Psiquiatra CSM Ansoain,
(2) MIR Psiquiatría UDM Salud Mental Navarra,
(3) Psiquiatra CSM Barakaldo

Introducción

Vivimos en la era de la patologización del malestar. La ansiedad, tristeza, cansancio, desesperanza, miedo... son experiencias inherentes a la condición humana. En una sociedad cada vez más individual y medicalizada, la respuesta es la de patologizar este malestar (1). El marco es una psiquiatría biologicista, a menudo reduccionista ante el sufrimiento humano, que no contempla la complejidad de la experiencia humana y que busca diagnósticos y supresión de síntomas (2), haciendo así al malestar susceptible de recibir un tratamiento (PSICOfarmacológico o PSICOterapéutico).

Además, son tiempos regidos por una economía de mercado que busca incrementar los beneficios de las empresas privadas, a la vez que genera mayores desigualdades socio-económicas (2). El ejercicio privado de la "medicina" y de las "profesiones psi" ha encontrado en las Redes Sociales un instrumento útil para, por un lado, hacer masivo el marco teórico biológico e individualista y, por otro lado, buscar clientes a los que atender.

Así, cada vez es más frecuente encontrarnos con demandas de valoración a petición de la propia persona que, influenciado por la narrativa sociopolítica actual mediante noticias, RRSS y otro tipo de contenidos audiovisuales, cree que su malestar es consecuencia de un trastorno mental.

Desarrollo

Se expone el caso atendido en un Centro de Salud Mental.

Historia de la enfermedad:

Mujer de 23 años, natural de una zona rural de Navarra. Sin antecedentes médicos, ni quirúrgicos de interés. No consumo de tóxicos.

Problemas en la socialización e interrelación con iguales desde la infancia. A destacar que la familia de origen tiene dificultades económicas y sociales. Conflicto entre los padres, con triangulación de la hija en el mismo.

En una búsqueda de entendimiento de su malestar, la paciente acude a psicólogos y psiquiatras principalmente en el circuito privado. Uno de ellos, le diagnostica de Trastorno Bipolar tipo 2 e inicia tratamiento con Lamotrigina cuando tiene 20 años.

Estado actual

Acude derivada por su Médico de Atención Primaria a petición de la paciente, para seguimiento por diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo 2 y tratamiento con Lamotrigina. No se observan, cuando se realiza historia de la paciente, claros cuadros depresivos, ni hipomaníacos. Se observa malestar emocional y sufrimiento vital entorno a situación familiar (relación dependiente con la madre, padre acaba de fallecer), laboral (formación universitaria, no encuentra trabajo en su ámbito), económica y social (ha vuelto a su pueblo donde no tiene un relaciones externas a la familia).

Evolución

A lo largo del periodo de seguimiento, se observa malestar emocional relacionado con el contexto de la paciente.

La intervención se centra en la **despatologización del malestar**, **educación emocional, fomento de la autonomía de la paciente, apoyo en desarrollar redes en la comunidad y apoyo en la resolución de conflictos.**

A nivel farmacológico, se suspende lamotrigina y se inicia vortioxetina (fármaco con mejor tolerancia, menor riesgo de efectos secundarios y sin la indicación de toma crónica).

Conclusión

Es necesaria una visión plural del enfermar, en la que lo biológico, lo social, lo cultural y lo psicológico estén interrelacionados frente al determinismo biológico dominante (2), que se traduzca en intervenciones terapéuticas en nuestras consultas.

Bibliografía

(!) Carmona M., & Padilla J. (2022) Malestamos. Capitan Swing S.L.
(2) Desviat M., & Pereña F. (2016) Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva. Grupo5.

Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad
CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL

EVITANDO LA CRONIFICACIÓN INSTITUCIONAL EN UN CENTRO DE DÍA. PROTOCOLO DE ALTA.

M.ª Teresa Ruiz Jiménez; Ángeles Palatucci García; M.ª Irene Carrera Vivar; Alberto Prieto Arévalo y Alicia Barbero Rodríguez. Equipo de Atención Centro de Día Espartales Sur. XXX Jornadas estatales AEN - XXVII Jornadas AMSM. Junio 2024
Contacto:direccion.cdcrlalcala@grupo5.net

1. INTRODUCCIÓN

Los centros de día (CD) destinados a personas con trastorno mental grave (con un perfil diagnóstico mayoritario como el de la psicosis) se caracterizan por ser centros en donde el deterioro, el envejecimiento, la comorbilidad física, el autoestigma y la presencia de acontecimientos vitales relacionados con pérdidas coexisten, frecuentemente, con las limitaciones en el funcionamiento psicosocial. Estas variables, suponen desafíos importantes no solo para las personas a las que afecta, sino también para los equipos de profesionales. Estos equipos, han de lidiar con **la *"no presión para el avance"* y con la etiqueta del imaginario social profesional de *"último recurso"*.**

EL CD, como recurso público de la Comunidad de Madrid, **ha de garantizar servicios y prestaciones eficaces y eficientes, favoreciendo acciones que contribuyan a la autonomía y evitar el estancamiento en el recurso de las personas a las que atiende.**

Por otro lado, la salida de la persona, del que ha sido **su "refugio terapéutico"** durante tantos años, implica cierto desasosiego en todos los agentes implicados: equipo de continuidad de cuidados, psiquiatra, familia, persona atendida y equipo del recurso del que se marcha. Entendiendo estas interrelaciones dentro de cada contexto (Díaz y García, 2006).

2. OBJETIVOS

- **Sistematizar las actuaciones profesionales para la realización del alta terapéutica.**
- **Facilitar la toma de decisiones respecto a la misma.**
- **Reforzar la vinculación con el programa de continuidad de cuidados y los servicios de salud mental con el que quedan las personas que son dadas de alta (desde 2023).**
- **Detectar situaciones anómalas o de riesgo en personas dadas de alta.**.

3. METODOLOGÍA

Se sigue una metodología centrada en el trabajo por objetivos que reconoce las necesidades de la persona atendida desde el inicio hasta el final de su proceso de rehabilitación psicosocial acercándonos con ello al enfoque humanista (Rogers, 1972). No se descartan actuaciones más directivas (desde el apoyo) cuando el análisis viene determinado por el miedo a salir de falsas zonas de confort que impiden el avance en las personas atendidas.

La función de supervisión continua de las estrategias empleadas para evitar la cronificación corresponde a la dirección del centro de día, desarrollando protocolos y procedimientos que garanticen su cumplimiento y apoyando al equipo de atención cuando se hace necesario revisar dichas estrategias.

Se concibe el paso del tiempo como variable iatrogénica si no se mantienen vivos los procesos de cambio, asimilando este paso del tiempo a lo establecido por Lobo & Ibáñez (2011) en su formulación de tratamientos inadecuados técnicamente.

4. DESARROLLO

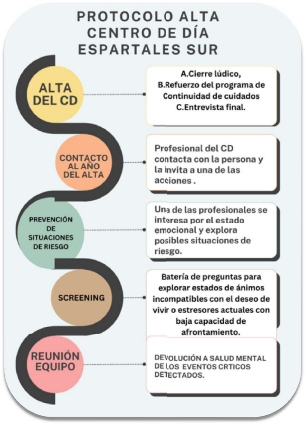
EL PROTOCOLO DE ALTAS.

Creado en 2018, se ha ido modificando, para sellar las fisuras que van apareciendo en el difícil proceso de desvincular a una persona de "su espacio rehabilitador seguro".

Viene precedido del cambio de fase del proceso rehabilitador: de intervención a seguimiento y de la constatación que la persona mantiene las áreas de autonomía alcanzadas.

Una alta terapéutica se acompaña de tres acciones:

A. Cierre lúdico.
B. Refuerzo del programa de continuidad de cuidados de los servicios de Salud Mental
C. Entrevista final, donde se constatan los indicadores de buena evolución.



Desde 2023, **se añaden acciones con las personas que salieron de alta**. Estas acciones las hemos denominado **Prevención de situaciones de riesgo al alta**.

Estas acciones se concretan en:

- Invitación a **eventos extraordinarios** que se organizan desde el CD.
- Exploración básica de **estados de ánimo**.
- **Detección de estresores** continuos con una baja capacidad de afrontamiento.

DESARROLLO

Algunos ejemplos son: participación en la Carrera de las Capacidades, comida de Navidad, invitaciones para cierres lúdicos de compañeros/as dados de alta y que coincidieron durante la estancia en el centro de día.

Existen acciones específicamente para que las **mujeres sigan vinculadas tras el alta:**

- **Grupo Hablemos de Nosotras** organizado en el Centro Asesor de la Mujer de Alcalá de Henares
- **Grupo Mujeres de Alcalá**

El protocolo de alta implica contactar con las personas que salieron del recurso, mínimo en una ocasión, a lo largo del año para cualquiera de estos eventos.

¿CÓMO EVALUAMOS LAS SITUACIONES DE RIESGO?

Se llevarán a cabo la siguiente batería de preguntas **para explorar estados de ánimos incompatibles con el deseo de vivir o estresores actuales con baja capacidad de afrontamiento.**

INTERPRETACIÓN DEL SCREENING

Con el fin de extraer información lo más clara posible se pregunta a la persona sobre estos 5 puntos. De esta manera se obtiene una primera impresión de su situación actual.



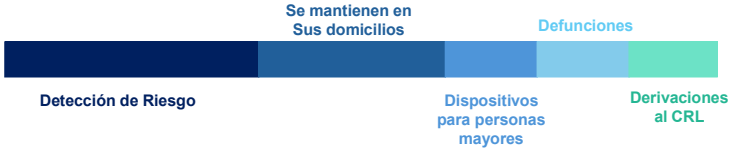


5. RESULTADO

El evento extraordinario ofrecido en 2023 fue la Comida de Navidad, a la que acude una persona no vinculada a ningún otro recurso, tras la salida del Centro de Día.

