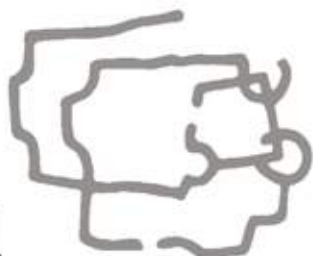


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XIV nº 55 Septiembre 2016



Autor: Pedro Carmona. <http://cargocollective.com/pco>

"La tormenta imperfecta". 30x40 Acrílico sobre lienzo. Viena, Junio 2016.

Sabiduría y mente navegan al antojo del temporal. Aunque mis pensamientos remen, necesito luz que oriente el rumbo. Me encanta organizar encuentros entre maestros sobre el lienzo. Esta *Tormenta Imperfecta* está basada en la combinación de "los Remeros" de Kandinsky 1910 junto al "Búho" de Picasso 1947.

Volumen XIII



Nº 51



Nº 52



Nº 53

Volumen XIV



Nº 54



Nº 55

Volumen XI



Nº 45



Nº 46



Nº 47

Volumen XII



Nº 48



Nº 49



Nº 50

Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42



Nº 43



Nº 44

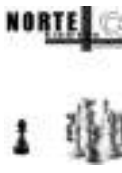
Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

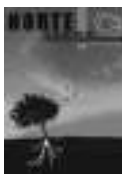
Volumen VII



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

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Cifre, Antonia
Estévez, Juan
González Lorenzo, Félix Andrés
Inchauspe, José Antonio
Lalana, José Manuel
Munarriz, Mikel
Navarro, Mercedes
Novella, Enric
Redero, José María
Sierra, Deirdre

Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	De la Rica, José Antonio	Jimenez Estevez, Juan Fco.	Pérez-S, Pau
Álamo, Cecilio	Desviat, Manuel	Laespada, Teresa	Polo, Cándido
Albi, Inmaculada	Esteban, M. Luz	Lamas, Santiago	Prego, Roque
Álvarez, José M ^a	Esteban, Ramón	Lasa, Alberto	Pradana, M ^a Luz
Angosto, Tiburcio	Fernández Liria, Alberto	Lázaro, José	Rendueles, Guillermo
Aparicio, Víctor	Ferrera, Beatriz	Levav, Isaac	Retolaza, Ander
Arana, Xabier	García Soriano, Maite	Marín, Mónica	Rodríguez, Beatriz
Arias, Paz	Gay, Eudoxia	Marqués, M. José	Rodríguez Pulido, Francisco
Ballesteros, Javier	Gómez, Chus	Martínez-Azumendi, Óscar	Rotelli, Franco
Barrenetxea, Olatz	Gómez-Beneyto, Manuel	Martínez, Ana	Saraceno, Benedetto
Berrios, Germán E.	González Brito, Natalia	Mayoral, Fermín	Sepúlveda, Rafael
Bravo, Mari Fe	González-Pinto, Rodrigo	Meana, Javier	Serrano, Javier
Caldas d'Almeida, José	González Saiz, Francisco	Medrano, Juan	Soler, M ^a del Mar
Carranza, Arturo	González Torres, Miguel Á.	Meneses, Carmen	Susparregui, J. M ^a
Català, Laura	Gracia, Fernando	Mezzich, Juan	Tarí, Antonio
Chicharro, Francisco	Guimón, José	Molina, Germán	Thornicroft, Graham
Colina, Fernando	Gutiérrez Fraile, Miguel	Morchón, J.	Tizón, Jorge Luis
Collazos, Francisco	Hernández, Mariano	Moreno, Ana	Trujillo, Carlos
Comelles, Josep M ^a	Hernández Padilla, María	Olabarría, Begoña	Valverde, Mikel
Del Rio, Francisco	Huertas, Rafael	Palacios, Antonio J.	Villasante, Olga

✓ Acceso disponible en: www.revistanorte.es • Correo-e: info@revistanorte.es

✓ 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.revistanorte.es

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 XIV nº 55, Septiembre 2016

www.revistanorte.es

Realización y Administración:

OME • C/Araba, 6 bajo (entrada por C/Burgos) • 48014 Deusto. Bilbao

info@revistanorte.es

Autor de la portada: Pedro Carmona

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:



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

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L.



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 55. Septiembre 2016

Editorial	5
• Violencias en Europa, con migraciones y refugiados. <i>Iñaki Markez.</i>	7
Originales y revisiones	11
• Prevalencia de pacientes con síntomas psicológicos y conductuales de la demencia y su tratamiento con antipsicóticos. Estudio Piloto. <i>José Carlos Azón, Begoña Pellicer, Raúl Juárez, Sergio Azón, Patricia Berges, José Manuel Granada.</i>	13
• ¿Hacia un nuevo paradigma en Psiquiatría? <i>Jose García-Valdecasas, Amaia Vispe, Vicente G. García-Valdecasas, Miguel Hernández González.</i>	20
• Revisión sobre la relación y derivaciones entre Atención Primaria y Salud Mental. <i>Guillem Lera-Calatayud, J. Enrique Romeu-Climent, Vicente Palop-Larrea.</i>	31
• El Grupo Grande: Equipo de terapeutas y socialización. <i>Florencio Moneo, Vanesa Cerviño, Arantxa Núñez, Andoni Sánchez, Antonio Torres, Fernando Cuevas.</i>	43
• Maternidad y trastorno mental grave. <i>Ramón Ramos, Margarita Núñez, Silvia Piñeiro, Susana Mella, Susana García-Luengo, Manuela Currás, María del Carmen Viz.</i>	55
• Guía Breve sobre el Apoyo en Salud mental/Psicosocial a los refugiados sirios en España. <i>Stella Evangelidou, Francisco Collazos, Adil Qureshi.</i>	66
• La función social de las instituciones en la atención a las personas sin hogar: un deber de humanidad. El ejemplo de HOUSING FIRST. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	78
• Psicología a través del caballo. <i>Paola Rosa Vecino Alonso.</i>	84
Formación Continuada	89
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XXIII). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	91
• Recorrido psicoanalítico y educativo en un niño diagnosticado de trastorno del espectro autista. <i>Vilma Cocoz, Azucena Martínez Ruiz y Elena Esther Gómez Santoyo.</i>	94
• El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. <i>Hurma Gil Santiago, Marta Winter Navarro, Petra León Pérez, Elena Navarrete Betancor.</i>	103
Pre-ocupaciones	113
• En mi sorpresa descubro la fantasía. <i>Patricia Sánchez Benito.</i>	115
• Prioridades y Posición de la ACN ante la política sanitaria en salud mental de la Consejería de Sanidad. <i>ACN.</i>	120
Actualizaciones	125
• Sobrevivir, Existir, Vivir. La terapia en cada fase de la psicosis grave. <i>Pamela Fuller.</i>	127
• Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales. <i>Robert Whitaker.</i>	130
• Psychiatry Under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform. <i>Robert Whitaker & Lisa Cosgrove.</i>	132
• Cohabitar la diferencia: de la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva. <i>Manuel Desviat.</i>	135
Agenda	137

Summary

NORTE de salud mental 55. September 2016

Editorial	5
• Violence in Europe, with migration and refugees. <i>Iñaki Markez.</i>	7
Original and reviews articles	11
• Prevalence of patients with behavioral and psychological symptoms of dementia and their treatment with antipsychotics. Pilot study. Estudio Piloto. <i>José Carlos Azón, Begoña Pellicer, Raúl Juárez, Sergio Azón, Patricia Berges, José Manuel Granada.</i>	13
• Towards a new paradigm in Psychiatry? <i>Jose García-Valdecasas, Amaia Vispe, Vicente G. García-Valdecasas, Miguel Hernández González.</i>	20
• Relation and referrals from Primary Health Care to Mental Health Care review. <i>Guillem Lera-Calatayud, J. Enrique Romeu-Climent, Vicente Palop-Larrea.</i>	31
• The Large Group: Team of therapists and socialization. <i>Florencio Moneo, Vanesa Cerviño, Arantxa Núñez, Andoni Sánchez, Antonio Torres, Fernando Cuevas.</i>	43
• Maternity and severe mental illness. <i>Ramón Ramos, Margarita Núñez, Silvia Piñeiro, Susana Mella, Susana García-Luengo, Manuela Currás, María del Carmen Viz.</i>	55
• A primer on the Mental Health and Psychosocial Support of Syrian Refugees in Spain. <i>Stella Evangelidou, Francisco Collazos, Adil Qureshi.</i>	66
• The social role of institutions in caring for the homeless: a duty of humanity. The HOUSING FIRST project. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	78
• Psychology with horse. <i>Paola Rosa Vecino Alonso.</i>	84
Continuing Education	89
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (XXIII). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	91
• Psychoanalytic and school trajectory in a child diagnosed with autism spectrum disorder. <i>Vilma Coccoz, Azucena Martínez Ruiz y Elena Esther Gómez Santoyo.</i>	94
• Stigma towards people with mental illness in general hospital health professionals. <i>Hurma Gil Santiago, Marta Winter Navarro, Petra León Pérez, Elena Navarrete Betancor.</i>	103
Concerns Challenges	113
• To my surprise I discovered fantasy. <i>Patricia Sánchez Benito.</i>	115
• Priorities and position of the ACN with the politics of mental health from the Ministry of Health of the Canary Islands. <i>ACN.</i>	120
Book reviews	125
• Sobrevivir, Existir, Vivir. La terapia en cada fase de la psicosis grave. <i>Pamela Fuller.</i>	127
• Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales. <i>Robert Whitaker.</i>	130
• Psychiatry Under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform. <i>Robert Whitaker & Lisa Cosgrove.</i>	132
• Cohabitar la diferencia: de la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva. <i>Manuel Desviat.</i>	135
Calendar	137



EDITORIAL

Violencias en Europa, con migraciones y refugiados.

Violence in Europe, with migration and refugees.

No son pocos quienes hace tiempo nos dicen que estamos en la tercera guerra mundial, aunque no nos demos cuenta. Una guerra no convencional al estilo de las grandes guerras del siglo pasado. Quienes guerrearán son anónimos o son Estados mediadores del gran negocio de armas, petróleo y otras zarandajas minerales. Primavera árabe, *contragolpes* de Estado planificados, ya cinco años de guerra en Siria hacen temblar el espacio Schengen, países enteros arrasados por el horror y las bombas forman parte de la cotidianeidad. Y millones de refugiados vagando por Europa, de espera en su periferia o expulsados a campos de “aparcamiento”. Han cambiado los parámetros del pensamiento de Clausewitz sobre la guerra: movilización de un amplio número de fuerzas militares y civiles para la destrucción del enemigo. Ahora nos presentan el eje del Bien contra el eje del Mal (siempre *el otro* es el malo), guerras muy profesionalizadas donde la población apenas toma parte en la contienda aunque se lleve la peor parte de sufrimientos y de muerte. Sin olvidar las terribles reacciones terroristas en diferentes ciudades Europeas: París Bruselas, Niza,... con reacciones de los políticos con más bombardeos y proclamando que “estamos en guerra”, lo que ofrece una lógica política que promueve réplicas de carácter islamófobo y eurófobo, inútiles e innecesarias. Según el ‘Global Terrorism Database’ el 87% de los atentados perpetrados por organizaciones terroristas islamistas entre 2000 y 2014 se produjeron en países donde la mayoría de la población es musulmana, quien con mayor frecuencia es víctima de esa situación. Están generando un clima bélico que fomenta actitudes sociales inapropiadas de confrontación y rechazo entre iguales, en el vecindario, la escuela, las empresas o las instituciones públicas.

Las guerras modernas, como la de Israel-Palestina, todo Oriente Medio, Colombia (por fin a término), Chechenia, y otros 50 conflictos bélicos aproximadamente existentes en la actualidad, que, con frecuencia, nos resultan lejanos. En

diferente medida intervienen las grandes potencias económicas y no precisamente para pacificar esas áreas a la vista de sus resultados. África y Asia son grandes desconocidas con conflictos armados que, en algunos de los casos como el de Angola, Etiopía, Afganistán o el Congo, tienen muchos años de antigüedad y cientos de miles, millones de muertos tras de sí.

En Irak, donde ahora sabemos que nos llevaron con falsedades a otra guerra mundial, la expectativa de vida es 58 años, el desempleo es mayor del 50% y uno de cada 4 niños abandona la escuela; el plan de petróleo por alimentos de la ONU mejoró el hambre, pero el 95% de las embarazadas padece de anemia y el 25% de la infancia sufre desnutrición grave o severa. Es un ejemplo, que podríamos ampliar a Siria, Palestina, Afganistán, Somalia, Sudán... con sus poblaciones huyendo masivamente y tratando de refugiarse en Europa. Como también millones de europeos lo hicieron hace 75 años en Latinoamérica o en alguno de esos países árabes. Casi millón y medio de personas han llegado a Europa desde principios de 2015, la mayoría huyendo de la guerra en Siria. Una crisis con rostro de niño pues 1 de cada 4 solicitantes de asilo son niños, aún más vulnerables tras el acuerdo entre la UE y Turquía. Por cierto, huyen de guerras hacia Estados europeos que, junto a EE.UU., financiaron o instigaron, vendieron armas, promoviendo la “primavera verde” y favoreciendo el surgimiento del Estado Islámico.

Palabras manidas como libertad, derechos, democracia, igualdad,... son conceptos occidentales que asumimos como feligreses sectarios de este pedazo del mundo aunque cada cual le dé una interpretación muy diferente, incluso antagónica. Costaron muchas peleas y muchas vidas contra las propias ideas previas. Europa, que recibió su nombre de la diosa griega hija del rey de Fenicia, la misma Grecia vapuleada por los poderes económicos de la Unión Europea, donde nos dicen que nació la libertad.



La cultura de la violencia ha alcanzado a notorios segmentos de la opinión pública, con la justificación del bienestar propio aceptando aventuras bélicas, una parafernalia de medidas legales para el ejercicio institucional de la violencia como garantía de seguridad, el gasto militar, la aceptación de la industria militar como medio de riqueza y de trabajo y hasta los sindicatos ven con desconfianza la denuncia de su existencia. Cambiar esta cultura por una ética de la paz, una cultura de la comprensión de los otros y sus circunstancias, resolver los problemas desde la óptica del diálogo y la colaboración, sería útil para alcanzar nuevos valores.

No basta contentarnos con saber que la violencia y la guerra forman parte de la historia de la naturaleza humana y que actualmente forman parte de nuestro "mapamundi". El impacto de la violencia y las guerras en la salud de las personas y las comunidades, con su estrés agudo, estrés postraumático, efectos acumulativos de los hechos traumáticos (alarma repetida, discurso paranoide sobre la seguridad y el tratamiento de la prensa), es obvio que ha tenido y está teniendo un impacto negativo en la salud mental de la población. Impacto no medido salvo algunos estudios como los recientes en el País Vasco sobre víctimas de la violencia colectiva y otros sobre las personas torturadas desde los años 60s.

Aunque la ONU actual sea una institución sometida a los desaires e intereses de las potencias que no le dan más valor que el coyuntural o el que en cada momento les pueda ser útil, no cumple misión solidaria y arbitral deseable entre naciones. No sirve de intermediador igualitario e independiente en los conflictos violentos, de instrumento al servicio de la sociedad de naciones, de referente de esperanza para atender las causas difíciles. Todo ello sería útil en el áspero panorama actual.

No obstante, elabora documentos orientativos, supuestamente de obligado cumplimiento para sus miembros (Recordemos que NN.UU. nombró a Arabia Saudí para presidir la Comisión defensora de los derechos humanos, un país donde las mujeres no pueden conducir, los periodistas son condenados a recibir latigazos y los hombres crucificados; o España, entre otros muchos, ha sido apercebida por los repetidos casos de tortu-

ra, sin modificación en las iniciativas institucionales). Pues bien entre esos documentos desde la AEN ha circulado a sus asociados uno titulado *Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo*, elaborado por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU. Este documento señala entre otras cuestiones algunas que es interesante recordar:

... Preocupa profundamente que las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales, en particular las personas que utilizan los servicios de salud mental, pueden ser objeto de, entre otras cosas, la discriminación generalizada, el estigma, los prejuicios, la violencia, la exclusión social y la segregación, la institucionalización ilegal o arbitraria, sobremedicización y tratamiento prácticas que no respetan su autonomía, voluntad y las preferencias,

Reconociendo la dirección de la Organización Mundial de la Salud en el ámbito de la salud y también el trabajo que ha realizado hasta la fecha para integrar, una perspectiva de derechos humanos en la salud mental, y recordando el compromiso de los Estados para lograr esto a través de la aplicación de Plan Integral de Salud Mental de Acción 2013-2020,

- 1. Reafirma la obligación de los Estados de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales y garantizar que las políticas y los servicios relacionados con la salud mental sean compatibles con las normas internacionales de derechos humanos;*
- 2. Reconoce la necesidad de los Estados de tomar medidas activas para integrar plenamente una perspectiva de derechos humanos en los servicios de salud y comunitarios mentales, en particular con miras a eliminar todas las formas de violencia y discriminación dentro de ese contexto, y para promover el derecho de toda persona a plena la inclusión y la participación efectiva en la sociedad;*
- 3. Pide al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos que prepare un informe sobre la integración de una perspectiva de derechos humanos en la salud mental y la realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales de*

las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales, incluidas las personas que utilizan mentales servicios de salud y la comunidad, y que presente el informe al Consejo de Derechos Humanos en su trigésimo cuarto período de sesiones, en la que el Alto Comisionado:

(A) identifique los problemas y las buenas prácticas emergentes existentes, y haga recomendaciones al respecto;

(B) Identifique formas y medios para fortalecer la asistencia técnica y la capacitación, teniendo en cuenta las actividades y experiencias existentes

Deseamos que estas orientaciones y recomendaciones no sea papel mojado con el paso de estos años próximos. Los millones de personas emigrantes y refugiadas que vagan por Europa y su periferia precisan de ayuda, atención e integración urgente. Habitualmente los procesos de búsqueda de salidas a conflictos armados o situaciones de violencia política tratan de tratar de llegar a acuerdos políticos y dejar para más adelante el qué hacer con el impacto en las víctimas y en la sociedad. Desde una perspectiva psico-

social no se trata solo de atender las consecuencias o la deuda moral con las víctimas que no han tenido el debido reconocimiento social, sino también de enfrentar el impacto de la violencia y abordar el sufrimiento como una contribución a la búsqueda de soluciones y del proceso de reconstrucción social. El final de las guerras y las violencias, así como el desarrollo global de los países del Sur evitarán que sus poblaciones tengan que elegir entre huir, emigrar o morir.

