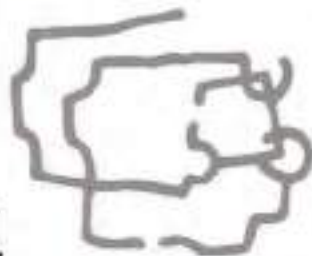


# NORTE

## DE SALUD MENTAL

Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria



Volumen X nº 44 Octubre 2012

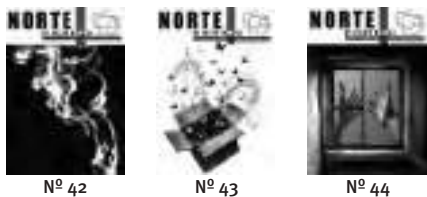


“Una portada para Norte”. NORTE de salud mental, además de su labor de divulgación de conocimiento e intercambio asociativo, quiere cumplir otro papel añadido y que no por secundario deja de tener su importancia. Además del privilegio de contar en su cabecera con un diseño de Eduardo Chillida, desde sus portadas y páginas interiores ha venido apostando por la divulgación de la obra gráfica de jóvenes artistas de la Facultad de Bellas Artes de Leioa de la Universidad del País Vasco. El interés de esta colaboración informal motivó un intento de ampliación de la experiencia, enfocándola más concretamente a la expresión artística específica de temas en relación con la salud-enfermedad mental. Nos dirigimos con este fin al colectivo de estudiantes de la asignatura “Diseño Gráfico Publicitario” del 4º Curso de Publicidad y Relaciones Públicas, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV-EHU, en el campus de Leioa). A través de su profesor, Iñaki Zaldumbide, se les propuso un proyecto de diseño e ideas para posibles portadas de Norte.

**Autor de portada: Bernardo Peláez Martínez**

Para representar el mundo interior utilizo dos elementos diferentes. Por un lado encontramos, en primer plano, la imagen de una ventana abierta. Aparece en blanco y negro para dar un aire de nostalgia, tratando de evocar lo más profundo, cálido e interno de cada persona. Por otro lado, la ventana está orientada hacia unas manos extendidas de par en par y como fondo el azul del cielo. El objeto que se divisa a través de ese marco está representado a color para crear un doble sentido a la imagen: lo clásico de una ventana antigua en blanco y negro representaría los miedos a exteriorizar lo que sentimos, y la parte a color de las manos sobre un cielo azul, la apertura del mundo interior que cada uno posee.

**Volumen X**



Nº 42

Nº 43

Nº 44

**Volumen IX**



Nº 39

Nº 40

Nº 41

**Volumen VIII**



Nº 33

Nº 34

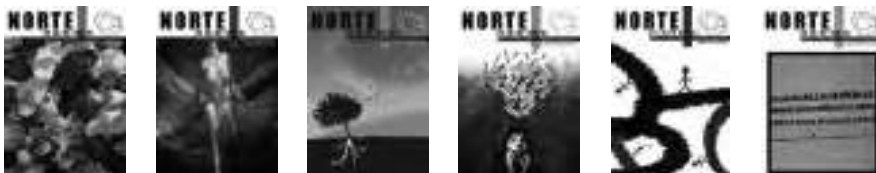
Nº 35

Nº 36

Nº 37

Nº 38

**Volumen VII**



Nº 27

Nº 28

Nº 29

Nº 30

Nº 31

Nº 32

**Volumen VI**



Nº 22

Nº 23

Nº 24

Nº 25

Nº 26

**Volumen V**



Nº 16

Nº 17

Nº 18

Nº 19

Nº 20

Nº 21

**Volumen IV**



Nº 11

Nº 12

Nº 13

Nº 14

Nº 15

## NORTE de Salud Mental

### Director:

Markez, Iñaki

### Consejo Editorial:

Del Rio, Francisco  
Estévez, Juan  
Gay, Eudoxia  
Lozano, Mari Fe  
Martínez-Azumendi, Óscar  
Martínez de Benito, Roberto  
Sánchez, Ana  
Rodríguez Pulido, Francisco  
Tari, Antonio  
Sureda, Catalina

### Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	Escudero, Consuelo	Jimenez Estevez, Juan Fco.	Polo, Cándido
Álamo, Cecilio	Esteban, M. Luz	Laespada, Teresa	Prego, Roque
Albi, Inmaculada	Esteban, Ramón	Lamas, Santiago	Pradana, M <sup>a</sup> Luz
Álvarez, José M <sup>a</sup>	Fernández Liria, Alberto	Lasa, Alberto	Redero, J. M <sup>a</sup>
Angosto, Tiburcio	Ferrera, Beatriz	Lázaro, José	Rendueles, Guillermo
Aparicio, Víctor	Filgueira, José	Levav, Isaac	Retolaza, Ander
Arana, Xabier	García Soriano, Maite	Marín, Mónica	Rodríguez, Beatriz
Arias, Paz	Gracia, Fernando	Marqués, M. José	Rotelli, Franco
Ballesteros, Javier	Gil, Eugenia	Marquínez, Fernando	Sagasti, Nekane
Blas Fernández, Luis V.	Gómez, Chus	Martínez, Ana	Santander, Fernando
Berrios, Germán E.	Gómez-Beneyto, Manuel	Mayoral, Fermín	Saraceno, Benedetto
Bravo, Mari Fe	González Brito, Natalia	Meana, Javier	Sepúlveda, Rafael
Caldas d'Almeida, José	González-Pinto, Rodrigo	Medrano, Juan	Serrano, Javier
Català, Laura	González Saiz, Francisco	Meneses, Carmen	Sierra, Deirdre
Chicharro, Francisco	González Torres, Miguel Á.	Mezzich, Juan	Soler, M <sup>a</sup> del Mar
Colina, Fernando	Gracia, Fernando	Molina, Germán	Susparrégui, J. M <sup>a</sup>
Collazos, Francisco	Guimón, José	Morchón, J.	Thornicroft, Graham
Comelles, Josep M <sup>a</sup>	Gutiérrez Fraile, Miguel	Moreno, Ana	Tizón, Jorge Luis
De la Gandara, Jesús	Hernández, Mariano	Munarriz, Mikel	Uriarte, José Juan
De la Rica, José Antonio	Hernández Padilla, María	Olabarría, Begoña	Villasante, Olga
De la Viña, Pilar	Hernanz, Margarita A.	Palacios, Antonio J.	Ylla, Luis
Desviat, Manuel	Huertas, Rafael	Pérez, Fermín	Zuazo, José Ignacio
Escalante, Carlos A.	Irurzun, Juan Carlos	Pérez-S, Pau	

✓ Acceso disponible en: [www.ome-aen.org/norte.htm](http://www.ome-aen.org/norte.htm) • Correo-e: [norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org)

✓ Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de NORTE de Salud Mental salvo que esté así especificado.

✓ Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: [www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org)

NORTE de Salud Mental es accesible también en el Servicio Bibliográfico y Accesos abiertos de:

- Anuario FEAP
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- Directory Open Acces Journals (DOAJ)
- e-revist@s
- IME (Índice Médico Español)
- MEDicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatría.com
- Psiquiatría Sur
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental

Vol X nº 44, Octubre 2012

[www.ome-aen.org/norte.htm](http://www.ome-aen.org/norte.htm)

Realización y Administración:

Ekimen-2000 • Apdo. Correos nº 12 • 48950 Erandio. Bizkaia

[norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org)

Autor de la portada: Bernardo Peláez Martínez

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida

Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN

Publicación cuatrimestral no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares. Ejemplar atrasado: 30 euros.

Tarifa anual: Profesionales 100 euros Instituciones 150 euros

Esta publicación ha contado para su edición con la subvención y colaboración de:

**EUSKO JAURLARITZA**

OSASUN ETA KONTSUMO  
SAILA



**GOBIERNO VASCO**

DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
Y CONSUMO

© Copyright 2012 NORTE de salud mental

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización del titular del Copyright.

ISSN: 1578-4940 • Depósito Legal: 1565/02

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L. • Imprime: Lankopi, S.A.



Norte de salud mental está bajo una licencia de Creative Commons.

Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que apoyan el uso que hace de su obra). No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

# Sumario

## NORTE de salud mental. Sumario 44. Octubre 2012

<b>Editorial</b>	5
• Modelos más justos y equitativos en la crisis. <i>I. Markez.</i>	7
• Bucear en nuestra Historia... de la Psiquiatría. <i>O. Villasante.</i>	8
<b>Originales y Revisiones</b>	11
• ¿Qué fue de los tradicionales grupos Balint? En defensa de la perspectiva Balint y una metodología adaptada en los espacios de coordinación con Atención Primaria. <i>José Miguel Ribé Buitrón.</i>	13
• La terapia interpersonal de la depresión en la esquizofrenia: una propuesta de tratamiento. <i>Rafael Romero, Silvia Poves, Nicolás Vucínovich.</i>	28
• Cefaleas en inmigrantes. Estudio de 1.043 casos. Análisis comparativo entre cefaleas en inmigrantes con Síndrome de Ulises y otros diagnósticos. <i>Joseba Achotegui, Agustín Llopis, María M. Morales, Dori Espeso.</i>	34
• Terapia Ocupacional; ¿Para todos igual? <i>José Ramón Elizalde, Ander Galdeano, Laura Barbadillo, María Mar Pérez, María Nieves Martínez.</i>	44
• El modelo DIR®/Floortime™: un abordaje relacional e interdisciplinar para las dificultades de relación y comunicación. <i>Vanessa Casals, Judith Abelenda.</i>	54
• Intervención centrada en la persona, basada en la ocupación. A propósito de María. <i>Raquel Plata.</i>	62
<b>Formación Continuada</b>	73
• Análisis funcional de casos psiquiátricos: su utilidad en la comprensión de la patología. <i>Juan Antonio Becerra García.</i>	75
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XV). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	80
<b>Historia</b>	85
• En recuerdo de John Wing (1923-2010). <i>Ander Retolaza.</i>	87
• Análisis filmográfico desde la Salud Mental de un largometraje perteneciente a la autarquía: Manicomio. <i>María Herrera, Carmen Llor, Pedro Marse, Joaquín Cánovas.</i>	90
<b>Humanidades</b>	95
• De locos y ciudadanos: por una Europa sin manicomios. <i>Luigi Attenasio.</i>	97
<b>Actualizaciones. I. Markez.</b>	103
• Las mujeres y el desarrollo humano. <i>Martha Nussbaum.</i>	105
• Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia. <i>Viktor Frankl.</i>	106
• Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas. <i>GSMP.</i>	107
<b>Agenda</b>	109

# Summary

NORTE de salud mental 44. October 2012

<b>Editorial</b>	5
• Fair and equitable models in the crisis. <i>I. Markez.</i>	7
• Search in our History... of Psychiatry. <i>O. Villasante.</i>	8
<b>Original and Reviews articles</b>	11
• What happened to the traditional Balint groups? In defense of the Balint perspective, and for an adapted methodology within coordinated spaces with Primary Care. <i>José Miguel Ribé Buitrón.</i>	13
• Interpersonal therapy for depression in schizophrenia: a treatment proposal. <i>Rafael Romero, Silvia Poves, Nicolás Vucínovich.</i>	28
• Hedeaches in inmigrants. Study of 1.043 cases. Comparative analysis between Syndrome of Ulysses and other diagnoses. <i>Joseba Achotegui, Agustín Llopis, María M. Morales, Dori Espeso.</i>	34
• Occupational Therapy: Equal for All? <i>José Ramón Elizalde, Ander Galdeano, Laura Barbadillo, María Mar Pérez, María Nieves Martínez.</i>	44
• DIR®/Floortime™ model: a relational and interdisciplinary approach for difficulties of relating and communicating. <i>Vanessa Casals, Judith Abelenda.</i>	54
• Person-centred, occupation-based intervention. About Maria. <i>Raquel Plata.</i>	62
<b>Continuing Education</b>	73
• Functional analysis of psychiatric cases: its usefulness in understanding the pathology. <i>Juan Antonio Becerra García.</i>	75
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (XV). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	80
<b>History</b>	85
• John Wing (1923-2010). In Memoriam. <i>Ander Retolaza.</i>	87
• A Film Analysis from Mental Health of a feature film from the period of Spanish autarchy: “Mental hospital”. <i>María Herrera, Carmen Llor, Pedro Maset, Joaquín Cánovas.</i>	90
<b>Humanities</b>	95
• Da matti a cittadini: per una Europa senza manicomi. <i>Luigi Attenasio.</i>	97
<b>Book reviews. I. Markez.</b>	103
• Women and human development: The capabilities approach. <i>Martha Nussbaum.</i>	105
• Foundations and applications of logotherapy. <i>Viktor Frankl.</i>	106
• Care and treatment in prison for drug use. <i>GSMP.</i>	107
<b>Calendar</b>	109



**EDITORIAL**



## Modelos más justos y equitativos en la crisis

Muchos, muchísimas personas vemos en las calles protestando ante la precariedad a la que están siendo empujados, aunque para algunos, nunca serán suficientes. Para unos el empuje de la solidaridad con los desfavorecidos, la desobediencia o la protesta vindicando unos derechos o pidiendo se cumplan promesas electorales y rechazando las llamadas medidas anticrisis... Para otros, *conmigo la mayoría silenciosa* y la brutal represión que hemos comprobado en cientos de mensajes de Youtube o en los informativos televisivos.

Partidos que critican, organizaciones sociales que también, coordinadoras del 25-S, como antes fue y siguen las de aquel 15-M, iaioflautas catalanes y protestas mil ante los desahucios y suicidios de quienes no aguantaron más. Mientras, banqueros y gobernantes “lamentan los fallecimientos y las provocaciones”, no sabemos de quienes. En esta época de crisis, donde los excesos del sistema están dejando sin protección a los más débiles y la democracia se debilita, el desamparo de las víctimas reclama retomar la defensa de los derechos elementales. Peligra la vivienda, la educación, la salud o el puesto de trabajo, y también los derechos ciudadanos que están siendo atropellados cuando se expresan con indignación frente al injusto reparto de sacrificios y plusvalías.

Muchas y destacadas auto-inculpaciones, huelgas de ayer y de mañana que unos apoyan, otros temen por si pierden su puesto y hay quienes cuestionan su efectividad por no ver notorios cambios en la política aunque desde Portugal llegara una estimable ayuda: tras manifestaciones y otras protestas, el primer ministro, Pedro Passos Coelho, retrocedió en sus intenciones de aumentar las cotizaciones a la Seguridad Social.

Un otoño electoral con “nacionalidades históricas” en danza y los deseos -y temores- de un nuevo contrato social y demanda de un proyecto constituyente que renueve esta democracia, donde por primera vez muestra sus grietas constitucionales a

instancias de gentes demócratas. Ciudadanía que quiere participar, con nuevas reglas de juego, no solo con ocasionales procesos electorales. La única reforma de la Constitución ha sido unilateral y para anteponer las cuentas del Estado al bienestar, el soporte a las finanzas frente a los derechos sociales. Demasiada desigualdad social, demasiada precariedad, demasiado empobrecimiento para poder satisfacer necesidades básicas de muchos miles, de muchos millones de personas que sin duda está ya afectando a la salud, y a la salud mental, de estas gentes. Lo estamos comprobando en las consultas y nos tememos que irá en aumento.

La OMS desde hace unos años y diferentes servicios nacionales de salud de países desarrollados vienen señalando que la salud mental de un país está directamente relacionada con el nivel de desigualdad entre las personas. La variable desigualdad económica y también la desigualdad social son determinantes en la salud mental.

Aunque desde los gobernantes presten escasa atención, mucho se ha estudiado desde los años 70, tras aquella gran crisis mundial del petróleo y también antes, mucho se debate en foros especializados sobre la relación entre la pobreza y la enfermedad mental, con muchos trabajos que relacionan ambas variables.

Nos dicen que podemos señalar que la pobreza no es la causa del trastorno mental, sino que los enfermos mentales, por sus dificultades acumulan problemas (inapropiados o inexistentes entornos laborales, viviendas precarias, bajos ingresos, deterioro de la convivencia, mala alimentación...) además de los escasos conocimientos sobre como prevenir y afrontar esas situaciones penosas o cómo mejorar la salud. Con ese panorama cómo no ha de comprobarse la relación entre exclusión y enfermedad, estudiado en países desarrollados como Reino Unido y los EE.UU. con elevados niveles de desigualdad, también en los que están padeciendo con severidad la crisis

(Grecia, Portugal, España, Italia...) y, como no, también en otros más equitativos como Suecia, Finlandia y Holanda donde los niveles de desigualdad son muy inferiores.

Si por ejemplo en los EE.UU., en los años 90, una parte significativa del aumento de la desigualdad fue la estrategia nacional de los principales empresarios y políticos conservadores para lograr que volvieran a ser más competitivos en base a ajustes en la producción, recortes de salarios, recortes de prestaciones (en sanidad, educación y otros recursos sociales), la temporalidad en el empleo, aumento de la jornada laboral a cambio de un sueldo más bajo para quienes estaban desempleados. El fracaso fue estrepitoso para la sociedad, no así para las altas fortunas.

Hoy, España, según el Informe de Exclusión y Desarrollo Social de Caritas y la Fundación Foessa 2012, es el país en la Unión Europea de los 27 donde más ha aumentado la desigualdad. Para

medir la desigualdad, análisis complejo, comprobamos que en la exclusión intervienen también las relaciones sociales, el acceso a derechos, las expectativas de las personas. No solo es importante la variable desigualdad sino el significado que la sociedad da a la pobreza, algo más sutil que establecer un umbral de renta. La desigualdad económica y social y también otros valores añadidos como verse sin apoyos, sin dignidad, frustrados, fracasados, sin opciones, sin futuro... contribuyen a crear una sociedad frágil y generadora de múltiples síntomas de enfermedad.

Como profesionales en este campo de la salud mental atendemos a las personas que acuden solicitando ayuda por sus síntomas. También nos toca asumir y reclamar un modelo social más justo y equitativo.

Iñaki Markez.

## Bucear en nuestra Historia... de la Psiquiatría

Las IX Jornadas de la Sección de Historia de la Psiquiatría de la AEN recientemente celebradas en Ourense ha resultado uno de esos fructíferos encuentros donde han participado antropólogos, trabajadores sociales, DUEs, psicólogos, historiadores, psiquiatras, etc., profesionales que la AEN ha sabido reunir al consolidarse como la principal asociación multiprofesional de salud mental. Sin duda el interés de la AEN por los temas relacionados con la historia, se ha reflejado desde su primera revista -enero de 1981-, en secciones como la *Hemeroteca*, que recogió fragmentos de textos clásicos de Pierre Janet, Lasegue, Charcot o Pinel, o la sección de *Clásicos de la psiquiatría española del siglo XIX*, dedicada fundamentalmente a psiquiatras españoles y auspiciada, durante años, por Antonio Rey.

La interacción entre los investigadores profesionales y los que trabajamos en tareas clínico-asistenciales se puede rastrear años atrás, por ejemplo, en el *Seminario sobre Historia de la Psiquiatría*

*Española* celebrado en 1983, en la Cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad de Valencia o en el homenaje a Gonzalo Rodríguez Lafora de 1986, cuyos contenidos fueron recogidos en el libro *Perspectivas psiquiátricas*, en 1987. Ese mismo año en el número 21 de la *Revista de la AEN*, aparecía constituida oficialmente la *Sección de Historia de la Psiquiatría y del Psicoanálisis*, que presidió Valentín Corcés y que contó con Rafael Huertas como secretario.

Sin duda, Huertas y otros historiadores del CSIC como el profesor Peset son aún referentes esenciales para la AEN y han permitido que participemos en proyectos internacionales como la, aún vigente, *Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría*. Compartir y conocer el estado actual de la historiografía en los diferentes países latinoamericanos, nos permite realizar historia comparada, enriqueciendo nuestra reflexión, discurso y práctica relacionada con la enfermedad mental. Colegas de disciplinas afines como la

filosofía, la sociología y la antropología de América Latina y España han compartido encuentros científicos con nosotros, permitiéndonos realizar aproximaciones como la historia conceptual, historia cultural, historia social o la epistemología histórica, muchos de cuyos frutos permanecerán en la revista ya extinta *Frenia*.

Asociaciones autonómicas como OME o la recién incorporada AGSM (Asociación Galega de Saúde Mental) han contribuido en las dos últimas jornadas a acercar la historia a sectores más jóvenes de la profesión. Bilbao en 2010, y Ourense, este pasado otoño, se unieron al recorrido que comenzó en Oviedo, en 1995 con las primeras *Jornadas*, y que continuó en Valencia (1997), A Coruña (1999), Valladolid (2001), Albacete (2004), Madrid (2006) y Tarragona (2008). Fruto de la mayor parte de estas reuniones se han publicado libros con parte de las ponencias, trabajos o comunicaciones presentadas y nos sirven, al cabo de los años, como testimonio de los que nos precedieron y abrieron esta vía de diálogo y reflexión histórica.

Hemos observado que, después de cada una de las *Jornadas*, nuevos profesionales se han sumado a los proyectos de la *Sección*, aunque, un sentimiento percibido por algunos es la falta de jóvenes que se interesen y se comprometan con la historia. Me gustaría, sin embargo, lanzar un mensaje de optimismo en esta sociedad del pragmatismo, la celeridad y la eficiencia que

impregna e invade nuestro quehacer cotidiano y personal. En una oferta tan plural, diversa y muchas veces fragmentada de las profesiones afines a la salud mental, no es fácil decantarse por la historia, bucear en nuestro pasado y tener tiempo para escuchar, leer y narrar. Si además se trata de ser honesto y fiel a los hechos e interpretarlos ateniéndose a criterios de objetividad, como es propio de la *ciencia histórica*, digamos que es “casi un milagro” permanecer en esa tarea.

Por ello mi propósito en esta breve intervención es, además, de agradecer la colaboración de todos los participantes en las *IX Jornadas de la Sección de Historia* y en recientes iniciativas como *Historias con Historia*, alimentada por Oscar Martínez Azumendi en la *Revista de la AEN*, es animar a todas aquellas personas sensibles con este área del conocimiento. Espero que éstos no duden en permitirse una reflexión sobre nuestro pasado, nuestros maestros o nuestras instituciones, ya que la vitalidad de la Sección de Historia se ha mantenido en el tiempo; sin duda, gracias al entusiasmo y el dinamismo que mantienen los más veteranos en este campo de la salud mental, casi marginal en un momento en el que la tecnología ocupa “prácticamente todo”.

Olga Villasante.





**ORIGINALES Y REVISIONES**



## ¿Qué fue de los tradicionales grupos Balint? En defensa de la perspectiva Balint y una metodología adaptada en los espacios de coordinación con Atención Primaria.

*What happened to the traditional Balint groups? In defense of the Balint perspective, and for an adapted methodology within coordinated spaces with Primary Care.*

José Miguel Ribé Buitrón. Psiquiatra, psicoterapeuta.

Centro de Salud Mental de Adultos Sant Andreu, Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona.

**Resumen:** a partir de la experiencia de dos años, en espacios de coordinación, junto a equipos de atención primaria, comentarios e ideas de diferentes profesionales que participaron en grupos balint y una revisión bibliográfica, el autor del presente trabajo trata de analizar los posibles determinantes en la desaparición de los grupos balint en España. Se reflexiona en torno a los graves cambios sanitarios actuales, sociales y a la propia metodología empleada en los grupos de aquel entonces, como posibles factores implicados.

El autor apuesta por adaptaciones, sugiriendo modificaciones de dicha metodología, y defiende la perspectiva balint como ingrediente básico en la formación de los profesionales y esencia de los actuales espacios de encuentro o consultoría entre atención primaria y salud mental.

**Palabras clave:** Grupos balint, perspectiva balint, atención primaria, salud mental, subjetividad.

**Summary:** based on a two-year experience in coordination spaces, in close work with primary care teams, plus comments and ideas collected from several professionals -who already took part into Balint groups-, and a review on related bibliography, the following work attempts to analyze all determining factors that caused the Balint Groups to fall into desuse in Spain. This statement takes into consideration the severe changes happening nowadays, both socialwise and in public health specifically; and about the inner methodology used by these groups in the past as possible factors for such disappearance.

The author positions himself on adaptations, suggesting a review of the Balint method itself, yet defending it's perspective as a basic ingredient on professional training, empathizing it's importance on all current meeting points between both Mental Health and Primary Care consultancy.

**Keywords:** Balint groups, balint perspective, primary care, mental health, subjectivity.



## 1. Michael Balint, su obra y un breve reconocimiento

Michael Balint (1896-1970) fue un bioquímico, psiquiatra y psicoanalista húngaro nacido en Budapest. Tras escuchar a Freud en una conferencia en 1918 se orientó al psicoanálisis, se analizó y fue discípulo de Sandor Ferenczi. Siendo director del Instituto de Psicoanálisis de Budapest en 1939 emigró a Inglaterra a comienzos de la Segunda Guerra Mundial. Tras firmar la paz, se instaló definitivamente en la capital británica, donde en 1969 fue designado presidente del Instituto Inglés de Psicoanálisis. Fue en la Tavistock Clinic de Londres donde, rodeado de *los general practitioners (GPs)*<sup>1</sup>, desarrolló la mayor parte de su trabajo.

Su obra es extensa, sin embargo y a pesar de la limitación de espacio, quisiera destacar la publicación de su libro, hoy considerado un clásico y la base de su teoría: *“el médico, su paciente y la enfermedad”* (1957) (1). Con esta obra, Balint aproxima los aspectos psicológicos de las relaciones humanas a la práctica médica y la humaniza. En este libro, el autor aboga por *“entrevistas prolongadas”*, donde se pueda llegar a un diagnóstico globalizador y de la *“persona total”*, sin embargo pronto repara en la escasez de tiempo en las consultas de los médicos y sistematiza algunas de las aplicaciones del psicoanálisis a la asistencia sanitaria (2). Así, con la publicación de la obra *“seis minutos para el paciente”* (1973) (3) por parte de su esposa Enid Balint, crean el concepto de *“psicoterapia focal”*, *“breve”* y la técnica *“flash”*. Esta última consiste en la toma de conciencia espontánea y mutua de algo importante para el enfermo (4). Una forma de sensibilizar, mediante la *“escucha”*, los aspectos psicológicos de la relación médico-paciente y una descentralización de la relación enfermedad-síntoma en la que no se incluye la relación médico-paciente. Balint confiere a esta relación, al igual que Ferenczi, un lugar predominante a la contratransferencia como elemento de máxima utilidad en la diagnosis y terapéutica del paciente. Esta mirada puesta en la relación constituye la primera versión de la reformulación de la asistencia sanitaria, es lo que Balint denominó como

*“medicina centrada en el paciente”*. En los años 50, estando en la Clínica Tavistock crea, para el estudio e investigación de esta relación los *grupos* que llevan su nombre. La formación de los mismos fue la culminación de un largo camino, que tuvo su inicio en 1926, cuando éste escribió *“psicoterapia y psicogénesis de los síntomas físicos”*, expuesto en una conferencia de médicos rurales de su Hungría natal. El interés de Balint por el psicoanálisis durante la práctica diaria y de investigación cuando era médico internista le condujo a rescatar y relanzar la *“psicosomática”*, como medio para afrontar los síntomas físicos que se esconden tras posibles conflictos intrapsíquicos, y a prestar más atención a las *“patologías funcionales”*.

Fuera de sus aportaciones más *“prácticas”* en la asistencia pública, destaca su obra *“la falta básica”* (1967) (5). Es sin duda un concepto revolucionario, que corresponde a la *“falta”* que los pacientes experimentan como defecto y carencia a la vez, y que se origina en el periodo inicial de la vida a causa de la discrepancia entre las necesidades materiales y psicológicas del niño y los afectos que recibe. Complementa a la relación triádica del Complejo de Edipo mediante la especulación de una estructura diádica en los procesos mentales.

Balint fue un profesional que, ante el desarrollo imperante hacia la mitad del siglo XX de la ciencia y de un preponderante modelo biomédico, supo darle un lugar al psicoanálisis en la medicina y en la asistencia pública. Me supongo que el esfuerzo de Balint, ante la censura y control político de la época ante cualquier innovación<sup>2</sup>, la ortodoxia psicoanalítica y el arranque positivista de la época, debió ser monumental. Imagino también, que la formación en medicina y psicoanálisis, pudo

<sup>1</sup> Médicos generales o lo que hoy conocemos como médicos de cabecera.

<sup>2</sup> En 1932 Hungría estaba gobernada por una derecha radical que controlaba el trabajo, los debates y encuentros de los psicoanalistas. En esta época fue cuando Balint inventó el primer *“training cum group”* con los GPs en Budapest. Él quería observar las posibilidades de los GPs a la hora de integrar las ideas psicoanalíticas en su práctica diaria. Aunque el interés de Balint era grande, tuvo que suspender sus seminarios debido a la situación política del momento. En sus grupos Balint toleró la presencia de la policía, que registraba los nombres de los participantes y los relatos que explicaban de sus pacientes. Era imposible discutir libremente. Fue este el motivo por el cual los *“grupos balint”* aparecerían en Londres veinte años más tarde.

favorecer que Balint integrara la asistencia de entonces con la *cultura* de la relación humana. Sin duda, todo un referente en la aplicación e integración del psicoanálisis en otros ámbitos y disciplinas. Un esfuerzo el de Balint, de creatividad, que generó y sigue engendrando nuevos discursos y desarrollos enriquecedores. Todo un ejemplo en el sincretismo interdisciplinar que tanto nos cuesta hoy.

## 2. Los tradicionales grupos Balint

Los grupos balint aparecen en Londres hacia los años 50. Son considerados por aquel entonces como una “instrumentalización” del pionero trabajo con médicos, que bajo la escucha psicoanalítica y las teorizaciones -que se materializarían en su libro *“el médico, su paciente y la enfermedad”*- Balint realizó en la Clínica Tavistock. Es un dispositivo precursor, creado para dar la palabra a los médicos en su subjetividad y malestar, en la relación emocional que se establece con el paciente que le demanda ayuda a través de la enfermedad.

Dada la copiosa bibliografía al respecto, quisiera explicar de forma somera los fundamentos y elementos esenciales de este tipo de grupos, en sus orígenes, centrándome de forma algo más extensa en la *metodología* y los *aspectos técnicos* utilizados.

*Originalmente*, un grupo balint está constituido por un grupo homogéneo de médicos que operan como un instrumento de investigación, enseñanza y aprendizaje en la relación médico-paciente. Por tanto, no es estrictamente un grupo psicoterapéutico (en el que un psicoterapeuta ayuda a un grupo de pacientes a comprender sus problemas emocionales para mejorar su salud mental) ni didáctico (en el que existe una relación vertical de maestro-discípulos). A pesar de ello, como decía Balint, el grupo de forma indirecta sí puede producir un “leve pero importante cambio en la personalidad del doctor”. Ni que decir también, el “plus” facilitador y porque no terapéutico, que ofrecen la mayoría de situaciones grupales como son cohesión, apoyo, contención, escucha...

El *conductor* del grupo debe ser un psicoanalista (no se especifica que tenga formación en grupos) que no tenga ningún tipo de relación (se entiende

transferencial) con los participantes del mismo. La función del conductor es la de favorecer la asociación libre en los integrantes, que no se pierdan los objetivos y el encuadre del grupo. Se señala y comprenden las dinámicas relacionales del grupo, se realizan interpretaciones que se centran en lo que el paciente hace y dice y, en ocasiones y no siendo fundamental, en la conducta de los profesionales.

El *número de participantes* es del orden de 6-12 médicos. Éstos deben tener una motivación especial para querer participar y exponer de forma oral y sin notas, para facilitar la espontaneidad del proceso, un caso que les haya impactado emocionalmente y en el que se hayan encontrado de alguna forma atrapados en algún aspecto relacional que les impida la marcha de la relación médico-paciente (*contenido del grupo*). Por no decir exclusivamente, es aconsejable que traigan el aspecto emocional y psicológico del caso, es decir, que los encuentros con el resto de los participantes estén centrados en sus sentimientos en lugar de la psicopatología o el diagnóstico.

La *metodología* empleada consiste en la presentación de un caso, tras el cuál, mediante la participación del resto de miembros del grupo y alentados por el conductor, se realizan preguntas al profesional que expone el caso, y se comenta lo les sugiere el “relato”. El profesional que trae el caso debe tratar de relajarse, tolerando no recibir consejos, respuestas “fáciles”, o de “de tipo recetario” y escuchar lo que los diferentes miembros del grupo sienten o piensan acerca de la relación médico-paciente. Quien presenta el caso, desde la distancia, puede “ver”, sin estar tan invadido emocionalmente por la crisis vital del paciente (6) ni enganchado entre la función profesional y personal, que transcurre en la relación con éste. El grupo, que funciona como un crisol o un prisma, trae “colores” y emociones de la relación que quien presenta no ve o desconoce. Es lo que el psicoanalista Christopher Bollas denominó “lo conocido no pensado” (7) acaba (re)descubriéndose a través de una escucha diferente y en compañía del grupo.

La *duración* del grupo debe ser de unos 90 minutos y tener una periodicidad de una sesión a la semana durante aproximadamente un año y medio y con continuidad asistencial por parte de los



participantes, ya que así se facilita la cohesión grupal, se desarrolla una cultura de grupo y se almacenan una serie de experiencias que resurgen en discusiones o encuentros subsiguientes (8). La pretensión u *objetivo* inicial de Balint era ampliar la sensibilización y promover el entendimiento de la dimensión psicológica de la relación clínica entre el paciente y el médico.

Los *resultados y efectos colaterales positivos* que se obtenían del grupo consistían en un incremento en la observación analítica, mejoría en la comunicación con los pacientes, aumento de la capacidad reflexiva en la praxis desde una experiencia emocional (que brinda el grupo) a una posición más racional (9), cierta catarsis y descompresión de ansiedades y frustraciones producidas por el trabajo, aumento del interés por aquellos pacientes que inicialmente resultaban tediosos, apertura a nuevas posibilidades en el manejo de los pacientes y una mejora en la satisfacción personal del médico, que podía disminuir o prevenir el *síndrome del quemado*. Añadir también, los efectos que *per se* favorece la propia dinámica grupal.

### 3. Aplicación del psicoanálisis en la pública.

#### La introducción y desaparición de los grupos balint en España

Seguir a Freud no significa dar la espalda a la realidad y ámbito en el que se trabaja, es algo que no debemos olvidar. Desde hace mucho tiempo asistimos al esfuerzo de muchos psicoanalistas y psicoterapeutas psicodinámicos en el intento por acercar y aplicar en la asistencia pública la teoría psicoanalítica y transformarla en práctica.

Si bien se poseen conocimientos y técnicas psicodinámicas bastante desarrolladas, no es menos cierto que carezcamos de sentido común, flexibilidad, maña, prudencia, empatía y especialmente humildad para el uso de dichas teorías, sobre todo cuando se trabaja en un entorno como es el de la pública. Es la ausencia de estas cualidades la que relega y arrincona, cada vez más el psicoanálisis a la práctica privada.

No hay peor enemigo para la aplicación de las teorías psicodinámicas en la pública que un psicoanalista “privatizado”, es decir, aquel que fuera de las paredes de su consultorio -en un

enfoque bipersonal y con el conflicto edípico, como reduccionista mirada conceptual no ha trabajado antes en otro entorno o hace decenios que ya no asoma su sesera al exterior. También los hay que, aún trabajando en la pública, gestionan su trabajo como si de la privada se tratase, a veces incluso desde una rígida y fanática militancia que espanta.

Freud no reguló las condiciones de aplicación del psicoanálisis a otros campos de la actividad humana ni siquiera de la práctica del psicoanálisis en las instituciones (10). Es por ello que el profesional que acuda a la pública, deberá afrontar varias *dificultades para no abandonar la práctica pública* y acabar, como muchos profesionales, en la privada. Destacaría sobre todo las siguientes:

- a. La desidealización del trabajo tradicional del psicoanálisis de la privada como ideal de su realización en la pública.
- b. La confusión entre rigurosidad y ortodoxia en las intervenciones psicodinámicas.
- c. La dificultad en “ver” más allá de la relación bipersonal.
- d. La frustración al tomar conciencia de los límites del psicoanálisis y del propio profesional en la pública. Esta, junto a la consecuente herida narcisista de dos polos igual de tramposos como son la omnipotencia y la impotencia, encuentra su refugio en la libre disposición y protección de la actividad asistencial privada (11).
- e. La continua contaminación del encuadre externo por dimensiones económicas, institucionales, sociales, interdisciplinarias, administrativas y asistenciales.

Estos obstáculos deben ser confrontados y analizados en los planos emocional (terapia personal) y teórico-prácticos (supervisión y dialéctica con el entorno en donde se trabaja) del profesional inmerso en la pública.

En España, *los primeros grupos balint* que se conocen datan de los años sesenta. Algunos de los psicoanalistas introductores del psicoanálisis en España, procedentes de otras especialidades “médicas” diferentes de la psiquiatría como los Drs. Pere Bofill i Tauler y Pere Folch i Mateu, realizaron sus primeros intentos o experiencias de

seminarios de profesionales médicos. Esta primera generación de psicoanalistas formados en Cataluña fue encabezada, en la puesta en marcha del primer “grupo tipo balint” en Cataluña y, posiblemente en España, por el psicoanalista y psiquiatra Dr. J. Beá. Posteriormente, las siguientes hornadas de psicoanalistas de otros lugares como Madrid, Valencia, País Vasco y Barcelona se tomaron muy en serio la técnica formativa y de sensibilización balint, y se pusieron en contacto con la esposa de Balint y a través de ella con la Federación Balint Internacional (12 y 2). Destacar en Barcelona hacia los años ochenta a J. Freixas, J.L. Tizón y R. Ferrer, como la “tercera generación” de psicoanalistas que continuaron el trabajo de sus maestros en diversos encuadres e instituciones médicas (13-14). Se llegó a plantear incluso, aunque me temo de forma “piloto”, la implantación de los grupos balint en la formación de los médicos de familia.

A pesar del interés de estos psicoanalistas en rescatar la metodología balint, si nos comparamos con otros países tecnológicamente desarrollados, en España la influencia ha sido más bien pobre. A fecha de este escrito no existen ni instituciones tipo asociación ni miembros afiliados a algún tipo de federación o asociación europea o americana. Son pocos los centros de atención primaria que mantengan la *perspectiva balint* en su formación sanitaria. El fracaso de la puesta en marcha inicial condujo a los profesionales, anteriormente citados, a reconsiderar (afortunadamente) seriamente su técnica, utilidades, sistemas de evaluación (15). Pasaron unos años, y sobre los años noventa hubo un rebrote en la práctica de los grupos balint, que desafortunadamente no acabó sedimentándose. Cabe mencionar que, en ámbitos privados sí calaron los grupos balint. Eran grupos de médicos, motivados, que se costeaban las sesiones formativas balint.

Por aquel entonces, el replanteamiento de la técnica balint condujo a una diversificación de las aportaciones de Balint en la relación médico-paciente que cristalizó en la formación de otros grupos llamados “*tipo balint*” o “*de reflexión*” (16). Es de alabar, sirva este texto como reconocimiento, el esfuerzo incansable en los desarrollos teórico-prácticos que Tizón y sus colaboradores realizaron respecto a la metodología balint y los aspectos psicológicos en la relación médico-paciente (17-19).