Durante los 13 años de apertura del Centro de Día Espartales Sur, se han producido 20 altas. Un 15% quedaron vinculadas con su entrada en un CRL (uno falleció posteriormente); un 20% ha fallecido; un 15% están vinculados a dispositivos residenciales de mayores; y el 50% continua en sus domicilios sin haber experimentado descompensaciones clínicas causantes de ingreso psiquiátrico.

Tras la puesta en marcha de las últimas acciones, en 2023, se detectó riesgo por baja capacidad de afrontamiento en estresor permanente, siendo necesario alertar a los servicios de salud sobre el mismo (100% = 1 persona).



6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Díaz-Estévez, J., & Stiefel García-Junco, B. (2006). El trabajo por objetivos con los diagnosticados de psicosis Un enfoque basado en las necesidades reconocidas por el paciente. Apuntes De Psicología, 24(1-3), 309-329.

Rogers, C.R. (1972). El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidós.

Ortiz Lobo, Alberto, & Ibáñez Rojo, Vicente. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. Revista Española de Salud Pública, 85(6), 513-525. Recuperado en 07 de mayo de 2024, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135%20572720110006000002&lng=es&tlng=es.

ESCENARIOS PARA EL CAMBIO:EL PAPEL DEL TEATRO EN LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

M. Garcés Domingo, A. Felices de la Fuente, I. Garcia Naranjo, M. Galera González
Equipo multidisciplinar SRC Granollers Benito Menni C.A.S.M.
mgarces.hbmenni@hospitalarias.es



Introducción

El Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC) de Granollers, concertado con CatSalut, ofrece tratamiento de rehabilitación psicosocial a personas con trastorno mental grave, enfocándose en áreas clínica, cognitiva, funcional y relacional. El teatro, más allá del entretenimiento, es una herramienta terapéutica y educativa, promoviendo la neuroplasticidad esencial para el desarrollo de funciones ejecutivas a través de la memorización, adaptación a roles y manejo de interacciones.

Objetivos

General :
-Utilizar el teatro como herramienta terapéutica en el SRC para mejorar y potenciar las funciones ejecutivas del cerebro, fundamentales para el bienestar relacional y social de nuestros usuarios.

Específicos :
- Mejora del estado de ánimo y reducción del aislamiento social.
- Aumentar la autoestima y el autoconocimiento.
- Estimular la creatividad y la expresión emocional.
- Desarrollar habilidades comunicativas y sociales.



Criterios de Inclusión Y Características del Grupo

Los usuarios participantes serán aquellos del programa comunitario del SRC, seleccionados en base a sus necesidades terapéuticas.

Profesionales involucrados: un psicólogo clínico y un terapeuta ocupacional.

Metodología/Desarrollo

Se realizará un estudio pre-post con grupo de comparación para determinar el impacto del programa de intervención en las funciones ejecutivas. El programa constará de 24 sesiones estructuradas en dos bloques de 12, diseñadas para trabajar aspectos específicos como la relajación, concentración, interpretación, comprensión de texto, improvisación y memorización.

Participantes: 12 usuarios en el proyecto grupal y 12 usuarios como grupo de control.

Escalas de evaluación:
- Test de Wisconsin de Clasificación de Tarjetas (WCST): Mide la capacidad de cambio de atención, inhibición cognitiva y flexibilidad mental.
- Test de Fluencia Verbal (FAS): Evalúa la capacidad de la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva.

Conclusiones

La integración del teatro en la rehabilitación psicosocial y la terapia cognitiva representa un enfoque holístico y multidimensional para el tratamiento y la mejora de la salud mental y las funciones ejecutivas. Este enfoque no solo aborda los síntomas y desafíos específicos, sino que también promueve la resiliencia, la creatividad y el bienestar general, resaltando el valor terapéutico del arte y la cultura en la ciencia psicosocial.

Bibliografía

1. Knapp, K. Morton, JB. El Desarrollo del cerebro y las funciones ejecutivas. En: Morton, JB. Funciones ejecutivas. Ontario: University of Western Ontario, Canadá; 2013. 7-12.
2. Vaqueiro Romero. El teatro como recurso didáctico. En: Sainz García, AM. Arriba el telón: enseñar Teatro y enseñar desde el teatro. Secretaría General Técnica; 2014. 34-41.
3. Fernández Rodríguez M. El uso de recursos comunitarios en rehabilitación. II Jornadas Asturianas de Salud Mental; 2000. Oviedo.
4. Bravo MF (Coord.). Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000.

UNIDAD HOSPITALARIA DE RECUPERACIÓN:
De subagudos a UHR, del hospital a la comunidad; Cambio de modelo.

M. Q. Torres Cayuelas, A. Nogales Barroso, F. Viñas Usan y N. Mampel Caballero.
Unidad Hospitalaria de Recuperación, Hospital General de Granollers, Hermanas Hospitalarias Benito Menni CASM.
qtorres.hbmenni@hospitalarias.es y *anogales.hbmenni@hospitalarias.es*

INTRODUCCIÓN:

En febrero de 2022 se inaugura la Unidad Hospitalaria de Recuperación (UHR) situada en el Hospital General de Granollers que da servicio a toda la comarca del Vallès Oriental.
La UHR de Hermanas Hospitalarias Benito Menni es una unidad que integra diferentes acciones y técnicas orientadas a iniciar la recuperación psicosocial de personas con trastorno mental desde un medio hospitalario y según el modelo de recuperación.
Las intervenciones son a nivel grupal, individual y/o familiar, y la mayor parte de dichas intervenciones se hacen en la comunidad.
La unidad está formada por un equipo interdisciplinar integrado por: terapia ocupacional, TES (Integrador social), enfermería, auxiliares de enfermería, psicología clínica, trabajado social y psiquiatría.
El proceso de recuperación tiene una duración máxima de 100 días y se trabajan las diferentes áreas de ocupación de la persona.
Los usuarios pueden acceder a la UHR o por derivación directa desde la red de salud mental comunitaria o desde las unidades hospitalarias.
El proceso de recuperación hacia el que queremos ir se basa en el modelo de recuperación, por tanto, ha de tender a ser un proceso voluntario, habiendo todavía ingresos involuntarios.
Des de la UHR nos planteamos:
Dotar de las herramientas necesarias a los usuarios de la unidad para que puedan desarrollar su proyecto de vida e iniciar un proceso de recuperación que tenga continuidad en su paso a la comunidad.
Ofrecer una atención integral a usuarios complejos del Vallès Oriental, siendo la persona el eje central, y coordinando todos los recursos multidisciplinarios para asegurar una continuidad terapéutica y asistencial y así facilitar la elaboración de su proyecto de vida, evitando posibles reingresos

OBJETIVO:

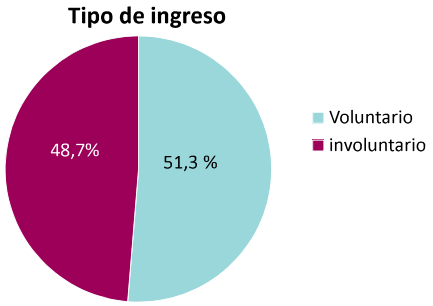
Determinar el % de usuarios que ingresan voluntarios y qué % de reingresos hay después del proceso de recuperación.
Determinar qué grado de funcionamiento social y ocupacional tienen los usuarios previos al ingreso, y, qué % de ellos sale de la UHR vinculado a un recurso comunitario para poder continuar su proceso de recuperación.

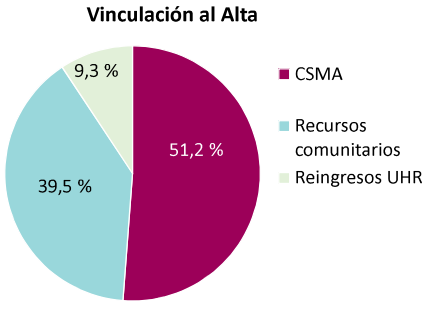
METODOLOGÍA/DESARROLLO:

En el año 2023, el año que cogeremos de referencia, ingresaron en la UHR 76 pacientes. De estos pacientes que ingresan cuantificaremos cuántos de ellos ingresan voluntariamente, ya que, esto será un dato significativo del cambio de modelo hacia el que queremos trabajar; Modelo de recuperación.
A su vez, se analizarán los datos obtenidos de la administración de la escala de funcionamiento social y ocupacional SOFS al ingreso para poder saber el grado de autonomía de los pacientes; La Escala de Funcionamiento Social y Ocupacional (SFOS) proporciona una medida de la actividad social breve, es adecuada para su uso en pacientes hospitalizados. El funcionamiento social se define operacionalmente como el que comprende el autocuidado y actividades de la vida diaria, comunicación y relaciones interpersonales, y habilidades instrumentales para la vida y el trabajo.
Analizaremos los datos relativos a las vinculaciones al alta tras el proceso de recuperación; Al finalizar el proceso de recuperación el paciente retorna a la comunidad pudiéndose vincular a alguno de los recursos comunitarios ya existentes o bien retorna con una vinculación al centro de salud mental de adultos (CSMA). Y, para finalizar, también analizaremos los datos relativos a los reingresos en la UHR.

RESULTADOS/CONCLUSIONES:

Con el inicio del cambio de modelo de unidad de subagudos a UHR hacia un modelo de recuperación y según los datos analizamos obtenemos que:





El **98%** de los pacientes que inician el programa de recuperación en la UHR tienen un **deterioro grave a extremo** en su funcionamiento social y ocupacional.

Des de la UHR valoramos positivamente los datos obtenidos, ya que, como podemos apreciar más de la mitad de los ingresos son ingresos voluntarios; este hecho nos hace reflexionar que el cambio iniciado hacia un modelo de recuperación en el que se pone la persona en el centro de su proceso se esta empezando a implementar en la UHR.

Valoramos como positivos también los datos de vinculación a recursos comunitarios al alta del proceso pues apuntan a la eficacia del modelo de recuperación para producir cambios en el funcionamiento del usuario en el ámbito comunitario. Esta mayor vinculación comunitaria podría ser un de los hechos causantes de tener un menor número de reingresos en el período de 2023.