Estamos necesitados de la perspectiva desde la salud mental y la salud pública y que sean consideradas en la intervención y gestión de este tipo de situaciones secundarias a los comportamientos violentos, sean individuales o colectivos, así como en la estrategia y diseño de los programas de apoyo, reconocimiento y reparación para todas las víctimas que los han padecido. Si es necesario con el cambio de los modelos de atención existentes en la actualidad.

I.M.



ORIGINALES Y REVISIONES

Prevalencia de pacientes con síntomas psicológicos y conductuales de la demencia y su tratamiento con antipsicóticos. Estudio piloto.

Prevalence of patients with behavioral and psychological symptoms of dementia and their treatment with antipsychotics. Pilot study.

José Carlos Azón Belarre¹, Begoña Pellicer García², Raúl Juárez Vela¹, Sergio Azón Belarre³, Patricia Berges Usán⁴, José Manuel Granada López¹

¹ Docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Grado Enfermería de la Universidad San Jorge (Zaragoza-España).

² Personal Investigador en la Facultad de Ciencias de la Salud, Grado Enfermería de la Univ. San Jorge.

³ Enfermero en Colchester Hospital University (NHS) Foundation Trust.

⁴ Auxiliar de Enfermería en el Hospital Psiquiátrico de Sádaba (Zaragoza).

Resumen

Introducción: El proceso de envejecimiento fisiológico de las personas es irreversible. Los avances sociales y sanitarios hacen que la esperanza de vida aumente, haciendo que los síndromes asociados al envejecimiento sean uno de los principales problemas del siglo XXI. Las demencias constituyen el paradigma de enfermedad crónica incapacitante. Las personas que las sufren pueden presentar Síntomas Psicológicos y Conductuales (SPCD). Para su tratamiento ha habido un aumento del consumo de antipsicóticos.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal en personas ingresadas en una residencia geriátrica. El total de la muestra fue de 95 participantes.

Objetivos: Determinar la prevalencia de pacientes con SPCD en la población de una residencia geriátrica y los antipsicóticos prescritos para su tratamiento.

Conclusiones: La prevalencia de pacientes con SPCD en la muestra observada no es muy alta. La prevalencia de consumo de antipsicóticos, como tratamiento para estos síntomas, se sitúa en cifras similares a otros estudios.

Palabras clave: Envejecimiento; Medicamentos; Demencia; Antipsicóticos; Síntomas conductuales.

Abstract

Introduction: The process of physiological aging of people is irreversible. Social and health advances make life expectancy increases, causing syndromes associated with aging, one of the main problems of the XXI century. Dementias are the paradigm of



chronic disabling disease. People who suffer it, may have behavioral and psychological symptoms (BPSD). For the treatment of those there has been an increased use of anti-psychotics.

Methodology: A cross-sectional descriptive study was conducted on people admitted to a nursing home. The total sample was 95 participants.

Objectives: To determine the prevalence of patients with BPSD in the population of a nursing home residents and antipsychotics prescribed for their treatment.

Conclusions: The prevalence of patients with BPSD in the observed sample is not very high. The prevalence of antipsychotics as treatment for these symptoms, stands at similar figures to other studies.

Key words: Aging; Medicines; Dementia; antipsychotics; behavioral symptoms.

Introducción

El envejecimiento de la población se expresa habitualmente en el aumento de la proporción de personas mayores y en él influyen aspectos como: disminución de la fecundidad, disminución de la mortalidad, aumento de la esperanza de vida y realización de un mayor número de intervenciones preventivas. Los avances en la medicina, la mejora de la calidad de vida, de las prestaciones sociales y de las ayudas a los mayores han hecho que la esperanza de vida aumente en los países desarrollados de forma exponencial, haciendo que el proceso de envejecimiento y todos los cambios neurofisiológicos que conlleva se conviertan en uno de los principales problemas del siglo XXI. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2025 el número de personas mayores de 65 años alcance cifras récord colocándose en torno a los 2.000.000.000 de personas¹.

Las enfermedades neurodegenerativas, en especial la demencia, constituyen el paradigma de “enfermedad crónica incapacitante”. La demencia se caracteriza por un deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas. La prevalencia está en torno al 5-10% en las personas mayores de 65 años.² Se establece que, en residencias de ancianos, el 60-80% de los usuarios presentan algún grado de deterioro cognitivo, el 20-30% muestra una demencia en fase grave y el 65% presenta algún trastorno de la conducta.³ De esta forma, los pacientes que padecen demencia, además de presentar una

importante alteración en las funciones cognitivas, debido al progresivo deterioro de algunas funciones cerebrales, muestran los llamados Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia (SPCD). Se ha descrito que entre un 60% y un 90% de los pacientes con demencia presentarán SPCD a lo largo de la evolución de la enfermedad. Este porcentaje varía en función del estadio y de la personalidad previa del paciente.⁴ Los síntomas conductuales se identifican mediante en la observación del paciente e incluyen: agresividad física, gritos, inquietud, deambulación errante, conductas culturalmente inapropiadas, desinhibición sexual, acoso, lenguaje inapropiado y seguimiento persistente de otro. Los síntomas psicológicos se evalúan a través de entrevistas con los pacientes y sus familiares e incluyen ansiedad, ánimo deprimido, alucinaciones e ideas delirantes. Estos síntomas contribuyen a la institucionalización precoz del individuo.⁵

Además de las demencias, los trastornos psicóticos tienen importante prevalencia en ancianos. Sin embargo, no son solo estos trastornos los que precisan atención psiquiátrica sino que también aparecen síndromes confusionales (delirium), trastornos afectivos con o sin síntomas psicóticos, trastornos del sueño y, como decíamos anteriormente, los síntomas psiquiátricos en las demencias como son la agitación y la agresividad.⁶

El tratamiento habitual para los síntomas psiquiátricos son los psicofármacos. Estos corresponden a uno de los grupos de fármacos más consumidos por los ancianos. La prevalencia del

consumo de psicofármacos oscila entre el 14% según algunos autores⁷ y el 37%-38% según otros estudios.⁸ Dentro de este grupo se englobaría a los ansiolíticos, antipsicóticos y antidepressivos.⁹ En los últimos años, se está produciendo un aumento exponencial en la prevalencia de pacientes consumidores de psicofármacos.¹⁰

Un estudio de utilización de medicamentos notificó que los ancianos residentes en centros sociosanitarios o residencias de la tercera edad, consumen mayor cantidad de fármacos que los de la comunidad.¹¹ El uso adecuado de los tratamientos antipsicóticos en ancianos comienza con la definición de las prácticas apropiadas y las inadecuadas. Existen diversos métodos de evaluación de riesgos intrínsecos y extrínsecos basados en guías de práctica clínica con evidencia demostrada.^{12,13} En este contexto, el uso de fármacos antipsicóticos, en concreto dedicado al tratamiento de las personas mayores, es elevado y duplica al utilizado para las personas que residen en su domicilio.¹⁴

En el 2004, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) emitió una nota informativa anunciando el incremento de la mortalidad y de la presentación de accidentes cerebrovasculares en pacientes mayores de 75 años tratados con olanzapina y risperidona.¹⁵ Además, el manual para el manejo farmacológico de la demencia sugiere que la eficacia de los antipsicóticos para el tratamiento de los SPCD es modesta.¹⁶ Diversos autores señalan que existen efectos beneficiosos de los neurolépticos en el tratamiento de las demencias pero que estos efectos beneficiosos deben contrabalancearse a corto y largo plazo frente a los efectos adversos que son numerosos.^{17, 18, 19}

En función de todo lo visto, la medida del riesgo asociado a los cuidados y tratamientos farmacológicos es una cuestión de gran importancia, como lo demuestra la puesta en marcha por parte de la OMS de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que dictamina que la seguridad es el principio fundamental de todos los sistemas sanitarios.^{20,21} A pesar de que, como hemos indicado anteriormente, las guías clínicas y protocolos para el tratamiento de los SPCD aconsejen como primera elección el tratamiento no farmacológico,^{22,23} y a pesar de todos los riesgos

descritos se siguen utilizando de forma muy habitual los antipsicóticos en lugar de apostar por intervenciones que incluyan modificaciones ambientales (control de la temperatura, del ruido y de la intensidad de la luz), creación de hábitos de actividades de la vida diaria, mantenimiento del ciclo sueño-vigilia, realización de ejercicio físico y, en definitiva, una mejoría de la comunicación con el paciente.^{24,25}

El objetivo principal de esta investigación es determinar la prevalencia de pacientes con SPCD de una residencia geriátrica y los antipsicóticos pautados para su tratamiento.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo transversal en personas ancianas ingresadas en una residencia geriátrica privada. La población de estudio estuvo compuesta por todas aquellas personas ingresadas durante la realización del estudio en la residencia Fundación Elvira Otal de Ejea de los Caballeros, pertenecientes a la provincia de Zaragoza (España). Dicha población en estudio ascendía a un total de 96 usuarios de los cuales tan sólo una persona revocó su consentimiento a participar en el estudio, obteniendo finalmente la muestra en 95 participantes mayores de 65 años. Los criterios de inclusión y exclusión establecidos para este estudio fueron los siguientes:

- Criterios de inclusión:

Todas aquellas personas ingresadas mayores de 65 años pertenecientes a una residencia privada del municipio de Ejea de los Caballeros (Zaragoza) en el momento de realizar el estudio con expreso consentimiento informado. En aquellas personas incapacitadas o con deterioro cognitivo, el firmante fue el tutor o en su defecto el familiar de referencia.

- Criterios de exclusión:

Personas que ingresen posteriormente al comienzo del estudio. Personas que fallecieran durante el proceso del estudio.

Personas con revocación del consentimiento informado.

El estudio se realizó una vez obtenido el permiso de la Dirección de la Fundación Elvira Otal y bajo



las normas que regulan el acceso, la protección y la confidencialidad de los datos de los pacientes al personal de las administraciones públicas y de acuerdo a la Ley Orgánica de Protección de Datos y RD 1720/2007.

Por otra parte se entregó un documento de consentimiento informado para todas aquellas personas que admitiesen participar en el estudio. Para aquellas personas que no estaban incapacitadas pero de las que se observó que no eran capaces de comprender totalmente la información contenida en el documento, se facilitó el mismo documento a un familiar de referencia. Para aquellas personas que estuvieran incapacitadas, se procedió a requerir al tutor legal el documento de consentimiento informado.

La fuente de información utilizada fue una revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en la residencia Fundación Elvira Otal de Ejea de los Caballeros mediante la consulta física in situ de dicha documentación.

VARIABLES:

Para la realización del estudio se incluyeron las siguientes variables procedentes de las historias clínicas de los pacientes (Tabla I).

Sexo: Para categorizar esta variable, se establecieron dos opciones de respuesta: Hombre / Mujer.

Edad: Variable de obtención directa que refleja la edad, medida en años, que tenían los pacientes en el momento del test.

Número de Antipsicóticos: Variable que refleja el número de medicamentos antipsicóticos pautados a cada paciente. Para su análisis estadístico se catalogó en 0-1-2-más de 2.

Demencia: Variable que refleja la existencia o no de diagnóstico de demencia. Para su análisis estadístico se catalogó en Sí-No.

SPCD: Variable que refleja la existencia o no de SPCD. Para su análisis se catalogó en Sí-No.

Resultados

Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 21, Los principales

estimadores se presentaron con un intervalo de confianza del 95% y significación estadística de $p < 0,05$. En este estudio se toma una muestra en la que, por géneros, las mujeres predominaron en presencia en este estudio siendo un 63,2% de los casos, mientras que los hombres representaron un 36,8%, con un rango de edad entre los 70 y 105 años, siendo la media de edad de 86,39 años. Los porcentajes mayores se obtuvieron en los 92 años con un 10,5% seguido de un 8,4% entre los 83 y 89 años. Analizada la normalidad de este dato se obtuvieron que no se correspondía a un comportamiento normal dado que la significación de los test que lo estudian era menor de 0,05 ($p = 0,020 < 0,05$).

Respecto a la presencia de diagnóstico de demencia, esta variable no presenta demasiadas diferencias; un 54,7% de los casos sí están diagnosticados de algún tipo de demencia mientras que un 45,3% no la tienen (tabla II).

En cuanto a la presencia de Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia, un 72,6% de los casos diagnosticados de demencia presentan SPCD, mientras que sólo un 27,4% no los presentan (Tabla III).

Respecto a los datos de los grupos de psicofármacos, se observa que un 74,5% de los usuarios no toman ningún antipsicótico, y que sólo toman 1 ó 2 en un 19,1% y en un 6,4%, respectivamente (Tabla IV). El valor que se obtiene de la mediana corresponde a 0, mientras que analizada la normalidad se observa que esta variable no corresponde a un comportamiento normal dado que la significación de los test que lo estudian es menor de 0,05 ($p \text{ valor} = 0,000 < 0,05$). Respecto al número de benzodiacepinas, los resultados indican que en un 52,6% de los casos no se toma ningún fármaco de este grupo, y que sólo toman 1 en un 38,9% de los casos y 2 en un 8,4%. Esta variable tampoco corresponde a un comportamiento normal y su mediana es 0.

Existe relación significativa entre la existencia de SPCD y el consumo de antipsicóticos [$\chi^2(2) = 7,888$; $p \text{ valor} = 0,019 < 0,05$] (Tablas V y VI).

Por último, no existe relación significativa entre la presencia de SPCD y la toma de benzodiacepinas.

Discusión

La prevalencia del diagnóstico de demencia en nuestro estudio es de un 54'7% de los usuarios de esta residencia. Este dato se encuentra muy alejado de los obtenidos en población general, entre el 5 y el 15% en los estudios de Manubens JM²², Vilalta Franch²³ o Gascón Bayarri²⁴. Sin embargo, es un dato cercano al 56'1% de Fort I¹⁰ o del 34'2% de Gutiérrez Rodríguez³.

En cuanto a la prevalencia de SPCD, obtenemos un porcentaje del 72'6% de los casos diagnosticados de demencia. Este dato concuerda con el obtenido por Lyketsos²⁵, en cuyo estudio obtuvo que un 80% de las personas con demencia que vivían en la comunidad presentan estos síntomas. Por otra parte, se encuentra alejado del 43'9% de los pacientes que obtuvo Fort en su estudio¹⁰.

La prevalencia de la toma de antipsicóticos en nuestra muestra es de un 25'5%. Este dato no se aleja demasiado de los datos obtenidos en otros estudios encontrados como el de Párraga Martínez et al²⁶ en el que obtuvieron una prevalencia del 37%. En la misma línea se encuentra el estudio de Ubis Díez et al²⁷ en el que obtuvieron una prevalencia del 30'6%. Algo menores fueron los datos obtenidos por Sicras Mainar et al¹⁴ en el que presentan una prevalencia del 19% de consumo de antipsicóticos en ancianos y, también en la misma línea, Gutiérrez Rodríguez et al,³ en su estudio sobre prevalencia y manejo de la demencia en centros residenciales, obtuvieron unos datos del 34'9%. Resultados superiores obtuvieron Fort et al¹⁰ en su estudio sobre alta prevalencia de consumo de neurolépticos en ancianos con demencia en el que destacaron un 45'2% de consumo de antipsicóticos mientras que Fernández Adarve,¹⁷ en su estudio sobre tratamiento farmacológico de los SPCD, presenta una prevalencia del 66'7% de uso de antipsicóticos. Sobre este último artículo cabe reseñar que se trata de un estudio retrospectivo y que quizá por este motivo aumente de manera tan significativa el resultado final.

Una de las indicaciones de los antipsicóticos es para el tratamiento de los SPCD. En nuestra muestra, y a pesar de la poca incidencia de consumo de antipsicóticos que aparece, obtenemos

que existe relación estadística entre la toma de antipsicóticos y la existencia de SPCD. En concreto, un 44% de los pacientes que presentan SPCD toman antipsicóticos. En la misma línea abundan numerosos estudios, entre ellos el de Fort et al¹⁰ en el que obtiene que un 45'2% de los usuarios de su muestra que presentaban SPCD son tratados con neurolépticos.

Conclusiones

La prevalencia de diagnóstico de demencia es de la mitad de la muestra, lo cual concuerda con datos de otros estudios. La prevalencia de SPCD en estos pacientes diagnosticados de demencia es alta, aunque concuerda con datos de otros estudios. Aun así, hay estudios en los que las cifras son sensiblemente inferiores, de forma que podemos concluir que si bien el dato es válido, habría que aumentar el tamaño muestral para obtener resultados concluyentes.

La prevalencia de consumo de antipsicóticos en la muestra observada no es muy alta y, aunque es similar a la obtenida en algunos estudios, está alejada de los datos que ofrecen otros. Aunque es posible que el tamaño muestral haya influido en los datos obtenidos, al ser congruentes con otros estudios, los damos por válidos.

Uno de los tratamientos de elección para el control de los SPCD son los antipsicóticos, algo que está aceptado y que, evidentemente, ha mejorado la calidad de vida de muchos pacientes y familiares pero contra lo que se lucha desde muchos ámbitos científicos desde los que se opta por un tratamiento ambiental y cognitivo más que farmacológico. El hecho de que un 44% de los pacientes estudiados con SPCD estén tratados con antipsicóticos debería ser contrastado con una muestra similar de pacientes que viven en sus domicilios, pero nos debe hacer pensar en la obligación moral y la responsabilidad que tenemos los profesionales sanitarios en general, y los equipos de salud mental en particular, en la aplicación de tratamientos ambientales que exigen más coste personal para llevarlos a cabo pero que obtienen posiblemente iguales resultados sin efectos adversos. En definitiva, este estudio nos pone sobre la pista de hacia dónde deben ir encaminados los cuidados y otras intervenciones en geriatría y psicogeriatría.