A día de hoy, desde finales de los 90 y especialmente en Cataluña, en el marco del “*Programa de Apoyo a la Primaria*” (20) y según las directrices marcadas por el “*Pla Director de Salut i Adiccions a Catalunya*” (21) se realizan coordinaciones en formato grupal, tipo “consulta y enlace” (22), entre salud mental y atención primaria. En estos, a parte de docencia, supervisión de casos, interconsulta y análisis de las derivaciones a los centros de salud, puede existir el recuerdo -en progresiva decadencia- de la importancia de la relación entre el profesional y el paciente, como fenómeno a sentir y pensar.

*¿Qué fue de la perspectiva y metodología balint?*

Tizón explica que, en los ochenta, la técnica balint “entró en la categoría de moda y su difusión y popularización fue mucho más rápida de lo que permitían las capacidades iniciales” (2). Éste añade, que el resultado de ello fue una rápida desidealización de la misma, especialmente por parte de los médicos internos residentes y de los propios docentes de las áreas básicas de primaria.

En mi opinión destacaría varios *factores en el decaimiento de los grupos balint*:

- La vertiginosa evolución técnica, en la terapéutica, en los equipos de atención primaria/hospitales hasta la pérdida de la *subjetividad*.
- La presión asistencial y la falta de tiempo para poder pensar/sentir en la praxis asistencial.
- El omnipotente contexto sociocultural donde la salud forma parte del mercado de consumo.
- La no adaptabilidad de los conductores y la metodología balint a la asistencia actual.

La intolerancia al sufrimiento, en una sociedad que se rige bajo la lógica moderna de unas demandas que siempre deben tener respuesta y además satisfactoria, hace que estas se vuelvan interminables e imposibles de abordar con calidad y sentido común. Los pacientes esperan pasivamente respuestas a sus dolencias, sin reflexionar ni plantearse preguntas. Desde la omnipotencia y la autoridad que antaño se les otorgó a los médicos, ahora más que nunca anhelan volver a sentir que pueden con todo. Para ello se basan en un enfoque enteramente biológico (centrado en la enfermedad) y científico-técnico que trata de desarrollar, con el indigesto avance de la tecnología, elixires e instrumentos, que



manejan como si de un *joystick* se tratase. Se responde de forma automatizada y se niega la *subjetividad* humana.

Desde su cuna, los profesionales sanitarios sienten el deseo y la emoción de ayudar. Pronto, en la formación médica, son escindidos y se les separa la emoción del cuerpo. Se les forma bajo el prisma de la omnipotencia y la completud del saber. Actualmente existe un gran déficit en la formación de los residentes -especialmente en las especialidades que no son la de familia-, en donde se presta más interés en el diagnóstico de las enfermedades que en la relación con la persona enferma y su entorno (23). De hecho, siempre ha existido una vaga conciencia del impacto que puede tener la actitud del médico sobre el paciente y sobre el curso de su enfermedad, es como si este hecho estuviese totalmente fuera del terreno de la medicina, que se pretende objetiva y no emocional. Ellos son quienes saben todo y “DEBEN”, sin titubear, responder a “TODO”. Sin duda, se niega la impotencia del ser humano en la confrontación del sufrimiento y se presta poca atención a sus dificultades más humanas (24).

Y por si fuera poca la tensión con la que se vive la relación paciente-profesional y los factores emocionales (25) que perturban la relación ente ambos, las propias instituciones sanitarias colaboran en dicha tirantez. Los centros de salud y hospitales son auténticas empresas que se conciben como unidades de productividad. Empresas donde se premia e incentiva a los profesionales que generan menos lista de espera y no al que se compromete con el paciente, se valora a quien “sabe” derivar rápidamente (a menudo, puede considerarse una forma de desentenderse) a otras especialidades sin “esperar y ver” (26) o conteniendo(se) las angustias que surgen de las prisas y exigencias de las demandas de los usuarios, a quienes investigan “números” en detrimento del atender a las personas... Los médicos están cada vez más con la mirada fija en la pantalla de los ordenadores, en las casillas de las hojas de solicitud de pruebas diagnósticas, en el uso abusivo e irracional de la medicación (27) y, lamentablemente menos en las personas que tienen en frente. No hay lugar para un paréntesis, un respiro de reflexión, de escucha. Da la impresión, que la falta de reflexión se haya

institucionalizado (28). No es tampoco de extrañar con los 7 minutos que en Cataluña disponen para cada usuario, la presión asistencial e institucional, los recortes presupuestarios, el escaso reconocimiento y la poca atención a quienes padecen el *burn out* (29). Sin embargo, todos estos contratiempos no pueden convertirse en un “imposible cambiar”, es más, a veces son un justificante para no abordar otros problemas de la práctica cotidiana.

Así, con este panorama, *¿qué lugar le queda a los grupos balint en la actual sanidad y situación social?*

El poco tiempo para reflexionar y la exigencia en atender, como sea y a toda costa a los usuarios, hizo que los grupos balint empezaran a considerarse innecesarios, un lujo y algo que no resolvía “los problemas inmediatos de los pacientes” (ni de los propios profesionales, claro está). Por otro lado, tal y como estaban pensados en la pública -en su aplicación y uso-tampoco encajaban por sí mismos.

Expongo a continuación algunas dificultades, que a mi criterio, no supieron salvar los grupos balint por aquel entonces:

- a. Los grupos balint requieren de un compromiso, puntualidad y asistencia regular que empezó a desfallecer. Los profesionales llegaban tarde o no asistían porque no podían debido a demoras en la asistencia, con mucha razón, necesidades personales. Esta falta reiterativa y variable de profesionales atentaba continuamente a la cohesión grupal y al narcisismo del psicoanalista que conducía el grupo.
- b. El conductor del grupo muchas veces, de tan neutro que era, tanto a nivel transferencial como situacional, no llegaba de forma empática a los participantes del grupo, ya que desconocía la situación de desbordamiento en atención primaria. Aunque los líderes grupales, desde un puritanismo y lealtad al psicoanálisis interpretaban magníficamente el desbordamiento de los profesionales, no eran “suficientemente” hábiles para contener y poder pensar alternativas a la ansiedad que todos podían sentir.
- c. Con la tremenda exigencia a la que estaban (y siguen estando) sometidos los profesionales,

la elevada sensibilidad y fragilidad emocional que tienen, mediante el uso de la interpretación transferencial, los grupos se vivenciaban como altamente persecutorios, iatrogénicos. Tal situación, prolongada en el tiempo, puede llegar a producir la paralización total del trabajo que se podría realizar en grupo de forma conjunta (30). Algunos médicos, que estaban motivados y comprometidos con los grupos balint, no se encontraban a gusto al sentir que otros compañeros no se tomaban en serio “el grupo”. No percibían confianza ni respeto y temían “ser vistos”, en su fragilidad, por el resto de miembros del grupo, más aún si eran del mismo equipo de atención primaria. Tal circunstancia resultaba incómoda para los participantes, sobre todo si existía “cierta” obligatoriedad institucional en asistir al grupo.

- d. Los señalamientos e interpretaciones transferenciales del psicoanalista no eran prácticos y no “llegaban” al acostumbrado saber organicista o raso de profesionales no habituados al encuadre y conceptualizaciones psicoanalíticas.
- e. Los profesionales no sabían que iban a hacer allí. Es bueno recordar nuestros primeros días, semanas o años de inicio de análisis personal, ¿alguien sabe que diantre viene a hacer en ese mullido diván? Muchos profesionales que osaban preguntar, desde una lógica ansiedad de reajuste emocional ante una nueva situación como es el inicio de cualquier grupo (31), se encontraban evasivas o ambigüedades que confundían y asustaban más. Los residentes asustados, enmudecían mientras los veteranos -a veces, tutores docentes desilusionados, cronificados y quemados que son los referentes de los idealistas residentes-estaban en el grupo en el grupo “porque es lo que toca, es obligatorio” y porque de este modo se encontraban con el resto de los compañeros. Aunque algunos médicos recuerdan gratamente su experiencia, cuando se les pregunta que iban a hacer ahí, muchos dudan y no saben cual era la tarea grupal.
- f. La presión asistencial exigía respuestas y pautas concretas, ante ansiedades difícilmente contenibles en el trabajo, que no se hallaban en los grupos. Una de las reglas de los clásicos grupos balint es la renuncia a ofrecer soluciones directas en pos de una elaboración de las dificultades a través del proceso grupal. Habían necesidades primarias o inmediatas que resolver. La no disposición para hablar de ellas no permitía a los participantes “estar” en el grupo. A veces, eran necesidades en las que, por su naturaleza de tipo estructural, institucional u organizativo, no daba lugar para ningún tipo de elucubración. Se necesitaba una clara respuesta, sin ambages, por parte de la institución -jefe de servicio, conductor del grupo-, sin neurotizarse a los participantes y menos confundirlos. Estas necesidades también respondían a un deseo de mayor formación en psicopatología, farmacología, en poderse coordinar con los centros de salud mental... Así que, dada la impasividad de los grupos balint ante estas carencias, se fueron creando otros espacios o grupos de tarea en docencia, consulta de enlace..., que iban quitando espacio y protagonismo a los balint. Los recursos eran los que eran y todo no podía ser.
- g. Con el agotamiento de la asistencia primaria, 90 minutos de sesión resultaban ser demasiados, si al asistir al grupo te encontrabas a un psicoanalista en “atención flotante” (eufemismo, que alude a veces a pesadez, impotencia, pasividad e inapetencia) que delegaba y responsabilizaba en los participantes, mediante la consigna de la libre asociación de ideas, la tarea grupal y las dificultades por las cuales el grupo podía no funcionar.
- h. El tránsito de una concepción individual y mecanicista a una visión biopsicosocial y grupal de los problemas de salud implicó el integrar en los grupos balint al resto de profesionales del equipo (enfermería, trabajo social...). Así, se paso de grupos homogéneos a heterogéneos, a un mayor número de participantes y se modificaron las dinámicas relacionales. Aunque inicialmente los grupos balint adaptaron e integraron la mirada interdisciplinaria en su marco teórico, en la práctica, el desbarajuste en el encuadre externo era difícil de sostener por el *setting* interno del conductor.



- i. La defensa del método balint y de los pilares psicoanalíticos por encima de cualquier posible renuncia, la poca diplomacia de quienes lo realizaban con los jefes y líderes sanitarios y la falta de marketing a la hora de “saberlos” vender a las instituciones sanitarias colaboró también en el palidecer de la presencia de los grupos en la pública.

#### 4. Grupos “tipo balint” o perspectiva balint en la consultoría: repensando la metodología en base al contexto

Desde finales de los noventa, en Cataluña, a partir de las directrices de la Generalitat y mediante el “*Pla director...*” se crearon programas en los que se da apoyo, mediante consultoría y asistencia directa *in situ* a los equipos de atención primaria. Profesionales en salud mental, habitualmente psiquiatras, acuden para coordinarse, impartir docencia -especialmente, psicofarmacología y psicopatología-, fomentar la reflexión mediante coloquios sobre temas conflictivos en la práctica médica y multidisciplinar, detectar y atender -a modo de cribaje y derivación selectiva de los usuarios a los centros de salud mental- unas horas a la semana. A partir de dos años de experiencia (2009-2011) junto a cinco centros de atención primaria de el área de influencia de nuestro centro de salud mental y en el marco del “*Programa de Apoyo a la Primaria*” pude comprobar que la realidad y el contexto acaba por moldear tus ideales, tus objetivos y tus teorías (32). Si no estás dispuesto a ello, ya te puedes marchar a la práctica privada.

Aunque en mis dos años de experiencia no se permitía -por temas organizativos y de gestión- realizar grupos balint o sucedáneos, ni tampoco se podía entrar a bocajarro, en *modo balint* en los espacios de coordinación, después de años sin realizarse estos, sí mantuve en todo momento la *perspectiva balint*. Perspectiva que entiendo, como aquella que se cuece -cognitiva y emocionalmente- a nivel relacional entre el profesional y el paciente en el paisaje de la enfermedad y la demanda. Así, como una pequeña muestra de mi experiencia como consultor en atención primaria recuerdo plantearme, como objetivo en las sesiones semanales de una hora, el traer desde la experiencia grupal de los profesionales entre sí, como un todo y conmigo, la

relación que se establece entre el profesional y el paciente en consulta. De alguna forma, el equipo y yo, constituíamos la trama misma de los fenómenos intersubjetivos que se establecen entre el profesional y el paciente.

En las primeras tomas de contacto con primaria, las sesiones de coordinación se centraban en presentarnos, crear nuestro propio espacio y escuchar sus necesidades y expectativas. Posteriormente, según sus necesidades y angustias empecé realizando docencia acerca de psicofarmacología y psicopatología (lamentablemente, desde el enfoque DSM), análisis de casos, interconsulta, etc. Afortunadamente, con el paso del tiempo y satisfechas las necesidades iniciales, fuimos pasando de coordinaciones o supervisiones teóricas a otras más experienciales y emocionantes. En estas, dejé de ser el “listo” que sabe dar respuestas y/o consejos a todos los interrogantes en salud mental, pasé (porque me dejaron pasar) a una posición más horizontal respecto al resto de compañeros de atención primaria y traté, junto a ellos, en pensar y compartir experiencias personales que nos sucedían en el encuentro con los pacientes de los equipos de atención primaria. Mi función era la de conducir al grupo en sus dificultades más íntimas. De alguna forma, mis primeras aproximaciones con el equipo se asemejaban a los primeros contactos con los pacientes en terapia. Muchos pacientes, inicialmente, desean pautas y que se les explique que se va a “hacer”. Luego, a medida que se inicia el proceso terapéutico y se va constituyendo el vínculo y la confianza, van fluyendo aspectos más emocionales, relacionales y menos cognitivos.

A pesar de la variabilidad de asistentes en sus inicios, al cabo de un año y medio el grupo, que estaba más consolidado, espontáneamente propuso plantear el grupo de dos formas. Querían realizar quincenalmente sesiones o seminarios docentes, de casos y derivaciones, y las otras semanas que se dedicasen a lo que se conoce por grupos “tipo balint”, o como una enfermera muy pizpireta decía, que saliera más “el tema de las emociones”. De alguna forma, a pesar que podía parecer que se mantuviese así una dualidad cognitiva-emocional, realmente en la práctica los profesionales lo agradecían, ya que a algunos no les interesaba “exponerse” y sólo deseaban

poder hablar de casos o dudas, más de orden teórico. Así, los profesionales sabían que día de la semana (fueron los jueves) el acento de los espacios de coordinación podía estar más en lo emocional o no. Finalmente no se llevo a cabo, ellos mismos no respetaban su propia propuesta e inevitablemente, como es natural, se mezclaba lo emocional con lo cognitivo (9). Recuerdo que esta propuesta grupal, desde la iniciativa de los propios profesionales, la pude aprovechar para pensar con ellos la importancia del hecho que los pacientes demanden por sí mismos atención en salud mental. Es decir, sin sentirse obligados por parte de sus familiares, sin ser forzados por los médicos de cabecera en derivaciones a psiquiatría, ni tampoco que sea obligatorio porque la institución sanitaria así lo mande.

En grupo (enfermería, médicos y la trabajadora social) con sillas más o menos en círculo, compartimos experiencias personales a partir del relato de casos clínicos, en los que a veces, varios profesionales se veían implicados, cada uno con un rol (paterno, materno, de hijo...), en un mismo caso. También, inmerso en la propia cultura institucional de su centro de primaria, reflexionamos acerca de las relaciones de ellos con su propia institución. En todo momento nos sentíamos muy cómodos, también los jefes de servicio, que abandonaban momentáneamente sus estamentos jerárquicos y se sentían más acompañados junto al resto de profesionales.

Pese a las directrices del “Programa de Apoyo a la Primaria” en centrarse en la consultoría y académica docencia, pienso que es posible introducir e integrar la *perspectiva balint* en las sesiones de coordinación. Actualmente, con los recursos de que disponen los equipos de primaria, un espacio balint independiente, es inviable y un lujo.

A partir de esta grata experiencia de dos años, comentarios personales de profesionales en atención primaria y una revisión bibliográfica, quisiera proponer *modificaciones y sugerencias en la realización de los grupos “tipo balint” o de “reflexión” y el mantenimiento de su perspectiva en los espacios de consultoría entre primaria y salud mental:*

Respecto al *grupo* y sus *características*:

- a. Se recomienda que el grupo sea semicerrado. Las circunstancias del centro nos dirá

finalmente que lo mejor (es lo que hay, al menos en los inicios) es que sea abierto. Se pide regularidad, motivación y compromiso. Luego, la realidad hace que la asistencia sea irregular. En mi opinión, permitiría que fuesen de asistencia voluntaria, pues la “obligatoriedad” institucional acaba pagándola el inconsciente grupal, con su tendencia a la destructividad en el devenir del proceso grupal.

- b. Respecto al número de participantes, aunque un grupo de menos de seis o más de doce es difícil que trabaje bien, en la actualidad, por una cuestión de equidad formativa y la propia realidad de los centros de primaria resulta costoso acotar tanto el número de integrantes. Si es recomendable que se trabaje con equipos pequeños. Los grandes requieren mayor capacidad de convocatoria y de contención.
- c. La temporalidad del grupo óptima es de entre 60-90 minutos. Con una frecuencia semanal y sin tiempo de finalización.
- d. Los integrantes del grupo son profesionales médicos adjuntos, residentes, enfermería, trabajo social y residentes. Es un grupo heterogéneo, en el sentido disciplinar o de los componentes del grupo de profesionales, no en lo humano.
- e. Se incorpora el resto de disciplinas en el foco o estudio de la relación profesional(es)-paciente. Esto posibilita experiencias y vivencias diferentes acerca de las múltiples problemáticas del equipo asistencial. La resolución y comprensión de las mismas permite una mayor integración del equipo de salud, lo que ayuda a enfrentar las ansiedades que la tarea asistencial genera (33).

Respecto a la *metodología* y *objetivos*:

- a. Antes de comenzar el grupo, o incluso de que se vaya a llevar a cabo, es pertinente explicar en que consiste un grupo de estas características. Debe aclararse que no es un grupo de terapia, ni “se va a psicoanalizar” a nadie. Alguna compañera médico de familia comenta que debiera dejarse de llamar grupo balint y cambiarle el nombre a “grupo de reflexión de la práctica”. Esta colega explica



que, en su época, algunos compañeros al escuchar “grupo balint” ya se echaban para atrás o se armaban (en el sentido de los habituales mecanismos de defensa).

- b. El grupo comienza con la presentación de un caso con/sin notas por parte de un miembro del grupo que, previamente, en la sesión anterior se haya ofrecido como voluntario. En el caso que alguien le urja presentar el mismo día se da prioridad a quien tenga mayor necesidad. Es bueno sugerir que se haga un listado y que alguien se encargue de hacer de “policía” o “achuche” al equipo para participar en el grupo.
- c. La presentación no debe ser muy larga, debe existir espacio para la reflexión. Se traerá algún caso, en donde el participante haya retenido (desde una cierta ansiedad), durante un tiempo prolongado en su mente, al paciente y las situaciones relacionales concomitantes (con el paciente, otras disciplinas...).
- d. El grupo devuelve, pregunta y aconseja al participante según lo que piensen o sientan respecto al relato del caso.
- e. Es interesante volver al mismo caso presentado al cabo de unas sesiones para reevaluarlo y recibir el *feedback* de la situación relacional tras la primera sesión. En este *feedback* el paciente y la relación con el profesional suele escucharse bien distinta.
- f. En un grupo balint “puro” el foco u objetivo principal es el análisis de los aspectos psicológicos y emocionales en la relación del profesional con el paciente. La llegada de lo interdisciplinar y el trabajo en equipo implica el análisis pertinente de las dinámicas relacionales que se establecen entre las diversas disciplinas. Mediante el abordaje de las dificultades en el funcionamiento de los equipos de salud así como en los profesionales, tanto en relaciones de los miembros entre sí como en la relación con los pacientes, supone la capacitación de los integrantes a las condiciones esenciales del trabajo en equipo, muchas veces interdisciplinario. En el dispositivo balint se trabaja diferenciando las dificultades que provienen del encuentro de las distintas disciplinas con sus propios marcos teóricos y metodología, de las que producen las personas que las encarnan.

Respecto al *conductor* y la *técnica* empleada:

- a. El conductor del grupo debe ser un profesional relacionado con el área clínica de interés en la que trabajan los participantes, sin estar implicado en la atención directa de los casos, ni en la propia institución. El hecho de conocer el “mapa del lugar” transmite a los participantes que el conductor conoce en que contexto trabajan y de los recursos, tanto externos como internos, con los que se cuenta. Se empatiza y conecta más con el grupo, resultando ser los señalamientos más plausibles y cercanos a la realidad.
- b. El “líder grupal” debe poseer formación en psicoterapia grupal de orientación psicoanalítica, ya que es indispensable estar al tanto de las transferencias que se dan en cualquier grupo humano y porque el psicoanálisis es el enfoque teórico actual que sigue poniendo más el acento en las relaciones humanas. Es imprescindible poseer experiencia clínica práctica y a poder ser, de cara a la realización holística e integradora de la formación a los equipos de atención primaria, poseer formación que abarque lo biopsicosocial. Me sumo a la opinión de muchos que comentan, que el conductor ideal sería un médico de familia de otra área de atención primaria y con amplia formación grupal.
- c. Debe ser capaz de crear una atmósfera grupal segura y de confiabilidad, movilizar el grupo hacia la comprensión específica de la relación médico-paciente. Las actitudes del conductor deben dirigirse a proteger de cualquier interrogación o cuestionamiento crítico a quien presenta el caso, alentar a la especulación creativa y abierta del resto de los miembros del grupo acerca de lo que les suscite el caso expuesto, evitar anclajes en el grupo cuando se exponen soluciones prematuras, tolerar el silencio y la incertidumbre (34).
- d. El uso de la transferencia de los participantes debe ser prudente. Hay que procurar no entrar en el ámbito de lo privado o íntimo del participante, sin favorecer situaciones embarazosas. Es interesante el enfoque grupoanalítico (análisis del grupo, por el grupo, incluido el conductor) (35) ya que analiza la multiplicidad transferencial del

grupo como un todo y las interpretaciones se realizan desde y para el grupo. Este tipo de metodología resulta complicada, hay que estar entrenado y tiene el inconveniente -en mi opinión- de alejarse, al tomar demasiada distancia, con los señalamientos grupales -como un todo- que pueden resonar poco o superficialmente en los participantes a nivel individual. Sin embargo, son menos persecutorios. Es interesante esta metodología en momentos de mayor regresión, paranoia grupal y en los comienzos de cualquier grupo.

- e. Debe estar dispuesto a poder dar respuestas ante preguntas o dudas en el caso que sienta que su respuesta pueda tener una función pedagógica o que la negativa a responder pueda bloquear el proceso grupal. En 1918, el propio Freud decía: “no podemos encargarnos de pacientes completamente inermes ante la vida, en cuyos tratamientos habremos de agregar al influjo analítico una influencia educadora, y también con los demás surgirán alguna vez ocasiones en las que nos veremos obligados a actuar como consejeros y educadores”. Tras la presentación del caso y la reflexión conjunta con el grupo, sólo si los participantes lo solicitan, puede proponerse estrategias para hacer frente a alguna dificultad. Por lo general, si el grupo y especialmente el conductor, pueden contenerse, las respuestas o alternativas viables surgen del propio proceso de elaboración (36). Sólo hay que esperar un poco. Sin embargo, en espacios de consultoría el conductor puede dar formación en otros aspectos más cognitivos (psicofarmacología, fenomenología diagnóstica, coloquios sobre temas sanitarios...) manteniendo la perspectiva balint. Como ejemplo, en el sostenimiento de la perspectiva balint en la psicofarmacología hallaríamos la “*psicodinamia de la psicofarmacología*” (37 y 27).
- f. Dado que la formación en medicina y muchas licenciaturas en sanidad están centradas en la enfermedad y racionalidad científico-técnica, es habitual que exista una cierta desafección o asepsia afectiva que dificulte el proceso emocional y el arranque en los aspectos psicológicos de la práctica clínica. Es por ello recomendable que, en los inicios

del grupo o en momentos estancamiento “perezoso”, el conductor despliegue sobre el grupo posibles temáticas para iniciar el grupo. Así, por ejemplo: qué les llevo a estudiar medicina, trabajo social..., qué temores y defensas aparecen cuando se encuentran en la relación profesional, qué creen que la sociedad y los pacientes esperan de ellos...

- g. Ya Melanie Klein nos hablaba de la importancia del *juego* en terapia (1955) (38). El juego, como la forma básica de vida y la necesidad de este en la terapia psicoanalítica para aprender, desaprender y tomar conciencia de pensamientos, conductas y emociones en un espacio de juego entre el analista y el paciente. Un espacio que no es real y es real, pero que se aproxima a la realidad entendida como realidad habitual, cotidiana, externa al tratamiento. Es casi, un espacio “transicional”, donde se ensaya con el terapeuta. Con la obra kleiniana de la “*personificación en el juego de los niños*” (1929) (39) aprendemos que, en el juego puede personificarse la transferencia grupal y desplegarse la escena interna de los participantes y de todo el equipo. Es importante que, ante el cansancio asistencial, los profesionales puedan “divertirse”. El conductor debe tratar de ser más activo, no mantenerse tanto tiempo en atención flotante y, en los inicios del grupo, disponer o plantear al resto del grupo dificultades propias de la práctica cotidiana. En adelante, ya dejará a la discusión de flujo libre<sup>3</sup> que movilice al grupo. Así, para “jugar”, pueden emplearse técnicas psicodramáticas, *role playing*, esculturas, escenas temidas... Si a ello se le añade algo de humor, puede facilitarse la entrada a “lo psicológico” en un ambiente y clima grupal más distendido.

## 5. La necesaria recuperación de la perspectiva balint en la asistencia

No creo sea necesario recordar que hay bastantes cosas que no funcionan en nuestra práctica habitual. Tampoco es necesario enumerar los factores que llevan a este mal funcionamiento de mala calidad, eficacia y al estrés que produce en

<sup>3</sup> El equivalente a la asociación libre en dinámica de grupos.



los profesionales. Son múltiples los trabajos que vienen hablando acerca de ello y tal parece que el pensamiento, la reflexión y los sentimientos que los envuelven, siguen quedándose en el papel o en los océanos de internet.

Más allá de los beneficios de los grupos balint, estos se brindan como un espacio al pensamiento, a la reflexión, un “parón” que puede ayudar a salir de los bucles insatisfactorios en los que nos encontramos habitualmente con los pacientes, con los compañeros y a la par, con nosotros mismos.

Actualmente, pese a los recortes económicos en las instituciones sanitarias, siguen impartiendo seminarios que a veces, tengo la impresión sean de relleno y no resulten útiles para la práctica habitual. De que sirve conocer a la perfección toda la psicopatología y la psicofarmacología si cuando tienes un paciente delante es la ansiedad quien te gobierna y no tus conocimientos. Así, el incremento de las pautas de ansiolíticos y antidepresivos en los últimos tiempos, puede ser un signo inequívoco de que la ansiedad está desbordando a los profesionales. Para las instituciones sanitarias el realizar grupos balint puede suponer un gasto que no siempre este dispuesta a sostener. Puede que no se relacione, como dice T. Morandi, con el gasto ocasionado, entre muchos otros, por la gran cantidad de bajas laborales de los profesionales, el malestar e insatisfacción de los profesionales...

Los grupos balint, erróneamente, no acostumbran a considerarse como parte integrante de la *formación continuada* y pienso que deberían serlo. Son un dispositivo, que incluye la maltrecha y olvidada subjetividad y capacita a sus miembros en aquellas áreas en donde la educación formal no ha tenido la intensidad y profundidad necesaria. El grupo, con la experiencia emocional que brinda el espacio de encuentro, facilita el conocimiento (40). Es un aprendizaje emocional que cala hondo y debiera considerarse básico en la formación, desde los inicios de licenciatura en ciencias sociales y sanitarias (41). El desamparo y angustia de los médicos residentes, en los inicios de la profesión, no debiese ser la norma o el “es lo que hay”. Es imprescindible que se devuelva el lugar que tuvo la subjetividad en la formación de los especialistas y sea “obligatoria” la

asistencia a grupos balint durante la licenciatura y en la residencia existir espacios de reflexión para los profesionales. En Alemania, los médicos de cualquiera sea su especialidad, tienen que ir a al menos 10 sesiones balint durante su formación. Los estudiantes de medicina rápidamente se posicionan en el saber racional -especialmente centrado en la enfermedad- y olvidan los aspectos emocionales y psicológicos, que en su día, posiblemente, les empujaron a ser médicos. La inclusión temprana en los grupos balint de médicos jóvenes, sin todavía un sistema defensivo rígido, es una opción. A los profesionales de mayor antigüedad es importante la contención que otorga el grupo para tolerar y modificar actitudes tales como el desinterés y la apatía en el ejercicio de la profesión.

En contra de esto, ¡que Dios nos pille confesados!, la última novedad formativa para profesionales en salud mental y médicos de primaria, en la moda del *e-learning*, es el simulador virtual en salud mental: el paciente virtual”. Este es el primer simulador interactivo que recrea el escenario de la consulta, de modo que profesionales sanitarios puedan formarse. Simulador, auspiciado por la industria farmacéutica y avalado por reconocidos psiquiatras del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) (42), pretende “entrenar” en habilidades comunicativas y cognitivas en la diagnosis y terapéutica de trastornos mentales. De momento ya tienen el “software” para la depresión y el trastorno bipolar, ahora van a por la esquizofrenia. ¿Y luego qué, máquinas expendedoras de psicofármacos en las estaciones de tren, donde cada cuál pueda, tras identificar los tres síntomas (ansiedad, depresión y psicosis) que le pida un programa informático, saber que diagnóstico tiene?

Sigue existiendo una grave disociación entre el soma y la psique desde los inicios de la formación médica. Esta escisión y la distancia emocional llevada al extremo puede, a la larga generar graves problemas en los profesionales, pacientes y en las propias instituciones sanitarias (43).

A pesar de la lógica de lo anteriormente expuesto, gerencia y los líderes sanitarios poco entienden -o miran hacia otro lado- de aspectos psicológicos y mucho menos de emociones. Hay que hablarles en el idioma que sólo entienden, el de

la *medicina basada en la evidencia*, con números en mano y desde términos de gestión económica.

Es difícil *investigar* la eficacia de la eficacia de los grupos balint desde las “reglas” de la medicina basada en la evidencia. Es complicado, sin embargo, debemos hacer un esfuerzo y acercarnos al empirismo mediante lo que podríamos denominar “*emoción basada en la evidencia*”. Creo que es más acertado, incluso, hablar en estos términos cuando lo que se observa es la relación entre el profesional y el paciente. Tizón aún afina más diciendo que se debería pensar en “*asistencia basada en la experiencia*” (2).

Es un error cerrarse plenamente a la investigación porque se use mayoritariamente una metodología cuantitativa. Nuevamente, considero que es cuestión de hacer una renuncia narcisista a ideales imposibles, disociar las posibles diferencias ideológicas entre positivistas y ambientalistas -que interfieren para tal fin- y esforzarse por tratar de integrar lo que supone el modelo biológico a un modelo emocional.

A pesar de ello, existen estudios muy interesantes que tratan de medir, pese a las dificultades metodológicas, los efectos de los grupos balint. Así, quisiera destacar el trabajo de la finlandesa Dorte Kjeldmand en el estudio de la satisfacción de los médicos de cabecera con su trabajo, la autopercepción de su competencia en el tratamiento de pacientes con problemas psicosomáticos y la prevención del *burn out* entre estos (44).

Existen también, ejemplos de investigación de índole cualitativa, como los “grupos focales”. Estos, cada vez más en auge, tienen repercusión en el ámbito científico. La entrevista focalizada fue divulgada por Robert K. Merton a partir de 1956. En su texto: “*the focused interview*” (45). El autor nos habla del origen de los *focus group* y nos explica que su génesis se remonta a las dinámicas

grupales. Es una metodología muy adecuada para el estudio en grupos.

La *gestión* adecuada de los recursos por parte de los profesionales, y no solamente por gerencia o los jefes de servicio, es fundamental. De hecho, los profesionales actuamos como “pequeños” gestores de los recursos asistenciales que nos ofrecen (46). La mala gestión sanitaria y los recortes presupuestarios, representan la punta del iceberg o la gota que colma el vaso de una mala gestión emocional en las relaciones de las instituciones con los profesionales sanitarios y estos, a su vez, con los usuarios. El aspecto emocional y relacional debería, como *core* de la *gestión interna*, (re)considerarse seriamente como algo central en la praxis sanitaria. Es lo que nos hace humanos y permite contactar con las personas. Si no, pasamos a ser autómatas que recetan, escupen diagnósticos y piden pruebas por doquier y sin sentido. La más crucial de todas las gestiones es la gestión mental, y por lo tanto, como apunta el consultor y psicoanalista David Gutmann (47), la contención mental. Contenerse permite regularse, pensar y obrar a conciencia. No basta con tener más recursos externos para hacer un trabajo “suficientemente” bueno.

Es importante una buena gestión interna. El reflejo de una mala gestión interna se aprecia mediante la gestión externa. Así, el uso irracional o abusivo de la medicación, derivaciones a especialistas sin sentido, agendas con espacios vacíos sin ocupar, ausencias reiterativas a las citas, bajas laborales de los profesionales, *burn out...* representan gastos económicos importantes a la administración debidos a una mala gestión externa que, a su vez, se rige por una interna (la emocional). Los grupos balint pueden ayudar a manejar mejor esta gestión interna.

## Contacto

José Miguel Ribé Buitrón • Centro de Salud Mental de Adultos Sant Andreu.  
Fundació Vidal i Barraquer (www.fvb.cat/) • C/ Sagrera 179, 1r. 08037 Barcelona.  
Tel.: 93 340 86 54 • Fax: 93 349 54 98 • jribe80@hotmail.com



## 6. Referencias bibliográficas

1. Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Paidós; 1979.
2. Tizón JL. Grupos balint o grupos de reflexión (sobre los componentes relacionales de la asistencia). *Temas de Psicoanálisis* 1998; 3: 7-37.
3. Balint E, Norell JS. *Seis minutos para el paciente*. Buenos Aires: Paidós; 1979.
4. Gómez R. *El médico como persona en la relación médico-paciente*. Madrid: Fundamentos; 2002.
5. Balint M. *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Barcelona: Paidós; 1993.
6. Luchina IL, Merea EC. Grupos de terapia de la tarea médica. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1973; 462-469.
7. Bolas C. *The shadow of the object: psychoanalysis of the unthought know*. New York: Columbia University Press; 1987.
8. Rüh U. Classic balint group and the thinking of W.R.Bion: how balint work increases the ability to think one's thoughts. *Group Analysis* 2010; 43: 86.
9. Ribé JM. De la emoción a la razón a través del Grupoanálisis. *Norte de Salud Mental* 2010; 38(8): 11-26.
10. Leal, J. El psicoanálisis y los servicios asistenciales públicos. *Anuario de Psicología* 1995; 67: 87-97.
11. García de Robles C, Rivero C. *Herida narcisista del psicólogo ante las demandas de distintas instituciones*. En: Ávila A, García A. *Aportaciones de la psicoterapia de grupo a la atención pública en salud mental*. Quipu (SEGPA): Madrid; 1994.
12. The International Balint Federation. Web site: [www.balintinternational.com/](http://www.balintinternational.com/)
13. Tizón JL. Sobre los grupos balint, el movimiento balint y el cuidado de la relación médico-paciente. *Atención Primaria* 2005; 36(8): 453-5.
14. Morandi T, Castelló E. La relación médico-paciente y los grupos balint. *Aten Primaria* 1984; 1(16): 309-12.
15. Ferrer R. *Psicoanàlisi i Assistència Primària, Comunicació*. Mesa Redonda: *Aportacions de la psicoanàlisi a les institucions assistencials*. Barcelona: Institut de Psicoanàlisi; 1991.
16. Tizón JL. Los grupos de reflexión en la atención primaria de salud I. Su origen. *Atención Primaria* 1992; 6: 309-14.
17. Tizón JL. *Componentes psicológicos de la práctica médica*. Barcelona: Bibliària; 1996.
18. Tizón JL, Recasens JM. *Experiencias grupales en atención primaria de salud*. En: Ávila A, García A. *Aportaciones de la psicoterapia de grupo a la atención pública en salud mental*. Quipu (SEGPA): Madrid; 1994.
19. Tizón JL. *Atención Primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. Doyma: Barcelona; 1992.
20. Ribé JM, Pares J, Fleitas E. Un programa de colaboración con la Atención Primaria y sus debilidades: la realidad y la modestia. *Revista Norte de salud mental* 2010; 36(8):45-55.
21. Departament de Salut i Generalitat de Catalunya. *Pla Director de Salut i Addiccions de Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2006.
22. Gask L, Sibbald B, Cree F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *British Journal of Psychiatry* 1997; 170: 6-11.
23. Totorika K, Eguiluz I, González MA, Segarra R. La sensibilización psicológica en el pregrado de medicina. Una experiencia grupal. *Avances en Salud Mental Relacional* 2003; 3(2):1-3.
24. Nuland SB. *Cómo morimos*. Madrid: Alianza Editorial; 1997.
25. Main T. Some medical defences against involvement with patient. *Journal of The Balint Society-Michael Balint Memorial Lecture*; 1978.
26. Ortiz A. *Introgenia y prevención cuaternaria en los trastornos mentales menores*. En: Retolaza A. *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009.

27. Ribé JM. La trastienda de la psicofarmacología: el influjo biopsicosocial sobre la psicofarmacología en los procesos diagnósticos y terapéuticos de los trastornos depresivos. *Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2010; 30 (107): 447-464.
28. Burton L, Launer J. *Supervision and support in primary care.* Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003.
29. Tizón JL. El burn-out: ¿desgaste, desengaño, enfado crónico, enfermedad o trastorno psicopatológico? *Clínica e Investigación Relacional* 2010; 4(1): 82-103.
30. Sunyer JM. El trabajo en equipo del equipo de trabajo. *Boletín* 1997; 8.
31. Valiente D. *Psicoterapia psicoanalítica de grupo.* Madrid: Fundamentos; 1987.
32. Ribé JM. Reflexiones, como psiquiatra consultor, a través de la experiencia de dos años junto a los equipos de atención primaria. *Avances en Salud Mental Relacional* 2011; 10 (3).
33. Gómez R. Análisis en la relación médico-paciente y proceso grupal. *Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1990; 33(10): 191-202.
34. Johnson AH, Donald E, Nease, JR, Milberg LC, Addison RB. Essential characteristics of effective balint group leadership. *Fam Med* 2004; 36(4):253-9.
35. Sunyer JM. *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos.* Madrid: Biblioteca Nueva; 2008.
36. Tizón JL. Los grupos de reflexión en la atención primaria de salud II. Algunos elementos teóricos y técnicos. *Atención Primaria* 1993; 361-366.
37. Gutheil TG. The psychology of psychopharmacology. *Bulletin of the Meninger Clinic.* 1982; 46 (4): 321-330.
38. Klein M. *La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significación.* En Obras Completas, 3. Barcelona: Paidós; 1988.
39. Klein M. *La personificación en el juego de los niños.* Obras Completas, 2. Barcelona: Paidós; 1980.
40. Bion WR. *Aprendiendo de la experiencia.* Buenos Aires: Paidós; 1975.
41. Parker S, Leggett A. Teaching the clinical encounter in psychiatry: a trial of balint groups for medical students. *Australia Psychiatry* 2012; jul 5.
42. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. Web site: [www.cibersam.es/](http://www.cibersam.es/)
43. Ribé JM. Fibromialgia: el no dialogo somapsique, el no diálogo médicos-psiquiatras. *Atención Primaria* 2010; 43:211.
44. Kjeldmand D, Holmström I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Annals of Family Medicine* 2008; 6:138-145.
45. Merton RK, Kendall PL. The focused interview. *The American Journal of Sociology* 1946; 6(51): 541-557.
46. García B. La indicación de no-tratamiento para personas sin diagnóstico de trastorno mental. *Norte de Salud Mental* 2012; 43(10):43-52.
47. Gutmann D, Iarussi O. *La transformación. Deseo y liderazgo en la vida y en las instituciones.* Barcelona: Icaria: 2010.