Estos resultados nos alientan a continuar trabajando en la línea del modelo de recuperación sobre todo considerando que el deterioro en el funcionamiento social y ocupacional de las personas que inician su proceso de recuperación en UHR es un deterioro grave a extremo dificultándoles una vida más autónoma en el ámbito a nivel comunitario.

INTERVENCIÓN GRUPAL COMUNITARIA DESDE UNA PRESPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD MENTAL: "GRUP DE DONES"

M.Q. Torres Cayuelas, B. Antón Mármol

Servei de Rehabilitació Comunitària y Unitat Hospitalària de recuperació de Granollers

INTRODUCCIÓN

El Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC) de Granollers de Benito Menni CASM es un dispositivo asistencial que integra diferentes programas orientados a la rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave.

Durante el proceso, se constatan dificultades en la gestión diaria que imposibilitan y/o limitan el desempeño de roles y las actividades de la vida diaria, que pueden verse agravadas cuando estas personas son de género femenino. En este contexto, en mayo de 2021 se crea un grupo de mujeres transdiagnóstico, en formato online, de edades comprendidas entre los 40 y 55 años, conducido por una terapeuta ocupacional, y que se incluye dentro del programa rehabilitador. En septiembre de 2022 el grupo pasa a formato presencial, y se une como coterapeuta una psicóloga clínica.

El objetivo del grupo es abordar varias temáticas desde una perspectiva de género, potenciando hábitos de autocuidado. Se pretende con una visión reflexiva sobre los roles de género favorecer una espacio de confianza para compartir conocimiento y experiencias de vida.

OBJETIVO

(1) Determinar qué factores terapéuticos grupales identifican como de mayor utilidad las mujeres integrantes del grupo

(2) Analizar el impacto del grupo sobre el autocuidado.

(3) Analizar la satisfacción percibida con el grupo de las usuarias del grupo

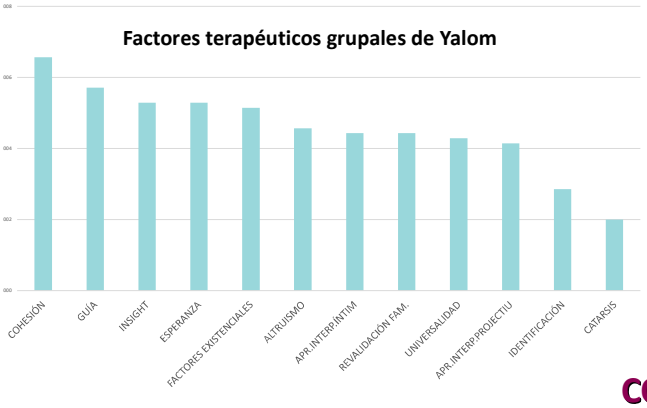
METODOLOGÍA

8-10 | Viernes 12-13h | Anual

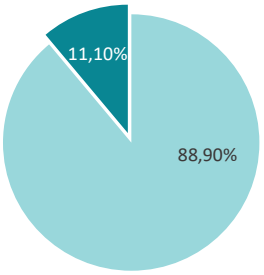
- Escala de Factores Terapéuticos Grupales (FTG), Yalom.
- Escala de habilidades de la vida diaria (BELS), en la sección de autocuidado.
- Encuesta de satisfacción percibida de la actividad

RESULTADOS

Factores terapéuticos grupales de Yalom



AVDB. Escala BELS apartado de autocuidado



Encuesta de satisfacción



Resultados de la encuesta de satisfacción percibida de la actividad = 8,86 sobre 10.

CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos se concluye que:

1. Los factores grupales más valorados por las usuarias del grupo son la cohesión (con una media sobre 10 de 6,57), guía (5,71), insight (5,29) y esperanza (5,29). Se destaca el valor de la cohesión como elemento esencial para el mantenimiento del grupo y que favorece el establecimiento de vínculos afectivos y el valor del factor guía que se relaciona con el papel informativo que ejercen las terapeutas del grupo.

2. Tras comprobar los resultados obtenidos en la administración de la escala BELS se aprecia como el 88,9% de las integrantes del grupo mejoran en la sección de autocuidado, únicamente un 11,1% mantiene el nivel previo de autonomía en el autocuidado.

3. La nota obtenida de la encuesta de satisfacción de la actividad pasada al finalizar el año es de 8,86 sobre 10; esto nos muestra que las usuarias valoran positivamente la vinculación a este grupo.

qtorres.hbmenni@hospitalarias.es
banton.hbmenni@hospitalarias.es

IMPACTO DEL PROGRAMA DE VINCULACIÓN EN EL PROCESO DE VINCULACIÓ EN UN RECURSO PSICOSOCIAL

J.Núñez, M. Alonso, I. Garcia y A. Felices
Servei de Rehabilitació Comunitària
jnuñez.hbmenni@hospitalarias.es

INTRODUCCIÓN

Desde los servicios de rehabilitación comunitaria (SRC) se detectó la necesidad de crear un programa específico para las personas que ingresan en el dispositivo, con un doble objetivo: A nivel de equipo realizar una exploración holística de la persona, y por otro lado empoderar al usuario para que conozca y decida sobre su proceso de recuperación.

OBJETIVO

Determinar si el programa de vinculación facilita la comprensión y el inicio del proceso de recuperación, y determinar qué valoración hacen los usuarios sobre el programa mediante la medición del grado de satisfacción y la utilidad percibida.

METODOLOGÍA

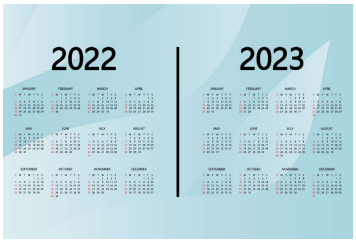




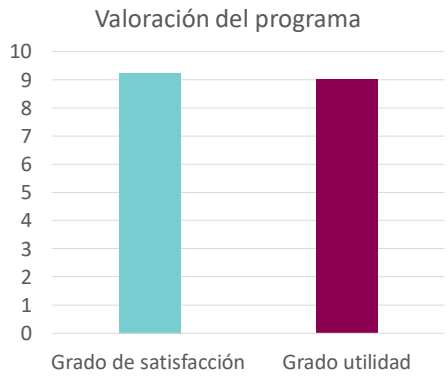
DESARROLLO

Se han analizado los datos de los años 2022 y 2023. Se ha realizado una comparativa cualitativa y cuantitativa del desarrollo del programa, analizando los datos extraídos de los cuestionarios de satisfacción y utilidad percibida que cumplimentan al finalizar el programa, y cuantificando el número de usuarios que han finalizado, e inician el proceso de recuperación.

CONCLUSIONES/RESULTADOS:







Desde el equipo interdisciplinar valoramos positivamente los datos expuestos en tanto que un alto porcentaje de personas que participan en el programa de vinculación, un 80%, ingresan en el SRC iniciando un proceso de recuperación, donde el nivel de satisfacción es muy elevado y la utilidad percibida es notable y teniendo en consideración la disparidad de perfiles atendidos: personas adultas (18-65 años), diferentes diagnósticos (Trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad, Trastorno del estado del ánimo,…), condicionantes socioeconómicos (riesgos de exclusión, Incapacidades Laborales, aislamiento demográfico,…), situaciones familiares (familiares a cargo, …), etc.

XXX JORNADAS ESTATALES AEN | XXVII JORNADAS AMSM
SEGUIR CON EL FUTURO
MADRID. 6, 7 Y 8 DE JUNIO DE 2024



¿Entiendes ahora lo que me pasa?: UNA MIRADA A LAS EXPERIENCIAS INUSUALES DESDE EL MARCO DE PODER, AMENAZA Y SIGNIFICADO

Noelia Monterde Serrano[1] y Antonio Uría de los Ojos[2]
[1]Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario José Germain (Leganés).
[2]Psiquiatra. Centro Ambulatorio de Tratamiento y Rehabilitación. Hospital Universitario José Germain (Leganés).

INTRODUCCIÓN

El paradigma biomédico y los modelos de enfermedad presentan claras limitaciones conceptuales y empíricas en su aplicación al sufrimiento psíquico y los problemas humanos. La utilidad de su uso ha sido muy cuestionada tanto en lo relativo a la explicación del malestar como a su tratamiento.

El Marco de Poder, Amenaza y Significado (Marco PAS) (Johnstone et al., 2018) es un marco conceptual alternativo a los sistemas diagnósticos, basado en la evidencia científica y el conocimiento proveniente de diferentes campos de estudio, que pretende abrirse a nuevas formas de entender el sufrimiento mental y las conductas anómalas, entendiéndolas como respuestas comprensibles ante las adversidades y experiencias de la vida en lugar de como síntomas de un trastorno. Se trata de una propuesta de trabajo contextual que responde a necesidades planteadas por la Organización de las Naciones Unidas (Consejo de Derechos Humanos, 2017) y por las propias personas usuarias de los servicios.

En este trabajo se presenta, siguiendo la propuesta del Marco, la formulación psicológica del caso de una persona previamente diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide.

DESARROLLO

Su historia de vida

Varón de 30 años que inicia seguimiento en Salud Mental recientemente por presentar ansiedad en situaciones sociales, autorreferencialidad, percepciones e interpretaciones delirantes de ser el foco de las críticas entorno a su cuerpo, bajo ánimo y aislamiento desde hace varios años que relaciona con haber sufrido experiencias de agresión y ridiculización por su aspecto físico durante la adolescencia, con empeoramiento del malestar y repercusión funcional en el último año. En la actualidad es atendido en el Programa de Jóvenes del Centro Ambulatorio de Tratamiento y Rehabilitación.