Limitaciones

El presente estudio presenta limitaciones en relación a la muestra estudiada, ya que corresponde a una muestra pequeña.

Conflicto de intereses

La autoría del estudio declara que no existe conflicto de intereses en relación al presente estudio.

Correspondencia

José Carlos Azón Belarre • jcazon@usj.es • Tel.: 637 748 397
C/ Molino Bajo, 17 • Ejea de los Caballeros (Zaragoza)

Bibliografía

1. OMS. Envejecimiento poblacional. ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública? Preguntas y respuestas en línea 29 de septiembre de 2006. Disponible en URL: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html> [Fecha de consulta: 10-marzo-2015].
2. De Ronchi D, Berardi D, Menchetti M, Ferrari G, Serretti A, Dalmonte E, et al. Occurrence of cognitive impairment and dementia after the age of 60: A population based study from Northern Italy. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2005; 19: 97-105.
3. Gutiérrez Rodríguez J, Jiménez Muela F, Alonso Collada A y Sáenz de Santa María Benedet L. Prevalencia y manejo terapéutico de la demencia en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44(1): 31-33.
4. Lyketsos CG, López O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: Results from the cardiovascular health Study. *JAMA*. 2002; 288(14): 75-83.
5. Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G et al. Behavioral and Psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr*. 1996; 8. Suppl: 497-500.
6. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP and Expert Consensus Panel for Using Antipsychotic Drugs in Older Patients. Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65. Suppl 2: 5 – 99.
7. Gutiérrez MM. Dificultades frecuentes en la administración de fármacos en ancianos con trastorno mental. *Informaciones Psiquiátricas*. 2011. 204(2): 131-146.
8. Blasco F, Pérez R, Martínez J, Jiménez AI, García MJ. Estudio del consumo de fármacos inadecuados o no indicados en el anciano que ingresa en un Servicio de Medicina Interna. *An. Med. Interna (Madrid)*. 2008; 25(6):269-274.
9. Pellicer García B, Juárez Vela R, Gracia Carrasco E, Redondo Castán LC, Guerrero Portillo S, Delgado Sevilla D. Consumo de benzodiazepinas en una residencia de ancianos válidos institucionalizados. *Research es*. 2014; 1: 1130.
10. Fort I, Formiga F, Robles MJ, Regalado P, Rodríguez D, Barranco E. Alta prevalencia de consumo de neurolépticos en las personas ancianas con demencia. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134(3): 101-106.
11. Arinzon Z, Peisakh A, Zuta A, Berner N. Drug use in a geriatric long-term care setting: comparison between newly admitted and Institutionalized patients. *Drugs Aging*. 2006; 23(2): 157-165.
12. Robertson HA, MacKinnon NJ. Development of a list of consensus approved clinical indi-

- cators of preventable drug-related morbidity in older adults. *Clin Ther.* 2002; 24: 1595-613.
13. Ugalde O. Eds. Berenzon S, del Bosque J, Alfaro J, Medina-Mora E. Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogeríátricos. Méjico: Instituto Nacional de Psicogeriatría Ramón de la Fuente; 2010.
 14. Sicras-Mainara A, Peláez-de-Loño J, Castellá-Rosales A, Rodríguez-Darriba M. Consumo de psicofármacos inapropiados en residencias geriátricas: estudio comparativo entre los años 2001 y 2006. *Farm Hosp.* 2008; 32 (2): 96-101.
 15. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Nota informativa. Ref. 20034/3. Nuevos datos de seguridad sobre los antipsicóticos olanzapina y risperidona en el tratamiento de pacientes ancianos con psicosis o trastornos de conducta asociados a demencia. Madrid. 2004.
 16. Ballard CG, Gauthier S, Cummings JL, Brodaty H, Grossberg GT, Robert Ph, Lyketsos CG. Management of agitation and aggression associated with Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol.* 2009; 5: 245-55.
 17. Fernández Adarve MM. Tratamiento farmacológico de síntomas conductuales y psicológicos disruptivos (SPCD) en pacientes dementes no institucionalizados. Un estudio retrospectivo. *Informaciones psiquiátricas.* 2011; 204 (2): 163-182.
 18. Expert Consensus Guideline Series. Using Antipsychotic Agents in Older Patients. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65 (suppl 2).
 19. Bannerjee S. The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action. A report for Minister of State for Care Services. An independent report commissioned and funded by Department of Health. 2009.
 20. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. 2008; Disponible en: www.who.int/patientsafety.
 21. Organization WH. World Alliance for Patient Safety, Forward Programme 2005. Génova: WHO, 2005.
 22. Manubens JM, Martínwez-Lage JM, Lacruz F et al. Prevalence of Alzheimer's Disease and other dementing disorders in Pamplona, Spain. *Neuroepidemiology* 1995; 14: 155-164.
 23. Vilalta-Franch J, López Pousa S, Llinàs-Reglà J. Prevalencia de demencias en una zona rural. Estudio Girona. *Rev Neuol* 2000; 30:126-30.
 24. Gascón Bayarri J, Reñé R, Del Barrio JL et al. Prevalence of dementia subtypes in El Prat de Llobregat, Catalonia, Spain: The PRACTICON study. *Neuroepidemiology* 2007; 28: 224-34.
 25. Lyketsos CG, López O, Jones B et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the Cardiovascular Health Study. *JAMA* 2002; 288(12): 1475-831.
 26. Párraga Martínez I et al. Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. *Gac Sanit.* 2010; 24(6): 453-459.
 27. Ubis Díez E, Olivera Pueyo J. Trastornos del sueño en pacientes con demencia valorados en una consulta de geriatría. *Psicogeriatría.* 2012; 4 (1): 21-29.

- Recibido: 6/6/2016.
- Aceptado: 19/7/2016.

¿Hacia un nuevo paradigma en Psiquiatría?

Towards a new paradigm in Psychiatry?

Jose García-Valdecasas Campelo (1), Amaia Vispe Astola (2),
Vicente G. García-Valdecasas Campelo (3), Miguel Hernández González (1)

1. Psiquiatra. Hospital Universitario de Canarias. Servicio Canario de Salud.
2. Enfermera especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Servicio Canario de Salud.
3. Enfermero especialista en Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Casanova. Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra.

Resumen: Desarrollaremos en este trabajo una visión crítica del paradigma biologicista dominante en la Psiquiatría actual, deteniéndonos en sus aspectos científicos, tecnológicos y sociales. Partiendo del modelo de ciencia de Thomas Kuhn, defenderemos la tesis de que la actual situación puede ser una crisis que desemboque en un nuevo paradigma, esperamos que más centrado en aspectos psicológicos y sobre todo sociales. Este nuevo paradigma debería ser, y es lo fundamental, más útil para nuestros pacientes y menos perjudicial tanto para ellos como para toda la sociedad.

Palabras clave: paradigma, ciencia, tecnología, sociedad, iatrogenia.

Abstract: In this paper, we will develop a critical point of view of the biological paradigm which is dominant in Psychiatry of our days and we will focus on its scientific, technological and social issues. Basing in Thomas Kuhn's science model, we will defend our thesis that current situation could be a crisis to create a new paradigm, hope more focused in psychological and, above all, social issues. This new paradigm should be, and it is fundamental, more useful for our patients and less harmful for them and for the society.

Key words: paradigm, science, technology, society, iatrogenia.

Paradigmas y Psiquiatría: evolución y situación actual

Nos proponemos en este trabajo desarrollar la idea de que tal vez estemos ya asistiendo a los primeros momentos de un cambio de paradigma en el campo de la Psiquiatría y la Salud Mental. Thomas S. Kuhn (1) fue un historiador y filósofo cuyas ideas han influido de forma innegable en la visión de la ciencia y su funcionamiento.

Siguiendo a Luque y Villagrán (2), podemos decir que Kuhn plantea que la ciencia pasa por momentos de *ciencia inmadura*, en que existen diversas tendencias o escuelas. Cuando una se impone al resto, por motivos que muchas veces no son –o no son sólo– de índole científico-tecnológica sino también socio-cultural, se establece un paradigma o matriz teórica que proporciona un marco conceptual de los fenómenos estu-

diados en esa disciplina. Para Kuhn, las teorías que aparecen en dicho marco conceptual no son precisas como para los positivistas, sino más bien esquemas confusos e imprecisos acerca de cómo actúa la naturaleza que requieren verificación. La finalidad de la ciencia no sería confirmar o refutar teorías, sino adecuarlas a la realidad. Una vez determinado el paradigma, se entra en un periodo de *ciencia normal*, donde se empieza a progresar en la investigación, dentro del susodicho paradigma. Cuando se van acumulando los problemas que no se resuelven en esa matriz teórica, se detiene el progreso, y se llega a una situación de crisis que acarrea la sustitución del paradigma por otro alternativo. Este es el periodo de *ciencia revolucionaria*, en el que se entabla la lucha entre paradigmas enfrentados. La elección entre paradigmas se basa en criterios extralógicos como la persuasión, la popularidad o la capacidad para progresar o resolver cuestiones inmediatas. O tal vez, añadiríamos nosotros, la capacidad de proporcionar financiación o prestigio a los profesionales del campo (en relación a esto, ya hablamos en su día (3) acerca de la relación entre la industria farmacéutica y la psiquiatría). Una vez elegido un nuevo paradigma, se entra en un periodo de resolución que conduce a una nueva etapa de *ciencia normal*.

En nuestra opinión, no está claro que la Psiquiatría haya estado nunca realmente en un período de “ciencia normal”, es decir, que haya predominado un paradigma de forma tan completa que no haya habido voces discordantes de consideración, a la manera, por ejemplo, a como impera el paradigma biomédico en, por ejemplo, cardiología. En Psiquiatría, por el contrario, ha habido un constante movimiento pendular a lo largo de la Historia entre, por decirlo así, somaticistas y psicologicistas, con distintos vaivenes. Hasta los años 50 aproximadamente del pasado siglo fue predominante el psicoanálisis para luego, con el más que mencionado advenimiento de la clorpromazina, irse instaurando un paradigma biológico que distó mucho, en aquellos momentos, de ser hegemónico. No olvidemos que fue sobre los años 60 cuando hicieron acto de presencia las orientaciones, sistémica o cognitiva, sin que eso significara la muerte del psicoanálisis, tantas veces anunciada y nunca certificada. Creemos que puede decirse que es posteriormente, hacia los

años 80 y 90, cuando el paradigma biológico va haciéndose predominante, tomando como ejemplo la publicación del DSM-III y el DSM-III-R y en clara relación temporal con la aparición de los psicofármacos de elevado precio (primero los antidepresivos ISRS y, posteriormente, los antipsicóticos denominados atípicos). Parece coincidir con esos momentos que el paradigma biológico inicia su supremacía, pese a la cual, resisten las otras orientaciones psicologicistas citadas, aunque más bien en ámbitos psicológicos, sociológicos o filosóficos, más que psiquiátricos. Este paradigma biológico se va convirtiendo cada vez más en *biocomercial*, como se ha denunciado desde diversos ámbitos y trabajos (4, 5).

La cuestión es que en las últimas décadas y en nuestro entorno, el paradigma biológico devino hegemónico y marcó el desarrollo de la actividad clínica e investigadora, así como la formación a los nuevos profesionales, los mensajes transmitidos a los pacientes y la visión global que la sociedad tiene de la enfermedad mental y del sufrimiento, como algo explicable (y solucionable) en términos neuroquímicos (como dijimos más de una vez (6), una neuroquímica rampolna y cortoplacista, negligente hacia los efectos secundarios de los remedios que emplea para solucionar desequilibrios químicos que nadie ha demostrado).

Pero el caso es que pensamos, tal vez con optimismo excesivo, que podemos estar ante el inicio de un cambio. Creemos que, siguiendo los términos de Kuhn, hace tiempo que el progreso dentro del paradigma actual se ha detenido (¿cuántos años o décadas hace del último descubrimiento realmente importante, en el aspecto farmacológico o neuroquímico-genético?) y que, a la vez, los problemas empiezan a acumularse (los efectos primarios de los fármacos parecen más pobres (7, 8) y los efectos secundarios más graves (9, 10) de lo que nos aseguraron y nos creímos...).

Todavía tenemos reciente la llegada del DSM-5. Sin entrar a valorar su contenido, nos llama la atención el aluvión de críticas que ha recibido incluso desde años antes de salir. Son famosas las de Allen Frances, que aludió en un escrito (11) que ha corrido como la pólvora por la Red, a la naturaleza de *caja de Pandora* de dicho libro. Re-



cordemos que Frances fue nada menos que Jefe de Tareas del DSM-IV. En relación al DSM-IV, no vimos reacciones semejantes a las que hemos presenciado estos últimos años, con críticas más constructivas o más feroces al DSM-5 desde distintos congresos y jornadas o, incluso, desde la prensa generalista. El DSM-IV fue criticado tal vez más desde entornos psicoanalíticos pero no de una forma tan extendida. Y nos parece aún más llamativo el hecho de que, en nuestra opinión, no creemos que el DSM-IV fuera esencialmente mejor. No creemos que la diferencia en las obras, que no obstante existe, justifique la diferencia en el ataque sin tener en cuenta algo más. Y ese algo pensamos que son los más de 15 años transcurridos entre uno y otro y todas las promesas incumplidas del paradigma biomédico en ese lapso de tiempo, tanto en lo referente a conocimiento sobre las causas como a mejora de los remedios.

Frances comparó la aprobación del DSM-5 con la apertura de la caja de Pandora que, como sin duda sabrán, contenía todos los males del mundo. Y, desde luego, algo se ha abierto y va circulando por ahí cada vez con mayor intensidad. El tiempo habrá de juzgar si es para mal o para bien. Por citar sólo algunos ejemplos recientes, el NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental) americano rechaza (12) primero el DSM-5, buscando desarrollar sus propios criterios dentro de un enfoque marcadamente biologicista. En la respuesta a la posición del NIMH, autores del DSM-5 llegan a reconocer que los marcadores biológicos que llevan prometiendo desde los años 70 aún no han aparecido (pero siguen buscándolos). Finalmente, se llegó a una cierta reconciliación (13). Por otro lado, la Asociación Psicológica Británica publica un documento (14) en el que abogan directamente por un cambio de paradigma en el campo de la Salud Mental, sin negar la importancia de la biología en el mismo, pero centrando el enfoque en los aspectos psicológicos y sociales. Y aunque hay quien ha querido verlo como una nueva batalla de la no siempre incruenta pero inevitablemente aburrida guerra psicólogos-psiquiatras, parte de este último colectivo se ha posicionado también contra el paradigma biológico encarnado en la nueva edición del DSM, como por ejemplo muestra un reciente escrito de Sami Timimi (15), apoyado por

muchos profesionales. Son sólo unos ejemplos de la contestación que ha recibido la *Biblia* de la Psiquiatría, pero podríamos citar muchos otros. Y, como es sabido, una vez abierta la caja de Pandora ya no se puede cerrar, y las críticas van más allá del manual diagnóstico y apuntan contra el paradigma biologicista que le da cuerpo.

Paradigma biologicista en Psiquiatría: aspectos científicos, tecnológicos y sociales

Creemos evidente que existe una preponderancia absoluta en nuestro entorno del paradigma que se ha denominado médico, biológico, biomédico, neurobiológico o biologicista en Psiquiatría, al menos hasta ahora. Se trata del paradigma médico aplicado al campo de la Psiquiatría, por lo que postula la existencia de una lesión biológica (a nivel de estructura genética, neurotransmisión, neurodesarrollo, neurodegeneración o conceptos similares) que provoca un determinado conjunto de síntomas por un determinado mecanismo fisiopatológico y que, a su vez, cuenta con un pronóstico esperable y para el que, idealmente, puede desarrollarse un tratamiento. El paradigma biologicista actual triunfa coincidiendo con la aparición y auge de los fármacos psiquiátricos hoy utilizados: neurolépticos, antidepresivos, benzodiacepinas, etc. Y este triunfo, desde nuestro punto de vista, tiene aspectos a nivel científico (como teorías en busca de un saber), a nivel tecnológico (como prácticas en busca de una utilidad) y desde luego a nivel social, que iremos desgranando.

Desde el punto de vista científico-teórico, proporcionó una explicación hipotética de los trastornos psiquiátricos como basados en alteraciones bioquímicas a nivel de exceso o déficit de determinados neurotransmisores, según los mecanismos de acción de los distintos psicofármacos (que realmente provocan alteraciones neuroquímicas en el cerebro en lugar de corregir supuestas alteraciones previas; aunque otra cosa es que dichas alteraciones provocadas puedan ser útiles a nivel sintomatológico en determinados momentos). Esta explicación hipotética no sólo no se confirmó nunca (nadie ha demostrado el déficit de serotonina en la depresión o el exceso de dopamina en la psicosis), sino que además, curiosamente, la mayoría de profesionales adscritos a este paradigma la dan por ya

demostrada. Que la investigación, la docencia y la formación psiquiátrica en general estén en gran medida en manos de empresas farmacéuticas cuyas cuentas de beneficios dependen de tales explicaciones hipotéticas no probadas, tal vez tenga que ver con esta situación.

Desde el punto de vista tecnológico-práctico, el paradigma biologicista ofrecía nada menos que la cura o el alivio para los trastornos mentales. Muchos de sus defensores afirman que los antipsicóticos vaciaron los manicomios (aunque ocultan que el movimiento de desinstitucionalización de los pacientes ingresados había comenzado antes de los años 50, cuando no existían neurolépticos) y que los antidepresivos y ansiolíticos ayudaron a aliviar o curar casos y más casos de trastornos depresivos y ansiosos que décadas atrás no habían existido (infradiagnóstico lo llaman algunos, aunque eso nos llevaría a pensar que antes de la aparición de los antidepresivos la gente era más infeliz o, por ejemplo, se suicidaba más, y no conocemos datos que avalen semejante idea).