- Recibido: 12-9-2012.
- Aceptado: 15-10-2012.

# La terapia interpersonal de la depresión en la esquizofrenia: una propuesta de tratamiento.

## *Interpersonal therapy for depression in schizophrenia: a treatment proposal.*

**Rafael Romero Gamero.** Psicólogo Clínico.

Hospital de Día de Salud Mental, Hospital Universitario “Virgen Macarena”, Sevilla.

**Silvia Poves Oñate.** Psicóloga Clínica.

Unidad de Salud Mental Comunitaria de Osuna, Hospital “Virgen de la Merced”, Osuna (Sevilla).

**Nicolás Vucínovich.** Psiquiatra.

Unidad de Salud Mental Comunitaria-Oriente, Hospital Universitario “Virgen del Rocío”, Sevilla.

**Resumen:** Los pacientes con esquizofrenia pueden presentar elevados niveles de sintomatología depresiva. La aparición no es propia de una etapa determinada de la enfermedad sino que está presente a lo largo de todas ellas, desde un primer episodio a estados crónicos. El someterse a un tratamiento por tiempo indefinido, las disputas familiares, la percepción de falta de autonomía, etc. son factores relacionados con la mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos, siendo la mayor complicación el elevado riesgo de suicidio. La ayuda terapéutica puede ser de enorme utilidad, tanto para reducir la sintomatología como mejorar a la larga la adaptación del paciente y su pronóstico. La Terapia Interpersonal es una terapia de demostrada eficacia en la depresión. En el presente trabajo exponemos la adaptación propuesta del modelo original para su aplicación en pacientes con esquizofrenia.

**Palabras clave:** Terapia interpersonal, esquizofrenia, depresión, suicidio.

**Abstract:** Schizophrenic patients may have high levels of depressive symptoms. Depression appears through every stage of schizophrenia, from first episode to chronic conditions. Undergoing treatment indefinitely, family disputes, lack of autonomy perceived, etc., are factors related to a higher probability of having depressive symptoms, being the main complication a high risk of suicide. Therapeutic help is usefull to reduce symptoms and to improve long - term adaptation and prognosis. Interpersonal Psychotherapy has proved effectiveness for depression. In this paper we describe the adaptation of the original model for application in patients with schizophrenia.

**Key words:** Interpersonal psychotherapy, schizophrenia, depression, suicide.

## Introducción

Atendiendo a los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas,

observándose que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo a lo largo de su vida, aumentando este número si se suman factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés (1). Además, se espera que

para el año 2020, la discapacidad por depresión se convierta en la segunda causa más común tras las enfermedades cardiovasculares (2).

En cuanto a los datos de prevalencia esta es variable según el país analizado. Por ejemplo, atendiendo a los datos ofrecidos por el *Nacional Comorbidity Survey Replication* americano se detectó que un 16,2% de las personas presentaron un trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida y que un 6,6% lo presentaron en los últimos 12 meses (3). Respecto a la población europea se estima una prevalencia anual del 6,1% en población adulta según las conclusiones del Libro Verde elaborado por la Comisión de las Comunidades Europeas (4).

Además de su alta prevalencia otro de los aspectos más destacados de la depresión es su relación con la conducta suicida (5). A juicio de la OMS, el suicidio constituye un serio problema de salud pública, que supone casi un millón de víctimas al año, además de unos costes económicos muy elevados. Los datos sobre población española indican que el número de suicidios consumados han ido en aumento, pasando de 1.652 en 1980 a 3.399 en 2005. La tasa de mortalidad por suicidio ese último año fue de 15,79/100.000 habitantes (6).

Finalmente comentar el coste económico que supone actualmente la depresión, con importante pérdidas de días de trabajo (11 días en un periodo de 6 meses) muy superior a los individuos que no presentan ésta patología (7).

### La depresión en la esquizofrenia

Los pacientes con esquizofrenia suelen referir con frecuencia sintomatología de carácter depresivo llegando en algunos estudios a niveles de incidencia muy elevada. La aparición no es propia de una etapa determinada de la enfermedad sino que está presente a lo largo de todas las etapas, desde un primer episodio a estados crónicos. Algunos autores (8) señalan cifras que alcanzan el 67% de las muestras estudiadas.

La frecuencia de depresión en pacientes esquizofrénicos es tan relevante incluso se ha llevado a considerar en las clasificaciones actuales (9, 10) diagnósticos como el de depresión post-esquizofrénica para hacer referencia a la presencia de sintomatología depresiva tras un episodio psicótico.

Esta alta prevalencia nos hace tener en cuenta la presencia de síntomas como pesimismo, disminución de la concentración o la pérdida de placer, con gran detenimiento a la hora de considerar el diagnóstico diferencial adecuado, al ser síntomas que pueden llevar a confusión cuando estamos ante un paciente con esquizofrenia. Consideramos, por otro lado, que la importancia de un adecuado examen médico para descartar determinadas patologías (anemia, hipotiroidismo, neoplasias, etc.) o el uso de medicaciones (neurolépticos, antihipertensivos, betabloqueantes, etc.) que pueden producir síntomas similares a una depresión. Otro elemento a tener en cuenta es el consumo de sustancias adictivas por lo que su estudio nos puede ayudar a evitar el diagnóstico erróneo.

Sin embargo, la mayor complicación a la que debemos hacer frente es el elevado riesgo de suicidio (8) que presentan los pacientes esquizofrénicos que refieren sintomatología depresiva durante su evolución, en especial, cuando se unen elevados niveles de aislamiento social y desesperanza. Si a lo anterior se le une dificultades económicas o fragmentación social o familiar el riesgo se multiplica (11). Completando el perfil señalado el ser joven, sexo masculino, estar soltero, el intento previo de suicidio, la presencia de cierta conciencia de enfermedad y alta reciente del hospital son elementos a tener muy presente a la hora de valorar el riesgo autolítico (12). Otros autores han observado que los esquizofrénicos, que presentan un buen funcionamiento premórbido y que tras una recaída mejoran adquiriendo cierta conciencia de enfermedad pueden “*darse cuenta*” de los efectos destructivos que la enfermedad supone en sus vidas y ver el suicidio como una alternativa *razonable* ante el temor a un nuevo ingreso y a la imagen negativa que tienen ante el futuro que les puede esperar (13).

Todo lo anterior se encuentra relacionado, en gran medida, con el hecho de tener que hacer frente a una serie de cambios en su vida difíciles de aceptar.

Supone el abandono de los proyectos vitales definidos hasta ese momento asumiendo, siendo jóvenes, que va a necesitar un tratamiento durante largos periodos sino durante toda la vida, afrontar los posibles reingresos, la dificultad o



imposibilidad de trabajar y cambios en su estilo de vida que se desmarcan de lo habitual en su red social o familiar.

Esto supone periodos de crisis y consecuentes procesos de adaptación a las nuevas situaciones o etapas de la enfermedad.

Tras la comentado, consideramos que la elección de un abordaje psicoterapéutico adecuado ante ésta problemática es de extraordinaria importancia. Un abordaje que incida en los sentimientos de desesperanza, que ayude a los afectados a adaptarse a la nueva situación, que puede suponer importantes cambios en los roles desempeñados hasta ese momento, con limitaciones iniciales en su calidad de vida, en sus relaciones sociales, familiares, de pareja. Que el paciente elabore adecuadamente esos cambios vitales que sufre puede ser de extrema importancia de cara a una adecuada evolución de la propia enfermedad, en especial, en los primeros episodios. Entre las psicoterapias indicadas específicamente para la depresión consideramos que la Terapia Interpersonal cumple las características mencionadas.

### Terapia interpersonal de la depresión

En las últimas décadas se han desarrollado diversas psicoterapias de gran eficacia y efectividad para los trastornos afectivos como es el caso de la Terapia Cognitivo-Conductual (14,15,16) y la Terapia Interpersonal. Esta última terapia, ha ido desarrollándose durante los últimos cuarenta años y aplicándose en distintos formatos y contextos, no solo para los trastornos depresivos sino a otros trastornos psicopatológicos (17) como trastornos bipolares, trastornos de ansiedad o trastornos de la alimentación entre otros. Ha sufrido adaptaciones para su uso en atención primaria, para el tratamiento de parejas y a intervenciones grupales (17). Ha mostrado su eficacia en comparación a la Terapia Cognitivo-Conductual o la medicación antidepresiva en diferentes y rigurosos estudios, incluso en depresión severa (14, 16).

La Terapia Interpersonal (TIP, en adelante) es una terapia específica y breve para los cuadros depresivos (18). Se destaca por su trabajo sobre los problemas interpersonales que presentan los pacientes y su relación con el malestar afectivo actual. La TIP intenta aliviar los síntomas de los

pacientes mediante el desarrollo de estrategias más adecuadas de resolución de las situaciones conflictivas que están viviendo en el presente.

La TIP se desarrolla en tres fases: A) la inicial o diagnóstica, B) la intermedia o focalizada y C) la final o de terminación. El tratamiento estándar suele cubrir de 12 a 20 sesiones.

A) El objetivo de ésta fase es aliviar los síntomas, dar ánimo y esperanzas al paciente. Es una etapa psicoeducativa que supone explicar sus síntomas, diagnóstico, pronóstico y el tratamiento que se le va a ofrecer. Un elemento común en esta parte de la terapia es el de otorgarle el *rol de enfermo*. De éste modo se le permite, durante un breve periodo el eliminar ciertas obligaciones que vive como estresantes, se aprovecha para establecer una mejor relación terapéutica pero con el objetivo de irse responsabilizando en su tratamiento de forma paulatina. Se le debe de transmitir que es solo un “alto en el camino” para recuperarse y tomar un nuevo impulso.

Lo central en ésta fase es delimitar las áreas interpersonales conflictivas para trabajar sobre ellas, se exploran los cambios en sus relaciones personales, familiares o de vida que puedan ser de relevancia respecto al cuadro depresivo actual. Las áreas de trabajo se pueden agrupar en: duelo (reacción anormal por la intensidad o duración), disputas interpersonales de rol (por ejemplo, conflictos con familiares, amigos o parejas), transiciones de rol (el diagnóstico de la esquizofrenia, el alta tras un ingreso, la pérdida del trabajo, etc.) y déficits interpersonales (carencias de habilidades sociales). Por supuesto a mayor duración de la terapia mayor posibilidad de trabajar distintas áreas conflictivas.

B) En la segunda etapa, se centran en la búsqueda de estrategias o planes alternativos de comportamiento que puedan suponer un mayor beneficio para la resolución de su estado afectivo. En este periodo y debido al alivio que han podido presentar tras las primeras sesiones de terapia se le retira el *rol de enfermo* para que vaya asumiendo una mayor responsabilidad en todo el proceso terapéutico.

C) La fase final implica que el paciente debe de irse preparando para la finalización de la terapia suponiendo en algunos casos el desarrollo de

sentimientos de temor, dependencia o incluso un pasajero empeoramiento. El paciente y terapeuta dedican parte del tiempo a resumir lo que ha supuesto el proceso el proceso terapéutico, así como lo aprendido. El terapeuta anima al pacientes a poner en práctica lo conseguido permitiendo consolidar la mejoría obtenida con el tratamiento. El objetivo es la prevención de posibles reagudizaciones o recaídas.

Finalmente comentar que la TIP enfatiza que lo decisivo es lo que se persigue con la terapia, una mayor capacidad de afrontamiento, y no tanto las técnicas, las cuales se eligen y se usan de forma puntual, según los objetivos que nos hemos planteado pudiéndose usar técnicas proveniente de diversas orientaciones teóricas siempre que no suponga una alteración de los objetivos previstos. El manual disponible es muy orientador, ofreciendo pautas concretas de actuación ante distintas problemáticas, lo que permite que un psicoterapeuta experto en otros enfoques pueda llegar a dominar la TIP sin excesivas dificultades. Finalmente, comentar que el terapeuta asume un papel de aliado, es activo, transmite en todo momento esperanzas de mejoría realista y muestra empatía ante lo expresado por el paciente.

## TIP y esquizofrenia

Se destacan, como ya se ha comentado, cuatro focos terapéuticos principales que en el caso que nos ocupa son muy relevantes:

- *Las disputas interpersonales*: Es conocido por todos los profesionales, los altos niveles de emoción expresada que pueden acrecentar la probabilidad de recaídas y mala evolución de la enfermedad (19).
- *La falta de habilidades sociales*: La frecuente sintomatología de tipo negativo produce un aislamiento social cada vez mayor con pérdida de sus lazos sociales y una pérdida creciente de sus habilidades sociales (carencia de habilidades sociales).
- *La transición de rol*: La evolución de la propia enfermedad, deteriorante en muchos casos, y la toma de consciencia de ella por el propio paciente al desarrollo de cuadros depresivos a verse obligado a admitir la pérdida de una imagen propia deseada y que no volverá.

- *Duelo patológico*: La gran mayoría de los pacientes afectados de esquizofrenia conviven con sus padres. La pérdida de ellos, siendo su principal vínculo social, supone un periodo de alto riesgo de cara al padecimiento de cuadros depresivos y riesgo autolítico.

Son escasas las aplicaciones de enfoques psicoterapéuticos para el tratamiento de la depresión en el contexto de la esquizofrenia, entre ellos podemos destacar el artículo de Lacaz, Bressan y Mello, (20) con resultados positivos en tres pacientes. Éstos autores han planteado ciertas modificaciones respecto al modelo original, como la existencia de un 5º foco: la percepción de pérdida del *self* saludable. Se englobaría aquí lo comentado en cuanto a la vivencia de de una dolencia crónica, con pérdida de autonomía, necesidad de medicación de por vida, así como las limitaciones a nivel social, afectivo o laboral consecuentes. Consideramos de interés ésta puntualización y que puede englobar conceptualmente lo expresado hasta ahora sobre las adaptaciones a las que se ven obligados los pacientes. Sin embargo, podemos considerar que hablamos de un tipo de transición de rol, siendo las estrategias y objetivos semejantes en ambos casos.

En general consideramos que el formato original (18) puede ser aplicado con escasas modificaciones a la sintomatología depresiva en la esquizofrenia.

Entre las modificaciones útiles que se pueden realizar consideramos las siguientes:

- En algunos casos sesiones más breves (30 minutos) debido a los déficits cognitivos que suelen presentar.
- Sesiones más frecuentes, por ejemplo tres semanales, durante las primeras semanas, en especial, en casos más graves.
- Mostrarse disponible para atender al paciente fuera de las citas previstas.
- En algunos casos la primera etapa de exploración del caso, en especial, debido a las dificultades para la vinculación de su estado de ánimo con los factores relacionales puede precisarse que se prolongue más en el tiempo.
- En ocasiones la asunción de un papel más activo por parte del terapeuta puede ser deseable

debido a los déficits cognitivos, en especial a la búsqueda de alternativas durante la segunda fase del tratamiento.

- El papel atribuido al terapeuta de aliado del paciente, transmisor de esperanza y empático es considerado de especial relevancia a la hora de intervenir en éstos casos, en especial en las primeras etapas de la terapia, pudiendo ser en algunos casos el principal motor para el cambio.

El uso de técnicas provenientes del enfoque cognitivo-conductual, en especial, la programación de actividades gratificantes de forma paulatina (21), pueden ser especialmente útiles durante las primeras etapas y en los casos más graves.

### Conclusión

La presencia de depresión y de riesgo de suicidio es algo a tener siempre presente a la hora de evaluar

e intervenir con pacientes que sufren esquizofrenia (22,23). La ayuda terapéutica adecuada puede ser de enorme utilidad, no solo para impedir o tratar cuadros depresivos de distinta intensidad, sino mejorar a la larga la adaptación del paciente y su pronóstico al potenciar la capacidad del afectado para aceptar los cambios sufridos, reducir la conflictividad con sus allegados, mejorar sus habilidades sociales, aumentando la probabilidad de incrementar su red social y las habilidades para la búsqueda de empleo y poder recuperar proyectos vitales abandonados, a pesar de sufrir ciertas limitaciones impuestas por la enfermedad, y en muchos casos impuestas por el estigma social y personal ante la enfermedad. En conclusión, el posible uso de terapias como la psicoterapia interpersonal, aquí descrita, a lo largo de la enfermedad debería estar siempre disponible dentro del plan terapéutico debido a la potencial utilidad que nos puede ofrecer.

### Contacto

Rafael Romero Gamero.

Hospital de Día de Salud Mental. Hospital Universitario "Virgen Macarena".

Avda. Dr. Fedriani, s/n. 41009 Sevilla.

Tel.: 955 008 069 • rrgamero@yahoo.es

### Bibliografía

- (1) World Health Organization 2007. Citado 1 octubre 2007. Depression. Internet Geneva. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)
- (2) Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349(9064):1498-504.
- (3) Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). 2003; 289(23):3095-105.
- (4) Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. 2005. p. 484-final.
- (5) Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord* 2007; 101(1-3):27-34.
- (6) Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Internet. Instituto Nacional de Estadística. 2007. Citado 1 octubre 2007; Disponible en: <http://www.ine.es>

- (7) Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12(1):19-29.
- (8) Meltzer HY, Baldessarini RJ. Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(9): 1122-9.
- (9) DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Toray-Masson; 1997.
- (10) CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor, Madrid, 1994.
- (11) Evans JD, Bond GR, Meyer PS, Kim HW, Lysacker PH, Gibson PJ, Tunis S. Cognitive and clinical predictors of success in vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Reseach* 2004; 70(2-3): 331-42.
- (12) Kaplan, H. Sadock, B. Sinopsis de Psiquiatría España. Editorial Médica Panamericana; 1999.
- (13) Bernard P. y Trouvé S. Semiología psiquiátrica. Barcelona, Editorial Toray-Masson; 1978.
- (14) Elkin, I.; Shea, M.T., Watkins, J.T. Imber, S.S., Sotsky,S.M., Collins, J.F., J. et al. Treatment of Depression Collaborative Reseach Program. General Effectiveness of treatments. N.I.M.H., 1989, 46, pp. 973-982.
- (15) Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF, Pilkonis PA, Hurley K, et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations, *Archive of General Psychiatry*, 1997, 54, pp.1009-1015.
- (16) NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care: National Clinical Practice Guideline, number 23, 2004.
- (17) Schramm, E. Psicoterapia Interpersonal. Barcelona: Masson, 1998.
- (18) Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books, 1984
- (19) Vizcarro, C., Arévalo Ferrera, J. Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas. *Estudios de psicología*. 1987. Nº 27-28, 89-109.
- (20) Lacaz, F.S.; Bressan, R.A. y Mello, M.F. A psicoterapia interpeessoal na depressão em pacientes com esquizofrenia: proposta de um modelo terapêutico a partir de três casos clínicos. *Revista do Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online]*. 2005, vol.27, n.3, 252-261.
- (21) Lewinsohn, P.M., Sullivan, J.M., y Grosscup, S.J. Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory*, 1980, 47, pp.322-334.
- (22) Becker RE, Singh MM, Meisler N: Clinical significance, evaluation, and management of secondary depression in schizophrenia. *J Clinical Psychiatry*, 1985, 46(11 Pt 2):26-32.
- (23). Hirsch SR: The causality of depression in schizophrenia. *British J Psychiatry*, 1983, 142:624-5.

- Recibido: 24-6-2012.
- Aceptado: 24-9-2012.

# Cefaleas en inmigrantes. Estudio de 1.043 casos. Análisis comparativo entre cefaleas en inmigrantes con Síndrome de Ulises y otros diagnósticos.

## *Hedeches in immigrants. Study of 1.043 cases. Comparative analysis between Syndrome of Ulysses and other diagnoses.*

Joseba Achotegui (1), Agustín Llopis (2), María M. Morales (3), Dori Espeso (4).

- (1) Psiquiatría. Profesor titular de la Universidad de Barcelona. Director del curso de postgrado on line sobre Migración y salud mental de la Universidad de Barcelona. Secretario general de la Sección de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Mundial de Psiquiatría.
- (2) Licenciado en Farmacia. Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Universidad de Valencia.
- (3) Doctora en Medicina y Cirugía. Catedrática del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Universidad de Valencia.
- (4) Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Psiquiatría. Psiquiatra del CSMIJ de Girona. Con la colaboración de Marilu Gómez, Romina Maffei, Clara Chavarría y Claudia Erill, alumnas del Postgrado “Salud mental e intervenciones psicológicas con inmigrantes, minorías y excluidos sociales” de la Universidad de Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** Análisis comparativo de la prevalencia de cefaleas en inmigrantes atendidos por el SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a inmigrantes y refugiados) Estudio comparativo entre Síndrome de Ulises y otros diagnósticos, así de sus características sociodemográficas y familiares.

**Metodología:** a partir de una muestra de 1.043 inmigrantes encuestados se estudia la existencia ó no de cefaleas clínicamente significativas. Se les realizó una entrevista personal por un psiquiatra que incluía la recogida de datos sociodemográficos, familiares, culturales y la valoración diagnóstica. El diagnóstico fue confirmado por un segundo especialista en psiquiatría.

**Resultados:** Los inmigrantes con Síndrome de Ulises (149 casos) tienen un 56,4% de cefaleas crónicas frente a un 36,4% de cefaleas del conjunto de los demás inmigrantes estudiados en la muestra (893).

**Conclusiones:** Los inmigrantes con Síndrome de Ulises, cuadro de duelo migratorio extremo que no es un trastorno mental, tienen un significativo mayor porcentaje de cefaleas que los inmigrantes que padecen trastornos mentales. Estos datos nos indican la importancia de tener en cuenta la cefalea como elemento de diagnóstico diferencial en los inmigrantes.

**Palabras clave:** Cefaleas, inmigrantes, Síndrome de Ulises, características sociodemográficas, de trasfondo cultural y familiares.

**Abstract**

**Objectives:** Comparative analysis of the prevalence of headache in immigrants attended in SAPPPIR (Psychopathological and psychosocial to Immigrant and refugees Attention Service). Comparative study of Ulysses Syndrome and other diagnoses, as well their socio-demographic and familial characteristics.

**Methodology:** from a sample of 1.043 attended immigrants, is studied the existence or not of clinically significant headaches. Was made personal interview by a psychiatrist that included the collection of demographic, familial and cultural data, and diagnostic assessment. The diagnosis was confirmed by a second specialist in psychiatry.

**Results:** Immigrants with Ulysses Syndrome (149 cases) have 56,4% of chronic headaches compared to 36% of headaches of the other immigrants with other diagnoses in the sample Assembly (893).

**Conclusions:** Immigrants with Ulysses Syndrome, a extreme migratory Syndrome (not a mental disorder) have a significant higher percentage of headaches than immigrants suffering from mental disorders. These data indicate the importance of taking into account the headache as an element of differential diagnosis on immigrants.

**Key words:** Headaches, immigrants, Ulysses Syndrome, sociodemographic, familial, and cultural characteristics.

**Introducción**

El objetivo del presente estudio es la determinación de la prevalencia de cefaleas en una muestra de 1.043 inmigrantes que recibieron ayuda del SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) entre el año 1998 y el año 2011. La muestra general se halla a su vez compuesta por 2 subgrupos: en primer lugar un subgrupo de 847 inmigrantes que pidieron ser atendidos en el SAPPPIR y un subgrupo de 195 inmigrantes los que participaron en programas de prevención en salud mental diseñados desde el centro.

Se plantea un estudio comparativo sobre la prevalencia de cefaleas entre el grupo de los inmigrantes con Síndrome de Ulises y los inmigrantes con otros diagnósticos. El estudio incide de modo especial en el estudio de las características diagnósticas, sociodemográficas, familiares, estatus legal, etc. de los inmigrantes con Síndrome de Ulises.

**Planteamiento conceptual**

La cefalea es un síntoma muy frecuente en la consulta de los servicios atención en salud general y en salud mental en particular, pero es un síntoma que se puede presentar en muy diferentes contextos, porque puede hallarse vinculado a psicopatología,

a cuadros de estrés, hallarse relacionado con enfermedades médicas o presentarse también desvinculada de cualquier patología.

Es importante señalar que la cefalea, es un síntoma, en general, poco valorado en la clínica médica en general, y más aún la psiquiátrica. La cefalea es una especie de pariente pobre, de cenicienta de la psicopatología, seducida por otras sintomatologías más vistosas, como los delirios, las alucinaciones, las fobias... Y sin embargo, la cefalea, es una de las quejas más recurrentes de los pacientes que acuden a los servicios de salud mental, y uno de los síntomas que más les hace sufrir. También, con frecuencia, para los neurólogos, la cefalea, salvo tipos muy específicos, es poco valorada en relación a cuadros más "llamativos", como las afasias o las epilepsias.

Consideramos que esta desconsideración hacia la cefalea, un síntoma tan importante en la clínica, es una muestra más de que hay muchos sesgos con los que escuchamos a los pacientes, una muestra más de lo difícil que es realmente escuchar y no, simplemente oír lo que esperamos oír. Tendemos a tener nuestro propio discurso pregrabado y somos pocos receptivos a lo que tenemos delante. También es importante señalar que la cefalea está desvalorizada en parte porque es un síntoma que se da con mayor frecuencia en

mujeres, y es bien sabido que se discrimina el sufrimiento femenino porque no es un grupo social dominante.

Precisamente el estudio de la cefalea estuvo en el origen del planteamiento del Síndrome de Ulises, ya que en el SAPPRI al observar serias discordancias entre los diagnósticos standards de la psiquiatría con la realidad clínica que teníamos delante, comenzamos a analizar la clínica de nuestros pacientes exclusivamente por síntomas, es decir estudiando los síntomas de modo independiente, separados de los diagnósticos. Y, pudimos observar, que en la clínica de los casos que visitábamos, la cefalea era uno de los síntomas más comunes que tenían los inmigrantes. Estos datos nos corroboraron que los diagnósticos standard que se aplicaban a los inmigrantes no eran operativos en las situaciones de estrés crónico en las que se encontraban buena parte de las personas que acudían a visitarse a nuestro centro. A partir de aquí al analizar cómo se agrupaban los síntomas de los inmigrantes que atendíamos se pudo ver que se asociaban de modo específico en este cuadro diferenciado que es el Síndrome de Ulises.

### Valoración clínica de las cefaleas

Las cefaleas se clasifican en dos grandes grupos: las primarias y las secundarias. Las cefaleas primarias se producen por sí mismas y son fundamentalmente la cefalea de tensión, la migraña, y un tercer grupo que agruparía cuadros más graves como la cefalea en racimos. Por su parte, las cefaleas secundarias tienen como causa alguna enfermedad ó lesión: fundamentalmente, tienen su origen en tumores, infecciones, hipertensión o hipotensión del líquido cefalorraquídeo, en sinusitis aguda, lesiones vasculares cerebrales, o traumatismos.

En el área de la atención en salud mental, las cefaleas más frecuentes son las primarias, fundamentalmente las cefaleas de tensión. La sintomatología de las cefaleas de tensión consiste en un dolor opresivo-tirante, que no impide efectuar actividades cotidianas, ni se agrava al efectuarlas, al contrario, suele mejorar. El dolor de cabeza suele ser bilateral. No hay náuseas ni vómitos. No hay el signo del traqueteo. Toda la población posee la potencialidad de desarrollarla. Hay dolor

a nivel de las terminaciones sensitivas en el tejido subcutáneo extracraneal.

También dentro del área de las cefaleas primarias, la otra variante de cefalea más común es la migraña, también denominada jaqueca (palabra del origen árabe que ha pasado al castellano, posiblemente indicando también la relevancia social de las cefaleas). La migraña posee, en un 25% de los casos síntomas premonitorios, denominados aura que suelen consistir en escotomas centelleantes que aparecen lentamente durante 5-20 minutos y duran menos de 1 hora. El aura se relaciona con una disminución del flujo cerebral que se propaga desde el lóbulo occipital hacia delante. En la migraña, tras esta fase premonitoria, sobreviene la fase de dolor que se caracteriza por durar entre 24 y 72 horas, ser unilateral, pulsátil (latidos), impide realizar actividades cotidianas y se agrava con la acción. Hay náuseas y/o, vómitos, fonofobia, fotofobia. La migraña está ya descrita en el papiro de Ebers en Egipto (siglo XVI A.D.C.). Se considera que existe una predisposición genética a la migraña que se relaciona con mutaciones parciales de un gen que codifica proteínas del canal del calcio específico cerebral que intervienen en la liberación de serotonina. Este gen está en el cromosoma 19 (19p13). Los desencadenantes pueden ser alimentos: quesos curados, yogures, marisco, chocolate, cítricos, también aditivos como los nitritos que dan color a los alimentos, o el glutamato sódico, muy común en la cocina china. También pueden desencadenarla el alcohol, cambios de temperatura, humedad, viento, pero el desencadenante más importante es el estrés.

En relación al diagnóstico diferencial, entre cefalea de tensión y migraña, se ha de tener en cuenta que el paciente puede tener unas veces cefalea tensional y otras migraña. Obviamente, en evaluación clínica de la cefalea y en la realización del diagnóstico se ha de descartar la existencia de otras patologías orgánicas, de cefaleas secundarias, tal como se ha efectuado en este estudio.

### Migración y salud mental

La migración, como la mayoría de los acontecimientos de la vida, -life events-, posee junto a una serie de ventajas, de beneficios (como el acceso

a nuevas oportunidades vitales y horizontes) un conjunto de dificultades de tensiones, de situaciones de esfuerzo. La migración tendría una parte problemática, un lado oscuro, al que se denomina estrés o duelo migratorio.

Desde esta perspectiva es importante reseñar que no es adecuado plantear la ecuación migración = duelo migratorio ya que supondría negar la existencia de toda una serie de aspectos positivos en la migración, la existencia de beneficios. La migración es muchas veces más una solución que un problema. Pero es una solución que encierra, a su vez, su parte de problema. Sin embargo, el duelo migratorio es un duelo complejo y en bastantes momentos difícil, sobre todo si las circunstancias personales y/o sociales del inmigrante son problemáticas hasta el punto que pueden llegar a desestructurar al sujeto.

Hacemos referencia al duelo migratorio, pero se ha de señalar que los seres humanos poseemos capacidades para emigrar y elaborar ese duelo. Descendemos de seres que han emigrado con éxito muchas veces a lo largo del proceso evolutivo y desde esta perspectiva se considera que la migración no es en sí misma una causa de trastorno mental, sino un factor de riesgo tan sólo si se dan las siguientes situaciones;

1. Si existe vulnerabilidad: el inmigrante no está sano o padece discapacidades.
2. Si el nivel de estresores es muy alto: el medio de acogida es hostil.
3. Si se dan ambas condiciones.

Es decir la migración constituye un factor de riesgo si el inmigrante es lábil, el medio es muy hostil ó si se dan las dos cosas a la vez, entonces las cosas se pondrán muy difíciles para el inmigrante. Si alguien va cojeando y cada vez le ponen el listón más alto, habrá problemas.

### **Cefaleas, migración y salud mental, “inmigración”**

La personalidad del paciente con cefalea de tensión es inespecífica (se da en toda la población) y se considera que se halla vinculada con la represión de la agresividad (Benedetis 1990). La cefalea tensional es 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres.

Sin embargo, la personalidad del paciente migratorio tiene características diferenciales tales como rasgos de tipo obsesivo, perfeccionista, masoquista, negadora de conflictos, de rigidez. Desde la perspectiva psicoanalítica se señala que existiría un tipo de relación arcaica con la madre (semejante a la del alérgico y el asmático). Se ha señalado, que por ejemplo, misioneros en campos de concentración japoneses ya no tenían migraña porque no tenían que decidir por sí mismo y satisfacían sus necesidades de autopunición). Se da también el doble más en mujeres que en hombres (10-16% en hombres, 20-26% en mujeres). Más del 60% de los casos tienen antecedentes familiares.

Con frecuencia estos inmigrantes nos señalan que su cabeza es como una bomba a punto de explotar, como si tuvieran dentro una taladradora. Desde una perspectiva psicoanalítica P. Marty (1963) plantea que el mecanismo psicológico que genera la cefalea sería una inhibición dolorosa del acto de pensar, ligada a la utilización de la defensa de la negación. De suyo, este enfoque va en la línea de un viejo chiste judío que dice: “ponte una piedra en el zapato y se habrán acabado todas tus preocupaciones”. Este planteamiento es muy concordante con la situación de los inmigrantes con Síndrome de Ulises para los que es aún más doloroso que la cefalea el pensar en los hijos a los que hace años que no ven, en la radicalidad de su exclusión social por hallarse indocumentados, en el miedo a ser detenidos, en su indefensión.

Hasta tal punto es frecuente esta asociación entre migración y cefalea que propusimos el nombre de “inmigración” a estas cefaleas, para escribir más rápido en las consultas, ya que migraña y migración, poseen la misma raíz, migra. Es interesante el dato de que la Coca Cola surgió en Atlanta, en una sociedad de inmigrantes, como remedio medicinal preferentemente contra las cefaleas.

### **Material y métodos**

#### *Tipo de estudio*

Se trata de un estudio observacional, longitudinal de trece años de duración.

#### *Población de estudio*

Inmigrantes de todas las edades, de cualquier procedencia y sexo, con documentos regularizados o

sin ellos, viviendo en España y que han contactado con el SAPPiR, Barcelona.

### *Metodología empleada*

La muestra se compone de dos subgrupos: uno, mayoritario, de 847 casos, de los inmigrantes atendidos en el SAPPiR entre los años 1998 y 2011 a quienes se les realizó una entrevista personal por un psiquiatra del equipo. Una segunda muestra de 195 inmigrantes fue contactada en el marco de los programas de prevención en salud mental desarrollados por el SAPPiR para realizar una entrevista en profundidad sobre su vivencia del duelo migratorio. Se trabajó en castellano y en aquellos casos en que se detectó algún problema de comprensión o entendimiento se recurrió a un mediador cultural.

La entrevista, además de la anamnesis clínica, incluyó preguntas, tanto abiertas como cerradas, relativas a las características socio demográficas, así como una exploración basada en la teoría de los 7 duelos de la migración de J. Achotegui (1997): familia, lengua, cultura, tierra, estatus social, contacto con el grupo de pertenencia y riesgos para la integridad física.

También incluyó preguntas específicas acerca de presencia de los síntomas que definen el Síndrome de Ulises síntomas del área depresiva (tristeza, llanto), del área de la ansiedad (tensión, nerviosismo, pensamientos recurrentes, irritabilidad, insomnio), somatomorfos (cefalea, astenia, fatiga, molestias osteoarticulares, etc.) y disociativos (síntomas puntuales de despersonalización, desrealización, y pérdidas parciales de atención y memoria).

### **Análisis estadístico**

Se calculó la prevalencia de cefalea en los 1.043 casos estudiados. Se analizaron las características sociodemográficas, clínicas, culturales y familiares de los inmigrantes.

Las variables se estudiaron mediante su frecuencia absoluta y relativa y se compararon aplicando una prueba de homogeneidad utilizando el estadístico

Chi-cuadrado de Pearson y la comparación del número de hijos se utilizó ANOVA.

Todos los cálculos se realizaron con el programa SPSS v.15.

### **Resultados**

#### *Prevalencia de cefaleas en el estudio*

Un total de 1.043 inmigrantes fueron entrevistados a nivel psiquiátrico y psicosocial. De ellos, en 478 casos se pudo determinar de modo preciso desde la perspectiva clínica la respuesta a la pregunta de si presentaban cefaleas, descartándose al resto de inmigrantes para el estudio porque aunque padeciendo cefaleas, estas no tenían un nivel clínico valorable, o porque no se pudo determinar con claridad la existencia o no de cefaleas. De los inmigrantes que respondieron a la pregunta sobre si padecían o no cefaleas, 174 inmigrantes (36,40%) pudimos constatar que las padecían y 304 (63,59%) pudimos constatar que no las padecían.

Hay que tener en cuenta que este porcentaje del 36,40 % de cefalea en los inmigrantes atendidos, es un dato general ya que se refiere a todos los inmigrantes. Sin embargo, cuando analizamos el porcentaje de cefalea desde la perspectiva de todos los diagnósticos, vemos que existen diferencias significativas en el nivel de cefalea.

#### *Prevalencia de Cefaleas en Síndrome de Ulises*

Así, el porcentaje más alto de cefalea en los inmigrantes, se da en el Síndrome de Ulises, en el que un 56,4% de los que padecen el Síndrome tienen el síntoma de la cefalea. El porcentaje medio de cefaleas en los demás diagnósticos es de 36,4%. Es decir que el porcentaje de cefalea en el Síndrome de Ulises es más de un 50% más alto que en el conjunto de los diagnósticos de la muestra. Estos datos nos indican claramente una mayor asociación entre la cefalea y el Síndrome de Ulises que con otros diagnósticos una clara asociación del síntoma de cefalea al cuadro de Síndrome de Ulises.

Tabla 1. Inmigrantes con Síndrome de Ulises. Cefaleas en los inmigrantes con Síndrome de Ulises

	Síndrome de Ulises		No Síndrome de Ulises		Total		Chi-cuadrado/ANOVA p-value
	nº	%	nº	%	nº	%	
<b>Procedencia</b>							
África árabe	37	24,8	256	28,6	293	28,1	
África subsahariana	11	7,4	31	3,5	42	4,0	
Asía	15	10,1	138	15,4	153	14,7	
América Latina	73	49,0	344	38,5	417	40,0	
América del Norte	0	0,0	1	0,1	1	0,1	
España	0	0,0	7	0,8	7	0,7	
Euroasiática	5	3,4	9	1,0	14	1,3	
Europa	4	2,7	24	2,7	28	2,7	
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>100,0</b>	<b>894</b>	<b>100,0</b>	<b>1.043</b>	<b>100,0</b>	<b>0,002</b>
<b>Tiempo de residencia en España</b>							
≤ 6 meses	10	6,7	49	5,5	59	5,7	
6 meses - 1 año	19	12,8	76	8,5	95	9,1	
1 - 2 años	35	23,5	208	23,3	243	23,3	
2 - 5 años	64	43,0	224	25,1	288	27,6	
5 - 10 años	19	12,8	203	22,7	222	21,3	
10 - 15 años	0	0,0	95	10,6	95	9,1	
≥ 15 años	0	0,0	5	0,6	5	0,5	
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>100,0</b>	<b>894</b>	<b>100,0</b>	<b>1.043</b>	<b>100,0</b>	<b>0,000</b>
<b>Legalización de residencia (Papeles)</b>							
No	123	93,2	90	13,2	213	26,1	
Sí	9	6,8	593	86,8	602	73,9	
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>683</b>	<b>100,0</b>	<b>815</b>	<b>100,0</b>	<b>0,000</b>
<b>Creencia en la Magia</b>							
No	5	18,5	29	29,3	34	27,0	
Sí	22	81,5	70	70,7	92	73,0	
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>	
<b>Cefaleas</b>							
No	34	43,6	238	64,7	272	63,6	
Sí	44	56,4	130	35,3	174	36,4	
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>	<b>368</b>	<b>100,0</b>	<b>446</b>	<b>100,0</b>	<b>0,001</b>

*Prevalencia de cefaleas en otros diagnósticos significativos: distimia, trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo y psicosis*

Tal como hemos señalado en relación a todos los demás diagnósticos, en comparación con el Síndrome de Ulises, el porcentaje de cefalea es más bajo. Sin embargo, hay diferencia en el porcentaje de cefalea entre los diferentes trastornos estudiados: así el porcentaje de cefalea va decreciendo desde el 51,1 % en la distimia, hasta el 32,6 % del trastorno adaptativo.