Es hijo único. Convive con sus padres en el domicilio familiar. Tiene pareja y una hija de 10 años con ésta, con quienes no convive por falta de recursos económicos para la autonomía. Aunque ha desempeñado algunos trabajos puntuales en almacenes, no ha mantenido un trabajo estable y actualmente se encuentra desempleado. Mantiene una relación cercana con su madre y con la familia materna (tía y abuela maternas ayudan en la economía familiar) y distante con la familia paterna, con quienes existen conflictos y problemas económicos desde hace años. La relación con su padre está marcada por el temor a la crítica y a la violencia verbal. Su padre consume alcohol diariamente, llegando a la embriaguez de forma habitual y tuvo un intento de suicidio por sobreingesta medicamentosa hace dos años. Su tío paterno, diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide, falleció por suicidio cuando J. era adolescente.

Durante esa etapa, sufrió una experiencia de agresión física y un periodo de amenazas por parte de iguales, así como el abandono y desprotección por parte de sus amigos que se encontraban presentes durante la agresión, lo que le generó un intenso miedo a salir de su casa. Algo más tarde, comenzó a recibir críticas, rechazo y burlas por su apariencia física y poco tiempo después abandonó los estudios y comenzó un periodo de inestabilidad laboral. A los 20 años, irrumpió la paternidad tras un embarazo no deseado que decidieron continuar con el soporte familiar.

Formulación psicológica desde el Marco PAS

¿Qué te ha ocurrido? ¿Cómo actúa el PODER en tu vida?

- **Poder corporalizado**: Atributos físicos poco valorados socialmente.
- **Poder coercitivo:** Agresión física, amenazas y críticas a la autoimagen en adolescencia, sin el apoyo de otros que le protegieran. Violencia psicológica intrafamiliar.
- **Poder económico:** Falta de recursos económicos para la independencia.
- **Capital social:** Dificultad de acceso a la vida social, laboral y comunitaria.
- **Poder interpersonal:** Pérdida de vínculos y aislamiento social, relaciones familiares tensionadas.
- **Poder ideológico:** Críticas hacia su imagen y sobre lo correcto/no de su apariencia.

¿Cómo te afectó? ¿Qué clase de AMENAZAS supone para ti?

- Ser víctima de agresiones y amenazas por parte de iguales.
- Haber sufrido la crítica y humillación por su apariencia física.
- Sufrir la violencia e intimidación del padre tras la pérdida de control en estado de embriaguez.
- Ser testigo de conflictos y tensiones familiares.
- Vivir el trauma transgeneracional en la familia paterna.
- Experimentar el temor a la muerte y violencia del padre tras intento de suicidio.
- Temor a ser identificado como enfermo mental.
- Haberse sentido inseguro, sobrepasado, excluido y aislado.
- Vivir la devaluación por la falta de un rol social/laboral.

¿Qué sentido le diste? ¿Qué SIGNIFICADO tienen para ti estas experiencias?

- Ser inferior o ser "raro".
- Ser desagradable o dar asco.
- Ser rechazado por no ser suficiente.
- Ser excluido y aislado.
- Haber sido agredido y dañado y no poder confiar en nadie.
- Haber fracasado en los objetivos vitales y en la asunción de roles esperados socialmente.
- Estar atrapado en la crítica externa.

¿Qué hizo empeorar las cosas?

Amenazas de violencia, agresión e intimidación en **edad adolescente**. Agresión **deliberada** y amenazas **mantenidas** y ocurridas **cercanas** en el tiempo. Abandono y desprotección por parte de amigos. No contar con el apoyo de otros al recibir las críticas sobre su apariencia. Amenazas al **sentido de sí mismo.** Aislamiento y evitación del acceso a recursos de poder.

¿Qué tuviste que hacer para sobrevivir? ¿Qué tipos de RESPUESTAS A LAS AMENAZAS estás utilizando?

Defensas ante la posible repetición de la amenaza: Congelación o estado de alarma y tensión constantes. Rechazo y evitación del contacto social. Hipersensibilidad a la crítica y percepciones e interpretaciones aumentadas y delirantes de ser el foco de los demás y de estar siendo criticado o juzgado. Esfuerzos por preservar la imagen que da a los demás sobre sí mismo.
Defensas ante el dolor y el sufrimiento emocional: Bloqueo y embotamiento afectivo. Intelectualización como forma de no entrar en contacto con contenidos emocionales. Uso de cannabis. Odio y rechazo hacia su propio cuerpo, descuido de la higiene.
Defensas ante la incontrolabilidad: Pensamientos obsesivos y de búsqueda de control. Conductas compulsivas focalizadas en la imagen corporal. Desesperanza e ideas de muerte.

Fortalezas y recursos de PODER

Relaciones que le proporcionan cariño, seguridad y apoyo (familiares, pareja y dos amigos). Habilidades para mantener y conservar en el tiempo vínculos y relaciones sociales significativas. Acceso a oportunidades de formación. Habilidades y capacidades valoradas para el desarrollo de trabajos como la capacidad de esfuerzo, compromiso e inteligencia.

CONCLUSIONES

La formulación como alternativa al diagnóstico psiquiátrico fue compartida con la persona y con el equipo de profesionales, lo que favoreció una nueva conceptualización de su malestar y proporcionó una narrativa personal que delineó las intervenciones y caminos a seguir.
El Marco PAS ofrece formas que apoyan la construcción conjunta de narrativas valiosas y plenas de significado, restaurando la vinculación entre las adversidades y las respuestas de las personas ante esas amenazas. Su aplicación dentro de los dispositivos asistenciales, como agentes de poder ideológico, tiene importantes implicaciones conceptuales y clínicas sobre la aproximación y abordaje del sufrimiento psíquico y los problemas humanos.

Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. y Read, J. (2018). The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society.
Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). El Marco de Poder, Amenaza y Significado. Publicación abreviada. Leicester: British Psychological Society.
López Díaz, R., Rodríguez Hiruela, M. D. V., & Gamero, R. (2022). "¿Entiendes ahora por qué estoy así?" Formulación psicológica de un caso desde el Marco de Amenaza, Poder y Significado. *Apuntes de Psicología, 40* (1), 51-56.

*Algunos datos personales no relevantes para la comprensión del caso han sido modificados con el objetivo de preservar la confidencialidad y privacidad.

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y PSICOSIS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Nuria Miguel de Diego, Estela Castaño García.
Hospital Universitario Santa María de Lleida.

INTRODUCCIÓN

La psicosis no tiene por qué conllevar un empobrecimiento en la calidad de vida. Es cierto que la recuperación tanto sintomática como funcional y social son variables. Sin embargo, en ocasiones, parte del fracaso en la recuperación de estos dos últimos ámbitos se encuentra en el estigma de la propia persona afectada al saberse con un trastorno mental y en las propias barreras que se impone y que puede percibir de su entorno, más que en los síntomas de la enfermedad. Por lo tanto, se trata de conseguir una recuperación personal centrada en encontrar identidad, propósito y esperanza en el contexto de enfermedad mental (Farhall et al., 2024).

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) tiene como objetivo la apertura y flexibilidad psicológica para una mejor adaptación a las situaciones cambiantes y fomentar el compromiso de la persona a actuar de forma congruente con sus propios valores (Farhall et al., 2024), de manera que la persona viva una vida significativa para sí misma con independencia de los síntomas.

OBJETIVOS

Revisar las últimas publicaciones en relación a la aplicación de terapia de aceptación y compromiso en la psicosis y hacer una síntesis de los efectos que se están observando con estos programas.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica en la base de datos de pubmed, acotada a los últimos 6 años con las palabras clave “Acceptance and commitment therapy" y “psychosis”. Se obtiene un total de 37 artículos, de los cuales se revisan 18, habiéndose descartado el resto por no centrarse de manera específica en los efectos/eficacia de la ACT en psicosis.

El principal sesgo en esta búsqueda bibliográfica puede provenir de no haber incluido artículos sin indexar en la base de datos pubmed.

DESARROLLO

A partir del 2010 han proliferado los programas de ACT adaptados a la psicosis para su aplicación en entornos hospitalarios y ambulatorios, en formatos grupal e individual, siendo países pioneros Estados Unidos, Reino Unido y Australia.

La mayoría de los artículos revisados informan de resultados positivos significativos en la aplicación de la ACT a la psicosis. Aunque se observa bastante variabilidad en cuanto a las dimensiones sobre las que se estudia la eficacia de la terapia, entre los resultados que más se repiten se encuentran la mejora en recuperación personal, bienestar, flexibilidad psicológica, disminución de las rehospitalizaciones, depresión, angustia, impacto negativo del autoestigma, funcionamiento social y evitación experiencial. Incluso en algún estudio se informa de mejoras en cognición social. Y en aquellos con antecedentes de trauma infantil, se observó una mejor capacidad para regular sus reacciones emocionales.

Respecto a la calidad de vida en personas con psicosis, la mayoría de los estudios aportan evidencia positiva sobre el efecto de la ACT, pero existe un metaanálisis que concluyó que los efectos sobre dicho constructo no eran significativos. Hay que tener en cuenta la variabilidad de instrumentos utilizados para medir la calidad de vida y las diferentes conceptualizaciones sobre el propio constructo que se hayan utilizado.

Tampoco hay consenso en la eficacia de la ACT sobre la sintomatología positiva psicótica o en la magnitud de los resultados positivos, siendo una posible explicación los errores en la extracción de datos (Brown et al., 2021).

Por último señalar que todos estos programas basados en ACT para la psicosis se aplican en conjunción con el tratamiento habitual (normalmente farmacológico) y no solo como único tratamiento.

CONCLUSIONES/RESULTADOS

A la luz de los artículos revisados, la ACT parece una opción de tratamiento viable para personas con psicosis aplicada con el tratamiento habitual. Sin embargo, aún quedan muchos interrogantes por investigar teniendo en cuenta la variabilidad de resultados en algunas dimensiones, problema derivado en parte de la heterogeneidad en las medidas entre estudios. También resultaría interesante analizar la mejor manera de integrar la ACT con otras intervenciones actuales con evidencia probada (Morris et al., 2024).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brown, E., Shrestha, M., y Gray, R. (2021). The safety and efficacy of acceptance and commitment therapy against psychotic symptomatology: a systematic review and meta-analysis. *Revista brasileira de psiquiatría, 43*(3), 324–336. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0948

Farhall, J., Cugnetto, M. L., Goldstone, E., Gates, J., Clemente, J., y Morris, E. M. J. (2024). Acceptability and feasibility of recovery-oriented group acceptance and commitment therapy for psychosis in routine practice: an uncontrolled pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 12*, 1-7. https://doi.org/10.1017/S1352465823000589

Morris, E. M. J., Johns, L. C., y Gaudiano, B. A. (2024). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. *Psychology and psychotherapy*, *97*(1), 41–58. https://doi.org/10.1111/papt.12479

XXX Jornadas Estatales AEN. Seguir con el futuro (6, 7 y 8 Junio, 2024. Madrid)

DESINSTITUCIONALIZACIÓN: LA RECUPERACIÓN PERSONAL COMO MOTOR DE CAMBIO EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA DEL INSTITUT PERE MATA.