Desde el punto de vista social, sin duda el paradigma biologicista funcionaba a la perfección para conseguir que los psiquiatras, antes marginados como *carceleros* o *charlatanes*, de repente gozaran de todo el respeto profesional que la clase médica brinda a sus miembros, con las implicaciones que ello tiene a múltiples niveles. Y a la hora de recibir financiación para investigación, docencia o *diversos* tipos de formación, por parte de las empresas que comercializan los remedios a partir de los cuales se instauró el paradigma, resulta que los psiquiatras se colocan a la cabeza del colectivo médico en cuanto a cobros, sin duda en relación con que nuestros fármacos se colocan en los primeros puestos en cuanto a gasto farmacéutico.

Pero resulta que al paradigma biologicista se le empiezan a acumular problemas que no es capaz de solucionar.

Paradigma biologicista en Psiquiatría: cuestionamientos

A nivel científico-teórico, no se ha encontrado la causa de ningún trastorno mental en el ámbito biológico. Seguimos esperando los marcadores

biológicos que definan los trastornos en base a su etiología, patogenia y fisiopatología desde el punto de vista del paradigma biologicista. Salvo que uno se deje atrapar en la trampa habitual de hablar del Alzheimer, el Parkinson o la neurosífilis, no hay datos concluyentes a nivel genético, bioquímico, funcional o estructural que sean específicos de ningún trastorno psiquiátrico. Sí abundantes correlaciones con hallazgos somáticos, muchas de las cuales (como parece demostrado para la atrofia cerebral en la esquizofrenia) se plantea cada vez más si no son debidas a los tratamientos que usamos más que a los trastornos que queremos curar. Los modelos simplistas basados en la neurotransmisión no responden a gran parte de las cuestiones (¿por qué fármacos con perfil receptorial diferente logran las mismas cifras de eficacia?, ¿por qué el mismo fármaco acaba estando indicado en trastornos diferentes?). Existe además un problema básico a nivel teórico en lo referente al paradigma biologicista: no parece posible desarrollar una fisiopatología de la enfermedad mental sin contar con una fisiología del funcionamiento mental digna de ese nombre. Es decir, ¿cómo podemos encontrar el mecanismo en términos neuronales o de conectividad de un afecto o un pensamiento definido como patológico si no tenemos la menor idea de cómo funciona a nivel neuronal o de conectividad el afecto o el pensamiento normal?. Las descripciones clínicas se realizan en base a los conceptos psicopatológicos de las facultades clásicas: pensamiento, afecto, voluntad. Pero es que no hay nada ni remotamente parecido a un modelo biologicista del funcionamiento de la mente normal. Que la Psiquiatría sea reducible a las neurociencias no es más que un deseo futuro expresado con mayor o menor fe, pero no es en absoluto posible en este momento (y que algo sea imposible hoy no significa necesariamente que vaya a ser posible mañana). Recordemos que el paradigma biologicista en, por ejemplo, cardiología, implica un conocimiento amplio del funcionamiento cardíaco en condiciones normales a nivel de inervación e irrigación, por ejemplo, a partir del cual se pueden describir distintas afecciones que aparecen ante el mal funcionamiento de alguna de sus estructuras. Los únicos que hacen algo así con el cerebro humano son los neurólogos. Pero ellos no tratan los males que tratamos nosotros.



A nivel tecnológico-práctico, se hace cada vez mayor la acumulación de evidencia bibliográfica que muestra que nuestro arsenal terapéutico supuestamente seguro y eficaz, cuenta con más sombras que luces. Estudios que revelan que los antidepresivos son inútiles ante las depresiones leves y moderadas, y presentan riesgos reales de dependencia o disforia tardía (16). Estudios que revelan que las supuestas ventajas de los antipsicóticos atípicos frente a los clásicos no eran sino una patraña para aumentar beneficios (17), contando con riesgos como los clásicos a nivel de efectos secundarios como la disminución de tejido cerebral. O que sus ventajas en, por ejemplo, síndrome extrapiramidal quedan contrarrestadas con el riesgo de alteraciones metabólicas (18). También se preguntan cada vez más autores (19) cómo es posible que ante el hecho de que cada vez se empleen más los fármacos antidepresivos, las cifras de depresión no cesan de aumentar, en una espiral de iatrogenia y consumo de recursos que parece no tener fin. Históricamente, cuando aparecía un fármaco útil frente a alguna enfermedad, dicha enfermedad mejoraba su pronóstico drásticamente (enfermedades infecciosas con los antibióticos, SIDA con los antirretrovirales, muchas enfermedades tumorales con los antineoplásicos cada vez más eficaces, etc.). Sin embargo, con los antidepresivos cada vez hay más gente deprimida y, lo que es más curioso, cada vez el pronóstico es peor. Lo que hace unas décadas se consideraba un trastorno poco frecuente que tendía a la recuperación en unos meses, ahora se ha convertido en un trastorno crónico y recurrente, con unas cifras de resistencia cada vez mayores.

A nivel social, cada vez está siendo más denunciado (20, 21) que el motor que mueve y mantiene gran parte de este entramado son ciertos manejos de la industria farmacéutica. Evidentemente, la industria ha encontrado fármacos muy útiles que han salvado muchas vidas y aliviado muchos sufrimientos, y es una parte imprescindible de la Medicina. Nadie en su sano juicio discutiría eso y, desde luego, nosotros no lo hacemos. El problema es que eso no da carta blanca para muchas malas prácticas que se vienen realizando desde hace décadas: ocultamiento de datos de ensayos clínicos cuando no son positivos para sus productos, con el consiguiente sesgo inevitable

que hace que los médicos no prescribamos los mejores tratamientos a los pacientes, porque nos falta gran parte de la información; manipulación más o menos hábil de gran parte de los estudios que sí publican, incluyendo redacción completa de artículos por parte de “autores fantasma” cuyos nombres son sustituidos luego por los de supuestos “expertos” en la materia; sometimiento –voluntario, eso sí– de gran parte de la clase médica a las líneas de investigación y formación que marca la industria, colaborando con ella en aumentar los diagnósticos, incluyendo la creación y promoción de enfermedades, y tratando muchas condiciones que posiblemente no sería necesario tratar, con un exceso preventivista y terapéutico que olvida de forma temeraria los riesgos e iatrogenias posibles de toda intervención sanitaria.

Como venimos desarrollando, nuestro planteamiento es que al paradigma biologicista actualmente imperante se le acumulan los problemas que no está siendo capaz de resolver, tanto a nivel científico-teórico como tecnológico-práctico o social. Sobre el aspecto social, se hace evidente que la actual forma de relación entre industria farmacéutica, administraciones sanitarias y profesionales, es insostenible desde cualquier código ético digno de ese nombre y, lo que es peor, tiene directas consecuencias en que los médicos no puedan recetar lo mejor a sus pacientes (porque carecen de la información adecuada y sin sesgos y porque, evidentemente, la industria invierte lo que invierte en marketing porque sabe que le sale rentable, porque modifica la prescripción médica en la dirección que le interesa). En esta época de crisis que nos atraviesa, es y será cada vez más amplio el cuestionamiento de muchas cosas que dábamos por sentadas y en las que confiábamos y el colectivo médico y su dependencia de intereses comerciales no dejará de ser cuestionado y deberá responder. No tardarán en llegar los pacientes que nos pregunten abiertamente qué hemos aceptado exactamente de la empresa que comercializa el fármaco que les estamos recetando. Sobre el aspecto práctico, no se trata de acabar con los psicofármacos y su uso, o por lo menos no es para nada nuestra posición, sino emplearlos con criterio, siendo conscientes de sus limitaciones y de sus peligros, y valorando siempre de forma responsable su balance de riesgos y beneficios.

A nivel social, el paradigma biologicista ya está siendo cuestionado por su absoluta dependencia de los intereses comerciales de la industria. A nivel práctico, ya está siendo cuestionado porque la curación que prometían sus fármacos queda reducida a un cierto alivio y sus efectos secundarios no podrán ser minusvalorados por más tiempo. ¿Pero qué ocurre a nivel teórico? Ahí, a pesar de la falta de pruebas encontradas, sigue defendiéndose la idea de que en la biología del cerebro humano está el origen de los trastornos mentales y que eso supone, *per se*, el triunfo del paradigma biologicista como tal y por tanto, de una manera más o menos adaptada, la pervivencia de sus aspectos prácticos y sociales. Desarrollaremos este punto.

Paradigma biologicista en Psiquiatría y concepto de enfermedad

El paradigma biológico a nivel teórico se sostiene, en nuestra opinión en un aparentemente sencillo argumento, que podríamos expresar así: tenemos personas con determinadas características (delirios, alucinaciones, hipotimia, insomnio, etc.) de las que decimos que padecen la enfermedad mental X. Estudiamos si las personas con dichas características tienen algún rasgo biológico determinado (un gen, un neurotransmisor aumentado o disminuido, etc.) que no aparece en otras personas sin estas características. Si encontramos dicho rasgo biológico (o si creemos con la suficiente fe que aunque no lo hayamos encontrado, estamos a punto de hacerlo), consideramos entonces que la enfermedad mental X es de naturaleza biológica. A grandes rasgos, éste sería el esquema básico de funcionamiento a nivel teórico del paradigma biológico en Psiquiatría. No entraremos ahora en la cuestión de que no se ha descubierto causa biológica alguna (si por causa entendemos causa y no correlación) de, por ejemplo, la esquizofrenia, la depresión o la ansiedad, ni tampoco en que a veces, para algunos estudios (22), esos rasgos biológicos distintivos aparecen sólo a nivel estadístico (por ejemplo, el 10% de los “enfermos” tienen el rasgo y sólo lo presentan el 5% de los “sanos”; por muy estadísticamente significativo que resulte, no parece muy revelador...). Pero en lo que sí vamos a entrar es en insistir en que dicho argumento es tramposo.

Y lo es porque en el camino desde las características que se etiquetan como la enfermedad X hasta el hallazgo biológico que determina dichas características y que culmina en el reconocimiento de dicha enfermedad X como causada biológicamente, nadie ha demostrado en absoluto que esas características sean realmente una enfermedad. Y esto es porque muchas características del ser humano vienen sin duda condicionadas biológicamente, pero el hecho de considerar algunas de ellas como una enfermedad o no es una cuestión social que lleva a cabo una determinada sociedad, con una determinada cultura y en un determinado momento, dentro del marco de unos paradigmas que marcan qué es enfermedad y qué no.

Es decir, por poner un ejemplo fácil, ser pelirrojo es una característica biológica determinada genéticamente, es decir, con una base biológica indudable. Pero no es una enfermedad. O, para ser correctos, no lo es en nuestra cultura, porque tal vez en una cultura donde se considerara el ser pelirrojo como un defecto o una malformación horrible al gusto estético de la mayoría, sí podría ser considerada una “enfermedad”. Pero sería una consideración social quien marcaría el carácter de enfermedad del hecho de ser pelirrojo, no su biología que es la misma en todas las culturas.

En nuestra opinión, el ser humano está determinado en gran medida biológicamente. Nuestros genes *reparten las cartas* que tenemos cada uno, aunque luego el ambiente físico y social en el que nos movemos, marcará a nivel epigenético cómo se expresan dichos genes y, saltando sin red entre niveles epistemológicos, luego toda esta genética y epigenética se enfrentará a una educación en el seno de una ambiente sociocultural y familiar concreto que sin duda determinará en gran medida comportamientos, sentimientos y pensamientos de esa persona. Ahora, que la base es biológica es indudable a nivel científico, porque si uno quiere ponerse a hablar de espíritus o almas de alguna manera algo más que metafórica, entonces ya no estamos en un nivel científico sino religioso y ahí ya estamos en otro juego. Es decir, que posiblemente gran parte de lo que solemos llamar “síntomas psiquiátricos” aparezca en un ser humano de acuerdo a una cierta correlación biológica. Una alucinación



auditiva muy probablemente implicará un determinado funcionamiento cerebral. ¿Significa eso que la causa de la alucinación es biológica? Pues podría significarlo si ocurre primero la alteración y luego la voz (porque no debemos olvidar que para hablar de causalidad hay que estar seguro de que la causa precede al efecto, no vaya a ser que pensemos que la secreción de las glándulas lacrimales es causa de la tristeza) y si dicha voz no aparece sin dicha alteración biológica. Pero aunque consigamos encontrar la alteración y asegurar su carácter causal respecto a la alucinación, en ningún momento de este razonamiento y trabajo investigador ha aparecido nada que demuestre que la alucinación es un síntoma o una enfermedad mental. Para nuestra cultura, sí lo es, pero para otra podría ser un signo de superioridad personal o un rasgo sobrenatural o, incluso, una diferencia individual (como ser pelirrojo, por ejemplo).

Porque sí, por ejemplo, hacemos un estudio entre personas enamoradas (con estos enamoramientos recientes que le hacen perder a uno el sueño y el apetito y le provocan todo tipo de alteraciones perceptivas sobre las características personales de la persona amada) y un grupo control de otras personas, digamos, normales, el hecho de que encontráramos un patrón biológico que correlacionara o incluso causara las características del enamoramiento, ¿significaría que el enamoramiento es una enfermedad?. En nuestra cultura no se considera así, pero a lo mejor en una cultura donde sean los padres quienes deciden las parejas de los hijos, sí se podría tener por algo patológico que – lanzamos la idea porque aquí podría haber negocio-, tal vez respondiera a antipsicóticos (ya vemos los estudios de los visitantes: el paciente con trastorno amoroso duerme más, engorda más, se escapa menos de casa y piensa menos en la persona amada desde que toma el fármaco X).

Recapitemos un poco. El problema del paradigma biologicista en Psiquiatría a nivel teórico es, por un lado, que no ha encontrado la causa biológica de nada. Pero nuestro planteamiento es que, incluso si la encontrara, eso no significaría que las llamadas “enfermedades mentales” fueran realmente “enfermedades” dentro del marco de dicho paradigma concreto. Porque, y lo repetimos porque creemos que es importante, la

consideración de algo como enfermedad es una cuestión social y no biológica.

Por ejemplo, todos estaríamos de acuerdo en considerar el sarampión como una enfermedad. Hay un virus que ataca el organismo, provoca unos síntomas, etc. ¿Podríamos decir entonces que la existencia de un agente extraño como un virus o una bacteria define una enfermedad? Pues no, porque en el organismo humano hay muchos microorganismos que viven en equilibrio sin provocar mal alguno y no se consideran enfermedades. ¿Es entonces el hecho de que haya síntomas lo que define una enfermedad? Pues nos parece que no, porque una persona puede experimentar síntomas como cefalea, ansiedad, irritabilidad o náuseas porque ha perdido su equipo de fútbol, y no lo consideramos enfermedad. ¿O tal vez hace falta que el malestar sea intenso, prolongado y potencialmente peligroso para considerarlo enfermedad? Pues también nos parece que no, porque la pobreza es la causa de malestar más intenso, prolongado y peligroso que hay y nadie la consideraría una enfermedad en sí dentro del paradigma médico. ¿Tal vez sea la aparición de una lesión lo que determina la existencia de una enfermedad? Pues tampoco lo creemos, porque la cirugía funciona a base de provocar lesiones y es una técnica para curar y no para enfermar. Una cesárea es una lesión grave y no es una enfermedad sino un remedio. No terminamos de encontrar una definición de lo que es o no es enfermedad en términos biológicos. Y no lo encontramos porque el constructo enfermedad no funciona en términos biológicos.

El síndrome de Down, por ejemplo, es un evento biológico claro, pero cada vez más personas que lo presentan y familiares de estas personas rechazan considerarlo una enfermedad, sino más bien una variante de la normalidad. Nada tiene que ver la biología con que dicha reclamación sea o no atendida. Los correlatos o, en ocasiones, causas biológicas son inevitables. Pero el considerar algo como enfermedad es una decisión. Y serán aspectos sociales, culturales y políticos los que determinarán dicha decisión. Hasta no hace mucho, la homosexualidad se consideraba una enfermedad. Nada tuvo que ver la biología en que se diera tal consideración ni en que dejara de darse. ¿Será tal vez la diferencia con la norma lo que determina que algo sea enfermo? Según

eso y aplicando el DSM-5, lo enfermo sería estar sano mentalmente, ya que hay ya probablemente más personas con trastornos mentales (definidos según el DSM-5) en el mundo que sin ellos.

Pero una vez que el argumento nos ha llevado al absurdo, hay que emprender el camino de vuelta. Que la definición de enfermedad sea social, no significa que, en una determinada sociedad, no haya un acuerdo casi absoluto sobre que determinados constructos son enfermedades. Todos estaríamos de acuerdo en que la tuberculosis, la apendicitis o el cáncer de mama son enfermedades. Y todos estaríamos de acuerdo en que el paro, el enamoramiento o la pasión futbolística no son enfermedades. Pero como es algo que se decide a nivel social, no es tan difícil *colarnos* como enfermedades entidades que antes no lo eran, como los niños traviesos, los adultos tristes, las personas gruesas o los bebés pequeños... ¿Cuál debe ser, pues, el criterio para considerar un conjunto de características que aparecen en una persona como una enfermedad, siempre dentro del paradigma biologicista?

Los paradigmas, desde una órbita postmoderna que creemos imprescindible, son narraciones que otorgan determinados significados a los hechos y proporcionan determinados marcos donde esos hechos se relacionan entre sí. Narraciones que dan cuenta de unos hechos y olvidan otros y que suponen mapas para moverse por un territorio concreto. En nuestra opinión y desde este enfoque, un conjunto de características que aparecen en un individuo determinado en un momento concreto deben ser consideradas enfermedad según los parámetros del paradigma biológico sólo cuando esa consideración sea útil y siempre que esa consideración sea útil para la persona en términos de aumentar su bienestar y reducir su malestar, teniendo en cuenta el corto y el largo plazo.