En el nivel intermedio encontramos el trastorno de ansiedad con el 46,8%, y la psicosis con el 41,5%.

De todos modos estos porcentajes de cefalea en los diferentes trastornos que padecen los inmigrantes, son significativamente más elevados que en la población autóctona, lo que nos muestra que la cefalea se halla asociada a la migración. De ahí que planteáramos, la idea de hablar de migraña, o migraña del inmigrante, ya que las dos palabras curiosamente poseen la misma raíz.

**Tabla 2. Cefaleas en inmigrantes con distimia**

Cefaleas	Síndrome de Ulises		No Síndrome de Ulises		Total		Chi-cuadrado/ANOVA p-value
	nº	%	nº	%	nº	%	
No	22	48,9	249	62,3	271	60,9	
Si	23	51,1	151	37,8	174	39,1	
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>	<b>445</b>	<b>100,0</b>	<b>0,082</b>

**Tabla 3. Cefaleas en inmigrantes con Tr. de ansiedad**

Cefaleas	Síndrome de Ulises		No Síndrome de Ulises		Total		Chi-cuadrado/ANOVA p-value
	nº	%	nº	%	nº	%	
No	25	53,2	247	61,9	272	61,0	
Si	22	46,8	152	38,1	174	39,0	
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>399</b>	<b>100,0</b>	<b>446</b>	<b>100,0</b>	<b>0,247</b>

**Tabla 4. Cefaleas en inmigrantes con Tr. adaptativos**

Cefaleas	Síndrome de Ulises		No Síndrome de Ulises		Total		Chi-cuadrado/ANOVA p-value
	nº	%	nº	%	nº	%	
No	29	67,4	243	60,3	272	61,0	
Si	14	32,6	160	39,7	174	39,0	
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>403</b>	<b>100,0</b>	<b>446</b>	<b>100,0</b>	<b>0,361</b>

**Tabla 5. Cefaleas en inmigrantes con Tr. psicóticos**

Cefaleas	Síndrome de Ulises		No Síndrome de Ulises		Total		Chi-cuadrado/ANOVA p-value
	nº	%	nº	%	nº	%	
No	31	58,5	241	61,3	272	61,0	
Si	22	41,5	152	38,7	174	39,0	
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>	<b>393</b>	<b>100,0</b>	<b>446</b>	<b>100,0</b>	<b>0,691</b>

## Discusión y conclusiones

Los datos nos muestran claramente que las cefaleas se dan en mayor proporción en los inmigrantes que padecen el Síndrome de Ulises que en los otros diagnósticos. Es muy importante tener presente que el Síndrome de Ulises (Achotegui 2002) es un cuadro reactivo de estrés ante situaciones extremas, no un trastorno mental, ya que estos inmigrantes mantienen la autonomía personal, la capacidad de interdependencia, y su nivel de funcionamiento social, siendo su reacción sintomatológica plenamente proporcional a los estresores inhumanos que padecen.

Tal como hemos señalado en el apartado anterior, el 56,4% de los inmigrantes con Síndrome de Ulises padecen cefalea frente a un 36,4 % de los pacientes con el conjunto de otros diagnósticos. Es decir en torno a un 50% más de cefalea que el otro grupo de comparación.

En el Síndrome de Ulises la cefalea se halla vinculada a la agresividad reprimida vinculada a los estresores extremos que el inmigrante debe afrontar y al intento de evitar pensar en los estresores extremos que les afligen (soledad forzada, exclusión social estructural, miedo, indefensión).

Es interesante señalar que en autóctonos de la edad de los inmigrantes de la muestra el porcentaje de cefalea se halla en torno al 10%. Las cefaleas que se ven en los inmigrantes van asociadas a las preocupaciones recurrentes en las que el inmigrante se halla sumido, especialmente en los casos de duelo migratorio extremo como el Síndrome de Ulises, pero también aunque en menor medida en los otros diagnósticos. Las molestias con frecuencia se concentran la zona frontal y en las sienas.

Este estudio nos ha permitido también poder ver las características sociodemográficas, familiares, sociales, etc de inmigrantes con Síndrome de Ulises, 149 casos en la muestra. Esta muestra es la mayor que se había estudiado hasta la actualidad, constituyendo un 14,4% del total de inmigrantes

atendidos, por lo que consideramos muy interesante analizar los resultados. Queremos señalar que este porcentaje es bastante parecido al obtenido en el estudio que efectuamos en año 2010 en centros de salud de Valencia (y presentado también en esta misma Revista Norte de Salud Mental) y que dio un resultado de 17,03% de inmigrantes con Síndrome de Ulises. Esto nos indica que el porcentaje de inmigrantes que están llegando a nuestras consultas con Síndrome de Ulises se halla en torno al 15% de los inmigrantes atendidos. Consideramos que es un porcentaje muy elevado de inmigrantes y que sin la existencia de este diagnóstico, se daría la situación sus casos serían diagnosticados como trastornos mentales, o serían banalizados considerando que no les pasa nada, a pesar de padecer numerosos síntomas y hallarse en situación de riesgo en salud mental.

Somos conscientes de las limitaciones del estudio. Consideramos que los datos presentados requieren de análisis más detallados, así de estudios comparativos con otras muestras de inmigrantes, pero consideramos que ayudan a plantear cuestiones clínicas y psicosociales de interés. Es nuestra intención continuar investigando en esta área para avanzar en la comprensión de los problemas de salud mental y la psicopatología de los inmigrantes del mundo de hoy, especialmente los indocumentados, que viven cada vez situaciones más penosas.

## Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a SAPPiR, por su apoyo al proyecto así como a todos los profesionales asistenciales y no asistenciales que han hecho posible su ejecución.

Un agradecimiento muy especial a los miembros del GASiR (Grupo para la Asistencia Sanitaria a los Inmigrantes y Refugiados) presidido por el Dr. Font y el Dr. Ballús y del que forman parte el Dr. Josep Ballester, Lluís Reclon, Jaume Aguilar, Joseba Achotegui.

### Contacto

jachoteguilozate@ub.edu  
maria.m.morales@uv.es



## Bibliografía

- Achotegui J, Morales M, Cervera P, Quirós C, Pérez JV, Gimeno N, Llopis A, Moltó J, Torres AM, Borrell C, 2010. Características de los inmigrantes con Síndrome de estrés crónico y múltiple del inmigrante o Síndrome de Ulises. *Norte de salud mental*. Vol VIII, nº 37, 23-30.
- Achotegui J, 2009. "Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio. Escala Ulises". Ediciones El Mundo de la mente. Llançá.
- Achotegui J, 2009. "Emigrar en el siglo XXI: estrés y duelo migratorio en el mundo de hoy. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple-Síndrome de Ulises". Ediciones el mundo de la mente. Llançá.
- Barro Lugo S, Saus Arús M, Barro Lugo A. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Aten Primaria* 2004; 34:106.
- Benneditis GB, 1990. The role of the stressfull life events in the onset of chronic primary headache. *Pain*; 40, 65-75.
- Esteban Peña MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes "sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria* 2001; 27:25-8.
- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Disponible en: <http://www.fepsm.org/fepsm.html>
- García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)* 2002; 118:187-91.
- López Abuin JM. El médico de familia ante el abordaje socio-sanitario del inmigrante. *FMC* 2002; 9:492-7.
- Nueva línea 2007. El estrés por desarraigo afecta cada vez a más inmigrantes en España. Nueva Línea 8/11/07.
- Marcos González E, Rodríguez-Palancas Palacios A. Presentaciones clínicas se estrés en inmigrantes. *Psiquiatría.com* [citado 7 feb 2005]. Disponible: <http://www.psiquiatría.com>
- Marty P, 1963. L'investigation psychosomatique. PUF. Paris.
- Mora Mínguez F. Psiquiatría e inmigración. Una perspectiva transcultural. *SaludMental*. Info [citado sep 2007]. Disponible en: <http://www.saludmental.info>
- Ochoa Mangado E, Vicente Muelas N, Lozano Suárez M. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Rev Clin Esp*. 2005; 205:116-8.
- Pardo Moreno G, Engel JL, Agudo Polo S. Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. *Aten Primaria* 2007; 39:609-14.
- Pertíñez Mena J, Viladós Jené L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurpegui S, Muns Sole M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Aten Primaria* 2002; 29:6-13.
- Romaní O. La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología. *FMC* 2002; 9:498-504.
- Titus J, 2000. Las cefaleas Edimisa. Barcelona.

• Aceptado: 24-10-2012.

## Terapia Ocupacional\*

No hace mucho, una asociación de terapeutas ocupacionales la definía como *la disciplina sociosanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa. Terapeutas Ocupacionales utilizan la actividad y el entorno para ayudar a otras personas a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración.*

Sería largo hacer una presentación con los aspectos conceptuales, los campos de intervención y su acción terapéutica, el rol del terapeuta, y antes su capacitación. No es el momento, aunque esté muy presente en la AEN la presencia de

algunos colectivos profesionales de importante trascendencia para el desarrollo de la salud mental tales como enfermería, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, residentes,... además de los más visibilizados del ámbito médico y psicología, pues la multidisciplinariedad es una seña de identidad de la AEN. En suma, estimular la creatividad interdisciplinar que evite el riesgo de corporativismos que podrían poner en peligro el objetivo primordial de la calidad científico-técnica de la atención a la población.

Por eso hemos creído de interés presentar estos tres trabajos que siguen a continuación a modo de pequeño dossier en torno a la terapia ocupacional.

\* Nota de la redacción.

# Terapia Ocupacional; ¿Para todos igual?

## *Occupational Therapy: Equal for All?*

“Hay que buscar caminos que no hayan sido transitados antes”  
(Eduardo Chillida)

José Ramón Elizalde Salaberria\*, Ander Galdeano Mondragón\*\*, Laura Barbadillo Izquierdo\*\*, M<sup>a</sup> Mar Pérez Rodríguez\*\*\*, M<sup>a</sup> Nieves Martínez López de Dicastillo\*\*\*\*.

\* Terapeuta Ocupacional del Centro de Salud Mental de Irun. Psicólogo.

\*\* Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Donostia-San Sebastián.

\*\*\* Enfermera Especialista del Centro de Salud Mental de Irun.

\*\*\*\* Enfermera Especialista del Centro de Salud Mental de Irun. Psicóloga.

**Resumen:** Desde hace más de 20 años las actividades de Terapia Ocupacional del CSM de Irun pretenden ser más terapéuticas que ocupacionales. Frente a la existencia de en ocasiones delirantemente neurotizados “proyectos terapéuticos” concretos se pretende crear, partiendo de la individualidad del paciente psicótico, un espacio desde la no-prisa en el que la transferencia y la contratransferencia consigan generar un vínculo, con la única norma básica del respeto como elemento tranquilizador tanto para pacientes como profesionales. Este estudio observacional transversal surge como un intento de traducción de este proceso también desde la estadística; se analiza el perfil de los pacientes y los niveles de satisfacción, la individualización de programas y la correlación entre mejoría y asistencia a Terapia Ocupacional. Datos “objetivables” como intento fallido de “medir lo que no se puede medir”, que posibilitan reflexiones sobre un modelo de trabajo que pretende legitimar, también desde la clínica, la utilización del tiempo y del espacio.

**Palabras clave:** Terapia ocupacional, psicosis, transferencia, contratransferencia, vínculo, actividades.

**Abstract:** For over 20 years now, the Occupational Therapy activities at the Mental Health Centre in Irun have aimed to be more therapeutic than occupational. In the light of existing, specific “therapeutic projects” that are sometimes deliriously neuroticised, the aim is to create a no-rush space based on the psychotic patient’s individuality, in which transference and counter-transference can generate a bond, with the only basic rule of respect as a calming element both for patients and professionals. This cross-sectional observational study has emerged as an attempt to translate this process also using statistics; the patients’ profiles are analysed, along with their levels of satisfaction, the individualisation of the programmes and the correlation between improvement and assistance to Occupational Therapy. Objectifiable data as a failed attempt to “measure what cannot be measured”, which enables reflections on a work model that aims to legitimise the use of time and space, also from a clinical perspective.

**Keywords:** Occupational therapy, psychosis, transference, counter-transference, bond, activities.

## Introducción

Uno de los primeros pasos de la Terapia Ocupacional surge durante la I Guerra Mundial al observar que muchos heridos graves en proceso de recuperación mejoraban su calidad de vida realizando actividades ocupacionales. Esta idea, sencilla aparentemente, permite la evolución progresiva de todo un cuerpo teórico que desarrolla el concepto de Terapia Ocupacional. Convertida recientemente en diplomatura universitaria abarca un amplio abanico en el que se incluyen aspectos tan diversos como la rehabilitación física o la atención de ancianos.

Uno de estos ámbitos de aplicación es la Salud Mental. La Terapia Ocupacional responde también en este contexto a una pregunta clave: ¿qué hacer con el tiempo y el espacio? La respuesta a esta difícil cuestión entraña generalmente grandes riesgos, siendo quizá la atención a las personas que padecen una enfermedad mental grave uno de los ámbitos más controvertidos.

La falsa premisa del “todo es terapéutico” y la posibilidad de que los medios puedan convertirse en fines en sí mismos, encuadrados en contextos rígidos y estructurados dada la tranquilidad que nos generan la normas, hacen que en ocasiones las distintas intervenciones desde Terapia Ocupacional sean más “ocupacionales” que clínicamente “terapéuticas”. La megalomanía -esa pretendida cobertura de todo; cuerpo, ocio, vida sexual, dinero, gestiones-, el deseo casi compulsivo de “hacer hablar”, los falsos convencimientos -el loco artista-, la infantilización o la búsqueda insistente de un diagnóstico sirven generalmente para tranquilizar más al Terapeuta Ocupacional que al propio paciente mental grave, convertido en ocasiones en un elemento

secundario de un sistema que, reloj en mano, le obliga a participar en “programas”, “procesos” o “protocolos” alejados de su individualidad como sujeto.

Surge así una reivindicación, compartida por muchos profesionales, de centrar las intervenciones más en lo “terapéutico” y menos en lo “ocupacional”, posibilitando que el paciente pueda construir más con sus delirios que con sus manos, pudiendo vivir así más tranquilo. Bajo la premisa de “dejarle en paz” se pretende construir un espacio desde la no prisa en el que la transferencia y la contratransferencia consigan generar, desde la clínica, un encuadre con la única norma básica del respeto como elemento tranquilizador, tanto para pacientes como para profesionales. Se constituye así la Terapia Ocupacional como un espacio de referencia, un lugar en el que “podemos decir cosas que no se comprenden en la calle”, en el que se “escucha” aunque no se “entienda”, en el que no se persigue ni se juzga, ni se exigen palabras o actividades y se intenta partir de lo que cada paciente, como individuo único, trae. Un lugar, en el que enmarcado en este proceso de búsqueda continua desde la individualidad, se pueden incluso “hacer cosas”.

En esta línea se enmarcaron durante años las “actividades” de Terapia Ocupacional en Irun, centrando su espacio en una reducida sala ubicada en el propio Centro de Salud Mental. Grupos flexibles, también en horarios, desde la individualidad, constituyen el día a día de una actividad en la que las reuniones semanales de los profesionales que atienden a cada paciente intentan reivindicar, pese a la presión asistencial, su papel prioritario desde la clínica. La impresión, compartida durante años por muchos de los profesionales que trabajan o



Sala de Terapia Ocupacional del CSM de Irun. Foto: Jose Azkurreta Elorduy.

han trabajado en Irun, es que los pacientes, gracias a este espacio, mejoran su calidad de vida, encuentran tranquilidad y disminuyen sus ingresos hospitalarios. Este trabajo surge con el objetivo de reflexionar sobre los elementos que participan en todo este proceso, desde la clínica, como un intento de traducción de este lenguaje también desde la estadística.

Como elemento representativo, siendo también conscientes de su valor simbólico, se ha elegido, no por casualidad, el criterio de temporalidad. Sin querer caer en un ejercicio de tautología y teniendo en cuenta la evidente relatividad de esta traducción estadística se espera que pueda servir como un elemento más que ayude a seguir reflexionando sobre una forma de trabajo en la que sin duda creemos.

Los objetivos del estudio:

- A. Descripción del perfil de pacientes que acuden a Terapia Ocupacional en el Centro de Salud Mental de Irun, así como la satisfacción de los mismos.
- B. Determinar la existencia de programas individualizados en pacientes en Terapia Ocupacional.
- C. Determinar la existencia de correlación entre mejoría clínica y asistencia a programa de Terapia Ocupacional.

## Material y método

Estudio observacional transversal, muestra formada por los pacientes que acudían a Terapia Ocupacional en el Centro de Salud Mental Irun. Como criterio de inclusión se utilizó que el paciente llevase más de un año acudiendo a Terapia Ocupacional y la aceptación voluntaria de formar parte del estudio firmando un Consentimiento Informado. Mediante entrevista e historia clínica se recogió una batería de variables divididas en tres grandes bloques:

- Variables sociodemográficas:  
Sexo, edad, estado civil, situación laboral, convivencia y nivel de estudios.
- Variables clínicas:  
Diagnóstico CIE-10 (1), años de evolución de la enfermedad, tratamiento psicofarmacológico, tiempo acudiendo a Terapia Ocupacional, días que acudía, número de ingresos pre y post

Terapia Ocupacional, número de atenciones urgentes en el último año, profesionales por los que era atendido el paciente y por último puntuación en la Escala de Impresión Clínica Global -CGI- (2) recogiendo gravedad de la enfermedad -CGI-SI- y mejoría global -CGI-GI-.

- Nivel de satisfacción global, con el terapeuta ocupacional, con las actividades y con el centro, mediante el Cuestionario de Satisfacción Global de Alicia López -1994- diseñado para su aplicación a la población de enfermos mentales crónicos atendidos en centros de rehabilitación psicosocial, aplicando la versión de usuarios y valorando mediante escala Likert de 6 puntos el grado de satisfacción de muy insatisfecho a muy satisfecho.

Para determinar el perfil de pacientes que acuden a Terapia Ocupacional se realizó el análisis descriptivo de la muestra mediante la media con su correspondiente Desviación Standard y descripción de frecuencias. Para la medición de la satisfacción se valoró la distribución porcentual del nivel de satisfacción en los distintos campos.

Para determinar la individualización de Programas en Terapia Ocupacional, se realizó análisis univariante, donde se buscó la no correlación entre variables sociodemográficas y clínicas con el tipo de programa que seguían los pacientes medido en términos de temporalidad.

La valoración de la mejoría clínica se determinó mediante el análisis descriptivo del número de urgencias en el último año, la distribución porcentual de la mejoría global y el estudio de la variación del número de ingresos hospitalarios del paciente antes y después de acudir a Terapia Ocupacional mediante la prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon.

## Resultados

### A. Perfil de pacientes

Fueron incluidos un total de 16 pacientes -2 se negaron a participar-, mayoritariamente varones -56,3%-, entre 24 y 63 años con una media de edad de 43,13 -SD 10,1- y solteros -56,3%-, con igual distribución -18,8% casados y separados. Desempleados en su mayoría -81,3% y con estudios primarios -68,8%-. Ninguno de los pacientes

vivía institucionalizado pero sí un 6,3% en piso protegido, siendo la convivencia más registrada con la familia de origen -56,3%-.

Al analizar las variables clínicas se evidenció que la Esquizofrenia Paranoide y el Trastorno Psicótico no Especificado constituían el 50% de los casos. Se objetivó así una mayor frecuencia de patologías del Espectro Psicótico -74,9%-, minoritariamente Trastornos de Personalidad -12,5%- y Trastornos Afectivos -12,6%-. La media de años de evolución de la enfermedad fue 16,38 -SD 6,87- y la media de años acudiendo a TO fue de 5 años -SD 4,2-, siendo lo más observado que los pacientes acudiesen al centro 5 días a la semana -el centro no abre los fines de semana-. Todos los

pacientes se encontraban en el momento de la realización del estudio tomando algún psicofármaco y tratados por un psiquiatra; el 18,8% solo por este y el 81,2% por psiquiatra y personal de enfermería especializada.

Al valorar la satisfacción destacar que en ninguno de los ítems recogidos se registrara ninguna opinión de Muy Insatisfecho ni Bastante Insatisfecho, obteniéndose todos los valores de satisfacción entre Muy Satisfecho y Algo Insatisfecho. La satisfacción general es en un 81,3% de los pacientes de Muy Satisfecho, 12,5% Bastante Satisfecho y un 6,3% Algo Satisfecho. Los resultados de satisfacción con el terapeuta, actividades y centro se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1. Distribución porcentual de satisfacción**

Satisfacción con...		Satisfecho (%)			Insatisfecho (%)		
		Muy	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Muy
El profesional	El terapeuta ocupacional	81,3	18,8	-	-	-	-
	El nivel de información	81,3	18,8	-	-	-	-
	El interés y apoyo recibido	81,3	12,5	6,3	-	-	-
	El profesional	81,3	12,5	6,3	-	-	-
Las actividades	Las actividades en general	75,0	18,8	6,3	-	-	-
	La frecuencia	75,0	18,8	6,3	-	-	-
	Los objetivos y metas	25,0	68,8	6,3	-	-	-
	El horario	93,8	6,3	-	-	-	-
	El nivel de participación	81,3	18,8	-	-	-	-
El centro	La limpieza	87,5	12,5	-	-	-	-
	La temperatura	68,8	31,3	-	-	-	-
	Las instalaciones	56,3	37,5	6,3	-	-	-
	El entorno físico	68,8	18,8	6,3	6,3	-	-

#### B. Individualización de programas en Terapia Ocupacional

Como criterio para determinar la individualización del programa se eligió la temporalidad. Se compararon así las variables sociodemográficas y clínicas con el número de días que los pacientes acudían a Terapia Ocupacional y los años en la misma.

En el análisis por sexos no se encontraron diferencias respecto al número de días de la semana entre varones y mujeres ( $p=0,261$ ), pero si se objetivó que las mujeres llevaban más años en terapia ocupacional, con una media de 7,43 años ( $p=0,037$ ). Según la edad no se encontró ninguna relación entre esta y los días de la semana que



acudían ( $p=0,834$ ) ni con los años en Terapia Ocupacional ( $p=0,326$ ). Tanto los días que los pacientes acudían a Terapia ocupacional como los años que llevaban en ésta resultaron también independientes del resto de variables sociodemográficas; estado civil ( $p=0,563$  y  $p=0,150$ ), situación laboral ( $p=0,177$  y  $p=0,473$ ), convivencia ( $p=0,920$  y  $p=0,719$ ) y nivel de estudios ( $p=0,082$  y  $p=0,211$ ). En lo referente a las variables clínicas, no se encontró tampoco ninguna correlación entre el

diagnóstico y los criterios de temporalidad de asistencia de los pacientes ( $p=0,806$  y  $p=0,423$ ). En la Tabla 2 se muestra la media de días y años distribuida por diagnóstico. (Tabla 2. ANOVA: Diagnóstico y Tiempo en Terapia Ocupacional).

Resultaron independientes también con los días en acudir a Terapia Ocupacional y los años en la misma el resto de las variables clínicas; los años de evolución de la enfermedad ( $p=0,438$  y  $p=0,136$ ) y el número total de ingresos ( $p=0,231$  y  $p=0,871$ ).

**Tabla 2. ANOVA: Diagnóstico y tiempo en Terapia Ocupacional**

	Días que acude a T.O.			Años acudiendo a T.O.		
	Media	SD	P	Media	SD	P
Esquizofrenia Paranoide	3,5	1,732	0,806	6,5	3,786	0,423
Esquizofrenia Residual	3,5	2,121		2,0	0,000	
Tr. Psicótico No Especificado	4,5	1,000		6,5	5,916	
Tr. Esquizoafectivo	3,5	2,121		4,5	2,121	
Tr. Bipolar	5,0	0,000		2,0	0,000	
Tr. Personalidad	5,0	0,000		1,0	0,000	
Tr. Distímico	5,0	0,000		11,0	0,000	

**C. Mejoría Clínica**

Se evidenció mejoría clínica en los pacientes que acudían a Terapia Ocupacional dado que:

- La media de las atenciones urgentes precisadas por estos pacientes en el último año había sido menor de una -media 0.81 SD 1,276-, siendo el valor más repetido el de cero, esto es, no tener ninguna atención urgente.
- Se objetivó que respecto al estado inicial un 37,5% se encontraban mucho mejor y el mismo porcentaje levemente mejor, por lo tanto un 75% habían experimentado mejoría, un

18,8% no habían tenido cambios y tan solo 6,3% se encontraban mucho peor.

- Como último indicador de mejoría se compararon mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon la variación respecto de los ingresos pre y post Terapia Ocupacional. Inicialmente se observó cómo la media de los ingresos previos había sido de 3,63 -SD 3,845- y cómo los ingresos posteriores fueron de 0,50 -SD 0,894-, viéndose por tanto, de forma estadísticamente significativa ( $p=0,003$ ) que en un 81,25% de los casos los ingresos habían disminuido. (Tabla 3. Wilcoxon; Variación del número de ingresos).

**Tabla 3. Wilcoxon: variación del número de ingresos pre y post T. Ocupacional**

	Distribución	P
Disminución de número de ingresos post T.O.	81,25%	0,003
Aumento de número de ingresos post T.O.	6,25%	
Números de ingresos igual (pre y post T.O.)	12,5%	

## Discusión

Puede que fuera el contacto con alguien conocedor de la estadística el que, tras superar las resistencias de gran parte del equipo en este sentido, nos animara a asumir el reto de intentar traducir impresiones de mejoría clínica compartidas durante años en el día a día con los pacientes que acuden a Terapia Ocupacional del Centro de Salud Mental de Irun acompasándolas al ritmo de datos más “objetivables”, petición esta en ocasiones reiterada también de forma más o menos concreta desde determinados ámbitos. O quizá fuera tan solo el poder compartir reflexiones de un modelo de trabajo de Terapia Ocupacional que pretende legitimar, también desde la clínica, la utilización del tiempo y del espacio de una forma terapéutica, ante la tentación de poder ser identificado en ocasiones más por la ausencia de todo aquello que es psicofármaco o psicoterapia codificada como tal en los registros, que por su propia esencia o identidad.

El centro de Terapia Ocupacional de Irun pretende “dar un lugar” que pueda ser vivido como “tranquilizador” por el paciente mental grave; un lugar en ocasiones para el delirio, la angustia o la impotencia. Un lugar donde, a través de la transferencia y no desde la obligatoriedad, se pueda construir un espacio nuevo difícil de crear en un entorno -familiar, social o laboral- generalmente angustiado y desbordado. Porque, si vivir es complicado “per se” para los neuróticos, ¿qué puede ser para las personas con una psicosis grave?

Así, desde hace más de 20 años, este pequeño espacio pretende convertirse para las personas que acuden, de forma diaria o no, en centro de referencia orientado a un paciente psicótico del que tan solo percibimos una pequeña parte de su iceberg psíquico. 20 pacientes un año, 18 otro, 23 el siguiente..., divididos en dos grupos con un único terapeuta ocupacional quien aborda las primeras entrevistas para posibilitar el encuadre adecuado, inician una andadura en la que se pretende, “solamente”, pero con mayúsculas, “acompañarles”.

Este trabajo surge con el objetivo de reflexionar sobre los elementos que participan en esta andadura, desde la clínica, como un intento de traducción de este lenguaje también desde la estadística.

Así, de los 18 pacientes a los que se les informó de los objetivos del estudio 16 fueron finalmente los incluidos tras dar su consentimiento. Dos, por el contrario, se negaron desde un principio a participar; “No me gustan estas cosas” y “¡A saber qué harán luego con eso!” fueron las frases que nos recordaron, ya de entrada, la enorme fragilidad y el riesgo de reactivaciones paranoides en pacientes mentales graves ante cualquier cuestionario o protocolo de recogida de datos.

Mayoritariamente varones -56,3%-, hecho repetido en los datos epidemiológicos de la población grave atendida en los recursos sanitarios, con un abanico de edad de 24 a 63 años, incluyendo a pacientes que han “agotado” plazos en otros dispositivos, y con una edad media de 43 años que pudiera hacer recordar la repetida historia de un “silencio” familiar roto tras el fallecimiento de unos padres ya mayores. La mayoría de solteros -56,3%- perfila quizá la peculiar forma de no-relación del paciente psicótico, completo, megalómano, autosuficiente como traducción de la inquietante ausencia de deseo en la psicosis. Y es que en cuestiones de relación, ¿se puede tener dificultad para hacer algo que no se necesita o desea?, pregunta tantas veces repetida frente a la tranquilidad ofrecida por escalas que pretenden cuantificar la “dificultad de relacionarse” o el riesgo de usar nuestros propios códigos personales como espejo de lo que queremos para el paciente, cogiendo aquí prestada la expresión freudiana “¡ya quisiéramos para nosotros la salud que deseamos para él!”.

El desempleo -81,3%- de muchos “minusválidos con carné” -en palabras de uno de los pacientes-, la dificultad de adecuación a un trabajo protegido -señalar aquí la exigencia a lo psíquico tan cercana a veces del juicio de valor y tan alejada del entendimiento quizá más propenso a la empatía de otras discapacidades físicas- y el porcentaje de estudios primarios -68,8%-, muchos reivindicados como “fracaso escolar”, recordaría el deterioro cognitivo, los problemas de concentración y las dificultades de relación universal de la psicosis, tan alejadas del falso mito del “loco inteligente” como del “loco” que no lo es. En lo referente a la convivencia la mayoría convive con sus familias de origen -56,3%-, en ocasiones con única opción y con un nivel de autonomía relativo, ante la ausencia de alternativas reales de pisos protegidos -6,3%- u otros dispositivos de apoyo en este sentido.



En lo relativo a las variables clínicas, y en lo referente a los diagnósticos CIE-10 (1), en ocasiones vividos más como exigencias de un sistema que tiende a unificar, se objetiva una mayor frecuencia de patologías del espectro psicótico -79,9%, siendo el Trastorno Psicótico no Especificado y la Esquizofrenia el 50%. Huyendo de etiquetas que pudieran quizá “dar por hecho” muchas cosas, como si a través de ellas se pudiera definir y concretar la esencia de un individuo en visión de túnel (3), se entiende la Esquizofrenia como una forma peculiar de relacionarse con uno mismo y con el mundo, un enigma, un significativo muy maltratado y en ocasiones especialmente criminalizado.

Un 12,5% de los pacientes “cumplirían criterios” (...) de Trastorno de Personalidad como diagnóstico principal y un 12,6% de Trastornos Afectivos. Evidentemente aquí, al margen de tendencias más o menos pasajeras -admitamos la existencia de modas en las nuevas clasificaciones- el estudio lacaniano de la estructura mental dividida en Psicosis, Neurosis y Perversión permite rescatar entre estos diagnósticos verdaderas estructuras psicóticas sin brotar en ausencia de delirios o alucinaciones floridas a nivel sintomático. Señalar también en este sentido la no presencia de patologías neuróticas francas dada la muy diferente relación con el mundo, con el Otro, y la no simbolización del lenguaje por el paciente psicótico -hablar al paciente psicótico pensando que nos entiende es un error, cuestión clave desarrollada ya en la obra de Lacan-. Es por ello que la figura del terapeuta ocupacional reivindica su protagonismo a la hora de proteger al grupo -de ahí la importancia de las primeras entrevistas- entendiéndose como único criterio de exclusión toda actitud que altere la convivencia e impida la terapia diferenciada de cada individuo en este peculiar encuadre grupal. Terapia “en” grupo, a diferencia de terapia “de” grupo y “del” grupo. Señalar en este sentido la presencia de “casos imposibles”, etiqueta generada en ocasiones como espejo de una contratransferencia difícilmente soportable. Ante el riesgo de identificar esta expectativa catastrófica con el mismo individuo el valor del respeto se reivindica también como elemento tranquilizador, simple y complejo, que da protección y serenidad tanto a pacientes como a profesionales.

Los años han sido testigos de intentos, planteados de una u otra forma, de agrupar siguiendo criterios idiomáticos, de edad, de nivel de deterioro,

de género... pero la peculiar forma de no-relación de la psicosis ha terminado descartando esta posibilidad. Conscientes de no ser, quizá en estos tiempos, políticamente correctos surgen las preguntas; ¿Es más clínico, por ejemplo, trabajar solo con “primeros brotes”? ¿Para quién puede resultar “tranquilizador”? La reivindicación de cada grupo, diferente, al igual que lo es cada individuo, adquiere en ocasiones efectos terapéuticos insospechados; vale más la palabra de un compañero, su “eco terapéutico”, que la del propio profesional ya que lo que decimos nosotros, admitamos lo vacío del extremo “yo ya le he dicho”, no es lo importante puesto que el paciente mental grave acude a ser “escuchado” pero no “dicho”.

En lo referente a la temporalidad, concepto que intentaremos desarrollar más adelante, la media de años de evolución de la enfermedad fue de 16,38 y la media de años acudiendo a Terapia Ocupacional fue de 5. Lo más observado fue también que los pacientes acudieran a Terapia Ocupacional 5 días por semana, evidentemente de forma voluntaria. El tratamiento psicofarmacológico y las consultas por parte del psiquiatra y del personal de enfermería especializada del CSM -81,3% atendidos también por enfermería- constituyen un elemento de importante valor en las reuniones semanales del equipo terapéutico que sirven además para la presentación inicial de los casos.

Respecto a los niveles de satisfacción, una primera lectura respecto al profesional, las actividades y el centro señalarían una alta valoración general por parte de los pacientes. Resulta lícito reconocer la sensación compartida durante años de que los pacientes valoran el lugar, su trabajo, y consiguen vivir más tranquilos y menos angustiados. Pero cuesta no obstante aceptar la plenitud de estas valoraciones; llama la atención la poca crítica -¿por qué descartar un temor a puntuar bajo?, la adecuación de la escala pese a su “validación” -¿hay escalas para todo?- o si la “percepción psicótica” tiende por el contrario a puntuar exageradamente bien.

Respecto a las actividades y el trabajo del terapeuta, un convencimiento: cuanto más sutil sea nuestra pretensión más terapéutico será el trabajo. Si nosotros con nuestro discurso y actitud “llenamos” el espacio, difícilmente los pacientes podrán desplegar sus vidas y sus palabras... incluso una

pregunta puede ser vivida como agresión. La Terapia Ocupacional en el CSM de Irun pretende ser por ello un taller de la palabra, de sus palabras, y para que puedan llegar a traerlas debemos ser muy minuciosos, muy respetuosos, poco normativos -lo mínimo-, nada exigentes.

Desde una relación transferencial -utilizada a veces la “confianza” como mal sinónimo-, que no se da de una forma consciente, desde la clínica, el paciente puede depositar sus palabras de angustia, o sus silencios -como aquel paciente que permaneció meses de pie, sin decir nada..., y con el que se tuvo que vencer la ansiolítica tentación de “hacerle hablar”-, frente a lo tranquilizador de la norma -para el que la impone-, la omnipotencia -iqué difícil resulta tolerar la incertidumbre!-, el juicio de valor -a veces tan socorrido-, el consejo -dar consejos es exigir, otra forma de agredir-, el “entender” -¿acaso se puede entender un delirio?-, la pedagogía -en ocasiones en el extremo opuesto a la clínica-, la infantilización -son personas adultas-, el acto bienhechor -tan cercano a la caridad o a un “amo” bondadoso y tan alejado también de la clínica- o un siempre peligroso “sentido común”. Como una pista de aterrizaje que no puede estar “ocupada” pero sí preparada para recibir aviones, la “nada” pretende ser la oferta clave de este lugar. A partir de ahí, todo, todo lo posible.

“¿Pero qué he hecho yo para que me obliguen a hacer trabajos manuales?” o “¿No será usted uno de esos que quieren que hagamos cosas?”. Los pacientes que acuden al centro hacen en ocasiones severa crítica de que se llame terapia al simple hecho de leer libros, ver películas o hacer trabajos manuales, cuentas o caligrafía. Y nosotros compartimos esa crítica. Y es que sin duda cualquier actividad puede ser una buena compañía, incluso un vehículo, pero nunca un fin en sí mismo. Bien distinto es la realización de cualquier tipo de actividad a demanda para observar con delicadeza los “visos” de deseo en unas vidas “obturadas” -la relación de la psicosis con el deseo es cuanto menos peculiar y difusa- ante el riesgo de obturar más “poniéndoles” a hacer cosas. Y en este contexto de rescate del deseo, una paciente que es peluquera corta el pelo a sus compañeros, otra que dio clases de francés lo enseña a quien se lo pide, otro paciente arregla una bici, otro graba canciones, otro prepara

su comida diaria, el que fue electricista repara si quiere, otro pinta -un paciente terminó viviendo de su obra, pero constituye, frente al falso tópico del “loco artista”, una excepción-, otra lee, otro hace las compras, otra conversa, otro vacila y otro, en cuanto a “hacer”, no “hace” nada. Y aunque raramente haya dos que “hagan” lo mismo frecuentemente hay dos que “vinculan” -entendiendo este vínculo en un paciente psicótico como un éxito!-, entre ellos, con el lugar y con los profesionales pudiendo mejorar así su calidad de vida dentro y fuera de un lugar que intenta ser vivido más de una manera “terapéutica” que “ocupacional”. Todo ello para que los pacientes puedan construir-se o re-construir-se con una labor terapéutica que pretende, al igual que los fármacos, la tranquilización, la disminución de la angustia o una buena convivencia, por qué no, con las voces si estas no ceden.

Respecto a la valoración del local -ver foto-, y pese a que las puntuaciones siguen siendo altas, puede apreciarse quizá una ligera menor estima. Y aunque siempre conviene recordar aquella máxima también lacaniana de que no importa el encuadre sino el discurso se sigue echando de menos quizá un mayor espacio.

Como actividad complementaria se les propuso a los 16 pacientes que intentaran definir con una palabra lo que ese “lugar” significaba en sus vidas. Estos fueron los resultados: “confianza”, “bienestar”, “tranquilidad”, “respeto”, “cariño”, “evadirme”, “alivio”, “amistad”, “compañerismo”, “levantarme”, “ayudar”, “trabajar”, “apoyo”, “prepararme”, “confianza” y “comprensión”. Palabras intensas que no nos hacen olvidar los posibles errores a la hora de trabajar la vinculación desde la clínica de aquellos pacientes a los que por uno u otro motivo -y es que quizá no haya pacientes “no motivados” sino profesionales que no somos capaces de enganchar con su demanda inconsciente- no se les ha haya podido “acompañar” en su camino.