Núria Monferrer, Alba Leticia Romero, Daniel Tutusaus
Hospital Psiquiàtric Universitari Institut Pere Mata

INTRODUCCIÓN

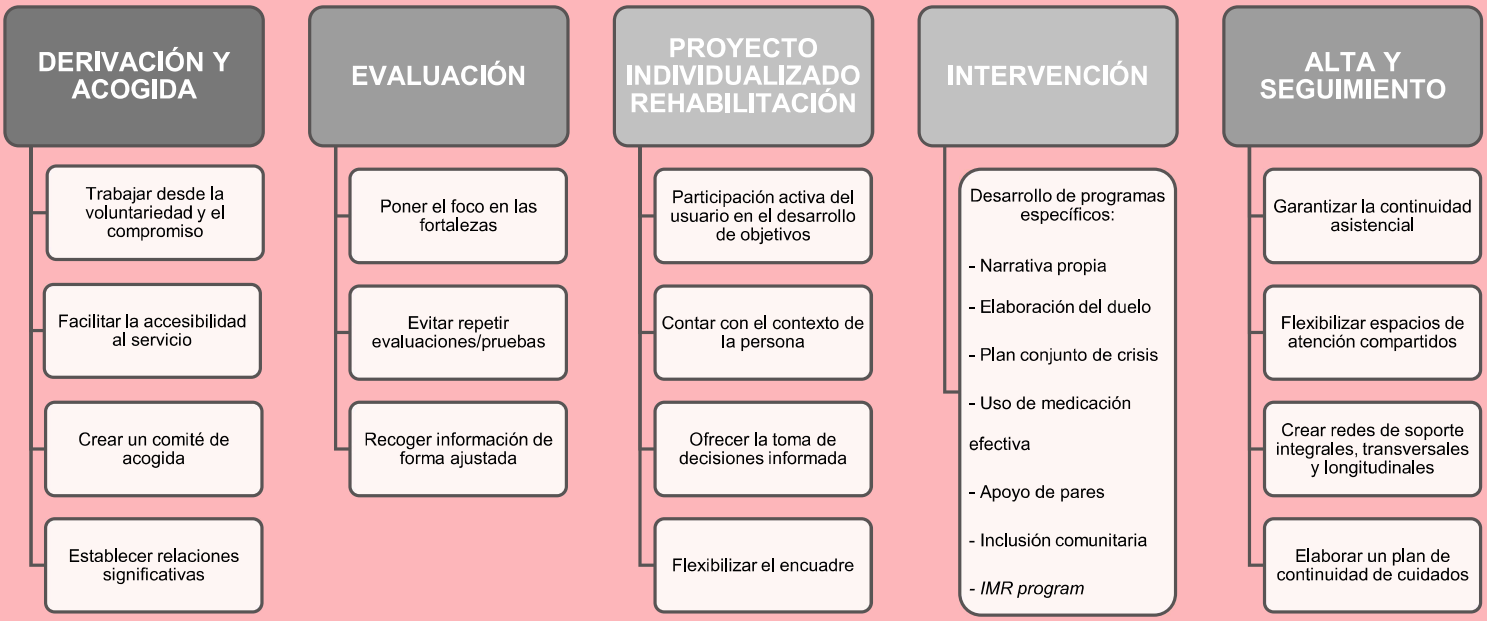
El proceso de desinstitucionalización aterrizó en España con el objetivo de atender al usuario en su propio contexto social y familiar. La Unidad de Rehabilitación Hospitalaria (URH) del Institut Pere Mata (IPM) de Reus, forma parte de este proceso de transformación, en el que estaban (y siguen estando) inmersos los antiguos hospitales psiquiátricos. Sin embargo, en la actualidad, se continúan reproduciendo prácticas que deshabilitan la capacidad de la persona para asumir el papel protagonista de su vida, generando contextos de desempoderamiento y desesperanza, y situando el modelo de enfermedad en el centro del proceso terapéutico.

OBJETIVOS

- Realizar un análisis crítico del funcionamiento y las dinámicas de la unidad, durante todo el proceso de rehabilitación que sigue la persona desde el momento de la derivación hasta la formalización del alta clínica.
- Desarrollar una propuesta de cambio, desde la perspectiva de la recuperación.

DESARROLLO

- Describimos intervenciones eficaces que apuestan por el equilibrio entre recuperación clínica y personal.
- Partimos de la fundamentación teórica, programas basados en la evidencia y movimientos participativos.



CONCLUSIONES

La óptica de la recuperación nos invita a complementar el pensamiento clínico con otras conceptualizaciones que colocan la experiencia en el contexto, pudiendo así reformular el modelo de intervención y la mirada hacia el usuario. Este modelo permite la construcción de un proyecto que integre la enfermedad, de forma que se ponga el foco del trabajo de rehabilitación en el desarrollo progresivo de una vida satisfactoria, activa y plena en sociedad y en el cumplimiento de los diferentes roles sociales (esposo, hijo, trabajador, vecino), de acuerdo a sus necesidades y deseos, contando con los tratamientos disponibles en la actualidad.

REFERENCIAS IBLIOGRÁFICAS

- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16, 11- 23.
- González de Chávez, M. (1980). La transformación de la asistencia psiquiátrica. Siglo XXI.
- Hernández, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. 37(131):171-187
- Maone, A. y D'Avanzo, B. (2015). Recuperación. Recovery: nuevos paradigmas de salud mental. Prismática Editorial S.L.

XXX Jornadas Estatales AEN | XXVII Jornadas AMSM
Seguir con el futuro
6,7 Y 8 de junio de 2024

Programa de Vulnerabilidad Social

Núria Urgell Gil[1], Hilari Andrés Mora[2], Montserrat Escuté Amat[3], Helena Sainz Elías[4], Bianca Renau Minguez [5]

(1) Enfermera especialista en salud mental (CSMA Prat), (2) Enfermero especialista en Salud Mental, Coordinador Proceso Ámbito Salud Mental Comunitaria y Programas, (3 Enfermera especialista en salud mental, Coordinadora Proceso Ámbito Salud Mental Comunitaria y Programas, (4) Enfermera especialista en salud mental, (5) Psiquiatra

INTRODUCCIÓN

El Programa de Vulnerabilidad Social es un programa de atención específico que proporciona un abordaje singular e intensivo a personas mayores de 18 años, con sufrimiento mental y en una situación de extrema vulnerabilidad social en el territorio del Prat de Llobregat.

OBJETIVOS

Objetivo general

Proporcionar atención integral a les personas con problemática social grave a la que se asocia un problema de salud mental diagnosticado o pendiente de diagnosticar.

Objetivos específicos

- Vincular a la red de salud comunitaria y/o recursos de carácter sociosanitario.
- Dar soporte a los servicios sociales.
- Asegurar la continuidad asistencial de los casos que entren al programa.

DESARROLLO

Nace a partir de unas reuniones mantenidas en 2016-2017 entre **CatSalut y el Ayuntamiento y el Centro de Salud Mental (CSM) del Prat de Llobregat**. El principal objetivo es dar asistencia desde una **perspectiva comunitaria** a personas con **sufrimiento mental, que presentan problemática social grave** (sin vivienda, insalubridad, problema de salud pública…) y se encuentran **desvinculadas de la red de salud**. Como resultado se crea un **equipo de proximidad** formado por un perfil de educación social y uno de enfermería que dependen del Departamento de Salud Pública del Ayuntamiento y que se incluyen dentro del Centro Integral para la Atención de Personas con Vulnerabilidad conocido como "SPAI" y por un perfil de psiquiatría y de enfermería especialista en salud mental, dependientes del Centro de Salud Mental.

El programa ofrece valoración, seguimiento y elaboración de un plan de atención integral en el que participan la persona y los diferentes recursos que la atiendan, con el fin de generar un **enlace con la red de salud especializada y/o otros recursos sociales y sanitarios**. Las intervenciones se llevan a cabo en el entorno más cercano a la persona (domicilio, calle, espacios comunitarios…). A su vez, se ofrece asesoramiento a los servicios sociales del Ayuntamiento.

Las derivaciones provienen de los servicios sociales del Ayuntamiento, de la Red de Proximidad, del Equipo de Atención Primaria o de la Unidad de Agudos del territorio. La enfermera del equipo coordina el caso con el profesional que deriva, realiza una primera búsqueda de información y comenta el caso en la reunión de coordinación con la psiquiatra para valorar la idoneidad. En caso de no cumplir criterios, se redirige el caso a los dispositivos adecuados; si cumple criterios, se procede a la valoración conjunta por parte de psiquiatra, enfermera del programa y profesional que deriva y se decide conjuntamente el plan a seguir.

El Programa de Vulnerabilidad participa en múltiples reuniones de coordinación periódicas con los diferentes servicios, cogiendo como base el **modelo de gestión de casos** que utiliza la valoración integral, la atención planificada y la coordinación con el fin de garantizar el acceso a los recursos e integrar los servicios en torno a las necesidades de la persona (Servicio Andaluz de Salud, 2017).