Es decir, considerar la tuberculosis una enfermedad dentro de un paradigma biologicista es útil, porque permite aplicar un tratamiento farmacológico que beneficia a la persona. Considerar la apendicitis una enfermedad dentro de un paradigma biologicista es útil porque permite aplicar un tratamiento quirúrgico que incluso salva la vida a la persona. Considerar el síndrome de Down una enfermedad dentro del paradigma biologicista no es útil en absoluto para la

persona (otra cosa sería la consideración de padecimientos concretos que esa persona pueda presentar como enfermedades) porque no hay tratamiento que vaya a otorgar beneficio y sí la carga estigmatizante que supone la etiqueta de "enfermo". Considerar la pobreza, por terrible que resulte, como una enfermedad dentro del paradigma biologicista no es útil en absoluto para la persona y, además, distrae de buscar la causa y la solución de la misma en cuestiones de índole social y político.

¿Y qué hay entonces del ámbito de la Psiquiatría respecto a todo esto? Pues nuestra teoría es que la consideración de los trastornos mentales como enfermedades dentro del paradigma biologicista no es útil en conjunto para las personas que atendemos. Naturalmente, esto requiere unas cuantas aclaraciones. No estamos diciendo que las personas afectas de lo que ahora denominamos trastornos mentales no deban ser atendidas. Habrá casos en los que una intervención a nivel farmacológico, psicoterapéutico o sociolaboral pueda ser muy útil o incluso imprescindible para ayudar a esa persona en la situación de crisis, aguda o crónica, que esté pasando. Y habrá casos en que intervenciones de ese tipo llevan aparejadas más iatrogenia que beneficio, en términos de efectos secundarios, dependencia, desresponsabilización o asunción del rol de enfermo con el estigma social y las repercusiones que ello conlleva. Lo que planteamos es si, en los casos en que la intervención es útil, es necesario o no que se haga desde un paradigma biologicista. Y, en nuestra opinión, la respuesta es que no. El paradigma biologicista se centra en el empleo de unos fármacos que dejan de ser vistos como herramientas potencialmente útiles para pasar a ser considerados la única e imprescindible respuesta al malestar psíquico, pasando por alto negligentemente sus efectos secundarios, incluyendo los fenómenos de tolerancia y dependencia. Así mismo, el paradigma biologicista minusvalora y deja al margen las orientaciones psicoterapéuticas o sociales, no prestando atención a los efectos beneficiosos de la psicoterapia o el abordaje de la psicosis centrado en la recuperación y, no nos olvidemos, en el empleo, o el importante papel que el abuso infantil tiene en la génesis de la psicosis, por poner algunos ejemplos. Creemos imprescindible una adecuada valoración de beneficios y perjuicios



provocados por este paradigma, y ahí la opinión, experta sin duda, de los usuarios y ex-usuarios tiene mucho que decir y debe ser escuchada.

El sufrimiento sin duda existe, pero lo que debemos analizar, como profesionales de la Psiquiatría y la salud mental es cuál es la intervención más útil para las personas afectadas por dicho sufrimiento. Y a veces será el empleo de medicación, a veces la psicoterapia, a veces la prescripción de no-tratamiento (23) y muchas otras veces el abordaje de las problemáticas sociales que subyacen a dicho malestar, desde los ámbitos adecuados y que no pasan por una consulta con un profesional sanitario. Como repetimos cada vez con más frecuencia, cualquier malestar vital que se arreglaría con dinero no es un problema psiquiátrico, sino de otro orden. Y la cuestión es que el paradigma biologicista en Psiquiatría es incapaz, y así lo ha demostrado durante décadas de forma cada vez más clara hasta llegar al ejemplo máximo del DSM-5, de esta atención al aspecto social.

La Psiquiatría más allá del paradigma biologicista

¿Y qué proponemos en lugar del paradigma biologicista? Pues pensamos que el punto de vista social se hace imprescindible. Tanto para entender el origen de los trastornos como su desarrollo y mantenimiento, o sus posibles soluciones, desde esas pequeñas sociedades que son las familias hasta los ámbitos mayores que podemos llamar civilizaciones. Cada una con su cultura y sus subculturas, más o menos interrelacionadas, creando un contexto sin el cual es imposible entender nada ni aliviar nada.

Creemos pues llegado el momento, y este escrito intenta ser un pequeño paso en ese camino, de que el paradigma biologicista entre en crisis y pasemos, siguiendo a Kuhn, al momento de la *ciencia revolucionaria*, donde distintos paradigmas lucharán por demostrar su utilidad para imponerse. Y esperemos que dicha utilidad lo sea esta vez para las personas que atendemos y no para las cuentas de resultados de las empresas farmacéuticas que tanto han invertido en apuntalar un conjunto de teorías inconexas y prácticas mejorables. Esas personas, con sus múltiples sufrimientos, confían en nosotros como profesionales y les debemos lo mejor de nuestra atención,

cuando les pueda ser útil, y el dejarles en paz con la responsabilidad sobre sus propias vidas cuando no sea así. Entendiendo el paradigma o matriz teórica de una disciplina como aquella *narración dominante* en la cual se va a mover dicha disciplina, que va a dar sentido a los hechos de una determinada manera y no de otra, que va a detenerse en unos hechos y no en otros, ya que no podemos acceder a una realidad objetivable como la postmodernidad dejó demostrado, abogamos por un punto de vista social, que no descuide ni los aspectos biológicos en su importancia (pero no más allá de ella) ni los psicoterapéuticos, pero sin entronizar tampoco estos últimos, en absoluto carentes de peligro en forma de dependencia y desresponsabilización (24, 25), potencialmente tan graves como las que pueden causar los psicofármacos mal empleados, que ya vemos ampliamente hoy en día y que serían sin duda más devastadores en el caso de la hegemonía de un paradigma psicologicista. Queremos también insistir en dos aspectos que ya hemos comentado: Uno es la importancia para la recuperación de las personas y para su bienestar a todos los niveles, del *empleo*. En esta época que vivimos (y en la que nos han metido unos pocos para ser cada vez más ricos mientras los demás somos cada vez más pobres) parece que el empleo se convierte en un lujo o en algo que se da como limosna en condiciones cada vez peores. Pero algo tendremos que hacer, todos, por cambiar las cosas. Para que el empleo, como tantas otras cosas – sanidad, educación, vivienda,... – sea de verdad un derecho para todos, incluidos por supuesto nuestros pacientes... Y el otro aspecto que queremos remarcar es la importancia de prestar atención y escucha a las *asociaciones y colectivos de pacientes, usuarios y ex-usuarios de dispositivos psiquiátricos* (no sólo a las de *familiares de*), que cuentan con progresiva implantación e influencia en el mundo anglosajón y todavía nos parece que escasa en nuestro entorno. Nadie sabe mejor que ellos lo que suponen los trastornos psíquicos, llamémosles como les llamemos, o los efectos, beneficiosos y perjudiciales, de los remedios que nosotros les damos...

Que el fin del paradigma biologicista sea sólo una idea no debe detenernos. Ya dijo Víctor Hugo que no hay nada más poderoso que una idea a la que le ha llegado su tiempo.

Dirección de contacto

Jose García-Valdecasas Campelo • jose_valdecasas@hotmail.com
Avenida de Madrid nº 11, portal 5, 8º B • 38007, Santa Cruz de Tenerife

Bibliografía

1. Kuhn T.S., *La estructura de las revoluciones científicas*. México, FCE, 1975.
2. Luque R., Villagrán J.M., *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid, Editorial Trotta, 2000.
3. García-Valdecasas J., Vispe A., “La raya en la arena: la Psiquiatría entre la ética y la industria farmacéutica”. *Norte de salud mental*, 2015, vol. XIII, nº 52, 33-43.
4. De la Mata I., Ortiz A., “Industria farmacéutica y psiquiatría”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2003, nº 86, 49-71.
5. García-Valdecasas J., Vispe A., “Mercaderes en el Templo: hegemonía del paradigma bio-comercial en psiquiatría”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2011, nº 110, 321-341.
6. García-Valdecasas J., Vispe A., Blog *postPsiquiatría*. www.postpsiquiatria.blogspot.com
7. Kirsch I., Deacon B.J., Huedo-Medina T.B., Scoboria A., Moore T.J., *et al.* “Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta – Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration”. *PLoS Med*, 2008, 5(2):e45. doi:10.1371/journal.pmed.0050045
8. Barbui C., Cipriani A., Patel V., Ayuso-Mateos J., Van Ommeren M., “Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis”. *British Journal of Psychiatry*, 2011, 198: 11-16 doi:10.1192/bjp.bp.109.076448
9. Andreasen N.C., Ziebell S., Pierson R., Magonotta V., “Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia”. *Arch Gen Psychiatry*, 2011, Feb; 68(2): 128-37. doi: 10.1001/ar – chgenpsychiatry. 2010.199.
10. Fusar-Poli P., Smieskova R., Kempton M.J., Ho B.C., Andreasen N.C., Borgwardt S., “Progressive brain changes in schizophrenia related to antipsychotic treatment? A meta-analysis of longitudinal MRI studies”. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 37(8), September 2013; 1680-1691. doi: 10.1016/j.neubio – rev. 2013.06.001.
11. Frances A., “Abriendo la caja de Pandora: las 19 peores sugerencias del DSM-V”. Disponible en: <http://www.sepyrna.com/documentos/criticas-dsm-v.pdf>
12. Insel T., “NIMH Director’s Blog: Transforming Diagnosis”. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
13. Insel T., Lieberman J., “DSM-5 and RDoC: Shared Interests”. Disponible en: http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/dsm-5-and-rdoc-shared-interests.shtml?utm_source=rss_readers&utm_medium=rss&utm_campaign=rss_summary
14. Division of Clinical Psychology Position Statement Final Version: “Time for a Paradigm Shift”. Disponible en: <https://dxrevisionwatch.files.wordpress.com/2013/05/position-statement-on-diagnosis-master-doc.pdf>
15. Timimi S., “Abolish use of formal psychiatric diagnostic systems like ICD & DSM”. Disponible en: <https://www.change.org/p/royal-college-of-psychiatrists-abolish-use-of-formal-psychiatric-diagnostic-systems-like-icd-dsm>
16. El-Mallakh R.S., Gao Y., Roberts R.J.. “Tardive dysphoria: The role of long term antidepressant use in-inducing chronic depression”.



- Medical Hypotheses* 76, 2011, 769-773. doi:10.1016/j.mehy.2011.01.020.
17. Kendall T., "The rise and fall of the atypical antipsychotics". *British Journal of Psychiatry* 2011, 199:266-268. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083766.
 18. McEvoy J.P., Byerly M., Hamer R.M., Dominik R., Swartz M.S., Rosenheck R.A., *et al*, "Effectiveness of Paliperidone Palmitate vs Haloperidol Decanoate for Maintenance Treatment of Schizophrenia". *JAMA*, 2014; 311(19):1978-1987. doi:10.1001/jama.2014.4310.
 19. González H., Pérez M., *La invención de trastornos mentales*. Madrid, Alianza Editorial, 2007.
 20. Goldacre B., *Mala Farma*. Paidós Ibérica, 2013.
 21. Gøtzsche P. *Medicamentos que matan y crimen organizado*. Los libros del lince, 2014.
 22. Williams N.M., Zaharieva I., Martin A., Langley K., Mantripragada K., Fossdal R., *et al*, "Rare chromosomal deletions and duplications in attention-deficit hyperactivity disorder: a genome-wide analysis". *The Lancet*, 2010, 376, n° 9750, 1401-1408. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61109-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61109-9)
 23. Ortiz A., *Hacia una psiquiatría crítica*. Editorial Grupo 5, 2013.
 24. Mohr, "Negative outcome in psychotherapy: A critical review". *Clinical Psychology: Science and Practice* 1995; 2: 1-27.
 25. Crown S., "Contraindications and dangers of psychotherapy". *British Journal of Psychiatry* 1983; 143: 436-441.

• Recibido: 19/3/2016.

• Aceptado: 27/6/2016.

Revisión sobre la relación y derivaciones entre Atención Primaria y Salud Mental.

Relation and referrals from Primary Health Care to Mental Health Care review.

Guillem Lera-Calatayud (1), J. Enrique Romeu-Climent (2), Vicente Palop-Larrea (3).

- (1) Médico Psiquiatra y Doctor en Psiquiatría. Centro de Salud Mental de Sueca. Hospital de la Ribera. (Alzira)
- (2) Jefe de Servicio de Psiquiatría en el Hospital de la Ribera. Médico Psiquiatra y Doctor en Psiquiatría. (Alzira)
- (3) Director Médico y Director de Docencia e Investigación del Hospital de la Ribera. Médico de Atención Primaria y Doctor en Medicina. (Alzira)

Resumen:

Objetivo: Profundizar en las relaciones entre Atención Primaria (AP) y Salud Mental (SM). Saber cómo se deriva de AP a SM y cómo mejorar este aspecto. **Diseño:** Revisión sistemática en forma de estudio bibliométrico sobre la relación entre AP y SM y sobre las derivaciones de AP a SM. **Fuentes de datos:** Bases bibliográficas Pubmed y Cochrane. Se acotó la búsqueda a 5 ó 10 años. Se añadieron artículos más antiguos referenciados en la primera búsqueda si eran relevantes. Se empleó una combinación de términos Mesh y termas en texto libre con operador “booleanos”. Se priorizaron los estudios de nuestro entorno, los de gran tamaño muestral, aportaciones más novedosas o los que describían intervenciones. **Resultados:** Se encontraron 6979 artículos. Después de la selección se estudiaron 61 artículos. **Conclusiones:** La variabilidad y carencias metodológicas constatadas en gran parte de los estudios sobre la relación entre AP y SM son notables, destacando la evaluación de resultados a largo plazo. El médico de AP es capaz de gestionar la patología psiquiátrica no grave.

Palabras clave (MeSH / DECS): Remisión y consulta, Atención Primaria de Salud, Salud Mental, Intervención Médica Temprana

Abstract:

Objective: Analyze the relationship between Primary Health Care (PHC) and Mental Health Care (MHC). To study referrals from PHC to MHC and how to improve this aspect. **Design:** Systematic review as bibliometric study on the relationship between PHC and MHC and referrals. **Data Sources:** Bibliographic databases PubMed and Cochrane. Search for 5 or 10 years. Older articles referenced in the first search were added if they were relevant. A combination of MeSH terms and free text with “Boolean” operator was used. Studies of our environment, the large sample size, the novel contributions or describing interventions were prioritized. **Results:** 6979 articles were found. After selection, 61 articles



were studied. Conclusions: Variability and methodological flaws were found in many of the studies on the relationship between PHC and MHC are remarkable, highlighting the assessment of long-term results. General practitioners are able to manage non-severe psychiatric disorders.

Key words (MeSH / DECS): Referral, Primary Health Care, Mental Health Care, Early Medical Intervention.

Introducción

Relación entre Atención Primaria y Salud Mental

Después de más de 30 años desde la Declaración de Alma Ata, la Organización Mundial de la Salud continúa enfatizando la relevancia de la Atención Primaria (AP) en el sistema sanitario (1) y ha remarcado más recientemente la importancia de integrar la SM en AP (2,3).

Varios estudios epidemiológicos realizados en Europa han señalado que aproximadamente un 25% de los pacientes que consultan en AP presentan algún tipo de trastorno mental (4–7). Esta prevalencia es muy parecida a la que se observa en estudios multicéntricos llevados a cabo en España, entre los cuales oscila entre 29.5% y 53.5% (8–10).

Por otro lado, entre el 30 y el 60% de las enfermedades mentales comunes no son detectadas por los Médicos de Atención Primaria (MAP) (2,11–13) y esto a pesar de que, en los últimos años, los MAP se han involucrado cada vez más en la atención de los pacientes con este tipo de problemática (14). La probabilidad de recibir tratamiento de Salud Mental es mucho más elevada en los centros de AP que en las Unidades de Salud Mental (USM) (15).

En los últimos años las políticas sanitarias de los países desarrollados occidentales remarcan la necesidad de una estrecha coordinación entre los centros de AP y los dispositivos especializados de SM con el fin de incrementar la detección de los trastornos mentales y la adecuación del tratamiento de estos (16,17).

En Gran Bretaña por ejemplo, los servicios de salud mental comunitaria fueron organizados para atender el tratamiento de enfermedades mentales graves y duraderas en el tiempo. La respuesta de estos centros de salud mental comunitarios a la gran demanda que existe ha sido

limitar el acceso utilizando “puertas de entrada” y “triaje” (18). Estas medidas se tomaron porque las personas que no tenían enfermedades mentales graves y duraderas o que tenían problemas sociales, presentaban una pobre evolución. La restricción ha causado insatisfacción entre los MAP, dado que algunas derivaciones no son aceptadas (18). Por otro lado, en Francia, se lleva tiempo implementando programas por la mejora de atención en AP a enfermedades mentales (19).

En nuestro contexto, y a pesar de que los planes sanitarios de muchas comunidades autónomas promueven la coordinación entre AP y SM, algunas investigaciones indican que hay una insuficiente relación entre los dos niveles asistenciales (20,21).

Existen diferentes modelos de relación entre AP y SM. Inicialmente, se describieron cuatro modelos: La interconsulta, la capacitación, el enlace y la integración (22). Más tarde, Calderón en 2014, describe seis modelos: Atención escalonada, consulta-enlace, gestión de enfermedades y gestión de casos, programas de mejora de calidad, atención a la cronicidad y modelos de atención colaborativa. La diferencia entre estos modelos viene marcada por la mayor o menor fluidez en la información entre ambos niveles, así como por la mayor o menor implicación de los profesionales de cada nivel en la asistencia de los pacientes. El solapamiento entre varios modelos e intervenciones es muy frecuente (23).

Derivaciones desde Atención Primaria a Salud Mental

Aunque se ha descrito una “gratificante estabilidad” durante décadas de las tasas de derivación en España (24), la frecuentación ha aumentado y los motivos por los que se ha consultado tienen menor “entidad” (25). Ante estos cambios, mantener tasas estables de derivación significaría que la derivación ha aumentado “de facto” y que

los especialistas reciben cada vez más pacientes con problemas “menores”, o directamente sin problemas, tal y cómo se ha demostrado en el ámbito de la psiquiatría (26).