En ocasiones, alejado de su individualidad como sujeto el paciente con un trastorno mental grave diagnosticado se puede ver convertido en un elemento secundario de un sistema que, reloj en mano, le obliga -y es que, hay tantas formas de obligar- a participar en “programas”, “procesos”, “protocolos” o “proyectos terapéuticos” que pueden servir frecuentemente para calmar más nuestra angustia



como profesionales ante situaciones clínicas, y no clínicas, graves que a mejorar la calidad de vida del propio paciente. Estos “proyectos terapéuticos” pueden ser vívidos como algo impuesto o limitante (4). Mientras que el paciente psicótico puede tener sus propios criterios subjetivos de bienestar, los profesionales corremos el riesgo de tramitar esas demandas bajo el referente de un modelo de intervención “objetivo” basado en la “autonomía”, la “capacidad de afrontamiento” o la “adaptación” por citar solo algunos ejemplos. El uso rígido y estereotipado de estos programas e intervenciones puede constituir una fuente importante de iatrogenia al no contemplar la psicosis ni la individualidad del paciente como sujeto (5). Tan solo con echar una ligera mirada se pueden encontrar en lo referente a dispositivos que incluyen Terapia Ocupacional para pacientes mentales graves programas de “orientación ocupacional”, “rehabilitación cognitiva”, “habilidades sociales”, “rehabilitación laboral”, “actividades de la vida diaria”, “ocio y tiempo libre”, “recursos socioeconómicos”, “vida sexual”, “higiene y cuidados” tan alejados en ocasiones del concepto clínico de la psicosis. Pero quizá tan “tranquilizadores”... para nosotros. Incluso a veces la propia Psicoeducación -nosotros “queremos” que tenga conciencia de enfermedad, pero, ¿qué “quiere” o demanda él?- corre también el riesgo de condicionar una forma de relación nueva en la que el “síntoma” pueda ser vivido como el único medio de comunicación válido.

Como elemento estadístico comparativo significativo de la individualización de cada paciente elegimos la temporalidad por ser conscientes de su gran valor simbólico. Y quizá fue la frase traída por un paciente la que pudo dar pie a esta elección: “ya me dijeron allí, acudir solamente un día no merecía la pena”. Señalar de este modo el criterio de los días como algo extremadamente flexible; el paciente “puede” acudir solo un día a la semana, o menos, no hay problemas por ese motivo. Acudirá por tanto solamente los días que le puedan servir, él es el protagonista, sin presiones, y es esa la demanda que se intenta construir, desde una clínica contratransferencial/transferencial, huyendo de tranquilizadoras “obligaciones” de cualquier tipo.

En Terapia Ocupacional del CSM de Irun tampoco hay plazos de permanencia. No se pone límite al

tiempo porque no se entiende como objetivo en sí mismo. Reivindicar aquí el concepto de “cronicidad”; entendiendo estas patologías “de por vida” se plantea el dispositivo como herramienta útil por periodos independientes de criterios temporales -y mucho menos ya pre-establecidos- en contraposición a corrientes que señalan plazos “breves” enmarcados en un denominado, y a veces quizá, delirantemente neurotizado “proyecto terapéutico” concreto. El tiempo será el que haga falta. Cada evolución hará que una persona pueda reincorporarse a un trabajo u organizar, o no, su vida sin nuestra ayuda. No entenderíamos pues trabajar con un plazo pre-establecido de “poner en marcha”. A priori la evolución de cada paciente es ciertamente imprevisible pero si se acepta con facilidad que en muchos trastornos mentales graves el tratamiento psicofarmacológico sea a largo plazo, limitar en el tiempo la Terapia Ocupacional pueda responder en ocasiones más a criterios administrativos, que no clínicos. Solamente la evolución de los casos podrá dar paso a “altas”. Así frente a una reivindicada supuesta caducidad en los plazos de los dispositivos, en Irun se asume que no es mejor menos tiempo, ni peor más tiempo, ni viceversa. Y así, el alta podrá ser, o no, una gran noticia. Una vez más el paradigma con el que se mira consigue en ocasiones marcar uno u otro rumbo.

Es en este contexto donde no sorprende encontrar, salvo el quizá curioso hecho de que de forma estadísticamente significativa sean las mujeres las que lleven más tiempo acudiendo a Terapia Ocupacional, una no relación de las variables clínicas y no clínicas con los años que lleva el paciente acudiendo a Terapia Ocupacional o con el número de días por semana que acude.

En lo referente a la mejoría clínica de los pacientes tampoco fue fácil determinar la elección de los criterios en esta pretendida traducción estadística. Aun siendo conscientes de su valor no absoluto, se eligió finalmente el número de atenciones urgentes, la Escala de Impresión Clínica Global y el número de ingresos hospitalarios pre y post Terapia Ocupacional. Pese a que en ocasiones una supuesta tendencia “espontánea” a la estabilización en relación al paso del tiempo podría esgrimirse como argumento, se constató que la media de las atenciones urgentes precisadas por los pacientes en el último año fue menor

de una, siendo el valor más repetido el cero. Las escalas de Impresión Clínica Global apuntarían también en la misma dirección. Tras la utilización de numerosas escalas validadas con diferentes criterios en los últimos años, mantenemos el convencimiento de que el juicio clínico, no la opinión, del profesional consigue generalmente aportar una información más relevante que pretendidos instrumentos de objetivación -aunque bienvenidos sean si contribuyen a abrir la puerta a la reflexión-. El dato final de un 81,25 % de pacientes en los que el número de ingresos había disminuido coincidiendo en el tiempo con el contacto con Terapia Ocupacional afianza la impresión compartida durante años por parte de los profesionales que trabajamos o hemos trabajado en el CSM de Irun de que los pacientes,

gracias a este espacio, encuentran un lugar en el que logran vivir menos angustiados, más tranquilos, pudiendo así mejorar su calidad de vida.

Con la esperanza de poder reivindicar este pequeño espacio de la “no prisa” ante un sistema que cada vez con más fuerza exige números y valores, plazos, medias y modas, y “Q”es de Calidad, y a pesar de cierto sentimiento de ambivalencia por utilizar quizá esta vez su mismo lenguaje, y pese a seguir asumiendo la evidente relatividad de toda traducción en este sentido, nos damos por satisfechos si este esfuerzo realizado en “medir lo que consideramos no se puede medir” ha podido contribuir a la reflexión y a la búsqueda de la mejora de una forma de trabajo en la que, sin duda, seguimos creyendo.

### Correspondencia

Jose Ramón Elizalde.

Centro de Salud Mental de Irun • C/ Virgen Milagrosa s/n. • 20304 Irun (Guipúzcoa)

Tel.: 943 638 380 • Fax: 943 629 967 • Joseamon.elizaldesalaberria@osakidetza.net

### Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.
2. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual. Rockville, National Institute Mental Health, 1976.
3. Ortiz Lobo, A, Ibáñez Rojo, V. Prevención Cuaternaria en Salud Mental. En: Acciones de Salud Mental Comunitaria: principios y estrategias.
4. Bassman, R. (2000) Agents, not objects: our fight to be. *Journal of Clinical Psychology* 56: 1395-1411.
5. Rose, D. (2001) Users Voices: The perspective of mental health service users on community and hospital care. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.

- Recibido: 15-8-2012.
- Aceptado: 14-10-2012.

# El modelo DIR®/Floortime™: un abordaje relacional e interdisciplinar para las dificultades de relación y comunicación.

## *DIR®/Floortime™ model: a relational and interdisciplinary approach for difficulties of relating and communicating.*

**Vanessa Casals Hierro.** Psicopedagoga. Psicomotricista.  
Centro MOA- Afecto en Movimiento, Las Palmas de Gran Canaria.

**Judith Abelenda.** Terapeuta Ocupacional Pediátrica.  
Asociación Kulunka, Vitoria Gasteiz.

**Resumen:** El modelo DIR, creado por Stanley Greenspan, es un novedoso marco teórico que sostiene los procesos de valoración e intervención con niños con necesidades especiales en las áreas de relación y comunicación y/o Trastornos de Espectro Autista (TEA).

Sus bases interdisciplinarias se fundamentan en la importancia del perfil único de cada persona, que incluye el desarrollo de las capacidades emocionales funcionales. Además, da un giro respecto a las tendencias existentes al considerar al “afecto” como director del desarrollo infantil y al otorgar a las familias un rol protagonista.

Su técnica principal es Floortime, una forma sistemática de jugar siguiendo el liderazgo natural del niño mientras se le desafía adecuadamente para subir por escalera del desarrollo emocional funcional.

**Palabras clave:** Perfil individual, Modelo DIR, Floortime, afecto, Trastornos de Espectro Autista (TEA), familia, capacidades emocionales funcionales.

**Abstract:** The DIR model, created by Stanley Greenspan, is a groundbreaking theoretical framework that supports the processes of assessment and intervention with children with special needs in the areas of relating and communicating, and ASD (autism spectrum disorders).

Its interdisciplinary foundations are grounded on the importance of each person’s unique profile, which includes the development of the functional emotional capacities. Moreover, it turns around existing trends by considering “affect” as the orchestrator of children’s development and by giving families a leading role.

Its main technique is Floortime®, a systematic way of playing that follows the child’s natural lead while proposing appropriate challenges in order to facilitate his climbing the ladder of functional emotional development.

**Key Words:** Individual profile, affect, DIR Model, Floortime, DSM, family, functional emotional capacities, ASD (Autism Spectrum Disorders).

## 1. Introducción

El modelo DIR surge a partir de los planteamientos innovadores del psiquiatra infantil norteamericano Stanley Greenspan. Sus ideas giraban entorno a la necesidad de llevar a cabo un cambio de paradigma y generar un marco de referencia para la valoración e intervención en niños con necesidades especiales, ante la situación existente:

1. El desarrollo evolutivo se estudia en áreas diferenciadas (cognitiva, motora fina y gruesa, lenguaje y socio-emocional) que en última instancia se consideran entrecruzadas. (1)
2. El papel protagonista del diagnóstico, basado en el DSM, a la hora de plantear un plan terapéutico.
3. La intervención está dirigida principalmente al desarrollo de habilidades cognitivas, de lenguaje y, sólo en caso de observarse dificultades, también de destrezas motoras.

## 2. Bases

El modelo DIR se asienta sólidamente sobre las siguientes bases teóricas procedentes de diversos campos de estudio como son la medicina (psiquiatría, pediatría, neurología) psicología, pedagogía y sociología entre otras que sostienen tanto el proceso de valoración como el de intervención (en escuela, hogar y terapias):

### A. Perfil único

La información que puede darnos la inclusión dentro de una categoría u otra de cualquier manual diagnóstico (DSM o CIE) puede ayudar a hacernos una idea sobre la presencia de síntomas, pero no informa de todos los procesos que hacen único a cada individuo y cuyo conocimiento son fundamentales para plantear un plan terapéutico ajustado. Componentes del perfil único incluyen el nivel de desarrollo de las capacidades emocionales funcionales, las diferencias individuales (regulación y procesamiento sensorial, desarrollo del lenguaje funcional y aspectos biomédicos, etc.), y las relaciones

familiares. En cada componente se valoran debilidades y fortalezas. (2)

### B. Actuación del afecto en el desarrollo infantil

A diferencia de cómo pensaba Piaget, para quien lo cognitivo impulsaba el resto de áreas, el afecto, o lo que se denomina área social-emocional, pasa a ser, para el Dr. Greenspan, el área de desarrollo principal por tener la capacidad de organizar e impulsar el resto de los ámbitos del desarrollo. (1)

Debido al rol fundamental del afecto en la promoción del desarrollo infantil, conocer el estilo de interacción de la familia y su participación en el plan de trabajo son elementos indispensables para la intervención. (2)

### C. Capacidades emocionales funcionales

La integración de todas las áreas, orquestada por el afecto, va a permitir a la persona actuar de manera funcional en su entorno, es decir, interactuar con propósito con sus personas cercanas para transmitir sus necesidades, su afecto, deseos, ideas, emociones, pensamientos, etc. Todo este proceso viene descrito en las llamadas “capacidades emocionales funcionales” descritas por Greenspan, mencionadas más adelante. (3)

### D. Equipo interdisciplinar

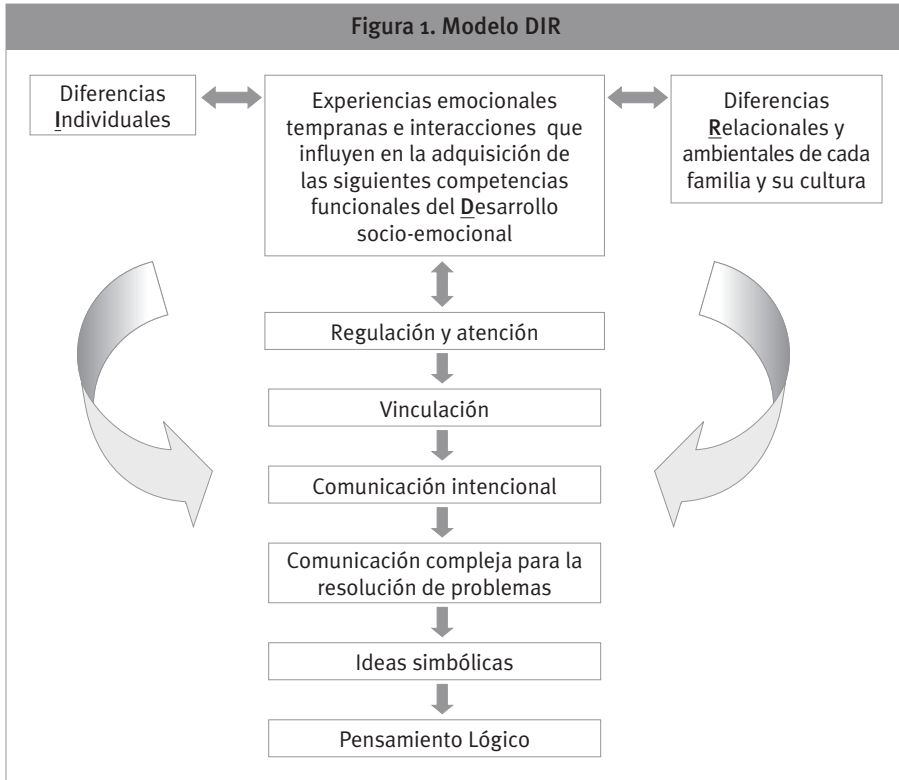
El marco teórico del Modelo DIR defiende la necesidad de contar equipos interdisciplinarios, lo que supone la colaboración de diversas y diferentes disciplinas tradicionales. Este intercambio de conocimientos permitirá una intervención más global y lo más ajustada posible a las necesidades de la cada niño/a y su familia. (2)

### E. Protagonismo familiar

Desde este modelo se otorga a la familia el protagonismo que merece pues son ellos quienes mejor conocen a sus hijos y quienes van a poder llevar a cabo una intervención intensiva a partir de las consignas acordadas con el equipo de profesionales. (4)



### 3. Elementos DIR



Fuente: The Functional Emotional Assessment Scale (FEAS) for Infancy and Early Childhood. Greenspan SI, De Gangi G, Wieder S., 2001. Figura adaptada y reproducida con permiso del Interdisciplinary Council on Developmental Disorders (ICDD).

Atendiendo a las siglas del Modelo nos encontramos con la D, que hace alusión al desarrollo de las capacidades emocionales funcionales, la I que incluye todos aquellos aspectos que conforman la individualidad de cada ser y la R, que abarca las relaciones y tipos de interacción que se tienen con las personas del entorno. El análisis de todos estos elementos permite tener una imagen de situación completa.

#### 3.1. Desarrollo (CEF):

Las capacidades emocionales funcionales (CEF a partir de ahora) descritas por el Dr. Greenspan están formadas por distintas habilidades relacionadas con la interacción, la comunicación y el pensamiento. Todas ellas priorizan los elementos socioemocio-

nales del desarrollo pero tienen, en una explicación más amplia, muy en cuenta el resto de áreas. (3)

#### 1. Regulación e interés por el mundo

Es la capacidad que adquieren los bebés de mantener un estado de alerta tal que les permita interactuar, jugar, aprender y mostrar un interés tanto por los objetos como por las personas. Es decir, el niño va a poder gestionar la gran cantidad de estímulos que recibe de su entorno pudiendo seleccionar entre unos y otros. Además aparecerá la capacidad para establecer una atención conjunta (los dos miran al mismo objeto) con su cuidador. Esta capacidad es crítica para la adaptación exitosa al ambiente, la modulación de

los ciclos de sueño y vigilia, la habilidad de calmarse y la regulación de la atención. Se desarrolla mediante la coregulación con el adulto, que es a su vez precursora de la referenciación social y la comunicación no verbal. (2), (3), (4)

## 2. Vinculación, conexión (Engage)

Gracias al desarrollo de la capacidad previa, el niño ya es capaz de establecer y disfrutar de relaciones cercanas, íntimas. Su capacidad de atención ya se dirige hacia su cuidador y viceversa (Atención mutua). Comienza a detectar y discriminar patrones en las voces, estados emocionales y expresiones faciales de sus cuidadores. Esta conexión emocional naciente sienta las bases para futuros patrones de apego. (4)

Esta habilidad es propia de las primeras etapas de la vida y va a estar muy influenciada, al igual que la anterior, por las diferencias individuales del sujeto y por el estilo de interacción de sus cuidadores.

## 3. Comunicación simple de ida y vuelta

Es la capacidad para comunicarse con propósito. El hecho de estar regulado y en relación con sus cuidadores va a permitir al niño comunicar sus deseos e intenciones mediante expresiones faciales y movimientos de su cuerpo. Constituye el primer sentido de la causalidad y la lógica y tiene un rol crítico en el desarrollo cognitivo. Esta capacidad incluye la habilidad para abrir y cerrar círculos de comunicación intencionales, que constan de 3 partes: apertura, extensión y cierre.

## 4. Comunicación gestual compleja

Es la capacidad del niño para comunicar más ampliamente (secuencias más complejas y largas de gestos y primeras palabras) sus necesidades y deseos y de resolver problemas de forma conjunta. Además, el niño adquiere mayor habilidad para leer las señales de los demás, pudiendo anticipar sus emociones. Comienza a negociar múltiples

relaciones a la vez, que es la base de la habilidad de participar en grupos, comenzando con la familia. La creciente habilidad de reconocer patrones en todas las cosas permite comprender cómo funciona el mundo. (4) Todo ello permitirá una comunicación fluida en relación a una misma idea, temática o problema.

## 5. Ideas emocionales

Es la capacidad de representar y expresar ideas, emociones y deseos a través del juego simbólico y del lenguaje. También se inicia la expresión de sus propias ideas emocionales a través del lenguaje, ahora en esta etapa, más desarrollado. La habilidad de manipular ideas en su mente le permite resolver problemas mentalmente.

## 6. Pensamiento lógico

Es la capacidad del niño/a para comunicar sus deseos, intenciones e ideas de forma lógica. Es la etapa en la que se construyen puentes lógicos (para qué, dónde, cómo, cuándo, por qué) entre ideas formándose la base del pensamiento emocional (causalidad, coherencia, etc.) y la capacidad para diferenciar fantasía y realidad. La habilidad para relacionar sus propios pensamientos, sentimientos y acciones es la base para generar habilidades sociales nuevas, como seguir reglas y participar en grupos y para generar niveles de pensamiento superiores. (4)

### 3.2. Individual

La I de DIR se refiere a todos aquellos elementos (incluyendo el bagaje genético y biológico, y condiciones ambientales) que hacen única a cada persona. En este modelo se consideran contribuciones determinantes para la relación y la comunicación a diferentes elementos tales como los diagnósticos médicos, el desarrollo de las habilidades de lenguaje y habla, procesamientos afectivo y sensorial, las capacidades visuoespaciales entre otros.



Tabla 1. Diferencias individuales

Aspectos biomédicos	Rango de emociones expresadas	Desarrollo del lenguaje	Diferencias de procesamiento		
			Procesamiento auditivo y lenguaje	Procesamiento visio espacial	Regulación y procesamiento sensorial
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas neurológicos (epilepsia, parálisis cerebral, etc.).</li> <li>- Problemas gástricos (reflujo, intolerancias alimenticias).</li> <li>- Problemas dermatológicos (dermatitis, etc.).</li> <li>- Cualquier otra condición médica que pueda interferir en la capacidad del niño a interactuar satisfactoriamente con su entorno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intimidación, dependencia.</li> <li>- Asertividad, iniciativa, curiosidad.</li> <li>- Agresión, enfado, frustración, celos.</li> <li>- Placer, alegría, excitación.</li> <li>- Miedo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de las habilidades de comprensión y expresión en cada una de las capacidades emocionales funcionales 1-6.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientación al mundo de sonidos y de lenguaje.</li> <li>- Producción de sonidos sincronizados con los del cuidador.</li> <li>- Intercambio recíproco de sonidos.</li> <li>- Uso recíproco de sonidos incluyendo palabras.</li> <li>- Combinación de palabras en ideas.</li> <li>- Intercambio de ideas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentido y conciencia del cuerpo.</li> <li>- Ubicación del cuerpo en el espacio.</li> <li>- Relación de objetos consigo mismo y otros objetos y personas.</li> <li>- Conservación del espacio.</li> <li>- Razonamiento visual-lógico.</li> <li>- Pensamiento representacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modulación sensorial.</li> <li>- Hiporespuesta.</li> <li>- Hiperrespuesta.</li> <li>- Búsqueda de sensaciones.</li> <li>- Discriminación sensorial.</li> <li>- Vestibular.</li> <li>- Propioceptiva.</li> <li>- Táctil.</li> <li>- Auditiva.</li> <li>- Visual.</li> <li>- Gusto/Olfato.</li> <li>- Funciones motoras dependientes del procesamiento sensorial.</li> <li>- Praxis/Dispraxia.</li> <li>- Desarrollo postural.</li> </ul>

Distintas condiciones médicas subyacentes pueden predisponer al niño a diferentes tipos de malestar y limitaciones motrices que condicionan las interacciones con el entorno y dificultar las relaciones.

El desarrollo del lenguaje y del habla requiere del funcionamiento coordinado de diferentes partes del sistema nervioso y neuromuscular. Es necesario percibir sonidos y orientarse a ellos, interpretarlos, y ser capaz de realizar los movimientos y gestos necesarios para responder. La aparición del lenguaje depende también de las emociones: motivos y deseos que dan sentido a la comunicación. En conjunto con las habilidades de procesamiento auditivo y de lenguaje, contribuyen a la habilidad de orientarse al mundo de los sonidos, de formar una sincronía afectiva y vocal, de utilizar sonidos para establecer relaciones de dos vías, de compartir significados mediante gestos y palabras, de combinar palabras para compartir experiencias de manera simbólica y finalmente, para establecer interacciones simbólicas con otros, en este orden. (5)

A medida que crece el niño pequeño puede relacionar símbolos y acciones con emociones e intenciones y desarrolla un rango mayor de emociones. Gradualmente puede experimentar y expresar esas emociones, que van desde el placer, curiosidad y dependencia a la rabia, celos y agresión de manera más diferenciada y estable. (4) Al hablar de procesamiento afectivo se hace alusión a la amplitud del rango emocional y al manejo que cada persona hace del mismo (tolerancia a determinadas emociones, tendencia al enfado, evitación de emociones concretas).

Las capacidades visoespaciales son integradas al funcionamiento cognitivo y emocional para permitir al niño entender su experiencia del espacio y orientar su cuerpo en una variedad de situaciones. El proceso de desarrollo de estas capacidades se da de manera simultánea y secuencial. Incluyen la conciencia y el sentido del propio cuerpo y sus posibilidades de movimiento, el reconocimiento de la relación de las distintas partes del cuerpo entre sí y la ubicación del cuerpo como un todo en el espacio, la relación de los objetos consigo mismo y entre otros objetos y personas, la conservación del espacio, el razonamiento visual lógico y el pensamiento

representacional. El desarrollo de estas capacidades es esencial para el desarrollo emocional, cognitivo y para el aprendizaje. (5)

El procesamiento sensorial y regulatorio se refiere al manejo por parte del sistema nervioso de la información que le llega a través de los siete sentidos y es procesada e integrada para ser utilizada en acciones con propósito. Regulación o modulación se refiere a la habilidad de graduar la intensidad y la naturaleza de su respuesta a las sensaciones. Las diferencias de modulación se clasifican, de acuerdo con este modelo, en tres subtipos dependiendo del tipo de respuesta a los estímulos y de la estrategia conductual usada por el niño para lidiar con ella. Algunos niños respuesta exagerada a los estímulos sensoriales, y por consiguiente reaccionan de manera más intensa, más rápidamente y por más tiempo que otros niños, con respuestas conductuales que van del miedo y la evitación al negativismo y la obstinación. Otros son hipo-responsivos a las experiencias sensoriales y parecen en general tranquilos y pasivos, necesitando estímulos de gran intensidad y duración para orientarse a ellos y responder. Otro grupo de niños, identificado en relación a su conducta respecto de las experiencias sensoriales, son activos y buscadores de sensaciones, saltando, chocando con objetos, corriendo, tirando, empujando o colgando su cuerpo u objetos.

Los problemas de discriminación sensorial se relacionan con la habilidad de descifrar las características temporoespaciales de las sensaciones y ocurren en los sistemas vestibular/propioceptivo, táctil, auditivo, visual y tacti-gustativo.

Las dificultades posturales y la dispraxia son dos tipos de problemas motrices de base sensorial. El primero se relaciona con dificultades para estabilizar su tronco durante actividades de movimiento o durante posturas estáticas y la segunda con las planear, secuenciar y ejecutar movimientos novedosos. Se caracteriza por movimientos poco coordinados o torpes en las áreas de motricidad gruesa, fina y oral. (5)

### **3.3. Relaciones: estilos de interacción de adultos y niños**

Desde este apartado se busca el poder ayudar a las familias a adaptar sus propios estilos relacionales

y tendencias al perfil individual y estilo de cada niño/a, para potenciar su desarrollo. Para ello, inicialmente hay que identificar los estilos relacionales de los adultos, unos más favorecedores que otros (depresivo, sobre protección, sobre involucración, desapegado hostil o agresivo, etc.) y los de los niños (cauteloso, opositorista, aislado, ensimismado, impulsivo, etc.). (6)

#### 4. Intervención desde el modelo DIR- Floortime

La metodología principal del Modelo DIR se denomina Floortime. Se trata de una técnica sistemática que, a través del juego espontáneo y mediante el planteamiento de desafíos adecuados, estimula el desarrollo las CEF. Destaca por el apoyo que ofrece a las familias para que sean ellas quienes establezcan interacciones lúdicas favorecedoras del desarrollo (regulación, vinculación, comunicación de emociones e ideas, etc.). (7)

Los principios de Floortime descritos a continuación permitirán encuentros positivos, cargados de afecto, emoción y motivación que potencian aprendizajes sólidos gracias a la gran cantidad de conexiones neuronales que se originan:

- Realizar varias sesiones diarias de al menos 20´ con dedicación plena.
- Seguir el liderazgo del niño/a.
- Construir sobre sus intereses.
- Construir de abajo hacia arriba, de las capacidades iniciales a las posteriores.

El principal objetivo que se persigue es el crear relaciones placenteras y conexión (engage), poniendo el foco en la motivación intrínseca y en las emociones versus conducta. El rol de adulto será el de interactuar y favorecer y no el de entretener o enseñar.

En lo relativo a las estrategias, podemos encontrar unas comunes y otras específicas para potenciar el desarrollo de cada CEF. La empleo de unas y/u otras dependerá del perfil individual. A continuación se mencionan algunas de las estrategias más utilizadas:

- Usar actividades altamente motivadoras.

- Uso del afecto para captar la atención e interés: expresiones faciales, gestos corporales, expresiones verbales.
- Imitar, deshacer, obstruir de forma placentera el juego.
- Ajustar el ritmo de la interacción al niño.
- Presentar un problema para que el niño lo resuelva, no enseñar la solución.
- Empatizar con el tono emocional del niño.
- Usar un patrón de respuesta rítmica y predecible, y luego introducir un cambio.
- Unirse al juego perseverativo y hacerlo interactivo.
- Tratar todo lo que el niño hace como intencional.

En cuanto al setting, se puede llevar a cabo en cualquier entorno (colegio, centros de terapia, parques, hogar, etc.), teniendo en cuenta las necesidades y preferencias concretas de cada niño y siempre empezando en espacios que aporten mayor seguridad para ir progresando hacia otros más desafiantes. También existe una progresión en cuanto a las personas que van a hacer Floortime. Siguiendo la línea en cuanto a los espacios, inicialmente es recomendable que empiecen a jugar los adultos más referentes, para evolucionar a juego con adultos menos conocidos, jugadores expertos (niño mayor sin dificultades) hasta llegar a los iguales.

Además, un plan de intervención completo podrá incluir: actividades motoras, visoespaciales y sensoriales, actividades semi-estructuradas, terapias específicas, intervención médica y nutricional, etc.

Por tanto, nos encontramos ante un completo marco teórico que respalda el desarrollo infantil, tanto en situaciones de dificultad como en desarrollo típico y que aporta las bases para una intervención acorde a las necesidades de la infancia.

### Contacto

Vanessa Casals Hierro.

Centro MOA- Afecto en Movimiento • C/ Pimentero, 31 Local • Las Palmas de Gran Canaria  
vane@afectoenmovimiento.com • Tel. 676 884 676

Judith Abelenda.

Asociación Kulunka • Calle Castillo de Eskibel 4, Vitoria Gasteiz.  
judith@kulunka.org • Tel. 634 715 391

### Bibliografía

- (1) Breinbauer C. Fortaleciendo el desarrollo de niños con necesidades especiales: Introducción al Modelo DIR y la terapia Floortime o Juego Circular. Transiciones. *Revista de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes*. No 11, 2006.
- (2) The Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders. Clinical Practice Guidelines. Redefining the Standards of Care for Infants, Children, and Families with Special Needs: Bethesda (MD) ICDL; 2000.
- (3) Greenspan SI, DeGangi G, Wieder S. The Functional Emotional Assessment Scale (FEAS) for Infancy and Early Childhood: Bethesda (MD) ICDL; 2001.
- (4) Greenspan SI, Wieder, S. *Infant and Early Childhood Mental Health. A Comprehensive Developmental Approach to Assessment and Intervention*. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2006.
- (5) The Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders. ICDL-DMIC, Diagnostic Manual for Infancy and Early Childhood, Mental Health, Developmental, Regulatory-Sensory Processing, Language and Learning Disorder: Bethesda (MD) ICDL; 2005.
- (6) Greenspan SI, Thorndike Greenspan, N. *Las primeras Emociones: Las Seis Etapas Principales Del Desarrollo Emocional Durante Los Primeros Años De Vida*. Buenos Aires: Paidós; 2000.
- (7) Greenspan SI, Wieder S. *The Child with Special Needs*. Cambridge (MA): Perseus Books; 1997.

• Recibido: 8-9-2012.

• Aceptado: 13-10-2012.

# Intervención centrada en la persona, basada en la ocupación. A propósito de María.

## *Person-centred, occupation-based intervention. About Maria.*

Raquel Plata. Terapeuta ocupacional.

Hospital de día de Basauri (RSMB, Servicio Vasco de Salud-Osakidetza).

**Resumen:** La ocupación, parte esencial del ser humano, es considerada un factor importante en la recuperación de personas con Trastorno Mental Grave (TMG). En este artículo se expone la práctica centrada en la ocupación, sus características generales y parte de la investigación que existe sobre ella. De igual manera, se describe la intervención centrada en el cliente o en la persona. Ambos enfoques se encuentran estrechamente relacionados con los pilares básicos de la terapia ocupacional. Y en la parte final del artículo se describe un caso, María, que sirve para ilustrar la puesta en práctica y sinergia de estos dos enfoques.

**Palabras clave:** Práctica centrada en la persona, terapia ocupacional, rehabilitación psicosocial, Medida Canadiense de Rendimiento Ocupacional.

**Abstract:** Occupation, an essential part of the human being, is considered to be an important factor in the recovery of people with Severe Mental Disorder (SMD). This article describes the occupation-based practice, its general characteristics and part of the research that has been carried out regarding occupational therapy. Likewise, it highlights the client-centred therapy. Both approaches are related to the basic principles of occupational therapy. Finally, the article shows a case of a client called Maria, where the two approaches are put into practice and shown to work well together.

**Key words:** Client-centred practice, occupational therapy, psychosocial rehabilitation, Canadian Occupational Performance Measure.

### Introducción

El entendimiento y uso de la ocupación como factor importante de la salud y como tratamiento para la enfermedad mental tiene una larga historia. Parte esencial en el ser humano desde sus comienzos, es considerada una de las áreas principales en la recuperación de personas con trastorno mental grave<sup>(1-7)</sup>.

Décadas de estudio y experiencia, y la proliferación de investigaciones al respecto desde diferentes ámbitos, especialmente desde la Ciencia de la Ocupación y la Terapia Ocupacional, muestran la importancia que ésta tiene en el desarrollo humano<sup>(7)</sup>.

Ocupación es el término que se usa para describir todas las cosas que la gente hace en su vida diaria, incluyendo el cuidado de sí mismo y de otros, trabajar, aprender, jugar, crear, interactuar con los otros. Es central en la existencia de los individuos, de los grupos y de las comunidades. Es el mecanismo por el cual las personas se mantienen en el mundo y desarrollan sus potenciales. A través de lo que hacemos, las personas desarrollamos habilidades, ejercitamos capacidades, interactuamos con otros, y nos adaptamos a las circunstancias y a los diferentes requerimientos del ambiente. Mediante la ocupación expresamos quiénes somos, ante los demás y ante nosotros mismos<sup>(8)</sup>.

El hecho de que una persona participe en ocupaciones significativas, se desempeñe en actividades de autocuidado, productivas, educativas, lúdicas o de ocio, además de la preservación de capacidades, facilita su integración en la comunidad, la inclusión social y la participación como ciudadano, favoreciendo los vínculos sociales y culturales; contribuye a la construcción de su propia identidad, y promueve su desarrollo y sensación de bienestar<sup>(1, 7-11)</sup>.

El que las personas mantengan una rutina ocupacional satisfactoria con significado y valor para ellas mismas, estructura el tiempo y crea sensación de propósito y dirección en la vida<sup>(8)</sup>. Tal como Wilcock expresa<sup>(7)</sup>, el significado, el propósito y la libertad de elección son conceptos fundamentales para el valor intrínseco, la calidad de vida y el bienestar.

Podemos decir, en definitiva, que el hecho de participar en ocupaciones significativas y de contribuir en la comunidad favorece el bienestar y, por ende, la calidad de vida y la salud de las personas<sup>(1, 7, 8, 12-14)</sup>.

### **Papel de la ocupación en el proceso de recuperación**

Si una persona es privada de actividad, por la razón que sea (enfermedad, contexto social, pobreza...), su salud física y psicológica pueden verse afectadas. Son diversos los estudios que se han centrado en la importancia de la participación de personas con enfermedad mental en ocupaciones diarias, especialmente las percibidas como significativas, estableciendo su relación con la construcción de la identidad personal y social, con la sensación de bienestar, el sentimiento de normalidad, de logro y responsabilidad, la estructuración del tiempo, la creación de rutinas, y la conexión con los demás<sup>(10, 15-20)</sup>.

En muchas ocasiones encontramos que el estilo de vida de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), especialmente con esquizofrenia, está generalmente dominado por un bajo nivel de ocupaciones diarias significativas, por un déficit persistente en múltiples áreas (trabajo, vida independiente, participación en actividades comunitarias, funcionamiento interpersonal)<sup>(4, 6, 21)</sup>, y por el empleo de gran parte del tiempo en actividades de ocio pasivas y/o de descanso<sup>(18, 20)</sup>. Esto puede

asociarse con un pobre equilibrio ocupacional, baja sensación de bienestar y calidad de vida<sup>(18)</sup>, y un empeoramiento de su enfermedad mental<sup>(22)</sup>. En la denominada rehabilitación psicosocial existe suficiente evidencia sobre la importancia del uso de la ocupación y el desempeño en actividades diarias como eje organizativo para el proceso de recuperación<sup>(3, 23)</sup>.

Es necesaria, por tanto, una intervención enfocada a ayudarles a desarrollar ocupaciones significativas<sup>(10, 15, 20)</sup>, conocer lo que las personas con enfermedad mental perciben como importante y con sentido en sus vidas, especialmente para entender sus prioridades e identificar los factores de importancia para su recuperación<sup>(7)</sup> y, en este contexto, contemplar la influencia que el desempeño ocupacional significativo tiene.

Centrándonos en la perspectiva de la ocupación como método de tratamiento e intervención, ésta puede enfocarse desde diversas modalidades; como fin en sí misma, como medio para el desarrollo y recuperación, como agente para la salud y la prevención de la enfermedad<sup>(1)</sup>. Estas modalidades se llevan a cabo mediante el uso de diferentes técnicas, métodos y dinámicas.

Aunque aún se requiere de mayor investigación que apoye la evidencia de la efectividad de programas centrados en la ocupación, las publicaciones realizadas hasta la fecha, y la experiencia de varias décadas, muestra que éste es un área importante en la recuperación de las personas con enfermedad mental.

Algunos de los estudios más recientes así lo apoyan. Cardoso et al.<sup>(23)</sup> realizaron un estudio controlado y randomizado con 26 personas con esquizofrenia refractaria a tratamiento antipsicótico en un programa ambulatorio. En él combinaron el tratamiento farmacológico con un programa de terapia ocupacional (grupal e individualizado) durante una duración de 6 meses. Los resultados obtenidos, aunque no concluyentes por la escasez de este tipo de investigaciones y el tamaño de la muestra, evidenciaron su efectividad sobre el desempeño ocupacional y las relaciones interpersonales, en especial a partir del 4<sup>º</sup> mes.

Legault y Rebeiro<sup>(24)</sup>, mediante un estudio cualitativo de caso único, concluyeron que a través

de la posibilidad de elección y oportunidad para participar en ocupaciones significativas, personas con esquizofrenia mejoraban la sensación de bienestar, el sentido de logro personal, y reducían sustancialmente las limitaciones percibidas para la participación.

Goldberg et al.<sup>(25)</sup> realizaron un estudio con 32 personas atendidas en programas de salud mental comunitaria, y encontraron correlación entre el desempeño en ocupaciones significativas con una mayor calidad de vida y satisfacción.

Dunn et al.<sup>(17)</sup> analizaron la percepción que 23 personas con TMG tenían sobre el trabajo y los efectos en su recuperación; describieron diversos beneficios, en especial, el trabajo como significado personal y como promotor de la recuperación.

Estos estudios representan una muestra de la presencia que tiene la ocupación como factor importante en la recuperación de personas con trastorno mental grave que, unido con la experiencia diaria, nos encamina hacia un campo con cada vez mayor evidencia científica, animándonos a continuar explorando esta vía.

## Terapia ocupacional centrada en la persona<sup>1</sup>

La promoción de la salud, concepto que emergió en los años 80, sentó los fundamentos por los cuales los usuarios deben ser involucrados en los sistemas sanitarios y responsables de su propia salud. La OMS lo definió como el proceso por el cual las personas aumentan el control y la mejora de su salud.