CONCLUSIONES

El Programa de Vulnerabilidad Social se enmarca en el modelo de atención comunitaria. El **Pla Director de salut mental i addiccions**, en las estrategias 2017-2019, define los aspectos clave de este modelo, entre los que encontramos una apuesta por una **atención global que tiene en cuenta el contexto socioeconómico y se basa en el compromiso de justicia social** en el abordaje de las necesidades de las **poblaciones más vulnerables** (adolescentes, inmigrantes, personas sin hogar…). Así mismo el Programa de Vulnerabilidad trabaja en la línea de los retos, también definidos en el Pla Director, que supone el cambio de atención basado en el modelo comunitario como incorporar un modelo de atención más **proactivo y preventivo**, que respeta la **autonomía y derechos** de la persona, que promueve alternativas a la hospitalización convencional y trabajar desde un **modelo que integre las necesidades sociales y sanitarias** con una visión colaborativa y de prácticas compartidas (Generalitat de Catalunya, 2017).

BIBLIOGRAFÍA

- Estrategia de cuidados de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud (2017). Modelo de gestión de casos del servicio andaluz de salud. Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/mgc_modelo_gestion_casos.pdf
- Generalitat de Catalunya, Departament de salut (2017). Pla director de salut mental i addiccions. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/ambits-estrategics/salut-mental-addiccions/estrategies-2017-2019-pla-director-salut-mental-addiccions.pdf

Pérez-Martínez R, Gota-Garcés JM, Torres-Mata I, Gallego-Serrano I

¿QUÉ ES EL "TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO"?

INTRODUCCIÓN

Dentro de los **Programas de Continuidad de Cuidados**, un heterogéneo grupo de dispositivos de salud mental, se enmarcan los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (**ETAC**), cuya definición no es tampoco única ni sencilla. Sin embargo, a pesar de esta heterogeneidad, la evidencia a día de hoy sostiene que este tipo de programas consigue reducir el número de ingresos, reducir la duración de los mismos, y alcanzar un alto grado de satisfacción por parte de pacientes y familiares. (1)

El **objetivo** de este póster es esclarecer el concepto de este tipo de programas, que se están propagando y parecen mostrar unos buenos resultados en el abordaje integral de la problemática relacionada con el llamado Trastorno Mental Grave (TMG).

ENCUADRE DEL PROGRAMA

Según la clasificación en modelos de Mueser et al (2), podemos dividir los Programas de Continuidad de Cuidados en:

- Broker case management
- Case management clínico
- Case management intensivo
- Modelo de competencias
- Modelo rehabilitador
- Tratamiento Asertivo Comunitario. (**TAC**)

Este tipo de clasificación divide a estos modelos según diversas características: tipo de profesionales, población diana, lugar de trabajo…

En pocas palabras, los ETAC son dispositivos que surgen para continuar avanzando en el camino que se abrió con la Reforma Psiquiátrica y contribuir al paso de una clínica manicomial a una clínica comunitaria.

CONTEXTO HISTÓRICO

Los Programas de Continuidad de Cuidados nacen en EE.UU ante la necesidad de desarrollar nuevos tipos de recursos intermedios, tras constatarse en el Informe de la Comisión Presidencial de Salud Mental de 1978 que los Centros de Salud Mental Comunitaria (a los que el Acta Kennedy dio pie en 1963 tras los movimientos de la reforma psiquiátrica) no estaban siendo capaces de dar asistencia o sostén a las necesidades de un sector de personas diagnosticadas de TMG, ya procedieran éstas de los hospitales psiquiátricos cerrados durante la reforma o no. Esta dificultad para lograr la atención puede tener distintas causas: la saturación de los Centros de Salud Mental por la demanda de personas que antes no acudían a las instituciones psiquiátricas (el llamado "trastorno mental común" o los "sanos preocupados"), porque el trastorno de estas personas desinstitucionalizadas les hacía difícil o, sencillamente, porque para estas personas le resultaba carente de interés acudir a estos recursos. Para finales de los 70 es cuando se pone de manifiesto la necesidad de resolver específicamente este problema, desarrollándose este tipo de programas. En nuestro país empezaron a desarrollarse en los primeros 90.

(E)TAC

En lo que respecta a los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, se trata de un modelo creado en los años 70 por Stein y Test, fundamentalmente caracterizado por un equipo multidisciplinar en el que la responsabilidad de los casos es compartida entre todo el equipo, que actúa de manera integrada asumiendo todas las intervenciones necesarias (frente a un modelo de "derivación") y que desarrolla esa actuación en la comunidad (siendo este punto fundamental). En este marco de trabajo se suele enfatizar la gran importancia de generar un vínculo significativo y de confianza con el paciente, para lo cual se realizan contactos regulares y frecuentes, y se fomentan la reciprocidad y unos lazos cargados afectivamente, tanto con el paciente como con su red social. Es también fundamental que los miembros que formen el equipo apuesten por la integración de las personas con enfermedad mental en la comunidad mental frente al internamiento.

Bibliografía

1. Alonso-Suárez, M, Bravo-Ortiz, M, Fernández-Liria, A. (2004). Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la Comunidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (92), 25-51.*
2. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. (1998) Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin, 24(1):37-74.*

Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

El necesario puente entre la psiquiatría y la neurología: *a propósito de un caso.*

XXX JORNADAS ESTATALES AEN
XXVII JORNADAS AMSM

Rebeca De Luis Sosa [1] José Miguel Gota Garcés [2]

[1]F.E.A. Psiquiatría A.G.S. Nordeste de Granada ; [2]FEA. Psiquiatría Hospital Universitario Cínico San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN

Se trata de una mujer de entre 60 y 70 años con diagnóstico de trastorno depresivo recurrente (F33.4) y distimia (F34.1), con seguimiento mantenido hasta la actualidad en Unidad de Salud Mental Comunitaria.

En aproximadamente 6 meses, comienza con importante inhibición conductual, embotamiento afectivo, fallos mnésicos y destacada pérdida ponderal por disminución de la ingesta. Dados los antecedentes personales y la similitud de la clínica respecto a episodios anteriores, inicialmente se orientó el caso como un nuevo episodio depresivo (F33.1), reinstaurándose tratamiento antidepresivo y ansiolítico de forma progresiva (desvenlafaxina 100mg/24h, mirtazapina 30mg/24h y lorazepam 3mg/24h).

Tras varias semanas de tratamiento, se constata empeoramiento clínico (que llevó a un intento de precipitación que podría haber resultado fatal) por el que se realiza ingreso en Unidad de Hospitalización de Salud Mental, para realizar filiación del cuadro, incluyendo entre las hipótesis diagnósticas las causas orgánicas (concretamente un probable deterioro cognitivo). Se describe entonces síndrome rígido-acinético, parkinsonismo, bradipsiquia, ideas delirantes de perjuicio y alucinaciones visuales que explicaban la negativa a la ingesta ("bichos" en la comida) e insomnio de características mixtas.

Durante el ingreso, se realiza contención conductual y abordaje conjunto entre psiquiatría y neurología.

OBJETIVOS

Se expone el presente caso con el objetivo de subrayar la importancia de realizar una correcta anamnesis y diagnóstico diferencial, incidiendo en la necesidad de ser más exhaustivos y cautos, incluyendo las causas orgánicas como diagnóstico diferencial, en aquellos casos en los que la persona tenga un diagnóstico psiquiátrico previo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Si bien al ingreso se orientó de forma clara como DCL, durante el mismo surgieron dudas por no cumplir criterios y ser confusos algunos datos clínicos. La compatibilidad del DAT-SCAN inclinó el diagnóstico final a DCL.

Tras la ineficacia de otros fármacos, el tratamiento con clozapina 25mg divididos en dos tomas diarias controló de forma eficaz la intensa sintomatología alucinatoria y las graves conductas asociadas.

CONCLUSIONES

Este caso nos recuerda la importancia del diagnóstico diferencial exhaustivo, en el que se agote de manera razonable la exploración todas las posibilidades y no se obvien datos debido a la impresión inicial, diagnósticos previos, y orientaciones emitidas por otros profesionales. Esto solo es posible manteniendo los puentes de relación entre la psiquiatría y campos afines como la neurología.

Bibliografía

1. McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2017;89(1):88-100.

2. Brodaty H, Connors MH. Pseudodementia, pseudo-pseudodementia, and pseudodepression. *Alzheimers Dement (Amst)*. 2020;12(1):e12027. Published 2020 Apr 19. doi:10.1002/dad2.12027

La industria farmacéutica, el diseño del sistema de salud y los conflictos de interés.

José Miguel Gota Garcés [1] , Rebeca De Luis Sosa [2]

[1]FEA. Psiquiatría Hospital Universitario Cínico San Cecilio, Granada. [2]F.E.A. Psiquiatría A.G.S. Nordeste de Granada

XXX JORNADAS ESTATALES AEN
XXVII JORNADAS AMSM

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Un reciente editorial del British Medical Journal (BMJ)[1] alertaba sobre la perjudicial relación entre el sistema de salud británico y la industria farmacéutica (IF), que en opinión de los autores ha conducido a un "sistema roto". Estos se preguntaban cómo eliminar los conflictos de interés (CoI), cuando los mismos están integrados en el mismo diseño del sistema.

Centrándonos más en la perspectiva del prescriptor de fármacos, nuestro objetivo en este póster es recapitular los puntos del sistema de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y del sistema de regulación farmacéutica en los que se producen estos CoI y en los que la influencia de la industria puede imponer los intereses empresariales sobre los generales.

DESARROLLO

1. CONFLICTOS DE INTERÉS EN LA MBE

La MBE es un sistema, no libre de críticas, basado en el "*uso consciente, explícito y sensato de las mejores pruebas disponibles para tomar decisiones sobre el tratamiento de cada paciente*".

La investigación genera las pruebas, los profesionales acceden a estas a través de distintas vías (publicación científica, formación continuada, Guías de Práctica Clínica), y adaptan este conocimiento a la situación concreta para tomar la mejor decisión clínica para el paciente. La influencia de la IF se produce en los distintos niveles de este esquema básico:

1. INFLUENCIA EN LA PRODUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO

Existe evidencia que apunta hacia un sesgo en la investigación farmacéutica patrocinada por la industria, determinando mayor frecuencia de resultados positivos en los estudios financiados por la IF [2]

Existe así un riesgo de "contaminación" a nivel epistémico: las pruebas en base a las cuales los profesionales toman decisiones sobre los fármacos podrían estar, en algún grado, sesgadas a favor de los fabricantes.