El MAP es el encargado de remitir a los pacientes a psiquiatría y es fundamental una adecuada comunicación entre MAP y SM (27–30). Según Martín-Águeda, el 60% de los MAP en estudios cercanos a nuestro medio piensan que el aspecto que puede mejorar más en la relación AP-SM es la comunicación entre los profesionales (31). Pero la ausencia de un instrumento específico que ayude a mejorar los criterios de derivación desde AP a SM es un hecho (32). Una adecuada derivación de casos junto con la respuesta en un tiempo apropiado serían los requisitos clave para un mejor aprovechamiento de los recursos (33). La forma más común de comunicación entre AP y SM sigue siendo la interconsulta (34).

Con esta revisión se pretende aproximar al lector a la realidad actual de la relación entre AP y SM a través de la bibliografía publicada así como analizar también las publicaciones sobre las derivaciones entre los dos niveles asistenciales.

Material y método

Se trata de un estudio bibliométrico sobre la relación entre AP y SM y sobre las derivaciones o interconsultas de AP a SM.

La búsqueda bibliográfica se realizó utilizando los parámetros descritos en la tabla 1.

Resultados

A continuación mostramos el resumen de los principales artículos encontrados. Se han priorizado los estudios que se han realizado en nuestro entorno, así como aquellos de mayor tamaño muestral o aportaciones más novedosas. Asimismo, se han escogido con especial interés los artículos que proponían intervenciones específicas. Las estrategias específicas de búsqueda y sus resultados se exponen en la tabla 2.

Sobre relación entre AP y SM. En la literatura es habitual reconocer las bondades de la integración de SM en AP (35). Muchos estudios han demostrado que la calidad asistencial mejora conforme lo hace la coordinación entre MAP y la

atención especializada (36–39). Luciano Devís estudió el grado de coordinación entre AP y SM en Cataluña, catalogándola de “satisfactoria” y apuntando como aspectos a mejorar el tiempo de demora para ser atendido (40).

En general, se puede decir que las experiencias de colaboración más efectivas son aquellas que integran intervenciones orientadas a favorecer la responsabilidad de los diferentes profesionales en el tratamiento y seguimiento del paciente, el rediseño y el apoyo mantenido en la gestión, la información y comunicación compartidas. Los efectos de la formación de los profesionales de AP, la diseminación de las guías de práctica clínica y la incorporación de nuevos profesionales son más favorables cuando forman parte de esos modelos o estrategias integradoras (23).

Aun así, no todas las publicaciones apoyan con resultados positivos los intentos de mejorar la relación entre AP y SM. Entre otros, existe un estudio randomizado en que se comparaban los resultados en depresión entre dos grupos: Un grupo de MAP que recibían formación sobre depresión y que tenían asignado un grupo de apoyo (un psiquiatra y una enfermera que estaban con ellos 8 horas a la semana) y un grupo de MAP que seguía su práctica habitual. No existieron diferencias significativas en los resultados de depresión entre los grupos (41). Según un proyecto de Investigación Comisionada del Gobierno Vasco donde se hacía una meta-revisión sobre los modelos e intervenciones de colaboración entre AP y SM en pacientes diagnosticados de depresión, la evidencia publicada sobre efectividad de esos modelos es en general baja o dudosa y su significado y aplicabilidad son menores cuánto menos precisión existe en la definición de los componentes, procesos y circunstancias de implementación (42).

Sobre derivaciones de AP a SM. Se han dividido las publicaciones en función del principal tema que aborden: Adecuación de la derivación a SM, calidad del informe de derivación o valoración de intervenciones.

En cuanto a la adecuación de las derivaciones, Ferreras y colaboradores, sobre una muestra de 108 pacientes, observan que las derivaciones urgentes son mayoritariamente de los pacientes



que apuntan ideas de suicidio (5). Por otra parte, Martín-Jurado y colaboradores en un estudio sobre una muestra de 1132 derivaciones de AP a SM, encuentra un 1.5% de derivaciones muy inadecuadas, un 6.3% inadecuadas, un 19.9% dudosas, un 68.8% adecuados y un 3.6% muy adecuados (34).

Cuando se analizan los datos más relevantes que debería contener un informe de derivación a SM, Miranda Chueca y colaboradores señalan como información pertinente los antecedentes patológicos, la orientación diagnóstica y el tratamiento pautado. Se explica que hay un 21-58,4% de ausencia del juicio diagnóstico en derivaciones e incluso un 70-82,8% de falta de pauta terapéutica (43). Por otro lado, Ferreras y colaboradores apuntan que se debe registrar las variables sociodemográficas como edad y sexo y variables clínicas como tipo de derivación, síntomas referidos, diagnóstico, duración del seguimiento y cambios del tratamiento (5). También cabe destacar que en el “Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid” (44) se habla de los datos básicos que tiene que llevar reflejado una hoja de interconsulta a SM: Motivo de la derivación (ajustado a los criterios expresados intentando evitar la derivación a petición propia), patología médica relevante, antecedentes de tratamientos previos y resultados obtenidos, situación laboral e información familiar y social relevante y los datos de contacto del médico de Atención Primaria. En otro estudio, Herrán (2000) explica que el 34% de las derivaciones que estudiaron incluían datos sobre la exploración psiquiátrica y había casi un 70% de interconsultas con diagnóstico (28). Por otro lado, Ruiz estudia este aspecto y detecta un 58.1% de su muestra con diagnóstico (45). Herrán expone que casi la mitad de la muestra no tenía tratamiento prescrito. Además, Herrán explica que los motivos de derivación más frecuentes aportados han sido “valoración” y “valoración y tratamiento”, aunque no aporta datos sobre cuántas derivaciones proponen un motivo. Sí que lo hacen en el estudio de Chueca y colegas: 87.6% (43). Martín-Jurado y sus colaboradores concluyeron que las derivaciones de MAP a SM eran en un 40.3% “escasas” en relación a la información que contenían, en un 56.7% eran “correctas” y en un 3% solamente eran “completas” (34).

En la literatura extranjera también hay datos sobre el estudio de las derivaciones de AP a SM. Una de las publicaciones más importantes analizó 11 estudios diferentes en inglés publicados después de 1995 (46). A continuación se describen los datos que se han buscado en cada derivación con el porcentaje medio de cumplimentación:

- Administrativos: Fecha de registro (90%), nombre del médico (98%) y datos de contacto del médico que deriva (95%).
- Del paciente: Nombre (100%), dirección (99%), Fecha de nacimiento (96%), teléfono (44%), género (100%), situación civil (47%), nombre del familiar de confianza (24%), parentesco con el familiar de confianza (37%) y datos de contacto del familiar (40%).
- Clínicos: Diagnóstico (62%), estado mental (51%), exploración física (31%), pruebas complementarias (14%), historia psiquiátrica (33%), historia familiar y problemas sociales (34%), tratamientos recibidos no farmacológicos en el episodio actual (45%), tratamiento farmacológico recibido (62%), nivel de urgencia (19%), riesgo vital (10%) y otros servicios médicos utilizados (18%).
- Derivación: Motivo de la derivación (74%), motivo de consulta (74%) e información dada al paciente sobre la derivación (26%).

Un estudio de Hartveit del 2013 recomendaba que la derivación contuviera: Información personal y de contacto, historia del caso y situación social, situación actual y resultados previos de tratamientos, profesionales involucrados en el caso, valoración del paciente y el motivo de la derivación (47). Hay grandes similitudes entre esta información y la de la guía noruega “The good referral letter” que trata el mismo tema (48).

En el apartado de estudio de las intervenciones para mejorar las derivaciones de AP a SM hay que reseñar que, a pesar de la importancia de hacer adecuadamente derivaciones desde AP a especialidades, muy pocas intervenciones se han evaluado rigurosamente. La mayoría de los estudios se han hecho en el Reino Unido y son de difícil generalización (49): A grandes rasgos, hay una escasa evidencia a la hora de recomendar acciones concretas, pero se pueden concluir

varios puntos de la revisión Cochrane (tabla 3). Los estudios más relevantes que han propuesto estrategias para mejorar las derivaciones desde AP a SM se pueden ver en la tabla 4 (50–53).

Discusión

La AP es un ámbito idóneo para el abordaje preventivo de los conflictos psicosociales y de los trastornos mentales por tres razones: La primera porque probablemente sea, junto con la escuela, el dispositivo social donde más ciudadanos contactan. En segundo lugar, porque múltiples investigaciones apuntan a que los pacientes con trastornos mentales o conflictos psicosociales crónicos suelen consultar de forma reiterada en AP. Y en tercer lugar, porque si no se detectan de forma precoz las enfermedades mentales, tienen peor pronóstico (4).

Así pues, los servicios de AP se han convertido no solamente en el punto de entrada del sistema sanitario, sino también en el principal medio desde donde las necesidades y demandas en problemas mentales son recibidas y en muchos casos atendidas. Es lógico por tanto recomendar una buena formación en psiquiatría en el ámbito de AP (54). La mejor estrategia sobre la salud mental en AP es invertir en la calificación profesional a través de la permanente formación y entrenamiento en los problemas y patologías psiquiátricas (55).

Limitaciones. Las herramientas tradicionales de revisión sistemática resultan limitadas en la evaluación de la efectividad de las intervenciones complejas como la colaboración entre AP y SM. La ingente cantidad de artículos relacionados con los temas estudiados hace imposible evaluarlos y resumirlos en este formato, por lo que muchos estudios no se han reflejado. No existe una metodología común para evaluar los resultados de las intervenciones y, por tanto, los criterios de selección de artículos relevantes aquí expuestos puede ser motivo de discusión. Es patente una extensa variabilidad entre los sistemas sanitarios implicados en los diferentes estudios que se mencionan en este artículo, por lo que su comparación y extrapolación a nuestro medio debe hacerse con cautela. No son suficientemente identificados y evaluados los efectos derivados de los contextos sanita-

rios y de gestión, los componentes dinámicos de interacción de los procesos colaborativos ni las diferencias entre las condiciones asistenciales y de investigación.

Se ha considerado, de forma paralela a la literatura previa, que el MAP es capaz de gestionar la patología psiquiátrica no grave, desempeñando un papel imprescindible en la SM, siendo necesario un mayor tiempo para dedicar a cada paciente y en especial a los enfermos mentales (5). Por otro lado, como es esperable y ya estaba publicado previamente, el grado de adhesión del especialista en el modelo colaborativo es un predictor importante de resultados (56).

La variabilidad y carencias metodológicas constatadas en gran parte de los estudios sobre la relación entre AP y SM son notables, siendo lo más importante la evaluación de resultados a largo plazo (57).

Asimismo, y de forma conjunta con los doctores Ortiz y Ribé y sus colaboradores, opinamos que es necesaria una prevención cuaternaria. Marc Jamouille la define como “actividad médica que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario” (54,58). La continuidad asistencial es necesaria para lograr una buena prevención cuaternaria. Hay que reconsiderar la fórmula “esperar y ver” antes de prescribir y reivindicar la opción del “no-tratamiento”. Parece necesaria la formación en este tipo de intervenciones para evitar la medicalización y la posterior psiquiatrización de los “problemas de la vida”.

Son necesarias más investigaciones sobre la eficacia de los distintos elementos que componen los modelos de colaboración entre AP y SM centrados en los pacientes psiquiátricos e intervenciones, existiendo una carencia general de estos estudios (59) y de su aplicación local en Europa (60).

No es lógico esperar beneficios intensos cuando se actúa generalmente sobre uno de los agentes del sistema sanitario (MAP) con una intervención simple. Tal y cómo apunta Gérvas y colaboradores, parecen más útiles las intervenciones complejas como introducir cambios que afecten a toda la organización, especialmente si se refieren a la integración de servicios (61).



Conclusiones

La variabilidad y carencias metodológicas en gran parte de los estudios son notables, sobre todo faltan resultados a largo plazo.

Son necesarias más investigaciones sobre la eficacia de los distintos elementos que componen los modelos de colaboración.

Dirección de contacto

Guillem Lera Calatayud • guillemlera@gmail.com
Centro de Especialidades, Unidad de Salud Mental • C/ Dos Pontets S/N • 46410 Sueca (Valencia)

Bibliografía

1. World Health Organization. The World Health Report 2008. primary health Care – Now more than ever. [Internet]. The World Health Report. 2008 p. 148. Available from: http://www.who.int/whr/2008/whro8_en.pdf
2. Gonçalves DA, Fortes S, Tófoli LF, Campos MR, Mari J de J. Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in primary health care in Brazil. *Int J Psychiatry Med.* 2011;41:3–13.
3. Weiss M, Schwartz BJ. Lessons learned from a colocation model using psychiatrists in urban primary care settings. *J Prim Care Community Health* [Internet]. 2013;4:228–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23799712>
4. Francisco Buitrago Ramírez, Ramón Ciurana Misol, Levy Chocrón Bentata, María del Carmen Fernández Alonso, Carmen Montón Franco, Jorge Luis Tizón García SHV, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso M del C, García Campayo J, et al. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2014 Jun [cited 2015 Jan 12];46(4):59–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24950631>
5. Ferreras Amez JM, Sanjuán Domingo R, Elías Villanueva MP, Sánchez Lázaro C, Blasco Valle M YSM. Evaluación de las derivaciones a un centro de salud mental desde atención primaria. *FML.* 2011;15(4):5.
6. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cools F, J DS, M VDH, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* [Internet]. 2004;78:49–55. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032702002197>
7. Szádóczy E, Ríhmer Z, Papp Z, Füredi J. The prevalence of affective and anxiety disorders in primary care practice in Hungary. *J Affect Disord.* 1997;43:239–44.
8. Vazquez-Barquero JL, García J, Simon JA, Iglesias C, Montejo J, Herran A, et al. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1997;170:529–35. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L27418093>
9. Baca Baldomero E. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD [Internet]. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria.* 1999. p. 275–9. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2895542&info=resumen&idioma=SPA>
10. Simon GE. Evidence review: efficacy and effectiveness of antidepressant treatment in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2002;24:213–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100832>
11. Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D. Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *BMJ.* 2002;325:1016–7.

12. Ani C, Bazargan M, Hindman D, Bell D, Farooq MA, Akhanjee L, et al. Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. *BMC Fam Pract.* 2008;9:1.
13. Olfson M, Kroenke K, Wang S, Blanco C. Trends in office-based mental health care provided by psychiatrists and primary care physicians. *J Clin Psychiatry [Internet].* 2014;75:247–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24717378>
14. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet.* 2007;370:841–50.
15. Gómez-Moreno N, Orozco-Beltrán D, Carratalá-Munuera C, Gil-Guillén V. Inter-professional relationship between primary health care (PHC) and secondary care (hospital) in 1992 and 2000. A Delphi study. *Aten Primaria [Internet].* 2006 Mar 15 [cited 2015 Feb 2];37(4):195–202. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16545263>
16. Gervas J, RAS de I. Innovation in the European Union regarding the coordination between primary and specialized care. *Med Clin.* 2006;126:658–61.
17. Gask L, Khanna T. Ways of working at the interface between primary and specialist mental healthcare. *British Journal of Psychiatry.* 2011. p. 3–5.
18. Rotge JY, Tignol J, Aouizerate B. Improving the management of depression in primary care: review and prospects. *Encephale [Internet].* 2007;33:552–60. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18033142
19. Arrillaga Arizaga M, Sarasqueta Eizaguirre C, Ruiz Feliu M, Sánchez Etxeberria A. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Atención Primaria.* 2004. p. 491–5.
20. Latorre Postigo JM, López-Torres Hidalgo J, Montañés Rodríguez J, Parra Delgado M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria.* 2005. p. 85–92.
21. Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *British Journal of Psychiatry.* 1997. p. 6–11.
22. Calderón Gómez C, Mosquera Metcalfe I, Balagué Gea L, Retolaza Balsategui A, Bacigalupe de la Hera A, Belaunzaran Mendizabal J, et al. Models for primary care and mental health collaboration in the care of people with depression: main results and methodological challenges of a systematic overview. *Rev Esp Salud Publica [Internet].* 2014 [cited 2015 Jan 12];88(1):113–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24728395>
23. De Prado Prieto L, García Olmos L, Rodríguez Salvanés F, Otero Puime A. Evaluation of referrals in primary care. *Aten Primaria [Internet].* 2005 Feb 28 [cited 2015 Jan 7];35(3):146–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15737271>
24. Gervas J, Starfield B, Minué S, Violan C. Some causes (and solutions) of the loss of prestige of general practitioners/family doctors. Against the discrediting of heroes. *Aten Primaria [Internet].* 2007 Nov [cited 2015 Jan 7];39(11):615–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18001645>
25. Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. Mental health referrals of patients without diagnosable psychiatric pathology. *Aten Primaria [Internet].* 2006 Dec [cited 2015 Jan 7];38(10):563–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17198609>
26. García-Testal A, Sancho Blasco F, Julve Pardo R, Puche Pinazo E, Rabanaque Mallén G. Study of referrals from primary care to mental health: What coincidence does exist between the reasons for the referral and the diagnosis of the specialist. *Aten Primaria [Internet].* 1998 Sep 15 [cited 2015 Jan 16];22(4):233–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9803576>