El reconocimiento de la importancia de estos conceptos ha facilitado la integración de diferentes programas dirigidos a la concienciación y al mayor conocimiento de la población. A partir de la década de los 90 surgen los grupos de usuarios y de autoayuda, fuera de los entornos profesionales. Los derechos del consumidor, los derechos humanos y la revolución tecnológica también han contribuido al desarrollo de perspectivas como la práctica centrada en el cliente<sup>(26)</sup>. Y a esto hay que añadir la influencia que

la OMS está ejerciendo en las políticas y programas de salud mental actuales promoviendo la necesidad de tener en cuenta las preferencias, necesidades, intereses y capacidades de la persona<sup>(27, 28)</sup>. Existe, por tanto, un progreso de las prácticas sanitarias hacia enfoques que involucran al paciente y promueven la autodeterminación. Según Farkas<sup>(29)</sup>, la rehabilitación psiquiátrica debe basarse en la elección, la relación de asociación terapeuta-paciente, y la recuperación.

El enfoque centrado en la persona ha sido descrito por diversos autores, y enmarcado en diferentes disciplinas. Uno de los pioneros fue Carl Roger, quien propuso el reconocimiento de los valores culturales únicos de cada persona. Según él, el rol del terapeuta es el de facilitador en la resolución de problemas mediante una terapia no directiva<sup>(30)</sup>.

Engranándolo con la ocupación, los valores y creencias de la terapia ocupacional apoyan un enfoque centrado en la persona, enfatizando siempre su responsabilidad y participación activa a lo largo del proceso terapéutico. Facilita el empoderamiento y la conexión con la sociedad como parte de un plan individual de recuperación<sup>(31)</sup>.

Si ahondamos además en los diferentes modelos teóricos que guían el proceso de recuperación desde la terapia ocupacional, podemos encontrar conceptos comunes muy relacionados con esta práctica, como es el respeto por las elecciones que la persona y su familia hace, el énfasis en la comunicación centrada en la persona, la provisión de información, aceptación de la responsabilidad última por parte del usuario y las familias en la toma de decisiones sobre sus ocupaciones diarias, facilitación de la participación, prestación de servicios flexibles e individualizados, promoción de la resolución de problemas e importancia de la relación persona-entorno-ocupación<sup>(30, 32)</sup>.

Según Sumsion, el enfoque de terapia ocupacional centrada en la persona se basa en una relación entre el terapeuta y el usuario, donde es este último a quien se responsabiliza para que se ocupe de su desempeño funcional y realice sus roles ocupacionales en una variedad de entornos. La persona participa activamente en el establecimiento de objetivos, que son dotados

<sup>1</sup> Se ha utilizado el término *práctica centrada en la persona*, aunque en la mayoría de los documentos consultados aparece como *centrada en el cliente* (en inglés *client-centred practice*).

de prioridad, hallándose en el centro de la evaluación y la intervención. A lo largo del proceso el terapeuta escucha y respeta sus necesidades, y le ayuda a tomar decisiones, siempre previamente informadas<sup>(26)</sup>. Es necesaria la construcción de una alianza terapéutica como eje del proceso de intervención, donde el terapeuta está disponible para ayudarlo guiando, asistiendo o facilitándole la participación<sup>(24)</sup>.

Se han descrito algunos resultados positivos asociados con la implementación de este tipo de enfoques, tales como aumento de la satisfacción, aumento de la adherencia e implicación por parte de la persona con el programa de tratamiento, reducción de la duración de la estancia en los recursos de rehabilitación y mejora de los resultados funcionales<sup>(33)</sup>.

Una de las herramientas que más se está utilizando en la práctica y en investigaciones recientes con enfoque centrado en la persona en relación al desempeño ocupacional es la COPM (Canadian Occupational Performance Measure). Esta evalúa y mide el cambio en el desempeño ocupacional y en el grado de satisfacción<sup>(34, 35)</sup>.

Es interesante el uso de herramientas de evaluación de este tipo porque, además de medir el progreso desde el punto de vista del usuario, puede orientarnos hacia evaluaciones funcionales relacionadas con su propia visión y significado, y no solamente mediante el uso de sistemáticas listas de conducta<sup>(29)</sup>.

Son diversos los estudios realizados que han utilizado la COPM para valorar aspectos como la efectividad en la autoidentificación de problemas, establecimiento de objetivos, implementación de intervención centrada en la ocupación, como medida de cambios significativos tras la intervención. Aunque son cada vez más los artículos publicados que muestran los resultados de su uso, en salud mental aún es escasa la investigación al respecto. Sin embargo, los resultados obtenidos hasta el momento son prometedores y aportan evidencia sobre este tipo de intervenciones (Waters 1995, Cresswell 1998, Boyer 2000, Pan 2003)<sup>(35)</sup>.

Una de las investigaciones más recientes al respecto es la de Schindler<sup>(36)</sup>, quien publicó en 2010

los resultados de un estudio que se centraba en comprobar la efectividad de un programa de terapia ocupacional centrado en el cliente y en la ocupación para personas con diagnósticos psiquiátricos. En él participaron 38 personas, con diversos diagnósticos. El programa se desarrolló en 4 semestres y se utilizó la COPM para valorar el desempeño ocupacional, establecer los objetivos y medir el resultado de la intervención. También se utilizó la Participant Overall Satisfaction Scale para valorar el nivel de satisfacción con el programa. Los resultados que se obtuvieron demostraron una mejora estadísticamente significativa en desempeño y satisfacción con respecto a las ocupaciones detectadas. La parte cualitativa de la COPM apoyó los resultados cuantitativos. Los objetivos marcados estaban relacionados con las áreas de autocuidado, productividad y ocio, en especial vocacionales y educativos. La evaluación de satisfacción que se les realizó apoyó la importancia de centrarse en la persona y en la ocupación, valorando con puntuaciones altas las características de este enfoque.

Estos resultados animan desde luego a continuar diseñando investigaciones en esta línea, y a incorporar este tipo de intervención en nuestra práctica diaria.

A continuación se describirá parte del proceso de recuperación de María, como muestra de la puesta en práctica conjunta de estos dos enfoques: centrado en la persona y en la ocupación.

### A propósito de María<sup>2</sup>

María es una mujer de 33 años que es derivada al hospital de día de Basauri (RSMB, Osakidetza) con orientación de rehabilitación sociolaboral, tras un ingreso hospitalario que precisó por encontrarse en situación aguda, con síntomas delirantes hacia los padres. Aunque en el momento del ingreso no lo presentaba, es significativo en su enfermedad el padecimiento de dolores intensos, no explicados por causas orgánicas, que ella predice con meses de antelación y que le paralizan y aterrorizan. Presenta un diagnóstico médico de esquizofrenia paranoide, que comienza con síntomas hace 9 años.

<sup>2</sup> Se ha utilizado el nombre de "María" de manera ficticia para proteger la identidad de la persona sobre la que se escribe. El artículo ha sido escrito con su consentimiento informado.

### *Resumen de la evaluación ocupacional inicial*

Durante las primeras semanas se realiza la evaluación del desempeño ocupacional de María, para lo que se utilizan diferentes herramientas, además de la observación clínica en diversas situaciones, actividades y ambientes (en el propio centro, en su hogar y en distintos recursos de la comunidad).

María vive con sus padres, en un pueblo pequeño, aunque cercano a una ciudad. Tiene un hermano mayor con el que se lleva bien y con quien realiza algunas actividades de ocio, como ir al cine y a pasear. El ambiente de pueblo en el que vive hace que se conozcan todos los vecinos, lo que en ocasiones a ella le limita debido a las ideas referenciales que muestra hacia ellos. Además cuenta con menos recursos comunitarios, teniéndose que desplazar a otros lugares para poder acceder a ellos (oficina de empleo, bibliotecas, centros cívicos, tiendas, servicios sociales, servicios sanitarios especializados, como es la consulta de psiquiatría...). Para ello existe transporte público, aunque con poca frecuencia, lo que le lleva a tener que usar el coche.

En el período inicial María presentaba dificultades en varias áreas del desempeño ocupacional. Siguiendo la escala EVDO (Escala de Valoración del Desempeño Ocupacional), presenta puntuaciones susceptibles de intervención en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVDI), esparcimiento/juego, trabajo y participación social.

En relación a las AVD Básicas, realiza prácticamente sin dificultad la mayoría de las actividades, aunque ella destaca problemas en algunas, como la higiene personal (a pesar de observarse hábitos adecuados, ella no está satisfecha y desearía cambiar ciertos aspectos). Hay que decir que, debido a su sobrepeso, presenta ciertas dificultades motoras para algunas tareas, como realizar la higiene de algunas partes del cuerpo, atarse los cordones...

Las AVD Instrumentales han puntuado más bajo que las Básicas. No presenta dificultades significativas para el manejo del dinero, aunque sí tiene una tendencia a no administrarlo bien (es la madre quien lo controla, pues María tiende a realizar compras de manera indiferenciada,

no planificadas y no siempre en base a sus necesidades). Utiliza sin problemas diferentes transportes públicos y conduce su propio coche (sobre esto hay que decir que ella expresa no querer usar el coche pues se siente insegura, y ha recibido numerosas multas por exceso de velocidad, que le suponen un gran esfuerzo económico). Muestra dificultades para utilizar recursos en la comunidad, para el arreglo del hogar y para la preparación de comidas. Estas actividades son importantes para ella, y expresa desear ser más autónoma y colaborar en más tareas del hogar, que por otro lado mejorarían las relaciones con su madre (describe el hecho de no colaborar como objeto de discusiones con ella).

En cuanto al área de ocio (esparcimiento/juego), aunque al inicio del programa eran escasas las actividades que realizaba, sí era capaz de identificar intereses por, además, una variedad de actividades de distinto tipo (deportivas, culturales, artísticas, de carácter social). Inicialmente su actividad de ocio principal era ir en ocasiones al cine con el hermano o dar algún paseo, y realizar de manera esporádica algunas creaciones con maquillajes como pintura.

En el área formativa, María ha finalizado estudios de bachillerato, cursando y obteniendo el título de Técnico superior de animación de actividades físicas y deportivas. Aunque ha conseguido finalizar todos los cursos, lo ha hecho con bastante esfuerzo y repitiendo en diversas ocasiones. Desde entonces no ha vuelto a realizar ninguna actividad de carácter formativo, ni muestra interés por hacerlo.

Su experiencia laboral es amplia y casi todos los trabajos los describe bajo situación de malestar, condicionada por la enfermedad. Ha trabajado cuidando niños, limpiando casas, como camarera en fines de semana, operaria, representante comercial y distribuidora, en una asesoría (este ha sido el contrato más largo, dos años), camarera en una residencia de ancianos los fines de semana, y en una copistería.

En el momento de la evaluación éste no era un área pertinente como objetivo inmediato de trabajo, que a medida que María ha ido encontrándose mejor se ha comenzado a explorar en mayor profundidad. Ella se siente vulnerable y

no capacitada para trabajar, no en condiciones normales, pero sí podría valorar la posibilidad de encaminarse hacia un empleo protegido o a alguna ocupación laboral adaptada a sus características: jornada reducida, tareas no con gran requerimiento físico (es muy vulnerable al cansancio y sensaciones físicas, que asocia con las ideas delirantes relacionadas con su cuerpo).

En relación a la participación social, inicialmente realizaba pocas actividades insertas en la comunidad; sus ocupaciones estaban casi exclusivamente enlazadas con la familia (dentro del hogar principalmente, con la madre a veces en el pueblo, y con el hermano para algunas de ocio), y pocas actividades con amigos. Había dejado de salir con algunas amistades y prefería quedarse en su casa (expresaba ideas referenciales por parte del vecindario y bajo autoconcepto sobre su capacidad de relación con otros). A pesar de ello, sí reconoce roles sociales y muestra interés por retomar esa participación.

Analizando a María en relación a diferentes componentes y requisitos para el desempeño ocupacional, encontramos que estas limitaciones descritas están condicionadas por los déficits que muestra en funciones relacionadas con la energía (motivación, intereses), funciones mentales específicas, en concreto con el mantenimiento de la atención, el contenido y el curso del pensamiento, y experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo.

Asimismo, también como consecuencia de un déficit en las destrezas motoras (se encontraba en baja forma física y con sobrepeso, lo que le lleva a cansarse fácilmente y a no poder realizar algunas actividades que requieren cierta flexibilidad motora), destrezas cognitivas (muestra dificultad para planificar y gestionar el desempeño de actividades que no realiza habitualmente), destrezas de comunicación y sociales (la interacción social estaba limitada por el contenido de su discurso, que inicialmente era incoherente, y por su tendencia al aislamiento debido a las ideas delirantes).

En relación a los patrones de ejecución, María muestra falta de rutinas; realiza las tareas básicas de la vida diaria pero de manera no organi-

zada, pasando bastante tiempo tumbada y sin ocupaciones concretas que le marquen un ritmo. Mantiene hábitos básicos totalmente aceptables según normas generales, que sin embargo ella describe como ineficaces e insuficientes. Colabora en las tareas del hogar pero sin una estructura temporal, y parece que muchas veces tras la demanda de la familia. Además, parece haber una distorsión entre la percepción que ella tiene en su desempeño en general y el resultado que obtiene, tendiéndolo a calificar de manera negativa cuando objetivamente se observa un buen resultado.

#### *Intervención realizada*

En lo que respecta a terapia ocupacional, se han realizado dos tipos de intervenciones con María:

- Participación en los diferentes grupos terapéuticos diseñados para abordar las diferentes áreas ocupacionales, y factores y destrezas necesarias para su desempeño.
- Intervención individual centrada en la persona y en la ocupación.

Por lo general, en nuestra comunidad la mayoría de las intervenciones realizadas desde el ámbito de la terapia ocupacional en salud mental tienen un carácter grupal, en contraste con lo que ocurre en otros países, donde existe una fuerte influencia de las intervenciones individuales<sup>(37)</sup>. La experiencia nos lleva a considerar el beneficio y riqueza que supone combinar ambas, premisa sobre la que se ha basado este caso.

El inicio del tratamiento fue exclusivamente grupal, siempre en base a sus características individuales, que marcaban parte de los objetivos de las sesiones y se enfocaban, desde el trabajo en grupo, a mejorar las diferentes áreas ocupacionales.

A medida que fue encontrándose mejor, que psicopatológicamente estaba más estable, se comenzó a trabajar individualmente con ella. A modo de resumen sobre cómo ha sido su proceso ocupacional, podemos decir que en general ha habido una notable mejoría y cambio en María. Ha participado en todos los grupos de manera activa, mostrando mejoría en las destrezas motoras, cognitivas, de comunicación y sociales, convirtiéndose además en parte activa y dinámica del

grupo. Ha ido adquiriendo patrones de ejecución más eficaces, estableciendo rutinas y hábitos que le han ayudado a organizar el tiempo y a encontrarse más satisfecha.

En las intervenciones individuales, para ir evaluando y dirigiendo su propio proceso de recuperación, se utilizó la COPM. Inicialmente se establecieron objetivos relacionados con una mejora de la higiene personal, organización de su ropa, actividades de ocio dentro del hogar, y activación física.

Se estableció un plan de trabajo semanal con ocupaciones concretas. Ella fue quien marcó el ritmo y cantidad de actividades que consideraba podía llevar a cabo. Así, por ejemplo, para el objetivo relacionado con la activación física, tras explorar su entorno y ver las posibilidades que tenía, comenzó a utilizar una cinta mecánica que desde hace tiempo estaba en su casa pero no usaba. Se hizo un análisis de su capacidad física inicial para establecer el programa con el que comenzar (tiempo y resistencia), y que ella progresivamente fue aumentando. A medida que se fue encontrando más activada, abandonó esta actividad, cambiándola por salidas y paseos por los alrededores de su pueblo.

El objetivo de mejora de su higiene corporal, aunque no se observaban problemas en este área, ni siquiera tras la descripción que hacía sobre cómo era su desempeño, resultaba un área importante para ella, pues consideraba que no era suficiente y desde luego no satisfactorio (deseaba mejor higiene corporal y no necesitar limpiarse el pelo con la frecuencia con la que tenía que hacerlo, que le parecía demasiado). Para esto establecimos un plan sobre cómo hacerlo mejor, readaptando la actividad y exploramos diversos productos para el pelo que le permitieran menor frecuencia de lavados.

Para la organización de la ropa se observaron ciertas dificultades prácticas, en especial para planificar y organizar la actividad. Se realizaron intervenciones en el hogar y se le ayudó inicialmente utilizando diversas estrategias y técnicas (análisis de la actividad, readaptación de tareas, encadenamiento hacia delante...), de manera que comenzara y adquiriera una rutina que después fuera capaz de mantener.

También se le proporcionaron recursos necesarios para su desempeño, como es el caso de libros adecuados a sus intereses y características cognitivas para la lectura como ocio dentro del hogar. Cuando comenzó a ser capaz de leer libros completos, comenzó a utilizar recursos comunitarios (como las bibliotecas de su alrededor) para obtener otros que fueran de su interés y no necesitar que se los proporcionáramos.

Este plan fue revisado semanalmente durante cuatro meses. Tras este período se reevaluaron los objetivos. Los resultados de la COPM objetivaron mejoría tanto en desempeño (3,6 puntos) como en satisfacción (4 puntos). Explicar que superior a 2,5 puntos está considerado cambio clínicamente significativo<sup>(95)</sup>. Ver tabla I.

**Tabla I. Resultados de la COPM en el período de 6 meses**

	Inicial	Tras 4 meses	Diferencia
Desempeño	2,8	6,4	3,6
Satisfacción	3,0	6,0	4,0
	Inicial	Tras 2 meses	Diferencia
Desempeño	1,8	5,0	3,2
Satisfacción	1,6	4,2	2,6

Tras considerar que algunos de los objetivos ya los había superado, quiso establecer nuevos, esta vez más relacionados con la limpieza del hogar y aumento de actividades de ocio en el hogar (comenzar a ver películas prestadas de la biblioteca). En el caso de las actividades del hogar hubo que hacer un exhaustivo análisis de cómo las realizaba para poder readaptar y ajustar tareas. El plan de trabajo se centró en estos nuevos objetivos y en mantener los anteriores que ella consideraba importantes. Se reevaluaron en un período de dos meses, obteniendo también una diferencia de 3,2 en desempeño y 2,6 en satisfacción. Ver tabla I.

A medida que ella iba ganando autonomía, poniendo en juego destrezas y habilidades, su desempeño ocupacional fue mejorando (actualmente sale con algunos amigos, usa recursos en la comunidad, realiza actividad física fuera del hogar -aunque no de manera sistemática-, se encarga de tareas del hogar de manera autónoma).

Se volvió a utilizar la escala EVDO para objetivar cambios en el desempeño ocupacional con respecto al inicio, y se observó que había mejorado en todas las áreas evaluadas (AVD Básicas, AVD Instrumentales y participación social). Todas puntuaban superior a 2. Esparcimiento y juego continuaba siendo un área deficitaria (1,6), aunque también había mejorado y puntuaba superior al valor inicial (1). Ver tabla II

Las áreas de formación y trabajo no fueron reevaluadas, pues no se había hecho intervención sobre ellas y la situación era similar a la inicial, quedando pendientes para comenzar a trabajarse (en el momento de escribir el artículo, María tenía un plan de alta a un recurso laboral, pero no se sentía con energía, con muchas dudas y estábamos replanteándonos un nuevo plan acorde a sus deseos).

**Tabla II. resultados de la evaluación del desempeño tras intervención. EVDO**

Áreas	Valoración Inicial	Valoración posterior a intervención
AVD Básicas	2,2	2,6
AVD Instrumentales	1,5	2,4
Esparcimiento/Juego	1,0	1,6
Participación Social	1,1	2,0

Puntuación máxima posible: 3.

Sólo áreas sobre las que se ha trabajado (formación y trabajo no fueron objetivos iniciales).

En los párrafos anteriores se ha descrito parte del proceso de recuperación ocupacional de una persona que presenta trastorno mental grave en el contexto de un hospital de día. Aunque se ha trabajado con ella grupalmente, en este artículo se ha hecho hincapié, describiendo con mayor detalle, la intervención individual centrada en la persona y basada en la ocupación.

Decir también que el trabajo realizado, aunque aquí expuesto desde el enfoque del terapeuta ocupacional, está totalmente inserto en un trabajo de equipo, en el que intervienen diferentes profesionales, y sin el cuál este proceso no hubiera sido posible. Y en total acuerdo con lo que algunos autores plantean, la práctica centrada en la persona sólo puede llevarse a cabo si existe un equipo que también la comparte, con una sinergia que parte de una filosofía común.

### Contacto

Raquel Plata.

Hospital de día de Basauri • C/Gaztela 1 bajo • 48970 Basauri (Bizkaia)

raquel.plataredondo@osakidetza.net

## Bibliografía

1. Moruno P, Talavera MA. (2012) Terapia ocupacional en salud mental. 1ªed. Barcelona: Elsevier-Masson.
2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N<sup>o</sup> 2007/05.
3. Modelo de atención a personas con enfermedad mental grave. Documento de consenso. (2006) Madrid: FEAFES (coord.).
4. Gisbert C, et al. (2002) Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos, 6.
5. Ward J. (2005) Adultos con enfermedades mentales. In Crepeau E, Cohn E, Schell B. eds. Willard & Spackman Terapia Ocupacional (10ªed., pp. 835-859) Madrid: Panamericana.
6. Bravo-Ortiz et al. (2011) Influence of type of treatment on the well-being of Spanish patients with schizophrenia and their caregivers. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 15(4):286-95.
7. Eklund M, Hermansson A, Håkansson C. (2011) [en línea] Meaning in life for people with schizophrenia: does it include occupation? *Journal of Occupational Science* 19(2): 93-105 Disponible en Web: <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2011.605833>
8. Recovering Ordinary Lives. The strategy for occupational therapy in mental health services 2007-2017. A vision for the next ten years. (2006) [en línea] College of Occupational Therapists. United Kingdom. Disponible en Web: <http://www.cot.co.uk/mental-health/recovering-ordinary-lives>
9. Goldberg B, Brintnell E, Goldberg J. (2002) The relationship between engagement in meaningful activities and quality of life in persons disabled by mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health* 18(2):17-44.
10. Eklund M, Hansson L, Bjerholm U. (2001) Relationships between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36:79-85.
11. Occupational therapy practice framework: domain and Process (2008) 2<sup>nd</sup> de. *Am J Occup Ther* 62:625-683.
12. World Health Organisation, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association (1986). Ottawa charter for health promotion. Ottawa, Canada.
13. Wilcock A, et al. (1997) The relationship between occupational balance and health: A pilot study. *Occupational Therapy International* 4(1):17-30.
14. Matuska, K. & Christiansen, C. (2008) A proposed model of lifestyle balance. *Journal of Occupational Science* 15:9-19.
15. Laliberte Rudman D. (2002) Linking occupation and identity: Lessons learned through qualitative exploration. *Journal of Occupational Science* 9:12-19.
16. Lin N, Kirsh B, Polatajko H, Seto M. (2009) The nature and meaning of occupational engagement for forensic clients living in the community. *Journal of Occupational Science* 16:110-119.
17. Dunn EC, Wewiorski NJ, Rogers ES. (2008) The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 32:59-62.
18. Leufstadius C. (2008) [en línea] Spending my time. Time use and meaningfulness in daily occupations as perceived by people with persistent mental illness. Doctoral dissertation. Department of Health Sciences, Division of Occupational Therapy and Gerontology. Lund University. Disponible en Web: <http://lup.lub.lu.se/lup/download?func=downloadFile&recordId=1149685&fileId=1149923>
19. Leufstadius C, Erlandsson LK, Björkman T. (2008) Meaningfulness in daily occupation among individuals with persistent mental illness. *Journal of Occupational Science* 19:27-35.

20. Urlic K, Primrose L. (2010) Exploration of the occupations of people with schizophrenia. *Australian Occupational Therapy Journal* 57:310-317.
21. Gupta M, Basset E, Iftene F, Bowie CR. (2012) Functional outcomes in schizophrenia: Understanding the competence-performance discrepancy. *Journal of Psychiatric Research* 46:205-211.
22. Bejerholm, V. (2004) Time use and occupational performance among persons with schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*, 20(1), 27-47.
23. Cardoso P, Dias A, Henna J, Elkis H. (2003) Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 25(1):26-30.
24. Legault E, Rebeiro KL. (2001). Occupation as means to mental health: a single-case study. *American Journal of Occupational Therapy*. 55(1): 90-96.
25. Goldberg et al. (2002) The relationships between engagement in meaningful activities and quality of life in persons disabled by mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 18(2), 17-44.
26. Sumsion T. (2006) Client-centred practice in occupational therapy. A guide to implementation. 2<sup>nd</sup> ed. Edinburgh: Churchill Livingstone.
27. Organización Mundial de la Salud. (2010) Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Versión 1.0.
28. Organización Mundial de la Salud. (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de las Salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
29. Farkas M. (2008) Rehabilitation in the 21<sup>st</sup> Century. Partnership not prescription. *INSIGHTS of the Regional Mental Health Care London and St. Thomas* Vol 5, N<sup>o</sup> 3. Disponible <http://www.sjhc.london.on.ca/sites/default/files/pdf/v5n3-2008.pdf>
30. Law M. (1998) Client-centered occupational therapy. Slack, Thorofare, NJ.
31. Corring DJ, Cook JV. (2006) Ask, listen and learn: what clients with a mental illness can teach you about client-centred practice. In Sumsion T. Client-centred practice in occupational therapy. A guide to implementation.(2<sup>nd</sup> ed. pp 107-122) Edinburgh: Churchill Livingstone.
32. Brown C.(2005) *Intervenciones en pacientes con enfermedad mental grave*. In Crepeau E, Cohn E, Schell B. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 10<sup>a</sup>ed. Madrid: Panamericana.
33. Maitra KK, Erway F. (2006) Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *American Journal of Occupational Therapy* 60:298-310.
34. Baptiste S. (2008) Client-centered assessment: The Canadian Occupational Performance Measure. In Hempill-Pearson. Assessments in Occupational Therapy Mental Health. A integrative approach. (2<sup>nd</sup> de. Pp 35-47).
35. Pollock N, McColl MA, Carswell A. (2006) The Canadian Occupational Performance Measure. In Sumsion T. Client-centred practice in occupational therapy. A guide to implementation.(2<sup>nd</sup> ed. pp 161-176) Edinburgh: Churchill Livingstone.
36. Schindler VP. (2010) A client-centred, occupation-based occupational therapy programme for adults with psychiatric diagnoses. *Occup. Ther. Int.* 17:105-112.
37. Aameraal MA, Coppers J. (2012) Understanding living skills: first steps to evidence-based practice. Lessons learned from a practice-based journey in the Netherlands. *Occup. Ther. Int.* 19:45-53.

- Recibido: 25-9-2012.
- Aceptado: 16-10-2012.





# FORMACIÓN CONTINUADA



# Análisis funcional de casos psiquiátricos: su utilidad en la comprensión de la patología.

## *Functional analysis of psychiatric cases: its usefulness in understanding the pathology.*

Juan Antonio Becerra García. Psicólogo.

Departamento de Psicología. Universidad de Jaén.

**Resumen:** El análisis funcional es un conjunto de hipótesis y juicios clínicos de las conductas problema del paciente sus relaciones y las variables que les afectan. Este análisis se ha utilizado principalmente como un instrumento de planificación del tratamiento. El objetivo del trabajo fue examinar si este análisis es también útil para ayudar a la persona en la comprensión de su patología. Se realizó el análisis de dos casos, ambas participantes manifestaron una mejor comprensión de su patología tras presentarles un análisis funcional de sus principales conductas problema. En conclusión, un análisis funcional individualizado, presentado esquemáticamente y de fácil comprensión puede ser útil para complementar la psicoeducación que recibe el paciente durante el tratamiento.

**Palabras clave:** Análisis funcional, psicoeducación, psicopatología, estudio de casos.

**Abstract:** Functional analysis is a set of hypotheses and clinical trials of patient problem behaviors and relationships variables affecting them. This analysis has been used primarily as a tool for treatment planning. The objective was to examine whether this analysis is also useful to help people in understanding their pathology. Analysis was performed in two cases; both participants expressed a better understanding of their disease after presenting a functional analysis of its main problem behaviors. In conclusion, an individualized functional analysis presented schematically and easily understood may be useful to supplement psychoeducation that the patient receives during treatment.

**Keywords:** Functional analysis, psychoeducation, psychopathology, case studies.

### Introducción

El análisis funcional, o formulación clínica de casos, podría describirse como un conjunto de hipótesis y juicios clínicos de los problemas de comportamiento (o conductas problema) del paciente y sobre las relaciones funcionales que existen entre estos problemas, las variables que afectan a dichos problemas y a los objetivos de tratamiento (1, 2). De una forma resumida, los principales componentes que debe tener un análisis funcional son (3): a) las conductas problema del paciente (que

sería las conductas objetivo de tratamiento); b) las relaciones existentes entre estas conductas problema; c) los antecedentes o causas de las conductas problema y la relación con estas y d) los consecuentes de estas conductas problema y la relación con estas.

En el análisis funcional se integra información del paciente que se obtiene mediante diferentes medios de evaluación clínica (entrevista, observación, autoinformes, etc.) con la información científica existente sobre la patología y tratamientos

para una problemática similar a la que presenta la persona (1-3). En el contexto de la terapia de conducta el análisis funcional se utiliza como un instrumento de planificación del tratamiento que permite (3): a) determinar la necesidad de tratamiento, b) planificar y diseñar un tratamiento centrado en la persona, y c) obtener datos para evaluar la eficacia del tratamiento aplicado.

Ya que este análisis se utiliza como una guía de orientación del tratamiento a llevar a cabo de una manera individualizada, por la información que recoge podría ser útil como una herramienta de tratamiento en si misma ya que puede ayudar al paciente a obtener un mejor conocimiento de su problema. Teniendo en cuenta esto, el objetivo del trabajo fue examinar, mediante el estudio de casos, si la presentación de un análisis funcional de la psicopatología es una herramienta útil en la comprensión de esta por parte de la persona que la sufre.

### Casos clínicos

En este trabajo se midió el grado de comprensión de los problemas psicopatológicos que presentaban dos personas en el momento de acudir a consulta de salud mental para iniciar la valoración y posterior tratamiento de los mismos. Estas personas habían pedido ser atendidas en un centro médico privado. A ambas se les pidió voluntariamente su participación y se les informó del posible uso científico de una breve anamnesis de su patología, del análisis funcional de esta y de la valoración que hacían sobre la comprensión de la misma. En relación a la valoración de la comprensión de la patología mental, a cada uno de los participantes se le administro una escala analógico-visual donde tenían que valorar, en una escala de 0-10, la comprensión de su problema o patología. En esta el representaba no tener ningún tipo de comprensión del problema (según la percepción del paciente), y el 10 una comprensión total del problema (según la percepción del paciente). Previamente, se le especificaba la información que debía conocer del problema para poder valorar si tenía mayor o menor comprensión del mismo, en concreto se le indicó que debía conocer los antecedentes de la patología, las conductas problema (comportamientos, cogniciones, estados somáticos, etc.) y los

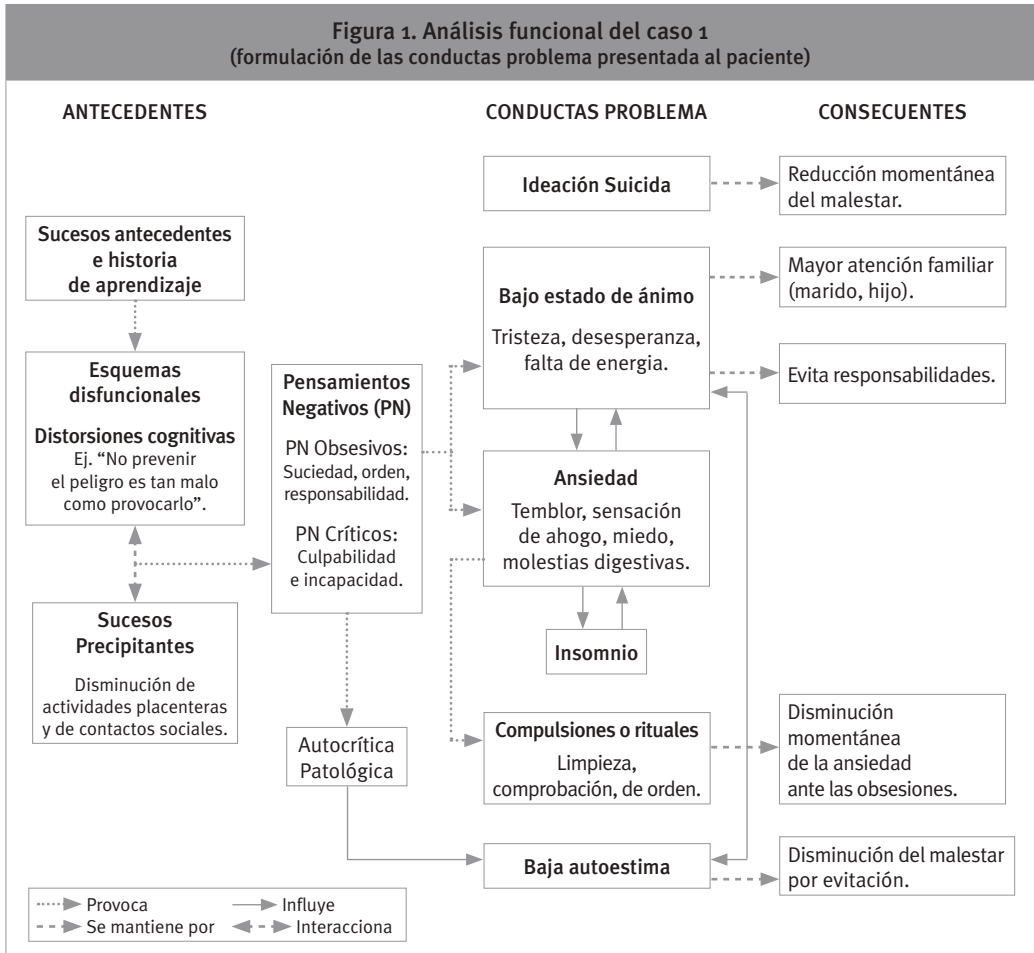
consecuentes funcionales de estas conductas problema (evitar situaciones desagradables, obtener atención, etc.).

La primera participante es una mujer de unos 45 años, casada y con un hijo de 16 años. El motivo que la lleva a solicitar ayuda es que en los últimos 2-3 meses se encuentra frecuentemente preocupada y triste, con llanto frecuente y con dificultad para conciliar el sueño. En la evaluación realizada se halló un nivel grave en relación a la presencia de obsesiones y compulsiones, donde se constató que invierte de 3-8 horas al día en ellas, le producen interferencia y malestar grave en su vida diaria, siempre cede ante estas, tiene poco control sobre ellas. Las obsesiones más problemáticas son las de contenido de contaminación, contenido agresivo, mientras que las compulsiones que más interfieren en su actividad son de lavado/limpieza, de comprobación/seguridad, los rituales de repetición, arreglo y orden. Todo ello fue evaluado mediante la Escala Yale-Brown de síntomas obsesivos-compulsivos (4). También se detectaron, mediante el Inventario de Ansiedad (BAI) (5) y de Depresión de Beck (6), unos niveles de ansiedad y depresión moderados, presencia de ideación suicida leve-moderada (evaluada mediante la Escala de Ideación Suicida) (7), baja autoestima (evaluada mediante el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg) (8) y un nivel de preocupación grave (valorada mediante el Inventario de Preocupación de Pensilvania) (9). En cuanto a sus relaciones familiares, ella las cataloga como buenas aunque pone de manifiesto que existen problemas de comunicación con su marido y su hijo y algunas discusiones debido a que no entienden el problema que tiene. En cuanto a relaciones sociales la participante manifiesta que no tiene amigos, ni otras relaciones sociales fuera de la familia y que no realiza actividades de ocio debido a su constante tristeza y falta de ganas para hacer cualquier cosa.

Cuando se evalúa la comprensión del problema (antecedentes, conductas problemas y consecuentes) la participante manifiesta tener muy poca comprensión del mismo (valorando subjetivamente su comprensión del mismo con un 1), considerándolo también como algo poco modificable. Tras presentarle el análisis funcional representado en la figura y explicar los diferentes antecedentes y consecuentes (que pueden actuar

como comportamientos que mantienen las conductas problema la participante manifestó tener un mejor conocimiento y comprensión del mismo

valorando su comprensión subjetiva del mismo con un 7 y percibiéndolo como algo susceptible de cambio.



Por su parte, el segundo participante es una mujer de 29 años, soltera y de nivel socioeconómico medio. El motivo de consulta son los "ataques" que dice presentar desde hace varios meses y el miedo que manifiesta a estar sola en su casa, a acercarse a ventanas en lugares altos y a viajar si no está acompañada. En la evaluación realizada se encontró un episodio de ansiedad grave (en especial los aspectos físicos de la respuesta de ansiedad, ya que se evaluó mediante el BAI) (5) donde la sintomatología motora y psicofisiológica de la ansiedad en mayor medida es la

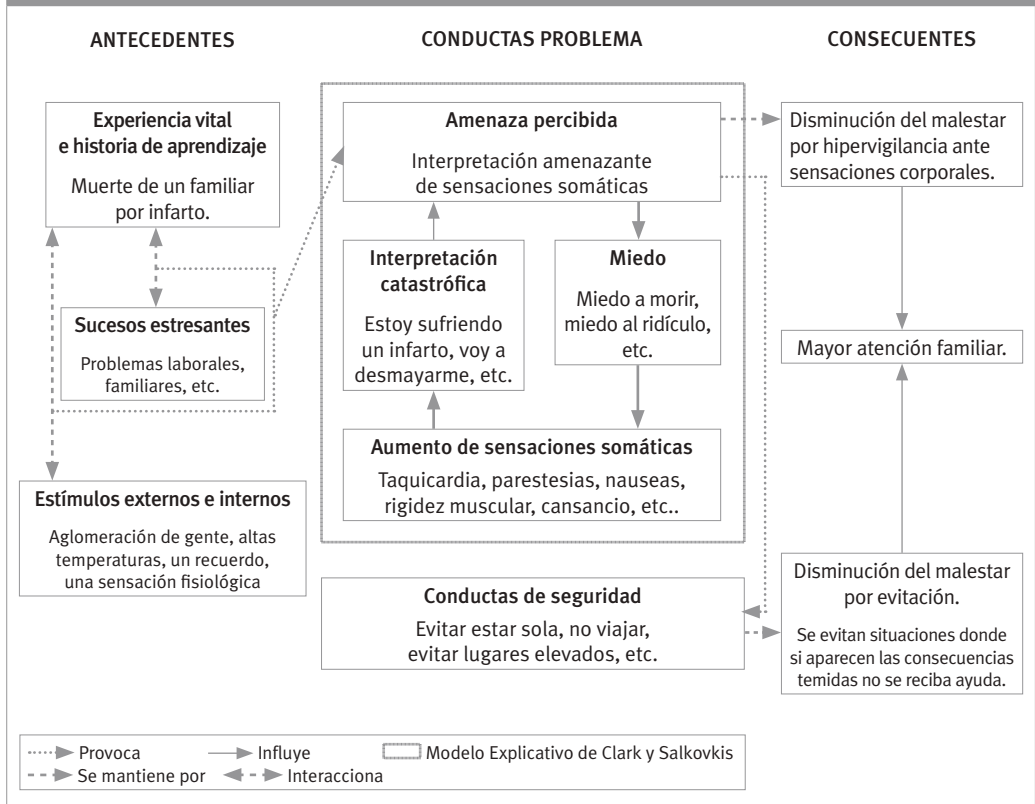
que le genera mayor dificultad en su vida diaria (evaluado mediante el Inventario de Agorafobia) (10) y un nivel elevado de agorafobia (evaluado mediante el Cuestionario de Miedos) (11).