2. MARKETING INDIRECTO

A un nivel menos epistémico, no tanto el propio conocimiento sino la publicación científica, es utilizada con fines de marketing. En este nivel intervienen la "escritura fantasma" [3] , los llamados "líderes clave de opinión" [4] , los CoI en las Guías de Práctica Clínica [5] y la Formación Continuada [5], entrelazándose en un fenómeno que se ha denominado planificación de publicaciones , constituyendo campañas orientadas a la promoción de fármacos y de enfermedades . Entre las consecuencias de este aspecto, el control de la narrativa de la enfermedad tiene especial influencia en el campo de la salud mental (predominio del paradigma biológico). Las consecuencias de este punto rebasan el ámbito sanitario-profesional, alcanzando aspectos sociales y culturales.

3. MARKETING DIRECTO

Por último, las técnicas de marketing clásico utilizadas por la IF (en las que la "*visita médica*" es central) están dirigidas a influir en la decisión del prescriptor. Hay pruebas de baja calidad científica entre la información distribuida y de la eficacia a la hora de condicionar la prescripción [5].

2. CONFLICTOS DE INTERÉS EN LA REGULACIÓN E INNOVACIÓN FARMACÉUTICAS

Existen datos que alertan sobre la influencia de la IF en los organismos reguladores ("captura del regulador")[6], y del riesgo de que ésta modifique los estándares de aprobación de fármacos, conduciendo a la llegada al mercado de productos para los cuales se tiene insuficiente información, tanto en términos de eficacia como de seguridad. La innovación farmacéutica podría estar seriamente limitada por este motivo [7] (por ejemplo, el fenómeno de los fármacos *"me too"*).

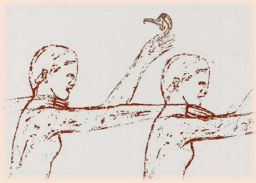
CONCLUSIÓN

La presencia de un conflicto entre los intereses de la industria y los del sistema de salud es ubicua en distintos niveles. El peso de la IF puede implicar algún grado de "deriva institucional" en los sistemas de salud, alejándolos de los objetivos para los cuáles están creados. Los profesionales deben ser conscientes del riesgo y buscar herramientas para salvaguardar el interés de los pacientes y los sistemas de salud.

1. McCartney M, Sullivan F, Abbasi K. Captured by design: the drug industry and UK healthcare. BMJ. 2024 Feb 19;384:q408.
2 Lundh A, Lexchin J, Mintzes B, Schroll JB, Bero L. Industry sponsorship and research outcome. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Feb 16;2(2):MR000033.
3. Sismondo S. Ghost management: how much of the medical literature is shaped behind the scenes by the pharmaceutical industry? PLoS Med. 2007 Sep;4(9):e286.
4. Rodwin MA. Introduction: Institutional corruption and the pharmaceutical policy. J Law Med Ethics. 2013 Fall;41(3):544-52.
5. Stamatakis E, Weiler R, Ioannidis JP. Undue industry influences that distort healthcare research, strategy, expenditure and practice: a review. Eur J Clin Invest. 2013 May;43(5):469-75.
6. Demasi M. From FDA to MHRA: are drug regulators for hire? BMJ. 2022 Jun 29;377:o1538
7. Wieseler B, McGauran N, Kaiser T. New drugs: where did we go wrong and what can we do better? BMJ. 2019 Jul 10;366:l4340

Experiencias disociativas y abordaje corporal en la práctica clínica de Hospital de Día: análisis de un caso.

Susana Fernández de la Vega Glez.



Introducción y objetivos.

El caso que a continuación se presentará es el de una paciente atendida en un Hospital de Día de Salud Mental de Salamanca. La paciente acude desde la Unidad de Hospitalización Breve, donde fue ingresada por presentar un **cuadro depresivo con ideas de autolisis** planificadas. Se expondrá el caso, y especialmente los **síntomas de carácter disociativo** en sus diferentes variantes. Se expondrá la relación entre estos síntomas y su historia biográfica, por un lado, y el **abordaje psicoterapéutico a través del cuerpo**, por otra parte.



Caso clínico.

La paciente, M., es una mujer de 19 años, en contacto por primera vez con salud mental infanto-juvenil a los 16 años en el ESM, con **diagnóstico de trastorno depresivo, TDAH y rasgos B de personalidad**. Ha presentado varios ingresos en UHB infanto-juvenil por intentos e ideación autolíticas, con frecuentación de urgencias en el último año. En seguimiento en el ESM. La paciente convive con su madre y su hermana mayor. Sus padres se separaron hace más de un año, y la paciente mantiene relación frecuente con su padre. Es estudiante de un grado medio. Originaria de Venezuela, viene a España junto a su familia a los 3 años.

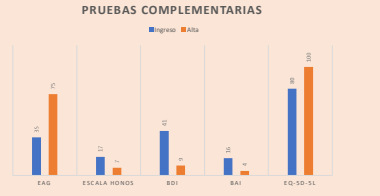
Al ingreso la paciente refiere hipotimia, apatía, irritabilidad sin heteroagresividad; autolesiones en forma de cortes y mordiscos; retraimiento social; dificultades de atención, concentración y memoria; inestabilidad en su autoconcepto; **importantes síntomas disociativos (distanciamiento, absorción, lagunas mnésicas, despersonalización, alteración en la percepción del tiempo, amnesia de la infancia, frecuentes ensoñaciones y recuerdos intrusivos) y síntomas disociativos de la personalidad** (desdoblamiento de la identidad)**.** Se exploran sus relaciones familiares y se encuentra un **patrón de apego desorganizado**, describiendo una relación con sus figuras de apego de extremo caos y desconcierto. La paciente relata **experiencias traumáticas** de violencia en el seno de su familia.

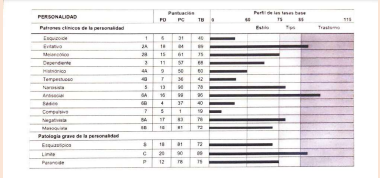


Intervención.

Durante su estancia en el Hospital de Día, de una duración de dos meses, la paciente participa en las terapias de grupo, en las entrevistas psicoterapéuticas individuales y recibe tratamiento farmacológico (concerta, bupropion, quetiapina y depakine). Participa en **un programa de habilidades de regulación emocional** basado en la DBT.

En el marco del tratamiento en Hospital de Día, se trabajan los aspectos disociativos en los diferentes programas, y en especial a través de un **abordaje corporal** (**taller de experiencia sensorial**, prácticas de **regulación de la activación y atención plena**, trabajo con **objetos mediadores**, practicas basadas en la **terapia sensoriomotriz**).





Resultados.

Al alta la paciente ha experimentado **mejoría clínica** y se muestra **eutímica**. En el transcurso de su estancia ha mostrado un ánimo marcadamente fluctuante. Ha recuperado sus relaciones sociales y ha iniciado otras nuevas. Ha mejorado en sus habilidades de comunicación y en sus relaciones familiares. Ha comenzado a asistir a su instituto y ha programado con ellos un retorno progresivo. Respecto a los **síntomas disociativos**, la paciente ha tomado mayor conciencia de su fenomenología y ha podido conectarlo con su historia biográfica.

Los resultados sugieren que un **enfoque psicoterapéutico centrado en el cuerpo** puede ofrecer una nueva perspectiva en el trabajo con los **síntomas disociativos**, en concreto con aquellos aspectos de la experiencia no accesibles al lenguaje e impermeables a intervenciones verbales, que quedan codificados en el cuerpo. El trabajo sobre **conciencia corporal**, poner el foco en el **diálogo somático**, la **exploración de la memoria sensorial** y el recurso de las **prácticas corporeizadas**, en el contexto de una relación terapéutica contenedora, da lugar a transformaciones que no siempre pueden traducirse a la palabra, pero que promueven la **integración de experiencias fragmentadas.**

Referencias

BCPSG. (1998) "Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation." International Journal of Psychoanalysis 79: 90-99.
Fernández de la Vega, S.(2018). La memoria del cuerpo: una justificación teórica de las intervenciones corporales en psicoterapia psicoanalítica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2018; 38(134): 451-471 doi: 10.4321/S0211-57352018000200006.
Maroda K. (2002). "No place to hide: Affectivity, the unconscious, and development of relational techniques." Contemporary Psychoanalysis 38: 101-120.
Odgen, P, Minton, K., Pain, C. (2015) "El trauma y el cuerpo: un modelo sensoriomotriz en psicoterapia." Bilbao, Desclée de Brouwer.
Sassenfeld A. (2007)"Del cuerpo individual a un cuerpo relacional: Dimensión somática, interacción y cambio en psicoterapia". Gaceta de Psiquiatría Universitaria 3 (2): 177-188.

DESPRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA Y RECONSTRUCCIÓN VITAL EN UN CASO DE TRASTORNO DELIRANTE

[1] Vanessa González de María, [2] Sheyla Blázquez González, [3] Ewa Rybak Koite, [4] Esperanza Gómez Fernández, [1] Diana Herrero Escudero.

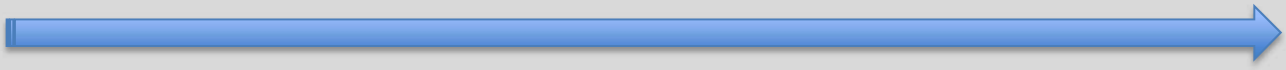
[1] Psiquiatra. Complejo Asistencial de Segovia. [2] Terapeuta Ocupacional. Complejo Asistencial de Segovia.
[3] Psiquiatra. CSM Villa de Vallecas. HU Infanta Leonor. [4] MIR 3 Psiquiatría. Complejo Asistencial de Segovia.