28. Herrán A, López-Lanza JR, Ganzo H, Cadiñanos A, Díez-Manrique JF, Vázquez-Barquero J. Referral of patients with mental disorders from primary care to mental health units. *Actas españolas Psiquiatr* [Internet]. 2000 [cited 2015 Jan 7];28(1):13–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10758424>
29. Beltran Vilella M, Salleras Marcó N, Camps García C, Solanas Saura P, Igual Massalles E, García-Oria M. Tackling mental health problems from primary care: relationship with specialized support services. *Aten Primaria* [Internet]. 2001 Jun 15 [cited 2015 Jan 16];28(1):39–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11412576>
30. Tanielian TL, Pincus HA, Dietrich AJ, Williams JW, Oxman TE, Nutting P, et al. Referrals to psychiatrists. Assessing the communication interface between psychiatry and primary care. *Psychosomatics* [Internet]. 2000 [cited 2015 Jan 16];41(3):245–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10849457>
31. Martín-Agueda B, López-Muñoz F, Rubio G, Guerra JA, Silva A, Álamo C. Management of depression in primary care: A survey of general practitioners in Spain. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27:305–12.
32. Herrero MAMMAJA, Rodríguez PEM, Morales AM de, García JZ. Estudio preliminar dirigido a la construcción de un cuestionario de derivación de la atención primaria a los servicios de salud mental. *Actas españolas Psiquiatr*. 2008;36(4):210-7.
33. Granja Romero E, Trinidad San José JC, González Rivero C, del Río Romero D, Moreno Fernández A, López Soto A. Study of the derivations to an external consultation of Internal Medicine: can be managed the waiting list?. *An Med Interna* [Internet]. 2004 Feb [cited 2015 Jan 7];21(2):72–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14974892>
34. Martín-Jurado, A. de la Gándara Martín, JJ. Castro Carbajo, S. Moreira Hernández, A. Sánchez-Hernández J. Análisis de concordancia de las derivaciones de atención primaria a salud mental. *Semergen*. 2012;38(6):354–9.
35. Zeidler Schreiter E a, Pandhi N, Fondow MD, Thomas C, Vonk J, Reardon CL, et al. Consulting Psychiatry within an Integrated Primary Care Model. *J Health Care Poor Underserved* [Internet]. 2013;24:1522–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24185149>
36. Alonso JP, Febrel MHJ. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gac Sanit* [Internet]. 1999;14:122–30. Available from: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13008602&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=119&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v14n2a13008602pdf001.pdf
37. GAMIC. The consulting of internal medicine in primary care improves the efficacy of medical care. *Med Clin*. 2004;122:46–52.
38. Thomson O'Brien M a, Oxman a D, Davis D a, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2000;CD000409. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796542>
39. Mimbela, M. Foradada S. Análisis de la interrelación atención primaria-atención especializada en la derivación a pacientes. *Aten Primaria*. 1993;13(2):65–8.
40. Luciano Devis JV, Fernández Sánchez A, Serrano-Blanco A, Pinto-Meza A, Palao Vidal DJ, Mercader Menéndez M, et al. Cooperation between primary care and mental health services. *Aten Primaria* [Internet]. 2009 Mar [cited 2015 Feb 2];41(3):131–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19303666>
41. Dobscha SK, Corson K, Hickam DH, Perrin NA, Kraemer DF, Gerrity MS. Depression decision support in primary care: A cluster randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006;145:477–87.
42. Gobierno Vasco D de S y C, Osakidetza. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi [Internet]. Consumo EJ-GVD de S y

- editor. Eusko Jaurlaritz, Osasun eta Kontsumo Saila = Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y Consumo; 2010 [cited 2014 Dec 31]. Available from: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skorgao1/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html
43. Miranda I, Peñarrubia M, García I, Caramès E, Soler M SA. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Aten Primaria*. 2003;32(9):524–30.
 44. Madrid C de S de la C de. Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Madrid C de S de la C de, editor. Madrid; 2010.
 45. Ruiz FJ, Piqueras V, Aznar JA. Is it possible to improve psychiatric care through the referral process?. *Aten Primaria* [Internet]. 1995 May 15 [cited 2015 Jan 7];15(8):491–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7786973>
 46. Durbin J, Barnsley J, Finlayson B, Jaakkimainen L, Lin E, Berta W, et al. Quality of communication between primary health care and mental health care: An examination of referral and discharge letters. *Journal of Behavioral Health Services and Research*. 2012. p. 445–61.
 47. Hartveit M, Thorsen O, Biringner E, Vanhaecht K, Carlsen B, Aslaksen A. Recommended content of referral letters from general practitioners to specialised mental health care: a qualitative multi-perspective study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013;13:329. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3751904&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 48. Thorsen O, Hartveit M, Baerheim A. General practitioners' reflections on referring: an asymmetric or non-dialogical process? *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2012 Dec [cited 2015 Jan 28];30(4):241–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3520419&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 49. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2008 Jan [cited 2014 Dec 15];(4):CD005471. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4164370&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 50. Hilton C, Bajaj P, Hagger M, Taha S, Warner J. What should prompt an urgent referral to a community mental health team? *Ment Health Fam Med*. 2008;5:197–201.
 51. Kisely S, Horton-Hausknecht J, Miller K, Mascall C, Tait A, Wong P, et al. Increased collaboration between primary care and psychiatric services. A survey of general practitioners' views and referrals. *Aust Fam Physician*. 2002;31:587–9.
 52. Qureshi NA, Schmidt HG, Van Der Molen HT, Al-Habeeb TA, Magzoub ME. Quality of psychiatric referrals in Saudi Arabia: A structural equation modeling approach. *Neurosciences*. 2007;12:53–61.
 53. Shaw I, Smith KMC, Middleton H, Woodward L. A letter of consequence: referral letters from general practitioners to secondary mental health services. *Qual Health Res*. 2005;15:116–28.
 54. Ribé, JM. Pares, J. Fleitas E. Un programa de colaboración con la Atención Primaria y sus debilidades: la realidad y la modestia. *Norte Salud Ment*. 2010;8(36):45–54.
 55. Correia VR, Barros S, Colvero L de A. Mental health in primary health care: practices of the family health team. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 Dec [cited 2015 Jan 26];45(6):1501–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22241213>
 56. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry*. 2006;189:484–93.
 57. Bower P GS. Models of care for depression. In: Gilbody S BP, editor. *Depression in primary care Evidence and practice*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. p. 17–29.



58. Ortiz Lobo A. Iatrogenia y prevención cuaternaria en los trastornos mentales menores. In: Retolaza Balsategui A, editor. Trastornos mentales comjunes: manual de orientación. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. p. 313–23.
59. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TWDP, Van Marwijk HWJ, Leentjens AFG. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Psychosom Res [Internet]. 2010 Jun [cited 2014 Dec 10];68(6):521–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20488268>
60. Richards DA, Hughes-Morley A, Hayes RA, Araya R, Barkham M, Bland JM, et al. Collaborative Depression Trial (CADET): multi-centre randomised controlled trial of collaborative care for depression-study protocol. BMC health services research. 2009 p. 188.
61. Gérvas J, García Olmos LM, Simó J, Peiró S. Paradoxes in referral from primary to specialist care. Aten Primaria [Internet]. 2008 May [cited 2015 Jan 26];40(5):253–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18482545>

Tabla 1. Fuentes de información, descriptores de ciencias de la salud, estrategias de búsqueda y criterios de inclusión y exclusión

Fuentes de información utilizadas	Descriptores de ciencias de la salud	Estrategias de investigación y criterios de inclusión y exclusión en las investigaciones	Observaciones
Pubmed y Cochrane	Conducta cooperativa, atención primaria de salud, salud mental, psiquiatría, remisión y consulta	<ul style="list-style-type: none"> - Las investigaciones se hicieron empleando una combinación de términos Mesh y termas en texto libre (TW) con operador “booleanos”. - También se utilizaron truncamientos. - Última actualización en Marzo del año 2015. - Se acotó la búsqueda a 10 ó 5 años recientes según el volumen de publicaciones de cada apartado, pero se obtuvieron también publicaciones más antiguas que resultaban relevantes y que estaban referenciadas en las publicaciones inicialmente aportadas por la primera investigación bibliográfica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las palabras “link”, derivación e interconsulta no tenían resultados de descriptores en ciencias de la salud con significado parecido al relativo a este estudio. - Cuando se buscó en la web oficial de investigación de descriptores e salud la palabra “colaboración” o “colaborativo” (descritos en castellano), siempre acabó la investigación en “cooperative behaviour”. - Tampoco se obtuvo ningún resultado relacionado con “collaborative care” o “collaboration”. En relación al término Atención Primaria o Primary Care, siempre se refería a “primary health care” (incluso cuando se buscaba solamente “primary care”).

Tabla 2. Estrategias de búsqueda, filtros y número de artículos resultantes

Estrategia de búsqueda	Filtros	Nº artículos
("Primary health care" [TW] OR "Primary Care" [TW] OR "primary healthcare" [TW] OR "Primary Health Care"[Mesh]) AND ("PSYCHIATR*" [TW] OR "Psychiatry"[Mesh])	<ul style="list-style-type: none"> - Resumen disponible. - Publicado en los últimos 5 años. - Idioma castellano o inglés. - Términos de búsqueda existentes en el título o resumen. 	3.454
("collaborati*" [tw]) AND ("Primary health care" [TW] OR "Primary Care" [TW] OR "primary healthcare" [TW] OR "Primary Health Care"[Mesh]) AND ("PSYCHIATR*" [TW] OR "Psychiatry"[Mesh])	<ul style="list-style-type: none"> - Publicado en los últimos 10 años. - Idioma castellano o inglés. - Términos de búsqueda existentes en el título o resumen. 	541
("collaborati*" [TW] OR "LINK" [TW]) AND ("PSYCHIATR*" [TW] OR "Psychiatry"[Mesh])	<ul style="list-style-type: none"> - Publicado en los últimos 5 años. - Idioma castellano o inglés. - Términos de búsqueda existentes en el título o resumen. 	2.639
((("REFERRAL*" [TW]) OR ("Referral and Consultation"[Mesh:NoExp])) AND ("Primary health care" [TW] OR "Primary Care" [TW] OR "primary healthcare" [TW] OR "Primary Health Care"[Mesh]) AND ("PSYCHIATR*" [TW] OR "Psychiatry"[Mesh]))	<ul style="list-style-type: none"> - Publicado en los últimos 5 años. - Idioma castellano o inglés. - Términos de búsqueda existentes en el título o resumen. 	345

Tabla 3. Recomendaciones para mejorar las derivaciones de Atención Primaria a Salud Mental (extraído de Akbari et. al., 2008)

La diseminación pasiva de guías para hacer derivaciones se presupone poco útil, pero la diseminación local parece necesaria.

Algunos estudios observaron mejoras en la calidad de las derivaciones cuando las guías de derivaciones iban acompañadas de una hoja estructurada de derivación. Este método también ayuda a que la exploración del MAP previa a la derivación sea más adecuada.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que no es conveniente sobrecargar a los MAP con hojas de derivación para llenar en muchos campos.



Tabla 4. Estudios más relevantes de intervenciones para mejorar las derivaciones a Salud Mental

Autor y año	Descripción y resultados
Hilton et. al., 2008	Estudio observacional en el Reino Unido de una intervención en la que se utilizaba un formato estructurado de derivación. La muestra fueron derivaciones a las unidades de salud mental comunitarias de adultos cogidas de forma consecutiva (40 en formato estructurado y 60 hechas como habitualmente). La variable principal era la frecuencia de derivaciones urgentes y los resultados supusieron que las derivaciones hechas mediante el formato estructurado eran significativamente más propensas a ser derivadas como urgentes y menos propensas a ser consideradas como urgentes por parte del servicio de SM.
Kisely et. al., 2002	Estudio australiano con grupo control. Al grupo con intervención se les daba una derivación a SM estructurada para rellenar. Se analizaron 85 derivaciones previas a la intervención, 274 durante 18 meses después de la intervención en el grupo control y 967 durante 18 meses en el grupo de intervención. Los resultados mostraron una más completa información en las derivaciones con la intervención que en el grupo control, describiéndose una buena aceptación por parte de los MAP.
Qureshi et. al., 2007	En Arabia Saudí hicieron un estudio observacional en que se propuso un formato de derivación estándar y donde la variable principal fue la cantidad de información en las derivaciones, cómo de cuidadoso era el diagnóstico y si se podía leer bien la derivación. La muestra fueron 540 derivaciones. En los resultados se describe que las derivaciones en formato prefijado eran de peor calidad en cuanto a la información que aportaban. Se apunta a que formatos largos pueden verse como un problema y añadir una mayor carga. Además, los autores explican que el diagnóstico del MAP que derivaba no era conceptualizado como un dato importante por parte del equipo que recibía la derivación.
Shaw et. al., 2005	Estudio observacional en el Reino Unido con aleatorización en que la intervención consistía en explicar a un grupo de MAP lo que decían las guías WHO sobre derivaciones a SM. Hicieron un grupo control cogiendo 50 derivaciones habituales y otras 50 derivaciones hechas por el grupo de MAP que había estado en la intervención. La variable principal era la cantidad de información rellenada en la derivación. No se encontraron diferencias entre ambos grupos. Los MAP parecían en general reticentes a poner cierta información en la derivación (como el diagnóstico) puesto que la derivación era “para saber la opinión del experto”. Además, se remarca que las prácticas de derivación a largo plazo parecen ser difíciles de cambiar solamente dando una nueva guía a los MAP.

- Recibido: 15/3/2016.
- Aceptado: 24/6/2016.

El Grupo Grande: Equipo de terapeutas y socialización (*).

The Large Group: Team of therapists and socialization.

Florencio Moneo (a,d), Vanesa Cerviño (b,d), Arantxa Núñez (b,d),
Andoni Sánchez (b,d), Antonio Torres (b,d), Fernando Cuevas (c,d)

(a) Médico psicoterapeuta de Grupo Grande; (b) Psicólogo psicoterapeuta de Grupo Grande;
(c) Educador social. (d) Avances Médicos AMSA-IMQ. Bilbao.

Resumen: Algunos, allá por el año 1971, nunca abandonamos el objetivo de la construcción permanente de una medicina y una salud mental bio-psico-social, que se dirigiera de verdad al servicio de la población, de fácil accesibilidad, sin distinciones de razas, clases sociales, educación ni poder económico, con un fin de contrato social. No sucedería hasta 1975 que en Europa, en la Inglaterra social, un médico psiquiatra psicoterapeuta con sensibilidad social: el Dr. Patrik de Maré, inició la experiencia de la Psicoterapia de Grupo Grande. En España el contexto social cambió. La Transición Política hacia la Democracia se desarrolló. Llegaron las libertades. En 1976 se aprobó en referéndum democrático la Reforma Política. En 1982, la izquierda democrática ganó las elecciones legislativas. Y en 1985 se institucionalizó la Reforma Sanitaria. Luego vino el Desencanto de la Transición. Pat de Maré se propone encarar las fuerzas antilibidinales del ser humano: la frustración, en la tarea de construcción de la cultura. En otra época, la Antigüedad, Eurípides, en “Bacantes”, describe una tragedia: la madre -Ágave- mata a su hijo -Penteo-, en estado de posesión psicológica interna, confundiendo a su hijo con un león. En el grupo grande se construye un diálogo entre los participantes, avivado, costosamente sostenido desde el principio por los convocadores. En “El Banquete”, de Platón, el buen orden del Simposio, con la palabra usada por turno, se va quebrando por la irrupción ruidosa de Acibíades y sus compañeros de parranda. Para Ayerra, otro psiquiatra social convocador de grupos grandes, en esta ocasión en España, el grupo grande ejerce su influencia sobre la identidad mental, virtual. Actúa diluyendo las diferencias. Lo particular desaparece. Los participantes reciben un sentimiento de pequeñez compartido. Así nace otro sentimiento más grande: la pequeñez compartida. Se describen los estigmas de los pacientes y de los terapeutas. En este texto se expone un trabajo de Psicoterapia de Grupo Grande realizada en un centro de Salud Mental AMSA-IMQ, ubicado en Bilbao, que atiende a una población de 400.000 habitantes que posee un seguro de enfermedad, un seguro privado. Tras la recogida de datos epidemiológicos y clínicos observacionales y su proceso de elaboración psicológica psicoanalítica se concluye que es posible el abandono de las etiquetas diagnósticas -apoyadas por los prejuicios instalados en una parte de la población de médicos y pacientes-. En la psicoterapia de grupo grande

(*) Una versión anterior de este trabajo se leyó con el título de “El grupo grande, las etiquetas y la producción de significados”, en formato de comunicación, en las XX Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, celebradas en Madrid en marzo de 2015.



los duelos diferidos, patológicos, estancados, acumulados en la vida del ser cobran una nueva oportunidad. Facilita la realización del cambio psíquico mental interior y relacional cultural. Las sesiones de psicoterapia de grupo grande dan un contexto de seguridad para la creación del cambio en el seno del yo del paciente y del psicoterapeuta. Es posible que los pacientes construyan representaciones de palabra, imagen y recuerdos. El mal uso de los manuales diagnósticos y estadísticos ha de ser elaborado por los profesionales. Es importante la eficiencia y singularidad del tratamiento del paciente. Deseamos que la industria del medicamento apoye esta manera de entender la salud mental.

Palabras claves: Psicoterapia. Grupo grande. Equipo de terapeutas. Socialización.

Summary: Some, back then in about 1971, never abandoned the objective of the permanent construction of a bio-psycho-social mental medicine and health, which was truly in the service of the entire population and also easily accessible. This did not happen until 1975 when in Europe, in the social England, a psychotherapist psychiatrist with social awareness, Dr Pat de Maré, started the experience of large group psychotherapy. In Spain the Political Transition took place towards Democracy. Freedom arrived. In 1976 the Political Reform was approved by referendum. In 1982 the Left won the legislative elections. And in 1985 the Healthcare Reform was institutionalised. Later came the Disenchantment with the Transition, the fight to maintain the achievements and finally, the Counter Reform, and the loss of the Welfare State. Pat proposed confronting the antilibidinal forces of the human being: the frustration. In another period, Antiquity, Euripides, in "Bacchants", describes a tragedy: the mother -Agave- kills her son -Penteo-, in a state of internal psychological possession, mistaking her son for a lion. In the large group a lively, fuelled dialogue is constructed between the participants, from the beginning by the conveners. In "The Banquette", by Platon, the good order of the symposium, with people taking turns to speak, is broken by the noisy interruption of Alcibiades and those in his party. For Ayerra, the large group exercises its influence over the mental, virtual identity. It acts diluting the differences. The particular disappears. The participants receive a feeling of something little shared. In this way a bigger feeling comes into being: the little thing shared. The stigmas of the patients and of the therapists are described. A Large Group Psychotherapy work is described carried out in an AMSA IMQ Mental Health centre located in the city of Bilbao, which services a private population of 400.000 inhabitants. The conclusion is that the labels can be abandoned - supported by the medical diagnostics from the reports, the mental ideology of the population, the employment prejudices. The deferred, pathological, stagnant grief accumulated in the person's life takes on a new opportunity. It facilitates the interior and cultural relation mental exchange. The big group gives a context of security for the creation of the change of each self. It is possible that the patients construct word and image representations, memories. The bad use of the diagnostic and statistical manuals.