También en este caso, al evaluar la comprensión del problema la participante manifiesta tener una pobre comprensión del mismo (valora subjetivamente su comprensión con una puntuación de 2) y remarca su desconcierto por lo repentino de los "ataques" que experimenta. En este caso

se realizó un análisis funcional utilizando como base el Modelo de Clark y Salkovskis (12), el mismo puede observarse en la Figura 2. Tras la presentación del mismo la participante muestra interés en el modelo explicativo presentado, ya

que según manifiesta se “siente reflejada” en la explicación de su problema. Al pedirle la valoración subjetiva del nivel de comprensión del problema, tras presentarle este análisis la participante informa de un 8.

**Figura 2. Análisis funcional de los ataques de pánico del caso 2 (formulación presentada al paciente)**



## Conclusiones

En relación al objetivo del trabajo, los resultados obtenidos en ambos casos parecen indicar la utilidad del análisis funcional de la psicopatología como instrumento para conseguir que la persona que la padece tenga una mejor comprensión de la misma, de sus antecedentes y consecuentes conductuales que actúan como variables de mantenimiento del problema.

En cuanto a la metodología de presentación del análisis parece que una presentación sencilla y esquemática del mismo parece ser la adecuada.

Esto unido al que el análisis refleja el caso de manera individualizada ayuda al paciente a entender y comprender el problema. Así, además de para planificar y evaluar el efecto de un posible tratamiento este análisis parece ser un método útil para percibir las diferentes conductas problema como modificables (ya que se le informa del aspecto funcional de estas) y pueden motivar de cara al tratamiento.

En relación a lo anteriormente comentado, un análisis funcional individualizado, que se presente de una manera esquemática y que sea fácil de comprender por el paciente puede resultar

una técnica que complementa sesiones de psicoeducación que se le ofrecen al paciente durante su tratamiento. Por ejemplo, ya que los casos estudiados en este trabajo son casos de trastornos de ansiedad este análisis individualizado sería un buen complemento a la información general

que se les da a las participantes sobre la respuesta de ansiedad (componentes, mecanismos que la desencadenan, etc.). Así mediante este análisis las pacientes pueden identificar de una forma más sencilla los diferentes componentes de la ansiedad en su problemática concreta.

### Contacto

Juan Antonio Becerra García. Departamento de Psicología.  
Campus Las Lagunillas s/n, Edificio C5, Buzón 92, Universidad de Jaén • 23071 Jaén, España  
Tel.: 953 21 34 63 • jbecerra@ujaen.es

### Referencias bibliográficas

1. Nezu AM, Nezu CM, Peacock MA, Girdwood CO. Models of behavioral case formulation. En: Haynes S, Heiby E, editores. Behavioral assessment. Nueva York: Wiley, 2004; p. 402-26.
2. Haynes S, O'Brien WH. Principles and practice of behavioral assessment. Nueva York: Kluwer Academic; 2000.
3. Haynes S. La formulación clínica conductual de caso: pasos para la elaboración del análisis funcional. En: Caballo V, director. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Madrid: Pirámide, 2005; p. 76-98.
4. Goodman WK, Price LH. Assessment of severity and change in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15: 861-9.
5. Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-7.
6. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. Nueva York: Guilford Press; 1979.
7. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47: 343-52.
8. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press; 1965.
9. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther* 1990; 28: 487-95.
10. Echeburúa E, De Corral P, García E, Páez D, Borda M. Un nuevo inventario de agorafobia (IA). *Análisis y Modificación de Conducta* 1992; 18: 101-23.
11. Marks IM, Mathews AM. Brief standard self-rating scale for phobic patients. *Behav Res Ther* 1979; 17: 263-7.
12. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide. Nueva York: Oxford University Press; 1989.

- Recibido: 25-6-2012.
- Aceptado: 18-10-2012.

# Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XV).

## Psicofarmacología. Bases y Aplicación Clínica. 3ª parte.

Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz.

### Presentación

Es una sección que de modo permanente aparece en *NORTE de salud mental*. Se pretende que la persona que lo desee pueda autoevaluarse en áreas clave siguiendo un formato de pregunta tipo MIR en los que cada ítem es comentado y soportado bibliográficamente.

Los avances en psicofarmacología clínica están en continuo proceso de expansión. Nuevos conocimientos clínicamente fundados o no y exuberante información neurocientífica se acumulan a diario. Conocimientos científicos, aparentemente desordenados a veces, van tomando cuerpo a medida que la investigación madura y crece consolidando hipótesis previas. El futuro es prometedor para los clínicos y promisorio para los pacientes porque nuevos y potentes psicofármacos se irán incorporando al arsenal químico que clínicos de todo el mundo utilizarán en su práctica médica habitual.

En los tres próximos números de *NORTE de salud mental* versarán sobre grupos concretos de principios activos de fármacos de uso cotidiano o de manejo menos frecuente pero igualmente importantes.

Se revisarán los siguientes grupos de principios activos: antagonistas del receptor de la adenosina, inhibidores de la acetil-colinesterasa, ago-antagonistas adrenérgicos, inhibidores de la aldehído deshidrogenasa y fármacos antilíbídinales.

### Preguntas

- Antagonistas recep. Adenosina
- Inhibidores acetil colinesterasa

**Pregunta 123:** Las acciones farmacológicas de la cafeína derivan de sus propiedades farmacodinámicas, señale la respuesta correcta:

- A) Bloqueo dual del receptor NMDA-aspartamo.
- B) Agonismo parcial del receptor mu opiáceo.
- C) Potenciación de la síntesis de óxido nítrico en el citoplasma celular.
- D) Antagonismo de los receptores de la adenosina.
- E) El mecanismo de acción de la cafeína es desconocido.

**Pregunta 124:** El contenido en cafeína por milígramo de producto es mayor en:

- A) Taza de café.
- B) Taza de té.
- C) Coca Cola.
- D) Chocolate.
- E) Taza de café descafeinado.

**Pregunta 125:** NO es un efecto secundario habitual producido por los inhibidores de acetil colinesterasa:

- A) Rinorrea.
- B) Calambres musculares.

- C) Hiperorexia.
- D) Peristaltismo intestinal incrementado.
- E) Bradicardia.

**Pregunta 126:** NO es un inhibidor de la acetil colinesterasa:

- A) Rivastigmina.
- B) Tacrina.
- C) Galantamina.
- D) Memantina.
- E) Donepezilo.

**Pregunta 127:** La posibilidad de daño hepático es más probable con el uso ¿de cuál de los siguientes inhibidores de la acetil colinesterasa?:

- A) Tacrina.
- B) Donepezilo.
- C) Rivastigmina.
- D) Galantamina.
- E) El tratamiento con cualesquiera de los fármacos enumerados puede producir daño hepático con la misma intensidad y prevalencia.

**Pregunta 128:** De los enumerados, el efecto secundario más comúnmente producido por la rivastigmina, cuando la molécula es empleada a las dosis adecuadas para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer es:

- A) Disforia.
- B) Agitación.
- C) Náuseas.
- D) Síncope.
- E) Incremento de la potencia muscular.

**Pregunta 129:** Durante la utilización de galantamina NO esperaría achacar al empleo del fármaco ¿cual de los siguientes efectos secundarios?:

- A) Broncoespasmo.
- B) Disminución de la frecuencia miccional.
- C) Episodios de manía cíclicos.
- D) Xerostomía.
- E) Agravamiento de un EPOC-OCFA previo.

## Respuestas

**Pregunta 123, Respuesta correcta: D**

**Comentario:** La principal acción de la cafeína se realiza a través del antagonismo competitivo de los receptores de adenosina A<sub>1</sub> y A<sub>2A</sub>. En dosis más altas, inhibe directamente las fosfodiesterasas, bloquea los receptores de GABA A (ácido aminobutírico A) y aumenta la liberación de calcio intracelular. Los receptores A<sub>1</sub> están ampliamente distribuidos por todo el cerebro, especialmente en el hipocampo, en la corteza cerebral y cerebelosa y en el tálamo. Los receptores A<sub>2A</sub> están concentrados en regiones cerebrales ricas en dopamina. La adenosina inhibe la transmisión dopaminérgica por lo que su bloqueo produce la liberación de dopamina. El bloqueo de los receptores de adenosina también revierte la inhibición de la liberación de adrenalina en el sistema nervioso simpático y condiciona la estimulación simpática. Así, la cafeína tiene efectos estimulantes sobre el SNC, efectos cardíacos inotrópico y cronotrópico positivos, aumenta la resistencia vascular, estimula el músculo esquelético, relaja el músculo liso, incrementa la secreción ácida gástrica, aumenta la diuresis y estimula la gluco-genólisis y la lipólisis.

**Bibliografía:** Hernández Palacios R. Antagonistas del receptor de la adenosina. Cafeína. En Tratado de Psicofarmacología Bases y aplicación clínica 2.<sup>a</sup> ed. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Ed. Médica Panamericana 2009 pág. 258.

**Pregunta 124. Respuesta correcta: A**

**Comentario:** La pregunta cae por su propio peso, sí, pero el objetivo es refrescar los datos del contenido en cafeína de estos y otros productos porque los pacientes en tratamientos con fármacos antipsicóticos los consumen con frecuencia y en exceso. La liberación dopaminérgica inducida por la cafeína contrarresta en cierta medida la hipoactividad dopaminérgica central frenada en diferente magnitud por los antipsicóticos. Sin embargo dosis altas de cafeína hiperestimulan displacenteramente, son causa de dependencia y de ingestión de kilocalorías vacuas de nutrientes que empeoran el estado metabólico de algunos pacientes. Por poner un ejemplo 1 lata de Red Bull



contiene 100-125 mg. de cafeína. En este sentido la psicoeducación es básica para que los pacientes actúen en consecuencia y sean conscientes de los riesgos.

El contenido en cafeína de diferentes productos de consumo (Bebida/sustancia Contenido medio de cafeína en mg) resulta ser: Taza de café 60-110; Taza de café descafeinado 2; Taza de té 10-90; Bebida de cola (330 ml) 30-40; Bebidas energéticas (250 ml) 1,5-85; Barra de chocolate (50 g) 10-60; Taza de chocolate 5-40.

**Bibliografía:** Hernández Palacios R. Antagonistas del receptor de la adenosina. Cafeína. En Tratado de Psicofarmacología Bases y aplicación clínica 2.<sup>a</sup> ed. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Ed. Médica Panamericana 2009 pág. 257.

#### **Pregunta 125, Respuesta correcta: C**

**Comentario:** Es la pérdida de apetito y no la hiporexia un problema frecuente causado durante la utilización de inhibidores de la acetil colinesterasa.

Efectos secundarios descritos durante la utilización de inhibidores de la acetil colinesterasa son: 1<sup>º</sup>- Náuseas, Vómitos, Anorexia, Diarrea, Bradicardia, Calambres musculares, Debilidad muscular, Enrojecimiento facial, Rinorrea; 2<sup>º</sup>- Centrales: Insomnio, Pesadillas, Agitación, Pánico.

**Bibliografía:** Manual de Psicofarmacología 2.<sup>a</sup> Ed. Salazar, Peralta, Pastor eds. Médica Panamericana 2011, 112-113.

#### **Pregunta 126, Respuesta correcta: D**

**Comentario:** La memantina, ago-antagonista glutamatérgico, presenta una acción dual. En un estado de reducción de la liberación de glutamato produce una mejora en la neurotransmisión y activación de las neuronas; sin embargo, en situaciones de liberación presináptica patológica de glutamato, inhibe la acción excitotóxica del glutamato al bloquear los receptores NMDA. Esto evita la exposición de la neurona a una entrada masiva de calcio.

Tanto en monoterapia como combinada con inhibidores de la acetil colinesterasa la memantina es efectiva en la enfermedad de Alzheimer de moderada a grave, mejorando las áreas cognitiva, global,

funcional y conductual con un excelente perfil de seguridad. Agresividad, agitación y psicosis responden al uso de memantina disminuyendo la necesidad de cotratamiento con antipsicóticos.

**Bibliografía:** Manual de Psicofarmacología 2.<sup>a</sup> Ed. Salazar, Peralta, Pastor Eds. Médica Panamericana 2011, 112-113; 381-382.

#### **Pregunta 127, Respuesta correcta: A**

**Comentario:** La tacrina fue el primer inhibidor de la acetilcolinesterasa aprobado para la enfermedad de Alzheimer. El efecto adverso más frecuente es la lesión hepatocelular, que suele ser asintomática, reversible y caracterizada por elevaciones de las transaminasas alanina aminotransferasa (ALT) y aspartato aminotransferasa (AST). Elevaciones de tres veces superiores al límite ocurren en el 30 % de los pacientes. Alrededor del 90 % de todas las elevaciones suelen ocurrir durante las primeras 12 semanas del tratamiento. Se debe reducir la dosis a 40 mg al día hasta la normalización

de los niveles de ALT, lo cual suele requerir unas 4 semanas. Niveles superiores a 4 veces las concentraciones normales de AST y ALT justifican el abandono del tratamiento.

Se recomienda realizar un examen físico y de laboratorio previo al empleo de tacrina. Durante su uso se deben controlar quincenalmente de las enzimas hepáticas, las primeras 12 semanas; mensualmente en los 3 meses siguientes y luego cada trimestre a partir de los 6 meses de tratamiento, siempre y cuando los niveles de ALT sean normales.

La hepatotoxicidad inducida por tacrina justificó hace años el abandono de su uso en favor de otros inhibidores de la acetilcolinesterasa mucho menos hepatotóxicos.

**Bibliografía:** Manual de Psicofarmacología 2.<sup>a</sup> Ed. Salazar, Peralta, Pastor eds. Médica Panamericana 2011, 127-128.

#### **Pregunta 128, Respuesta correcta: C**

**Comentario:** Los efectos secundarios comúnmente producidos por el empleo a dosis terapéuticas de rivastigmina son -muy habituales (→ 1/10)-: mareos, náuseas, vómitos, diarrea y pérdida de apetito.

Son infrecuentes ( $\approx 1/10.000$ ), pero importante tenerlos en cuenta, infección urinaria, alucinaciones, arritmias cardíacas (bradicardia, bloqueo auriculoventricular, fibrilación auricular y taquicardia), hipertensión arterial, hemorragia gastrointestinal y pancreatitis.

**Bibliografía:** Manual de Psicofarmacología 2.<sup>a</sup> Ed. Salazar, Peralta, Pastor eds. Médica Panamericana 2011, 124.

**Pregunta 129. Respuesta correcta: D**

**Comentario:** La hipersalivación es un fenómeno frecuente con dosis superiores a 20 mg/día.

La elevación del tono colinérgico central induce un efecto antimaníaco ostensible. Las propiedades procolinérgicas de la galantamina inducen en todo caso el fenómeno opuesto, disforia e incluso depresión del estado de ánimo.

La galantamina puede tener un efecto vagotónico discreto que se manifiesta en forma de bradicardia. Se han descrito casos de síncope en elevaciones demasiado rápidas de las dosis.

En dosis altas, la galantamina puede incrementar la frecuencia miccional y producir incontinencia. También puede producir disnea, aumento de las secreciones respiratorias, broncospasmo, edema pulmonar o agravar un asma o una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

**Bibliografía:** Manual de Psicofarmacología 2.<sup>a</sup> Ed. Salazar, Peralta, Pastor eds. Médica Panamericana 2011, 124.





**HISTORIA**



## En recuerdo de John Wing (1923-2010).

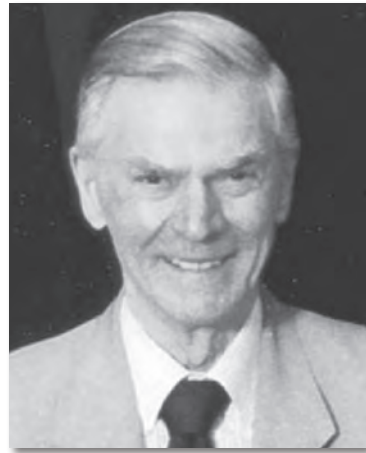
### *John Wing (1923-2010). In Memoriam.*

Ander Retolaza.

John Wing vino al mundo el 22 de Octubre de 1923. Fue el segundo de tres hermanos y tuvo una infancia difícil. Su padre, que regentaba una librería, fue gaseado en el frente durante la Primera Guerra Mundial y murió de neumonía cuando John tenía cinco años de edad. Su madre falleció de una crisis cardíaca pocos meses después. John y su hermana mayor fueron enviados a un orfanato, mientras su otra hermana fue acogida por uno de sus tíos, que también se hacía cargo de los dos mayores durante las vacaciones. Hacia los 13 años John decidió estudiar medicina, pero su familia no tenía posibilidad de poder pagar las tasas académicas. En 1939, cuando estalló la Segunda Guerra Mundial, le llegó la noticia de que tras la anterior guerra el gobierno había abonado la matrícula universitaria de los excombatientes. De esta manera tomó la decisión de unirse a las fuerzas armadas con la esperanza de poder estudiar medicina una vez acabada la guerra. Se alistó en la Armada en 1941 donde navegó en unidades aeronavales, pasando la mayor parte de la guerra en Australia. De vuelta en el Reino Unido recibió la beca del gobierno que le permitió acceder a la escuela médica del University College de Londres y posteriormente al hospital de esta institución.

Durante sus estudios conoció a Lorna, con quien que se casó en 1951 cuando aún eran estudiantes. Ambos compartían su interés por la psiquiatría. En 1956 nació su hija Susan. A las pocas semanas el matrimonio comprobó con preocupación que la niña succionaba con dificultad, dormía poco y pasaba la mayor parte del tiempo en un puro grito. Poco después observaron en la niña dificultades de comunicación e interacción social, así como conductas repetitivas y una inquietante falta de interés por el juego. Aunque veían que algo iba mal, no tenían una idea cabal de lo que ocurría,

dado que en esa época no se sabía mucho sobre autismo y apenas se enseñaba algo del mismo en los estudios de psiquiatría. Más tarde Lorna, especialista en psiquiatría infantil, se interesó en los trastornos del desarrollo temprano y tuvo un papel importante en el reconocimiento de los trabajos de Asperger en la materia.



John Wing (1923-2010).

Tras completar sus estudios Wing se interesó en la rehabilitación de personas que padecían esquizofrenia. Por entonces este tipo de pacientes languidecían semiabandonados en los hospitales psiquiátricos de Gran Bretaña. En 1960 escribió su tesina de licenciatura y un año más tarde leyó su tesis doctoral. En esta época, junto con George Brown, llevó a cabo un trabajo seminal sobre el tema que culminó en el libro *Institucionalización y Esquizofrenia*. Este texto aportó una descripción definitiva sobre los factores sociales que favorecían la aparición de síntomas negativos en la

esquizofrenia así como de aquellos otros que podían relacionarse con su resolución. En esa época su interés por el bienestar y evaluación de los pacientes mentales crónicos le llevó a la Unidad de Psiquiatría Social, dirigida por Aubrey Lewis, en el Instituto de Psiquiatría de Londres.

John era un hombre de corazón sensible y férrea determinación. En el intento de mejorar la suerte de pacientes y familias que, a la sazón, estaban recibiendo un tratamiento inadecuado, estudió sus circunstancias y simpatizó con personas de toda edad y condición. Apoyado por Lorna, celebraba pequeñas fiestas en su casa, donde se llevaban a cabo torneos de tenis de mesa y, aunque con cierta británica timidez, tocaba la guitarra si la ocasión lo requería.

Wing se interesó por los avances técnicos de la época y, ya antes de la explosión informática, solía llevar una calculadora portátil a sus reuniones, realizando con ella los cálculos pertinentes sobre la marcha. En las sesiones de trabajo solía dirigir su inteligencia hacia lo esencial de los problemas cortando con todo tipo de palabrería. La perspicacia intelectual de John es recordada desde los seminarios que llevó a cabo en los primeros años de la década de los 70 en el Instituto de Psiquiatría de Londres. Se dice que era capaz de intimidar a los residentes del Maudsley preguntándoles si alguno de ellos osaba argumentar en defensa del modelo médico en psiquiatría. Como ninguno se ofrecía, él podía explicar a sus anchas sus puntos de vista sobre la naturaleza de los trastornos, las clasificaciones y los diagnósticos psiquiátricos. En estas sesiones revelaba su deuda intelectual con Karl Popper y la manera en que había adaptado el pensamiento de este autor a las necesidades de la investigación en psiquiatría. Su papel central en el desarrollo del Present State Examination (PSE), una entrevista psiquiátrica estructurada apoyada en un algoritmo informático, deriva de esa influencia.

El PSE ha tenido una influencia fundamental sobre diversos tipos de investigación en psiquiatría, especialmente después de que la OMS lo adoptara en 1965 para su uso en el Estudio Piloto Internacional sobre esquizofrenia (IPSS en sus siglas en Inglés). Tiempo antes de la llegada del DSM-III y de la ICD-10, Wing ya había mostrado con éxito la importancia de disponer de criterios y principios básicos de valoración y

diagnóstico así como la necesidad de una definición operativa de los trastornos mentales para una mejor atención y cuidado de los pacientes. Un buen ejemplo de su empeño en una aproximación científica a la psiquiatría lo constituye su contribución para construir clasificaciones operacionales de los trastornos mentales basadas en descripciones psicopatológicas precisas. También le preocupó el desarrollo de un lenguaje común que fundamentara científicamente la psicopatología como disciplina, alejándola de una concepción cercana a la filosofía.

Como director de la Unidad de Investigación de Psiquiatría Social, perteneciente al Instituto Británico de Investigación Médica, supervisó la producción de numerosos instrumentos de medida, sin cuya aportación gran parte de la investigación en psiquiatría social a lo ancho del mundo no podría haberse producido. De su empeño surgió el influyente estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales en el distrito de Camberwell en Londres. También contribuyó a los primeros pasos que llevarían a organizar un servicio de psiquiatría comunitaria desde el Hospital Maudsley. Fue el primer director de la Unidad de Investigación del Royal College of Psychiatrist hasta su jubilación en 1989. Durante los siete años siguientes apoyó a diversas fundaciones en un exitoso programa de trabajo, que continúa a día de hoy, y que ha tenido gran influencia en las políticas británicas de mejora de la calidad asistencial en salud mental. En 1996 fue elegido miembro de Honor del Royal College.

En 1994 concluyó un trabajo encomendado por el Departamento de Salud para desarrollar la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). En la actualidad esta escala es probablemente el método más ampliamente utilizado para monitorizar resultados en personas con trastorno mental grave. Ha sido adaptada y traducida a numerosas lenguas y en muchos países su uso forma parte de la sistematización y control de los cuidados rutinarios de este grupo de pacientes.

John Wing también lideró el desarrollo de la primera guía de práctica clínica del Royal College para la revisión y categorización de los diferentes grados de evidencia científica. La guía para el manejo de la violencia en ámbitos de atención a la salud mental se publicó dos años antes de la constitución del National Institute for Health and

Clinical Excellence (NICE) y colocó al College en una posición de fortaleza para albergar el National Collaborating Centre for Mental Health, que continúa produciendo algunas de las guías de práctica clínica mejor consideradas del mundo.

Como a todo buen inglés, a Wing le gustaba la jardinería. Disponía en Sussex de unos dos o tres acres de jardín que había diseñado de una manera completa, erigiendo sembrados con senderos intercalados y plantando magníficos árboles, arbustos y flores. Se encargó de planificarlo todo personalmente sin recurrir a ayuda alguna. A decir de quienes lo observaron el resultado constituía un tributo a su buen gusto estético.

John tenía un gato que era un temible cazador y que estaba especialmente apegado a él. El minino acostumbraba a colocar todos los trofeos que conseguía (ratones, ratas, incluso pequeños conejos) cerca de la silla de su amo, bajo la falda de la mesa camilla. En esto el gato se parecía a sus primeros compañeros juveniles, uno de los cuales escribió: “Como hombre naturalmente tranquilo que era, la más sobresaliente manera en la que John transmitió

su legado intelectual fue mediante papeles en borrador. Uno de sus mayores esfuerzos consistía en recuperar anotaciones y correcciones que le habían iluminado y requerían luego una reconsideración de la arquitectura de sus propias ideas”.

Wing ha sido uno de los grandes pioneros y artífices de la psiquiatría social y la epidemiología psiquiátrica. Su muerte marca el final de una era en la que el despliegue de la psiquiatría extramuros, fuera de los hospitales psiquiátricos, puesta en circulación por Aubrey Lewis, se convirtió en una realidad en el Reino Unido y Europa Continental, gracias -entre otros- a personas como el propio John Wing y Michael Shepherd. Conceptos y áreas tales como la psiquiatría comunitaria, la psiquiatría social y la psiquiatría en atención primaria no se conocían antes de esa generación de profesionales. En la actualidad psiquiatras de muchos países contemplan como especialmente importante la contribución británica a este movimiento internacional del que Wing forma una parte que no podremos olvidar.

John Wing falleció el 18 de Abril de 2010. Hace poco más de dos años.

### Contacto

Ander Retolaza • [ander.retolaza@telefonica.net](mailto:ander.retolaza@telefonica.net)

### Referencias

Wing J.K., Brown G.W. (1970): Institutionalism and Schizophrenia. Cambridge University Press.

Wing J.K., Hailey A.M. (1972): Evaluating a Community Psychiatric Service. The Camberwell Register 1964-1971. London. Oxford University Press.

Wing J.K., Cooper J., Sartorius N. (1974): The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. Cambridge University Press.

Wing J.K., Nixon J., Mann S., Leff J. (1977): Reliability of the PSE used in a Population Study. *Psychol. Med*, 7: 505-516.

Wing J.K., Babor T., Brugha T. et al (1990): SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47: 589-593.

Wing J.K., Beevor A.S., Curtis R.H. et al. (1998) Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172: 11-18.

- Recibido: 23-6-2012.
- Aceptado: 25-8-2012.

Traducido y adaptado de Jim Birley. Profesor de Psiquiatría Social. Instituto de Psiquiatría de Londres. The Royal College of Psychiatrist, 2012.

# Análisis filmográfico desde la Salud Mental de un largometraje perteneciente a la autarquía: Manicomio.

*A Film Analysis from Mental Health of a feature film from the period of Spanish autarchy: "Mental hospital".*

María Herrera Giménez\*, Carmen Llor Moreno\*\*, Pedro Maset Campos\*\*\*, Joaquín Cánovas Belchí\*\*\*\*.

\* Psiquiatra, H.G.U. Morales Meseguer, Murcia.

\*\* Psiquiatra, Centro de Salud Mental San Andrés, Murcia.

\*\*\* Catedrático de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina de Murcia.

\*\*\*\* Catedrático de Historia del Cine, Dpto. de Historia del Arte. Facultad de Letras. Murcia.

**Resumen:** A partir de una etapa de la historia de España del pasado siglo bien establecida hemos seleccionado un largometraje como el más representativo de la Psiquiatría y salud mental.

De esta forma realizamos un análisis fílmico del largometraje, situándolo en el momento histórico, científico, cultural y social en que se producen los acontecimientos y obra objeto de estudio, analizando la enfermedad mental, cómo se refleja, los pacientes y profesionales que se dedican a ella.

**Palabras clave:** Psiquiatría, autarquía, manicomio.

**Abstract:** From a well-established period of the history of the Spain of last century, we have chosen a feature film as the most representative in Psychiatry and mental health.

Therefore, we carry out the film analysis, placing it within the historical, scientific, cultural and social period when the events and the film subject to study happened. We analyse mental illness, how it shows and the patients and professionals working on it.

**Keywords:** Psychiatry, autarchy, mental hospital.

## Ficha técnica y artística

Dirección	Fernando Fernán-Gómez y Luis María Delgado.
Producción	Helenia Films.
Jefe de producción	Ramón Planas.
Ayudante de dirección	José Ochoa.
Ayudante de producción	Carlos Boque.
Script	Carmen Salas.
Segundo operador	Mario Pacheco.
Maquillador	Carlos Nin.
Fotografía	Aurora Alba.
Foto fija	Rafael Pacheco.
Construcción de decorados	Tomas Fernández.
Montador	Fernando Suarez Inclán.
Atrezzo	Antonio Luna.
Vestuario	H. Cornejo.
Jefe de operadores	Cecilio Paniagua y Sebastian Perera.
Música	Mamen Paradas.
Decorados	E. Torres de la Fuente.
Estudio	Roptence, S.A.
Sonido	A. F. Rocés y F. Sáez Barea.
Sistema de sonido	Breusing-Roptence.
Laboratorios	Madrid Film.
Localización de la copia	Filmoteca Española.
Personajes que intervienen	Fernando Fernán- Gómez, Susana Canales, Julio Peña, Elvira Quintanilla, Antonio Vica, Maruja Asquerino, José María Lado, María Rivas, Carmen Díaz de Mendoza, Vicente Parra, Ana de Leiva, Manuel San Román, Rafael Calvo Revilla, Cayetano Torregrosa, José Alburquenque, Ernestina Siria, María Baus, Margarita Lozano.

Resulta curioso que Fernán-Gómez se estrene como director con un film como *Manicomio*, la cual resulta ser todo lo contrario al cine “oficial” que le consagró como uno de los actores más prestigiosos del momento. Por ello es lógico pensar que el estímulo que le lleva a realizar una película de esa índole debemos encontrarlo más bien en “ese otro

cine” con el que Fernán-Gómez mantiene también un contacto permanente desde los años cuarenta.

Su colaboración con los proyectos más prestigiosos dentro del campo oficial corre paralela a su carrera de actor con algunos de los creadores más personales de los años cuarenta (Edgar

Neville, Carlos Serrano de Osma, Enrique Herberos, Lorenzo Llobet Gracia), lo cual le permitió participar en proyectos de cierto rupturismo, aunque mínimamente reconocidos.

El resultado del rodaje “*no dejaba de ser un auténtico disparate en la España preburrotaxi*”, como así debieron entenderlo los miembros del tribunal del Concurso Anual del Sindicato Nacional del Espectáculo, encargados de asegurarse su confinamiento.

Acabado el rodaje quedaba un último escollo que superar: el de la censura. Con el rodaje a punto de iniciarse, ésta decide prohibir completamente el guión de la película: la lectura en clave política de una historia que mostraba la España de 1952 en manos de unos locos y que concluía señalando que, en tal situación, un manicomio era el lugar idóneo en el que establecerse, no podía ser pasada por alto.

La Junta de Censura argumenta su prohibición señalando que la locura no es un elemento que pueda tomarse a broma, en tono jocoso y dar como resultado una comedia. Vemos por tanto la perspectiva moralizante incluso paternalista que adoptaba el régimen con el público, protegiéndolo del visionado de enfermos mentales. El mismo Fernán-Gómez señala que “*esto, en el país de Don Quijote, me parecía absurdo*”, pero se verá obligado a reescribir velozmente el guión infringiendo una larga serie de cortes al mismo. Finalmente, la censura terminará dando el permiso a la nueva versión de *Manicomio*.

La crítica se hizo eco asimismo con motivo del estreno de esta velada razón. Luis Gómez Mesa recordaba desde páginas de *Arriba* la frecuencia con que el mundo de los locos había sido una variadísima e inextinguible fuente argumental que “*puede ser visto en su patetismo de un modo truculento o deformado por la comicidad*” pese a que los locos del mundo del cine no visitaban la pantalla con asiduidad (es interesante destacar el escaso número de películas en las que aparecen) y “*sería un tanto muy favorable para el nuestro que hiciese una película de este asunto, claro que después de estudiarse minuciosamente el guión*” (Gómez Mesa, 1954). Aquí el propio director y personaje

principal del filme señala el escaso número de películas en las que aparecen enfermos mentales y como previamente se debe estudiar bien el guión, ya que es un tema, como poco, “delicado”.

Pese a la tenacidad de Fernán-Gómez que consiguiera atraer la financiación imprescindible de Helenium Films, propiedad de Cayetano Torregrosa, y la ayuda de Eduardo Haro Tecglen, que facilitó un estreno previo, auspiciado por el diario *Informaciones*, la película no interesó ni al público ni a la crítica y “*estaba claro que una de las razones, no la única, de su fracaso era lo que a nosotros más nos gustaba: su raíz literaria, su exceso de literatura. El público estaba de espaldas a un cine intelectualizado y tampoco la crítica se mostraba habitualmente a favor de un estilo que conceptuaba poco cinematográfico, defecto que solía atribuir al cine francés*” (Galán y Llorens, 1984).

**Manicomio** es un largometraje perteneciente al género de la comedia en el que las situaciones se resuelven sin llegar a resolverse, sólo quedándose pasmadas en la absurdidad.

Está basada en los cuentos de Edgar Allan Poe “*El sistema del Dr. Alquitrán y el profesor Pluma*”, de Ramón Gómez de la Serna “*La mona de imitación*”, de Alexander Kuprin “*Una equivocación*” y de Leonid Andreyev “*El médico loco*”.

Es una película que cobra cuerpo como solución casi providencial a un disparate que se bifurca en una extravagante historia.

Fernán-Gómez afirmó “*quizás lo único de algún valor que tiene la película Manicomio le llegue de no ser una película original, sino adaptación de obras literarias ajenas*”.

La historia marco de **Manicomio** proviene del cuento de Edgar Allan Poe “*El sistema del doctor Alquitrán y el profesor Pluma*”, cuyo protagonista decide desviarse de la ruta de un viaje para visitar una casa de salud de la que ha oído hablar en París a médicos notables. La disciplina del centro se organiza conforme a una terapia experimental, “el sistema de benignidad”, caracterizado por la inhibición de cualquier método represor con los enfermos: se evita el empleo de todo castigo, no se recurre a la reclusión sino en

casos de gravedad extrema, los enfermos son vigilados secretamente, gozando en apariencia de gran libertad, y pueden circular por el hospital y los jardines. Este sistema de benignidad ha dado como resultado el encerramiento de los médicos y del personal de la clínica por los locos que son quienes suplantán los papeles.

Esta historia principal guiada por el hilo narrativo de su protagonista se bifurca en relatos protagonizados por enfermos mentales: *“La mona de imitación”* de Gómez de la Serna, *“Una equivocación”* de Alexander I. Kuprin y *“La idea”* de Leonidas Andreyev, cuyo protagonista es un médico que se hace pasar por loco para cometer un asesinato con impunidad (García Abad, 2007).



El comienzo de *Manicomio* ancla el discurso fílmico en lo cómico con una escena marco deudora de los gags más brillantes del genio humorístico. Un timbre de teléfono llama la atención sobre el objeto desde cuyo primer plano se abre a la presencia de Fernán-Gómez, quien atiende una conferencia con Guadalix de la Sierra. El propio desarrollo de la conversación telefónica permite los primeros despuntes de comicidad.

Carlos confunde a su novia, Juana, con la telefonista. Reestablecida la conversación, e intuye el espectador por las respuestas de Carlos que su novia le invita a visitarla en el lugar que se encuentra asegurándole que le gustará “este establecimiento” en el que se utiliza el sistema de benignidad. Cuando Juana lo invita a ir a verla, el

protagonista, Carlos, le responde extrañado, y con recelo y suspicacia, “¿Cómo, allí?”, dando a entender al espectador el gran estigma y los prejuicios que recaen sobre las instituciones psiquiátricas.

Esta escena funciona como marco del relato, ayuda a fijar el tono cómico del discurso y anticipa la planificación circular de la historia que vuelve sobre sí misma.

En la película quedan confundidos los límites de la locura, y las fronteras de la cordura se precipitan durante la visita de Carlos, el “cuerdoloco” al hospital psiquiátrico de Guadalix de la Sierra. Este desconcierto acompaña al protagonista durante todo el largometraje, que duda de la identidad de las personas que va encontrando a su paso.

A lo largo del largometraje se muestra el concepto que se tiene y se transmite de los tratamientos psiquiátricos, como represores y restrictivos de la libertad del paciente, con la utilización de castigos moralizantes, asemejando a los profesionales como “guardianes” de los pacientes. De la misma forma se asemeja tratamiento a castigo o represalia moral (como si la enfermedad mental tuviera una dimensión o perspectiva moralizante, quitándole la dimensión biológica, psicológica y social de la misma). Este método no sólo no se niega al espontáneo comportamiento de los enfermos, sino que favorece su comportamiento bizarro, por ejemplo, si un hombre se cree pollo se le niega toda alimentación diferente salvo la que corresponde a este ave.

Vemos como el enfermo mental puede realizar de profesional de salud mental, confundiéndose con facilidad. De tal forma que los profesionales son también enfermos mentales, cuestionando la salud mental de aquellos, confundiendo e intercambiando los roles de ambos. Por tanto se refleja el estigma y prejuicio de la sociedad hacia los profesionales.

En toda la película se presenta un planteamiento burlesco y en absoluto realista de la psiquiatría, el psicoanálisis y sus modas y excesos de ciencia que intentan poner razón a la locura.

**Manicomio** es un largometraje perteneciente al periodo de la historia de la psiquiatría española

del siglo XX denominado por Diego Gracia (1990) como “*Psiquiatría Española de la Postguerra*” en el que se impone una psiquiatría de base hegemónica kraepeliniana y en la teoría los esfuerzos se dirigen principalmente al campo de la Psicopatología, la Fenomenología y el Análisis existencial. La asistencia psiquiátrica en el Estado español estaba centrada en los manicomios, con una

expresión asistencial muy asilar y manicomial, como podemos ver reflejado en este filme. Es también esta época el momento de la irrupción de los psicofármacos en el arsenal terapéutico. Existe gran conexión con el ideario político nacional católico y la psiquiatría, de modo que está da sustento científico a este ideario.

**Contacto** • mariapsiqui@hotmail.com

María Herrera Giménez. H.G.U. Morales Meseguer • Calle Marqués de los Vélez s/nº. 30008 Murcia.

## Bibliografía

Gómez Mesa, Luis. “Cine. Panorama, progreso, proyecciones y tívoli: Manicomio” *Arriba*, 26-1-1954. página 14.

Galán, Diego y Llorens, Antonio. *Fernando Fernán-Gómez. Apasionadas andanzas de un señor muy pelirrojo*. Fundación Municipal de Cine (Valencia) y Fernando Torres, 1984.

García Abad, María Teresa. Literatura, disparate y humor en manicomio de Fernando Fernán-Gómez. *Anales de Literatura Española*, 19: 59-80. 2007.

Gracia Guillén, Diego. El enfermo mental y la psiquiatría española de la postguerra. *Informaciones Psiquiátricas*, nº 120: 161-170. 1990.

- Recibido: 29-8-2012.
- Aceptado: 2-10-2012.



**HUMANIDADES**



# De locos y ciudadanos: por una Europa sin manicomios.

Luigi Attenasio.

Director Departamento Salud Mental ASL Roma C.  
Presidente Nacional Psiquiatría Democrática.



## Los manicomios y la “cura” (1)

Los manicomios: moradas en el sentido de “demorar”, palabra y verbo latino, que significa retardar, mantener, permanecer sin fin, aunque también ‘con-fin’, fin de la vida social (2).