Introducción. El trastorno delirante se relaciona normalmente con pobre respuesta a tratamientos antipsicóticos, ausencia de remisión de los delirios y escasa conciencia de enfermedad por la propia naturaleza de las ideas delirantes (irrebatibilidad mediante la argumentación lógica). Por ello, el objetivo terapéutico suele limitarse a "encapsular" la temática delirante de tal manera que interfiera lo menos posible en la vida del paciente y de los otros.
Más allá de este limitado planteamiento de terapia, proponemos en este caso los objetivos de recuperación funcional, reconstrucción del proyecto vital propio e inicio de un plan de desprescripción farmacológica solicitada por el paciente tras años de estabilidad.

Desarrollo. Se trata de un paciente con enfermedad mental grave y prolongada (trastorno delirante de tipo erotomaníaco) que tras años de hospitalizaciones psiquiátricas e incluso periodos en centros penitenciarios por alteraciones conductuales secundarias a la temática delirante, consigue progresivamente reconstruir su proyecto vital. Se ha realizado un proceso de acompañamiento terapéutico durante los últimos 5-6 años aprox. y se han ido sentando las bases de los pilares donde apoyarse para poder vivir de manera autónoma y satisfactoria: trabajo, relaciones afectivas, intereses intelectuales, realización personal. Tras más de 15 ingresos, la mayoría involuntarios, actualmente no sólo mantiene la estabilidad sintomática sino que tiene una estabilidad laboral que le permite tener independencia económica, una relación de pareja estable y satisfactoria y una trayectoria como escritor que colma sus intereses de desarrollo personal.



(2018) 2 amp. Clopixol depot im / 2 sem - - - - - - - - - - - - - - ¼ amp. Clopixol depot im / mes (2023)



(2017) Inicia trabajo Publica libro Premio literario Boda Nueva publicación (2024)



Conclusiones. Es fundamental, también en diagnósticos difíciles como el Trastorno Delirante, ampliar los objetivos terapéuticos y buscar la recuperación global de la persona con un buen trabajo de acompañamiento terapéutico en el proceso. Ayudar a reconstruir los pilares de la vida de los pacientes es lo que proporciona unas bases sólidas que permitan iniciar un proceso de desprescripción psicofarmacológica, cuando lo creamos oportuno o cuando surja esta demanda. Sin estas bases en las que apoyarse y un acuerdo terapéutico claro que tenga en cuenta beneficios y sobre todo riesgos, es probable que el trabajo de desprescripción fracase.
Aunque cada vez existe más reflexión e investigación sobre el tema, sería necesario ampliar mucho más el estudio sobre desprescripción de psicofármacos, y principalmente de antipsicóticos.

Bibliografía:
1. Alonso Suárez, María (24 de septiembre de 2016). Reflexiones sobre el modelo de recuperación en salud mental. Asociación Madrileña de Salud Mental. https://amsm.es/2016/09/24/reflexiones-sobre-el-modelo-de-recuperacion-en-salud-mental-por-maria-alonso-suarez/
2. Davidson, Larry y González-Ibáñez, Ángels (2017). Dossier: La recuperación a debate. La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental Rev Asoc Esp Neuropsiq, 37(131).
3. Moncrieff, Joanna. (2013). Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos. Herder editorial.
4. Montero Carrera, J. (2020). Deprescripción. Más allá del uso racional del medicamento. Med Farm Andal, 21(1), 47-66.

Programa de Rehabilitación Cognitiva en Psicosis en el Hospital de Día de Psiquiatría: una propuesta de aplicación desde la enfermera de Salud Mental

Yolanda María Lage Beceiro, Aitana García Álvarez, Sara Vázquez Rumbo, Susana María González Conesa

Introducción

La presencia de deterioro cognitivo en pacientes con psicosis es el mejor predictor de su capacidad funcional y repercute en su capacidad para lograr una integración social plena.

El **REHACOP** es un programa de Rehabilitación Neuropsicológica en Psicosis orientado a abordar los principales déficits cognitivos:

Atención	**Lenguaje**	**Aprendizaje y memoria**	**AVD**
Funciones ejecutivas	**Habilidades sociales**	**Cognición social**	**Psicoeducación**

El Hospital de Día sería una dispositivo idóneo para llevarlo a cabo debido a la vinculación de los pacientes y continuidad en su seguimiento.

Desarrollo



300 ejercicios de rehabilitación en 8 módulos de trabajo

Material

2 manuales, fichas de ejercicios, láminas estimulares, registro de respuestas y quejas cognitivas, tareas para casa, algoritmo de decisiones

- 3 sesiones/semana individuales o grupales
- 30 - 50 minutos individuales y 90 minutos grupales
- Total de 5 meses

Conclusiones

La evidencia de cuánto interfiere el deterioro cognitivo asociado a la psicosis en la calidad de vida y funcionalidad de las personas con trastorno mental grave manifiesta la necesidad de evaluar las dificultades cognitivas en este colectivo y la puesta en marcha de programas específicos por parte de Enfermería de Salud Mental para intervenir de manera precoz, reducir las consecuencias del deterioro cognitivo y mejorar su calidad de vida.

Bibliografía

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

ÁREA SANITARIA DE FERROL

XXX JORNADAS ESTATALES AEN

XXVII JORNADAS AMSM

Hospital Universitario José Germain

XXX JORNADAS ESTATALES AEN | XXVII JORNADAS AMSM
SEGUIR CON EL FUTURO



La transferencia en la encrucijada del sujeto "Borderline" y el concepto de hacer el par en Jacques Lacan. A propósito de un caso.

Zoe Vázquez Mata[1], Paloma Coucheiro Limeres[1], Beatriz Díez Valle[1], Julia Abello Arias[1]

1. Hospital Universitario José Germain, Leganés, Madrid

INTRODUCCIÓN:

Se busca profundizar en la comprensión de la transferencia en sujetos denominados "Borderline" y su vinculación con el concepto de "hacer el par", introducido por Lacan, como un espacio de reflexión y debate en torno a la complejidad de la relación terapéutica .

CASO CLÍNICO:

Se presenta el caso de una mujer de 37 años, la cual carecía de antecedentes en salud mental hasta el año 2019. Relata episodios de autoreferencialidad y vivencias de fragmentación que la conducen a autolesionarse. Tras un par de entrevistas realizadas en el Centro de Salud Mental, comienza a establecer contacto frecuente con el centro, manifestando temor a que el terapeuta desaparezca. Se acuerda una frecuencia de sesiones cada 15 días, y debido a la dificultad para mantener una constancia de objeto, se determina que para la paciente resulta útil mantener comunicación escrita entre sesiones.

Progresivamente, la paciente relata aspectos subjetivos de su biografía, destacando la figura de una madre despiadada que la invade en la actualidad y la percibe como su demonio interno, así como la presencia de un padre hiperexigente en lo académico y un abuelo que abusó de ella. El castigo emerge como un elemento fundamental en su historia familiar, siendo utilizado por su madre como medio para hacerles entender a ella y a su hermana. En el transcurso de las sesiones, esta dinámica se hace evidente, manifestándose en la rigidez, la actitud despiadada hacia sí misma y la necesidad de castigo ante la percepción de haber cometido errores. Durante las sesiones, se opera a través de la propia persona del terapeuta (mostrarse en falta, expresar emociones y pensamientos, interponer un discurso que le calma y que le hace sentirse válida) como el reflejo en un espejo para la paciente. Hacer el par ha permitido que la paciente explore y tramite la pérdida, primando el registro simbólico en detrimento del registro imaginario.

CONCLUSIONES:

A través del estudio de un caso y la lente teórica de Jacques Lacan, reconocemos la importancia vital de establecer un "par terapéutico" en el tratamiento de los pacientes con elevado sufrimiento psíquico. Al hacerlo, no solo honramos la singularidad y complejidad de la experiencia del paciente, sino que también cultivamos un espacio terapéutico rico en posibilidades de transformación y crecimiento.

DISCUSIÓN:

La relación terapéutica con sujetos "Borderline" destaca la importancia de la transferencia como un fenómeno central en la psicoterapia. La dificultad del sujeto para establecer límites claros entre el self y el otro, junto con una identidad frágil y fluctuante, intensifica la dinámica transferencial. Es fundamental mantener un equilibrio entre la empatía compasiva y la interpretación reflexiva, al tiempo que se establecen límites claros para proteger la integridad de la relación terapéutica. Jacques Lacan destacó la importancia de la relación entre analista y analizante como un "par terapéutico" en el proceso de análisis. Esta relación no es simétrica, pero implica una cooperación dinámica donde el analista actúa como un espejo para la subjetividad del analizante

A continuación incluimos una presentación más esquemática:

DINÁMICAS RELACIONALES	APLICACIÓN CLÍNICA	BENEFICIOS
•Idealización y desvalorización en la lógica vincular •Tendencia a la búsqueda constante de confirmación y validación. •Manifestación de impulsos destructivos y autodestructivos en el contexto transferencial. •Resistencia a la interpretación y al cambio debido a la amenaza percibida a la integridad del self.	•Escucha empática: proporcionar un espacio seguro y acogedor •Interpretación reflexiva: Ayudar a explorar significados subyacentes y patrones en su experiencia. •Co-construcción de significado: colaboración para construir nuevos significados y narrativas sobre la vida del paciente	•Fomenta un sentido de agencia y autonomía. •Facilita la exploración profunda de conflictos y traumas. •Promueve la integración de aspectos fragmentados de la identidad •Contribuye a una mayor resiliencia y estabilidad emocional a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Lacan, J. (1998). "El Seminario, Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis". Buenos Aires: Paidós.
2. Lacan, J. (1998). "La dirección de la cura y los principios de su poder", en Escritos 1, Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
3. Lacan, J. (1992). El acto psicoanalítico. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
4. Lacan, J. (2005). El reverso del psicoanálisis. Buenos Aires: Siglo XXI Editores

Gracias a todos/as por su participación con su trabajo en las jornadas

XXX JORNADAS ESTATALES AEN

XVII JORNADAS AMSM

SEGUIR CON EL FUTURO