Los manicomios: cementerio de los cerebros, espacio vacío de sujetos activos capaces de reciprocidad, una locura de cuerpos, simples volúmenes anatómicos puros expropiados de vivencias, cuerpos/sustentación, no ya cuerpos/interacción (3).

Los manicomios: grandes “depósitos de imaginación colectiva”, fruto de dementes, euclidianos, proyectos arquitectónicos, confabulados con el mandato social de la psiquiatría.

Los manicomios: campos de concentración (los “Lager” eran campos), espacios donde se ejerce una soberanía y un poder arrebatado a las garantías naturales. La norma ha sido sustituida por el “estado de excepción” y, suspendida de hecho la ley, el que allí se cometan o no atrocidades, no depende del derecho humano o divino, sino sólo del grado de civilización y del sentido ético de quien, como “soberano”, temporalmente actúa allí. “Todo allí es posible” observó Hanna Arendt. Para Franco Basaglia, en el manicomio el poder del director era el de un rey, como el Rey Sol, “l'état c'est moi”.

Recién llegado a Gorizia en los años 60, dijo: “Aquí es de noche, noche cerrada, noche fondeada... una isla poblada de fantasmas, envarada en sí misma, alejada de la memoria de los hombres... yo estaba del lado del carcelero, pero la realidad que veía no era diferente: también aquí el hombre había perdido toda dignidad, el manicomio era un enorme estercolero”.

Decía en los años 50 Maurice Partridge: “Las enfermedades raras pueden requerir tratamientos raros y en psiquiatría esto ha ocurrido a menudo. Estas enfermedades son a menudo tan resistentes al tratamiento y sacan a la luz tan claramente la ignorancia de su patología y de su etiología (origen) que suscitan reacciones agresivas en el terapeuta desconcertado y frustrado”.

Algunas “curas” para las llamadas locuras (4) (todavía alguna lo es; y lo es, además de extraño, sobre todo nocivo) no han sido aberraciones causadas por la ignorancia de los psiquiatras sino verdaderos y reales intentos, modos y formas de tratamiento. Elliott Valenstein, psicólogo y profesor de Neurociencias en Michigan, los llama “Tratamientos Desesperados” (“*Desperate Cures*”): la malarioterapia, en la que se provocaban fiebres altísimas (y muchos morían ya sólo con eso); la insulinoterapia, con la que se inducía un coma del que se “resurgía” suministrando azúcar; el electroshock, aún hoy practicado y considerado como terapia, pese a que no se sabe cómo actúa y en cambio sí se sabe que provoca daños en el cerebro; la lobotomía (cortar un trozo de cerebro, “sede” de la enfermedad). El mismo manicomio, en el fondo, vistos los resultados, ha sido una trágica caricatura de “tratamiento” de la enfermedad mental. Pero ¿es posible hablar de “tratamiento curativo” si allí dentro uno era internado de por vida y abandonado, en el aislamiento físico y social, en la mortificación del cuerpo y de la mente, siempre culpabilizado, atado a la cama, perdidos los derechos más elementales? Una verdadera muerte social. Algo de esto, de esta cultura del manicomio, ¿no sobrevive todavía hoy? Quizá los psiquiatras deberían reflexionar: “El objetivo principal de la ciencia

no es abrir la puerta a la sabiduría infinita sino poner un límite al error infinito” (Bertolt Brecht).

### Narcisa y “las algas”

La violencia actuaba sobre el cuerpo de modo manifiesto pero también subrepticio sobre la conciencia del que estaba encerrado. Esta es la historia de Narcisa, mujer y también “loca”.



En los años 50, casada en segundas nupcias con un campesino viudo, había dado a luz. Unos días después se encontraba mal, ahora diríamos depresión post parto, situación a veces incluso grave pero que si es detectada, atendida y tratada bien, y de modo inmediato en nuestros servicios, se resuelve casi siempre en casa, rápida y positivamente. En cambio Narcisa acaba en el manicomio y permanecerá allí hasta la muerte. Hemos encontrado esta foto en una carpeta en el archivo del manicomio de Arezzo. Se hizo al comienzo de su internamiento. Todavía es joven y hermosa, no lleva nada encima, está desnuda. Intenta cubrirse con el material en el que ha estado abandonada: algas, que llegaban al manicomio de Arezzo desde el mar Adriático, solicitadas por los psiquiatras de entonces.

Narcisa está “con las algas”. Probablemente se había rebelado en el manicomio. Ponerle a uno “con las algas” era un castigo y también una solución de seguridad. Las algas eran consideradas la única sustancia tan inerte como para poder estar en contacto con personas consideradas tan peligrosas que cualquier otro material hubiera sido peligroso para ellas o para los demás.

Muchos años más tarde, a aquel que le pregunta qué piensa de su vida “perdida”, Narcisa dirá: “está bien y es justo que me hayan metido en el manicomio y también que me hayan puesto “con las algas”. He sido mala, ni una buena esposa, ni una buena madre”. El manicomio la había “domado” hasta hacer de ella una dócil “enfermita” que limpiaba obediente su zona. El manicomio le había destruido la imagen y la autoestima: para ella el castigo de las “algas” era, además de justo, justificable, justificado, itambién merecido!

### Franco Basaglia y Psiquiatría Democrática

En 1961 Basaglia asume la dirección del manicomio de Gorizia. Intuye que no puede haber cura si se está en una jaula, simbólica y real. Es necesario eliminar la violencia y restituir a las personas los derechos arrebatados: son los “primeros balbuceos” del movimiento que transformará la psiquiatría y no sólo esta. Alrededor de él se reúne un grupo de trabajo que se convierte rápidamente en referencia y “actor”, “productor” de una profunda renovación en la asistencia. Basaglia inmediatamente tiene claro que no podrá haber jamás un hospital psiquiátrico como lugar de asistencia. Con su equipo, en Londres (1964), en un importante congreso científico, lee “The destruction of the mental hospitals as place of institutionalisation” y afirma de modo irreversible y “copernicano” el derecho a ser asistido sin estar recluso y sin ser mortificado ni denigrado.

En Italia, en aquellos años, nacen otras experiencias de renovación psiquiátrica. Si Gorizia es la primera, a ella se suman poco a poco Perugia, Turín, Nocera, Parma, Reggio Emilia, Trieste y Arezzo, Reggio Calabria, Salerno. Todos estos momentos de crítica teórico-práctica al manicomio se insertan en el movimiento más amplio iniciado en el 68, que seguirá con las grandes luchas obreras del 69-70. Se dan los primeros contactos con los sindicatos, esencialmente la CGIL (5), con trabajadores de la salud y hombres de ley (magistrados, juristas...) democráticos, que se reconocen en la lucha de Basaglia. “Quieren obstinadamente la luna” y nacen Medicina Democrática y Justicia Democrática (6). Sus trayectos serán paralelos, recorridos sobre la cresta de la transformación de los sistemas institucionales en sentido igualitario. Cambiar sanidad, psiquiatría y justicia empieza a ser una posibilidad real y no una utopía vacía.

En 1973 el grupo de los psiquiatras “gorizianos” funda Psiquiatría Democrática y organiza en junio del 74 en Gorizia su primera convención nacional. Frente al puro corporativismo que caracteriza comúnmente al mundo médico, en Psiquiatría Democrática estarán juntos enfermeros, médicos, asistentes sociales, psicólogos, pedagogos, etc. Franco Basaglia hablará de “nuevo hábito y nueva dignidad” en la profesionalidad de estos trabajadores. Se sumaran políticos, administradores públicos, sindicalistas, intelectuales, periodistas, familiares, usuarios, ciudadanos democráticos, “ladrillos” de la que ya se va configurando como una empresa colectiva. Se oficializan las líneas del movimiento: lucha anti-institucional, crítica de la ideología científica, capacidad de gestión alternativa del sufrimiento psíquico, abierta y social en el sentido de una sociedad diversificada e igualitaria, rica en solidaridad y también en lo concreto, defensa de los principios de justicia y libertad sin los cuales no hay terapia; una sociedad donde la locura, dimensión humana, permanezca en la relación y en la realidad de la existencia colectiva. Seguirán congresos, convenciones, seminarios, encuentros centrados siempre en modos de asistencia territoriales, contra los riesgos de nuevos manicomios, afrontando viejas y nuevas marginaciones, además de prácticas coactivas y contra las violaciones de los derechos y de las libertades personales...

Psiquiatría Democrática (último congreso en Roma, Mayo 2010) sigue siendo agente de cambio, instrumento de defensa de los más frágiles, escudo contra quien quiere cambiar la ley 180, multiplicador de fuerzas, energías, representaciones colectivas, a disposición de todos.

Está viva y coleando, fuerte, sana, y sigue mostrando “la capacidad de mantener el rumbo encendiendo estrellas en el cielo de la dignidad humana”, como dice su Secretario Emilio Lupo.



## La locura y la reciprocidad

Negar la institución del internamiento psiquiátrico ha significado negar lo absoluto de la noción de objetividad y de científicidad de la cultura occidental moderna. Plantear el problema de la locura y de la actitud ante ella y ante la diferencia pone en tela de juicio la escala de valores sobre la que fundamos nuestro vivir, la escala de valores de nuestra civilización, de nuestra cultura y el mismo concepto de normalidad.

¿La locura es siempre negativa? ¿O bien debemos reflexionar sobre lo patológico, sobre lo anormal, sobre lo diferente y sobre el miedo a lo diferente como campo de posibles revelaciones de mundos y experiencias que dicen, muestran, enseñan cosas, también a nosotros? Nos acercamos a los locos -que no son des-hechos humanos, gente residual a encerrar o a salvar como “pobrecitos”, con actitud no sólo compasiva, también importante, sino como nuestros interlocutores, incluso en lo incompleto, o en la enormidad, a veces trágica, de sus actos. Desde un punto de vista cultural, ha entrado en crisis, se cuestiona el modelo llamado científico, -en realidad persecutorio y estigmatizante-, de la psiquiatría institucional; y también el prejuicio sobre la supuesta incurable tendencia de los locos a la destrucción y peligrosidad. Sobre la incapacidad de comunicarse con ellos, Foucault dijo en su *“Historia de la Locura”*: “La ciencia de las enfermedades mentales, tal y como pueda desarrollarse en los asilos, no será nunca más que ciencia de la observación y de la clasificación. Ello no será un diálogo... Si la razón existe, esta consiste precisamente en aceptar ese círculo continuo de la razón y la locura, en ser claramente conscientes de su reciprocidad y de su imposible separación”. Con él, con Basaglia y también con Ronald Laing por primera vez se habla de reciprocidad: “Apenas empezamos a interactuar con la situación, ya hemos comenzado, queriéndolo o no, a intervenir. Por otra parte, nuestra intervención comienza en ese momento a modificarnos también a nosotros, no sólo la situación. Se ha iniciado una relación recíproca”. La relación, curador-curado, cuidador-cuidado, de reciprocidad asimétrica, se convierte en relación de reciprocidad simétrica, de ser humano a ser humano y el derecho a la salud no es ya sólo tratamiento, asistencia sino también “obligación” para quien trata de tratar sin mortificar (7).

## La ley 180 y los Departamentos de Salud Mental

En Italia, podemos decir, había una vez el manicomio... Sobre sus cenizas nacieron la Ley 180 y los Departamentos de Salud Mental (D.S.M.). La 180 no es sólo una ley de asistencia psiquiátrica diferente y mejor, sino que es ley de civilización, libertad, democracia, solidaridad y prefigura, formula, expresa una idea diferente de estar en el mundo entre las personas. Los D.S.M. son completa y totalmente alternativos al manicomio y al internamiento de por vida por motivos psiquiátricos. Nuestro D.S.M. de Roma (territorio de competencia: 4 Municipios, alrededor de 600 000 habitantes, 4 Centros de Salud Mental, 4 Centros de Día, 2 Unidades Hospitalarias (salas de hospitalización), 2 Comunidades Terapéuticas, 15 Pisos Tutelados, 250 trabajadores) trabaja día tras día con el sufrimiento teniendo en cuenta a la persona, su historia y su contexto. Conserva la memoria y la huella de aquellos residentes de larga estancia, que, -ya no “hommes infâmes” sino humanidad con derechos readquiridos-, ya en los manicomios protagonistas de su propia vida, han “derribado” y “derrocado”, “replanteado” y “cuestionado” los significados y marcado profundamente la historia de “nuestra” psiquiatría que hoy, abierta a prácticas y saberes colindantes, es salud mental de comunidad, centralizada territorialmente y respetuosa de la persona humana. Los usuarios, incluso los más “simples” y menos “instruidos”, los más “torpes”, siguen demostrando que pueden valorar lo que les sucede, con originalidad, con capacidad de defender su propio punto de vista y de darnos indicaciones a los psiquiatras. “No hay nada más estúpido que pensar que de las personas enfermas pueda solamente surgir algo enfermo” (Thomas Mann). “Es el punto de vista del enfermo el que es, en el fondo, el verdadero” (Georges Canguilhem, epistemólogo y maestro de Foucault). Cada día en nuestros servicios, observatorios privilegiados de los mecanismos del funcionamiento de la sociedad, la atención y el tratamiento ya no están desvinculados de los tiempos y de los espacios del vivir cotidiano por los nexos, evidentes, entre sufrimiento y condiciones históricas y contextuales de la existencia. La necesidad solidaria de equidad y justicia convive con la necesidad empresarial de hacer cuadrar las cuentas sin quedar abrumado, subyugado, oprimido. Nuestros “productos” (la comunicación, el intercambio, el vínculo social, la intesubjetividad) son material lleno de símbolos: la

unidad de medida no puede ser sólo el cuánto sino también el cómo, la cooperación, los afectos que están en juego. A esto lo llamamos “calidad social”. Nuestras tareas, preñadas, repletas de responsabilidad social y colectiva, no son sólo nuestras sino que renvían a una “ciudad social”, una empresa abierta que así debe permanecer para que en ella colaboren participantes “diversos”, en el sentido de muchos pero también de diferentes. En apoyo a la crisis individual, activamos recursos colectivos, convencidos de que se pueden invertir procesos de selección y de exclusión, conjugar dimensión individual y bienestar colectivo, no ser encrucijada de controles y consensos para legitimar lo existente. Se trata de una utopía concreta: un exceso de realismo es en detrimento de la transformación y de la posibilidad de mejora. “Hemos demostrado que el imposible puede llegar a ser posible” (Franco Basaglia).

### Basaglia en la escuela: icoso de locos!

Para los múltiples retos del hoy y contra la involución que se han producido no sólo en psiquiatría, con la mercantilización, y tras la ley 180, hacen falta todos. “No pueden ser los técnicos los únicos protagonistas de la rehabilitación y del tratamiento del enfermo, sino que los sujetos de esta rehabilitación deben ser el enfermo y el sano quienes, sólo convirtiéndose en los protagonistas de la transformación de la sociedad en la que viven, pueden convertirse en protagonistas de una ciencia cuyas técnicas sean usadas en su defensa y no en su contra” decía Franco Basaglia y decimos nosotros.

Así es como nos encontramos, “los de la 180”, con quien, -Mariella Ciani, profesora, y sus estudiantes- cree, y trabaja, en una escuela donde aprender no es sólo acumular contenidos sino tomar partido y cuestionar aquello que se cree saber, una escuela que pueda “curar” en el sentido de cuidar, de interesarse (*to care* más que *to cure*), por una cultura y conocimiento que no sea sólo pura adquisición de conceptos sino que, por el contrario, nutra el aspecto más apasionante del aprender, la construcción de saberes, los que corresponden a las expectativas sociales, pero también otros, aquellos en cierto modo inactuales, “pasados de moda” y por lo tanto más llenos de carga crítica. Hemos escrito a varias manos “*Quien tiene miedo de la locura, La 180 en la Escuela: cosa de locos*” (Ed. Armando), seguros de que, muerto el manicomio, la supervivencia del prejuicio hacia el en-

fermo mental es un potentísimo factor patógeno para la tranquilidad, la serenidad y, por qué no, la felicidad de quien está mal pero también de todos, de la gente en toda su complejidad. Para construir verdadera salud, como en el fondo en la ley 180 se entrevé en filigrana, hace falta cambiar la actitud hacia el loco, hacia el diferente, hacia el otro, cara escondida de nuestra identidad, incidir sobre costumbres, comportamientos, prejuicios.

¿Y con quién trabajar sino con los estudiantes, los jóvenes, ciudadanos del mañana o ya del hoy? Ellos nos han hecho incluso comprender que no es suficiente la cultura del decir, que hace falta también el hacer: enseñar/mostrar, contar/narrarlo, ir al encuentro/conocer a los “últimos”. Las experiencias con ellos nos han dado y nos dan la razón. “Yo tenía la idea de que el enfermo mental, el llamado loco, era peligroso. Entonces hemos vivido con ellos, aunque fuese por poco tiempo; en el piso tutelado hemos comido juntos. Ha sido una experiencia muy fuerte. Hemos entrado con una visión, hemos salido llenas de alegría y con un tipo de pensamiento totalmente diferente” ha dicho Cristina tras su visita a nuestros servicios. O bien “...eran muy fuertes la predisposición, el recelo, el miedo a enfrentarse con este tipo de personas. Pero viviendo y hablando con ellos, el clima se ha relajado completamente y la opinión ha cambiado también completamente... Semejante experiencia vale mucho más que leer cualquier libro...” ha reiterado la profesora Mariella Ciani.

### El protagonismo de los usuarios y el saber afectivo por una Europa *diferente*

Hemos empezado con los manicomios en Italia. Pero queremos avanzar, relanzando la utopía de una “psiquiatría sin manicomios” en Europa, donde todavía existen. Lo hemos hecho a nuestra manera *a partir de y partiendo con* los locos. Desde Roma a Estrasburgo, al Parlamento Europeo, (*Foto Psiquiatría Democrática en el Parlamento Europeo*) fuimos 44, usuarios de los servicios, familiares, trabajadores, estudiantes, periodistas... “Más derechos: un autobús de locos hacia Estrasburgo” tituló un periódico, dando la noticia del viaje realizado en 2005, más tarde repetido en 2009 a Bruselas. Los verdaderos actores y protagonistas fueron los usuarios. Portavoz: Anna; después, Laura. Con voz fuerte y clara, con coraje y orgullo, han reivindicado la necesidad técnica, política, cultural, humana y ética de una Europa

sin manicomios. “Es la primera vez, desde que estoy en el Parlamento Europeo, que estoy orgulloso de ser italiano” y “Es el primer hecho realmente político y creativo desde que trabajo en Estrasburgo” dirán Vittorio Agnoletto, diputado europeo y Stefano Squarcina, experto funcionario parlamentario. En 2006 el Parlamento Europeo adoptó una Resolución sobre la “Mejora de la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental”, después, en junio de 2008, en Bruselas, la UE aprobó el “Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental”, y más recientemente el “Plan de acción europeo para la salud mental, la investigación en materia de salud y el bienestar de los ciudadanos”. Nuestros viajes han pesado en estas importantes decisiones, como dijo Roberto Musacchio, parlamentario que nos ha respaldado en ambas empresas.

En la historia de Europa, abundan el humanismo y el sentido social; y en la construcción europea, tan marcada, sobre todo hoy, por la relación entre liberalismo y aseguramiento, es necesaria una Constitución material y formal hecha de derechos y valores. Pensar, partiendo de la experiencia italiana, en una “Europa sin manicomios”, libre, abierta, solidaria, democrática, pacífica, es parte de lo que hemos llamado “un sueño presente en la razón”; un sueño clave precisamente en esta época, en la que parece que, para existir, Europa deba estar sometida al dominio financiero y de los bancos, además de político, de unos pocos que hace de hecho casi imposible la supervivencia del estado social, del estado de bienestar (el *Welfare State*). De este sueño forman ya parte Guillermo, Antonio, Laura, Julián, Toni, Raúl, Amparo y todos los chicos y chicas de Mentalia Puerto (8), junto con todos los chicos y chicas del Percoto (9) que, a un viaje de interés sólo turístico (10), han preferido Valencia para volver a ver a sus “amigos”, con la intuición de una relación diferente entre las personas, llena de respeto, de derechos, de esperanza, de dignidad, de sociabilidad y de solidaridad a partir del malestar psíquico, del que lo sufre y del que se hace cargo de ello. Todo sucede en un espacio de frontera, apasionado e ilimitado: es decir que traspasa toda frontera, atraviesa todo límite y se declara contra los límites en tanto que tales.

Es el del proyecto Grundvig “Make able” (11), un espacio, real y virtual, entre República Checa, Eslovaquia, Gran Bretaña, Bélgica, España e Italia,

donde convergen diversas personas y cada una aporta pedazos, fragmentos, briznas de su propia memoria y de su propia historia; premisa de algo nuevo, diferente, a veces extremo, que se extiende hasta convertirse en parte del sueño, del cuento, que hay que alimentar y contar. Terapéutico, como a menudo lo son los cuentos, porque la atmósfera que crean es aquello que nuestra vida cotidiana, a menudo angustiosa, parece necesitar tanto “como narración colectiva, como momento de ruptura del aislamiento que rodea cada individualidad en singular, elemento de identidad de una comunidad, momento de encuentro de muchos puntos de vista, de muchas generaciones, de muchos pueblos” (Giovanni Michelucci, arquitecto, gran joven/viejo, muerto a los 99 años, que tantas reflexiones nos ha dejado sobre el espacio, la ciudad, el hombre y la ética). Los espacios cerrados, con bordes demasados delimitados, no nos gustan; los hemos “ampliado” a Europa, imaginando, para una buena salud mental, aunque no únicamente, límites permeables donde reside ese “no sé qué”, el malentendido (W. Jankelevitch), que permite a los hombres, de diferentes culturas y con diferentes puntos de vista, converger y reflexionar para efectuar una

crítica del estado de las cosas existentes. Pensamos en un mundo que no sea sólo lógica sistémica y en seres humanos que no sean máquinas para sobrevivir sin vivir; un mundo de emociones que para algunos es irracional, caótico y lleno de ilusiones que hay que neutralizar y que para nosotros es real, de sentimientos y corporeidad, dotado, lleno de un *ser* y un *saber afectivos*; un mundo, que se contraponga a la tendencia negativa, esa marcha enviada en la que parece que son importantes solamente los que detentan el mercado, y en la que parece que el único que genera realidad, incluso simbolismo, es el dinero, con las subidas y bajadas de las bolsas, decididas por alguien en alguna parte del mundo para condicionar el destino (en Grecia saben algo de todo esto) de millones de personas. Si el valor de una Nación se determina por el P.I.B. (Producto Interior Bruto), también tiene que tener valor el P.F.B. (Producto de Felicidad Bruto).

La idea puede parecer nueva pero en realidad es muy antigua: una comunidad, basada en la solidaridad, en la paridad de los pueblos, en la igualdad de derechos, en compartir los bienes comunes.

## Notas de traducción

- (1) A lo largo de todo el texto, la palabra “*cura*” en el original adquiere diferentes significados, por lo que en la traducción se pretende, lo más fielmente posible, la mejor interpretación según el caso, intentando mantener la idea y el estilo del autor.
- (2) En el original: *dimore nel senso di “demorari”, parola e verbo latino, che significa indugiare, tra-tenere, trattarsi senza fine, ma anche con-fine, fine della vita sociale.*
- (3) En el original: *corpi/supporto, non più corpi/ rapporto.*
- (4) En el original: *alcune “cure” per i cosiddetti matti.*
- (5) CGIL: “*Confederazione Generale Italiana del Lavoro*”. (“Asociación de representación de los trabajadores y del trabajo. Es la organización sindical italiana más antigua y también la mayormente representativa, con alrededor

de 6 millones de afiliados, entre trabajadores, pensionistas y jóvenes que entran en el mundo del trabajo.” Página oficial).

- (6) *Magistratura Democratica.*
- (7) En el original: *il diritto alla salute non è più solo cura, ma anche “obbligo” per chi cura a curare senza mortificare.*
- (8) Mentalia Puerto, ciudad de Valencia (CEEM: Centro Especializado en Enfermos Mentales)
- (9) *Liceo Caterina Percoto*, Udine, Italia (Instituto de Enseñanza Secundaria).
- (10) Viaje fin de estudios.
- (11) Grundvig; Programa Europeo dentro del LLP (Lifelong Learning Program). En este caso, el proyecto “Make Able”, acaba de finalizar en junio 2012 y ha tenido una duración de dos años.

- Recibido: 3-7-2012.
- Aceptado: 24-9-2012.

Traducción: Laura Marcelo.



# ACTUALIZACIONES





## Las mujeres y el desarrollo humano.

Autora: Martha Nussbaum.

Edita: Herder Editorial ([www.herdereditorial.com](http://www.herdereditorial.com)). Barcelona, 2012.

ISBN: 978-84-25421-86-0.

En el panorama actual de crisis económica, las diferencias entre hombres y mujeres aumentan. La desigualdad salarial se ha acentuado en España. Las mujeres carecen de lo esencial para el desarrollo de una vida plenamente humana en la mayor parte del mundo. Están peor alimentadas que los hombres, tienen un nivel inferior de salud, son más vulnerables a la violencia física y sexual, su acceso a la educación y al mercado laboral es más complicado y no tienen los mismos derechos y libertades que los hombres. Estas circunstancias sociales y políticas desiguales generan capacidades humanas desiguales que convierten a las mujeres, más que en un fin en sí mismas, en meros instrumentos para los fines de otros.

La filósofa Martha Craven Nussbaum, premio Príncipe de Asturias de Ciencias Sociales 2012, defiende en el libro *Las mujeres y el desarrollo humano*, un feminismo universalista capaz de superar los límites del relativismo cultural. Su propuesta arranca del convencimiento de que gentes que tienen distintas maneras de entender el bien pueden alcanzar un acuerdo sobre algunos principios éticos universales que sean aplicables dondequiera que se dé una situación de desigualdad y de injusticia. A partir de su propia experiencia personal en la India y de argumentos tomados de la filosofía, la economía y el derecho, la autora propone un marco constitucional y político, respetuoso con las tradiciones y las instituciones locales, que pueda traducirse en objetivos concretos en contextos concretos.

De este modo, Nussbaum muestra cómo la argumentación filosófica acerca de la justicia puede conectarse con los asuntos prácticos de la vida

pública, y sienta las bases para una fundamentación ética de la ayuda al desarrollo.

“Con demasiada frecuencia se trata a las mujeres no como fines en sí mismos, como personas con una dignidad que merece respeto por parte de las leyes y de las instituciones. Por el contrario, se las trata como meros instrumentos para los fines de otros: reproductoras, encargadas de cuidados, puntos de descarga sexual, agentes de la prosperidad general de una familia. Escribe sobre la condición de la mujer en la India, y de allí saca sus conclusiones. Pero muestra las uñas cuando intenta explicar que esta forma de ver, esta argumentación filosófica, no solamente es aplicable al caso de la India (aunque los ejemplos sean de allí) sino que pueden y deben ser extendidas a una comprensión mundial del proceso de desarrollo humano. “El pensamiento político y económico internacional debe ser feminista, atento, entre otras cosas, a los problemas especiales que enfrentan las mujeres a causa de su sexo en más o menos todas las naciones del mundo, problemas sin cuya comprensión no pueden enfrentarse correctamente los temas de la pobreza y el desarrollo. Un enfoque del desarrollo internacional debe evaluarse de acuerdo a su capacidad de reconocer estos problemas y de presentar propuestas para su solución”.

Martha C. Nussbaum (Nueva York, 1947) estudió Teatro y Lenguas clásicas en la Universidad de Nueva York y se doctoró en Derecho y Ética por la Universidad de Harvard. En la actualidad es docente en la Universidad de Chicago, tras haber sido profesora en Harvard, Brown y Oxford. Ha presidido el Comité para la Cooperación Internacional y el Comité para la Situación de la Mujer, ambos de la



Asociación Americana de Filosofía y ha sido miembro del Consejo de la Academia Americana de las Artes y las Ciencias. Considerada una de las figuras más relevantes del panorama filosófico actual, se ha significado por su defensa de los derechos

de la mujer y de la importancia del papel de las humanidades en la educación. Doctora honoris causa por más de una treintena de universidades, ha recibido numerosos galardones.



## Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia.

Autor: Víktor Frankl.

Edita: Herder Editorial, 2012. 176 pág.

ISBN: 978-84-25430-56-5.

Este 2012 se cumplen 15 años de la muerte Víktor Frankl. Considerado uno de los psicoterapeutas más destacados del siglo XX, vivió el Holocausto nazi en primera persona al ser internado en un campo de concentración nazi junto a su familia. A pesar de que fue el único que logró sobrevivir, decidió contar su experiencia en *El hombre en busca de sentido*, una obra traducida a más de veinte idiomas y de la que se han vendido millones de ejemplares en todo el mundo. ¿Cómo pudo él que lo había perdido todo, que había visto destruir todo lo que valía la pena, que padeció hambre, frío, brutalidades sin fin, que tantas veces estuvo a punto del exterminio, cómo pudo aceptar que la vida fuera digna de vivirla?

Este libro surge a partir de una serie de conferencias dictadas por Víktor E. Frankl en 1966, en las que expresamente se le pidió que explicara el sistema que caracteriza a la logoterapia. El autor ubica este tipo de psicoterapia con respecto a otras escuelas, específicamente las psicoterapias existencialistas, desarrolla los fundamentos del sistema -la libertad de la voluntad, la voluntad de sentido y el sentido de la vida- así como sus diversas aplicaciones terapéuticas, y finalmente aborda la relación entre la logoterapia y la teología.

Víktor Frankl (1905-1997). Estudió medicina en Viena, se especializó en neurología y psiquiatría. Desde 1933 hasta 1937 trabajó en el Hospital General

de Viena y después dirigió el departamento de neurología del Hospital Rothschild (único hospital de Viena donde eran admitidos judíos en aquellos momentos). En diciembre de 1941 contrajo matrimonio con Tilly Grosser, y un año más tarde fue deportado al campo de concentración de Theresienstadt. Trasladado en 1944 a Auschwitz y posteriormente a Kaufering y Türkheim, campos de concentración dependientes del de Dachau. Liberado en 1945 por el ejército norteamericano. Víktor Frankl sobrevivió al Holocausto, donde fallecieron tanto su esposa como sus padres. Doctor en Medicina y Filosofía por la Universidad de Viena fundó la Logoterapia, denominada la Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia. Fue profesor de Neurología y Psiquiatría en la Universidad de Viena y ejerció la cátedra de Logoterapia en la Universidad Internacional de San Diego, en California.

Son obras suyas *Ante el vacío existencial*, *El hombre doliente*, *El hombre en busca de sentido*, *Las raíces de la logoterapia: escritos de juventud 1923-1942*, *La psicoterapia al alcance de todos*, *La voluntad de sentido*, *Logoterapia y análisis existencial*, *Psicoterapia y existencialismo*, *Teoría y terapia de las neurosis*, *Psicoterapia y humanismo*. ¿Tiene un sentido la vida?, *Teoría y terapia de las neurosis*, *La psicoterapia en la práctica médica* o la obra de teatro *Sincronización en Birkenwald*.



## Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas.

Autor: GSMP. Iñaki Markez y Cristina Iñigo (Coords.).

Edita: OMEditorial. Bilbao, 2012. 288 pág.

ISBN: 978-84-695-5660-3.

Acaba de salir editado este libro de fácil manejo, a modo de guía, orientado a los profesionales sanitarios de las cárceles aunque sin duda puede ser un buen instrumento en Atención Primaria y en el campo de la Salud mental. Elaborado por diferentes profesionales del Grupo de Salud Mental en Prisión (GSMP), grupo de trabajo con casi una década de andadura integrado por miembros de la AEN y la SESP.

La asistencia sanitaria proporcionada a los internos de las prisiones en la actualidad se fundamenta en criterios de buenas prácticas basados en la evidencia y requiere conocer en profundidad las características del medio para optimizar las condiciones y lograr así la rehabilitación psicosocial óptima deseada. En este sentido, será preciso estudiar las características de la vida en el interior de la prisión, de las personas afectadas por adicciones y por el propio medio, de la naturaleza de la patología mental y del marco legal involucrado.

Los cambios en materia legal salpican la asistencia intramuros, pues pueden entrar en prisión personas con delitos como la conducción bajo los efectos del alcohol o expresiones de violencia en el contexto familiar, o a terceras personas... Hoy, la cárcel resulta un lugar particularmente “duro” para vivir o sobrevivir o dejar pasar la vida. Los internos suelen referir una situación emocional disfórica, con una percepción de frustración mantenida, desánimo, desinterés y una actitud pasiva de espera. Pero, a pesar de las adversidades cotidianas experimentadas, desde la prisión también se pueden aprovechar algunas características como aliados terapéuticos: la contención externa del propio centro, el

aislamiento de su medio habitual y de su entorno personal, la organización en torno a una rutina diaria y adquisición de normas, aislamiento y alejamiento de su entorno personal y hábitos patológicos, el respeto hacia los límites, la recuperación y estabilización de hábitos sanos, el compromiso con responsabilidades, el apoyo de profesionales e institucional, o la asunción progresiva de autonomía.

Por tanto el paso por la cárcel puede y debe convertirse en una oportunidad para acercar la sanidad a personas que hasta el momento de ingresar en prisión no habían tenido contacto con el sistema, e iniciarles en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como introducirlos en programas para abordar las entidades patológicas descritas en este libro y avanzar hacia su rehabilitación y reinserción psicosocial.

Ante la complejidad de estos problemas clínicos, los profesionales, se plantean algunas preguntas: ¿Cómo lograr interpretar síntomas inespecíficos sugestivos de patología dual? ¿Cómo acuñar un diagnóstico preciso? ¿Cuándo, cómo y dónde llevar a cabo una desintoxicación? ¿En base a qué criterios se pueden organizar los cuidados en casos con este tipo de trastornos? ¿Cómo prevenir situaciones de alto riesgo de violencia con auto o heteroagresividad? ¿Cómo adaptar el plan terapéutico a las sustancias consumidas y las complicaciones presentes? Esta guía, este libro ofrece respuestas a estas y otras cuestiones que aparecen con demasiada frecuencia en el ámbito penitenciario entre las personas allí ingresadas.



## Distribución de libros

Una nueva oferta para socios y socias de la AEN para la venta de sus libros a través de la web.

Cualquier socio interesado que quiera vender sus libros, puede consultar las condiciones en un módulo con esa información la pantalla de inicio de [www.tienda-aen.es](http://www.tienda-aen.es)

Esperemos que sea un nuevo motivo de valor añadido, y que contribuya a la mejor imagen profesional y humana de nuestra asociación.

# Agenda

- 16 y 17 de noviembre • Valladolid  
La Revolución Delirante, II Jornadas de Jóvenes Pensamientos de la Salud Mental.  
Colaboran AEN, UVa.  
[www.revoluciondelirante.com](http://www.revoluciondelirante.com)
- 23 y 24 de noviembre • Gijón  
III Jornadas de Salud Mental del Norte (AEN). Abriendo fronteras. [www.aenasturias.es](http://www.aenasturias.es);  
[www.aen.es](http://www.aen.es); [www.ome-aen.org/IIIJornadasdelNorte](http://www.ome-aen.org/IIIJornadasdelNorte)
- 23-25 de noviembre • Madrid  
XVII Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama AEP.  
<http://aep.fidp.net/contenido/xxvii-reunion-nacional-de-la-aep>
- 29 noviembre, 1 de diciembre • Madrid  
XVII Curso anual de Esquizofrenia “Biografía, familia, narrativas y psicoterapia de la psicosis”.  
Organiza: FITEP. Colabora AEN y ISPS.  
[www.cursoesquizofreniamadrid.com](http://www.cursoesquizofreniamadrid.com)
- 1 y 2 de Diciembre • Bilbao  
II JORNADAS organizadas por la Escuela Internacional de Práctica Psicomotriz.  
En el Paraninfo de la Universidad del País Vasco, en Abandoibarra.  
[www.escvpsicomotricidad.com](http://www.escvpsicomotricidad.com)
- Junio 2013 • Almagro  
XIV Jornadas de Salud Mental de la AEN.  
[www.aen.es](http://www.aen.es)
- 29 junio-3 julio de 2013 • Lisboa  
21st World Congress Social Psychiatry: *The bio-psycho-social model: the future of Psychiatry*.  
[www.wasp2013.com](http://www.wasp2013.com)
- 14-18 de septiembre de 2014 • Madrid  
XVI World Congress of Psychiatry: *Focusing on access, quality and humane care*.  
Organiza: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM).  
[www.wpamadriz2014.com](http://www.wpamadriz2014.com)

# Normas de publicación

La Revista NORTE de Salud Mental considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella.

En general no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para su publicación en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas” (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores previa a su publicación. El primer autor podrá recibir tres ejemplares de la revista, cuando desee recibir un mayor número lo comunicará con antelación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de NORTE de Salud Mental y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

## Requisitos de los trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de NORTE de Salud Mental: [norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org), o bien al Apdo. 12, 48950 Erandio. Bizkaia.

Primera página. Incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional,

centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página. Figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones más destacadas. Se incluirán de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los Originales deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las Notas clínicas no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las Revisiones podrán contener un máximo de 15 páginas.

Referencias bibliográficas. Se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una “comunicación personal”.

Las tablas y gráficos se enviarán en documento aparte, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de “Normas de Vancouver”).

## Artículos de revistas

- Artículo normal

Se mencionan hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión "et al." si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencias, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

- Autor institucional

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.

- Sin nombre del Autor

Cancer in South Africa (Editorial), *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

## Libros y otras monografías

- Indicación de autores personales

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- Indicadores de directores de edición o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- Indicación de una organización como autor editor

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington (DC): The Institute; 1992.

- Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh Jh, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995 p. 465-78.

- Actas de congresos

Kimura J, Shibasaki H, editores. Recent advances in clinical neurophysiology. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561- 5.

- Tesis doctoral

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilización. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

## Otros trabajos publicados:

- Artículo de periódico

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

- Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future (videocasette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

- Diccionario y obra de consulta semejantes

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 19995. Apraxia; p. 119-20.

## Trabajos inéditos

- En prensa

Leshner Al. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

## Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:

URL: [www.cdc.govncidod/EID/eid.htm](http://www.cdc.govncidod/EID/eid.htm).

# Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias que siga a su recepción.

La cuota anual será de 100 euros (profesionales en formación 50%). Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la Revista NORTE de salud mental, libros, Cuadernos Técnicos y otras publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios y socias de las Asociaciones en sus respectivas Autonomías.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Magallanes, 1 sótano 2. 28015 Madrid.

Tel.: 636 725 599 / Fax: 91 847 31 82.

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D./Dña ..... profesional de la Salud Mental,

con título de .....

que desempeña en (Centro de trabajo) .....

y domicilio en ..... Población .....

C.P. .... Provincia ..... Teléfono ..... Correo electrónico .....

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Autonómica para lo cual es propuesto por los miembros:

D./Dña. ....

D./Dña. ....

Fecha ..... / ..... / .....

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado o asociada.

Nombre ..... Dirección .....

Banco/Caja de ahorros ..... Sucursal .....

Cuenta nº ..... Población .....

Ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

En ..... el ..... de 20 .....

Firma:



## Revista de:



ASOCIACIÓN DE  
SALUD MENTAL  
Y PSIQUIATRÍA  
COMUNITARIA



*Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental*

Asociación Castellano Manchega  
de Neuropsiquiatría  
y Salud Mental

Associació Valenciana  
de Neuropsiquiatría  
(AEN-PV)