Key words: Psychotherapy. Large Group. Team of Therapists. Socialization.

1. Grupo grande, no nos falla la memoria, el contexto social

Algunos, desde que ingresaron a la Facultad de Medicina(1), allá por el año 1971, nunca abandonaron el objetivo de la construcción permanente de una medicina y una salud mental bio-psico-

social, que estuviera de verdad al servicio de toda la población y de fácil accesibilidad. Entonces la calidad de la asistencia sanitaria admitía áreas de mejora.

No obstante, no sucedería hasta 1975 que en Europa, en la Inglaterra social(2), un médico psi-

quiata psicoterapeuta con sensibilidad social: el Dr. Pat de Maré(3), inició la experiencia de la psicoterapia de grupo grande -entonces denominado grupo mediano, haciendo referencia al número de asistentes en torno a 20 miembros-, en nuestro campo especializado de la salud mental, en la cosmopolita Europa, la ciudad de Londres, con el objeto de ayudar en los procesos del crecimiento del yo de los pacientes -o sea, duelos de falsas identidades prejuiciosas y elaboración de la personalidad verdadera del ser-.

La Transición (4,5) política hacia la Democracia se desarrolló. Llegaron las libertades. En 1976 se aprobó en referéndum la Reforma Política. En 1982 se produjo la alternancia: la izquierda ganó las elecciones legislativas. Y en 1985 se institucionalizó la Reforma Sanitaria en España. Hasta hoy, ha sucedido de todo, hasta contemplar un proceso que ha llegado a su estancamiento a partir de 1985(6) -y que ha originado un conflicto en las prestaciones psicosociales y la disponibilidad de tratamientos psicoterapéuticos que aseguren la calidad-.

2. Grupo grande, teoría grupoterapéutica, significado

a. El diálogo de grupo grande de De Maré (7,8)

Pat nos enseñó mucho a todos. Y fue coherente con su vida y su teoría. Se propuso encarar las fuerzas antilibidinales del ser humano: la frustración, para elaborar la capacidad de razonar, tal y como se logra hacerlo con el desarrollo de la voz, la palabra escrita y el pensamiento.

Eurípides, en "Bacantes"(9), describe una tragedia: la madre -Ágave- mata a su hijo -Penteo-, en estado de posesión psicológica interna, confundiendo a su hijo con un león. En el grupo grande pronto se caen las falsas posesiones internas, las etiquetas, las falsas identidades, desde el comienzo de la sesión, debido a la situación grupal. La función del psicoterapeuta es la de facilitar el proceso en todos los pacientes.

Leemos:

Ágave: ¡Qué mal genio produce en los hombres la vejez y qué oscuridad en la vista! Ojalá mi hijo fuera un excelente cazador, parecido a su madre en tales acciones, cuando en compañía de los

jóvenes tebanos persigue las bestias salvajes. ¡Pero él sólo sabe combatir contra un dios! Hay que hacerle entrar en razón, padre, eso es de tu competencia. ¿Quién puede llamarle aquí ante mi presencia, para que me vea tal feliz?

Cadmio: ¡Ay! ¡Ay! ¡Cuando comprendáis lo que habéis hecho sufriréis un tremendo dolor! Pero si hasta el fin os quedáis sin pausas en el estado en que estáis, sin ser felices, al menos parecerá que evitáis la desdicha.

Ágave: ¿Qué no hay de bueno en esto, o qué hay de lamentable?

Cadmio: Empieza por fijar tu mirada en el cielo.

Ágave: ¡Ya! ¿Por qué me has ordenado mirarlo?

Cadmio: ¿Aún te parece el mismo, o que tiene variaciones?

Ágave: ¡Más claro que antes y más límpido!

Cadmio: ¿Ese frenesí de ahora, aún está en tu alma?

Ágave: No entiendo esa frase. Pero me sucede como si volviera en mí, alterando mi anterior modo de pensar.

Cadmio: ¿Puedes entonces oírme y responderme con claridad?

Ágave: Me he olvidado ahora de lo que antes dijimos, padre.

Cadmio: ¿En qué mansión entraste al son de los himeneos?

Ágave: Me entregaste en matrimonio a un Esparto, según la leyenda, a Equión.

Cadmio: ¿Luego qué hijo, en tu palacio nació de tu esposo?

Ágave: Penteo, fruto de la unión de su padre conmigo.

Cadmio: ¿De quién es ahora el rostro que tienes en tus manos?

Ágave: De un león según decían sus cazadoras.

Cadmio: Obsérvalo bien. ¡Breve esfuerzo es mirarlo!

Ágave: ¡Ah qué veo, qué es lo que llevo en mis manos!



Cadmio: Examínalo y entérate con toda claridad.

Ágave: Veo un grandísimo dolor, ¡infeliz de mí!

Cadmio: ¿Todavía crees que se asemeja a un león?

Ágave: No, sino que, ¡desgraciada de mí, llevo la cabeza de Penteo!

Cadmio: Por la que yo lloraba, antes de que tú la reconocieras.

Ágave: ¿Quién le mató? ¿Cómo llegó a mis manos?

Cadmio: ¡Terrible verdad, que te presentas en el peor de los momentos!

Ágave: Habla, que la demora hace palpar mi corazón.

Cadmio: Tú le has matado, y tus hermanas contigo.

Ágave: ¿Dónde murió? ¿En casa? ¿En qué lugares?

Cadmio: Allí donde antes destrozaron a Acteón sus perros.

Ágave: ¿Por qué acudió al Citerón este infeliz?

Cadmio: Para burlarse del dios iba a tus bacanales.

Ágave: Y, nosotras, ¿de qué modo fuimos a parar allí?

Cadmio: Estabais en delirio y toda la ciudad estaba poseída por Baco.

Ágave: Dioniso nos destruyó. Ahora lo comprendo.

Cadmio: Fue ofendido en exceso. Porque no le creáis un dios.

Este modelo de comunicación, se dio desde la prehistoria en la Humanidad. Las asambleas de cazadores y labradores. Las reuniones nocturnas sin orden del día previo, espontáneas. Se elaboraban vínculos basados en la camaradería, el compañerismo, la amistad. De Maré denominó “Koinonia” a este proceso en su teoría sobre la terapia del grupo grande.

Las intervenciones del convocador del grupo grande buscan la participación del yo de los pacientes. Aumenta la autoestima de los participantes. Da un tiempo al paciente. Le invita a hablar, a pensar. Facilita la creación de un espacio individual dentro del grupo grande, compatible con la pertenencia grupal.

b. El diálogo de Platón(10)

En el grupo grande se construye un diálogo entre los participantes, avivado, animado, desde el principio por los convocadores. Su naturaleza no es psicoanalítica o grupoanalítica al uso. Para ello hemos de estudiar detenidamente la obra que nos legó Platón -los ocho tomos de sus diálogos-.

Platón, citado por Pat no se sirve del tratado o del ensayo para la exposición de su pensamiento, sino que recurre para ello a una forma dramatizada: el diálogo. Son como obras de teatro. Los personajes hablan, van desgranando los pensamientos. La forma: personajes que intervienen a través de una serie de preguntas y respuestas. Se aprecia la evolución de los pensamientos.

Dice García Gual (11) de “El Banquete”, de Platón, que el buen orden del simposio, con la palabra manejada por turno, se va quebrando por la irrupción ruidosa de Alcibíades y sus compañeros de parranda.

Leamos:

No mucho después se oyó en el patio la voz de Alcibíades. Fuertemente borracho, preguntando a grandes gritos dónde estaba Agatón y pidiendo que le llevaran junto a él. Le condujeron entonces hasta ellos, así como a la flautista que le sostenía y a algunos otros de sus acompañantes, pero él se detuvo en la puerta, coronado con una tupida corona de hiedra y violetas y con muchas cintas sobre la cabeza, y dijo:

- Salud, caballeros. ¿Acogéis como compañero de bebida a un hombre que está totalmente borracho, o debemos marcharnos tan pronto como hayamos coronado a Agatón, que es a lo que hemos venido? Ayer, en efecto, -dijo-, no me fue posible venir, pero ahora vengo con estas cintas sobre la cabeza, para de mi cabeza coronar la cabeza del hombre más sabio y más bello, si se me permite hablar así. ¿Os burláis de mí porque estoy borracho? Pues, aunque os riáis, yo sé bien que digo la verdad. Pero decidme enseguida: ¿entro en los términos acordados, o no?, ¿Beberéis conmigo, o no?

Todos lo aclamaron y lo invitaron a entrar y tomar asiento. Entonces Agatón lo llamó y él entró conducido por sus acompañantes, y desatándose al

mismo tiempo las cintas para coronar a Agatón, al tenerlas delante de los ojos, no vio a Sócrates y se sentó junto a Agatón, en medio de éste y Sócrates, que le hizo sitio en cuanto lo vio. Una vez sentado, abrazó a Agatón y lo coronó.

- Esclavos -dijo entonces Agatón-, descalzad a Alcibíades, para que se acomode aquí como tercero.

- De acuerdo -dijo Alcibíades-, pero ¿quién es ese tercer compañero de bebida que está aquí con nosotros?

Y, a la vez que se volvía, vio a Sócrates, y al verlo se sobresaltó y dijo:

- ¡Heracles! ¿Qué es esto? ¿Sócrates aquí? Te has acomodado aquí acechándome de nuevo, según tu costumbre de aparecer de repente donde yo menos pensaba que ibas a estar. ¿A qué has venido ahora? ¿Por qué te has colocado precisamente aquí? Pues no estás junto a Aristófanes ni junto a ningún otro que sea divertido y quiera serlo, sino que te las has arreglado para ponerte al lado del más bello de los que están aquí dentro.

- Agatón -dijo entonces Sócrates-, mira a ver si me vas a defender, pues mi pasión por este hombre se me ha convertido en un asunto de no poca importancia. En efecto, desde aquella vez en que me enamoré de él, ya no me es posible ni echar una mirada ni conversar siquiera con un solo hombre sin que éste, teniendo celos y envidia de mí, haga cosas raras, me increpe y contenga las manos a duras penas. Mira, pues, no sea que haga algo también ahora; reconcílianos o, si intenta hacer algo violento, protégeme, pues yo tengo mucho miedo de su locura y de su pasión por el amante.

- En absoluto -dijo Alcibíades-, no hay reconciliación entre tú y yo. Pero ya me vengaré de tí por esto en otra ocasión. Ahora, Agatón -dijo-, dame algunas de esas cintas para coronar también ésta su admirable cabeza y para que no me reproche que te coroné a ti y que, en cambio, a él, que vence a todo el mundo en discursos, no sólo anteaayer como tú, sino siempre, no le coroné.

Al mismo tiempo cogió algunas cintas, coronó a Sócrates y se acomodó. Y cuando se hubo reclinado dijo:

- Bien, caballeros. En verdad me parece que estáis sobrios y esto no se os puede permitir, sino que hay que beber, pues así lo hemos acordado. Por consiguiente, me elijo a mí mismo como presidente de la bebida, hasta que vosotros bebáis lo suficiente. Que me traigan, pues, Agatón, una copa grande, si hay alguna. O más bien, no hace ninguna falta. Trae, esclavo, aquella vasija de refrescar el vino -dijo, al ver que contenía más de ocho cótidias. Una vez llena, se la bebió de un trago, primero, él y, luego, ordenó llenarla para Sócrates, a la vez que decía:

- Ante Sócrates, señores, este truco no me sirve de nada, pues beberá cuanto se le pida y nunca se embriagará.

En cuanto hubo escanciado el esclavo, Sócrates se puso a beber. Entonces, Erixímaco dijo:

- ¿Cómo lo hacemos, Alcibíades? ¿Así, sin decir ni cantar nada ante la copa, sino que vamos a beber simplemente como los sedientos?

- Erixímaco -dijo Alcibíades-, excelente hijo del mejor y más prudente padre, salud.

- También para ti, -dijo Erixímaco-. Pero ¿qué vamos a hacer?

- Lo que tú ordenes, pues hay que obedecerte:

Porque un médico equivale a muchos otros hombres. Manda, pues, lo que quieras.

- Escucha, entonces -dijo Erixímaco-. Antes de que tú entraras habíamos decidido que cada uno debía de pronunciar por turno, de izquierda a derecha, un discurso sobre Eros lo más bello que pudiera y hacer su encomio. Todos los demás hemos hablado ya. Pero puesto que tú no has hablado y ya has bebido, es justo que hables y, una vez que hallas hablado, ordenes a Sócrates lo que quieras, y éste al de la derecha y así los demás.

- Dices bien, Erixímaco -dijo Alcibíades-, pero comparar el discurso de un hombre bebido con los discursos de hombres serenos no sería equitativo. Además, bienaventurado amigo, ¿te convence Sócrates en algo de lo que acaba de decir? ¿No sabes que es todo lo contrario de lo que decía? Efectivamente, si yo elogio en su presencia a algún otro, dios u hombre, que no sea él, no apartará de mí sus manos.



- ¿No hablarás mejor? -dijo Sócrates-.
- ¡Por Poseidon! -exclamó Alcibíades-, no digas nada en contra, que yo no elogiaría a ningún otro estando tú presente.
- Pues bien, hazlo así -dijo Erixímaco-, si quieres. Elogia a Sócrates.
- ¿Qué dices? -dijo Alcibíades-. ¿Te parece bien, Erixímaco, que debo hacerlo? ¿Debo atacar a este hombre y vengarme delante de todos vosotros?
- ¡Eh, tú! -dijo Sócrates-, ¿qué tienes en la mente? ¿Elogiarme para ponerme en ridículo?, ¿o qué vas a hacer?
- Diré la verdad. Mira si me lo permites.
- Por supuesto -dio Sócrates-, tratándose de la verdad, te permito y te invito a decirla.
- La diré inmediatamente -dijo Alcibíades-. Pero tú has lo siguiente: si digo algo que no es verdad, interrúmpeme, si quieres, y di que estoy mintiendo, pues no falsearé nada, al menos voluntariamente. Mas no te asombres si cuento mis recuerdos de manera confusa, ya que no es nada fácil para un hombre en este estado enumerar con facilidad y en orden sus rarezas.

Coronado de yedra y de violetas, el hermoso y arrogante joven trae consigo una bocanada de aire dionisiaco a esta reunión tan apolínea. Hasta esa brusca entrada de Alcibíades la conversación ha discurrido conforme al programa inicial. Los seis oradores han utilizado la palabra por turnos y ordenadamente. Como contrapunto a su serenidad ahora el fogoso Alcibíades, ebrio y apasionado, hará su elogio de Sócrates y, en contraste con las exposiciones abstractas y generales de los demás, nos hablará de su experiencia personal. Este resumen de la escena, de García Gual, describe muy bien los fenómenos psicodinámicos del grupo grande que observó por primera vez Pat.

c. El desarrollo emocional del ser en la cultura (12,13)

Así, para Ayerra la identidad real humana es la que nos acompaña siempre. Desde el nacimiento. Esta identidad corporal y humana demostrable a través de los sentidos se pone de mani-

fiesto cuando el ser se encuentra incluido en un grupo grande, a pesar de que la misma no sea evidente en los momentos de confusión. La mayoría de participantes se sienten perdidos en los laberintos de la razón desintegrada, olvidándose de que su cuerpo les pertenece. Por primera vez oyen sus tripas, su cabeza y su corazón. El cuerpo y la razón establecen de nuevo la relación, sin solución de continuidad. La razón acepta que apareció la última con el objeto de dar sentido a aquél, al que se ha de subordinar para el mantenimiento de la vida, su principal razón de ser -el cuerpo-. Superó la locura derivada de la razón desintegrada. Fue el motivo por el cual fue construida a lo largo de tres mil años de evolución.

El grupo grande ejerce su influencia sobre la identidad mental, virtual. Actúa diluyendo las diferencias. Lo particular desaparece. Los participantes reciben un sentimiento de pequeñez compartido. Así nace otro sentimiento más grande: la pequeñez compartida. Los participantes están imposibilitados de verse a sí mismos en sus diferencias. El grupo grande les cohesionan con una fuerza tal que aparece la amenaza de la pérdida de la identidad y la conversión en masa. Las identidades cotidianas se diluyen como lo hiciera un azucarillo en una taza de café caliente. Los deseos ocultos y fantaseados de ser únicos, los más grandes y poderosos, los inmortales, quedan frustrados en el grupo grande. El deseo de fusión y confusión es frenado y limitado por la acción de la realidad. Ésta restituye las diferencias y particularidades del ser.

Simultáneamente al lugar e instantes compartidos, a un participante le duele la cabeza, otro está triste, el de más allá tiene miedo, otro participante se halla a sí mismo paralizado, otro no puede parar de hablar. Cuando todos idealizan las semejanzas, aparece peligrosamente la confusión, la desproporcionalidad, el acabose, la desmesura. Los participantes quedan abducidos y el grupo grande proclama la hegemonía. Cuando las diferencias son magnificadas, queda destruido el sentido grupal. Cada participante se siente como único, aún a costa de un aislamiento insoportable. El sentido individual intransferible que parte del acervo común previo se mueve errático, se confunde con el sentimiento de totalidad. Llegará a elaborar su sentido cuando se devuelve al origen común que lo precedió. La

continuidad de la vida comunitaria se construye permanentemente con la repetición de esta dinámica del ser.

El ser no desaparece del todo tras la muerte. Continúa en el recuerdo de los demás. Así el ser elabora otro sentido: el sentido de trascendencia. La pertenencia no impide la soledad. La conciencia del ser: compartir con los otros la misma condición a través de la comunicación empática, construye un nuevo sentido que va más allá de nosotros. Ese sentido es la trascendencia de la individualidad. Protege al ser de la soledad. El ser no puede verse a sí mismo. Siempre necesitará preguntar a los demás, verse a sí mismo a través de los otros. Esta dinámica de grupo grande se pone de manifiesto. Sin este sentido nuevo de trascendencia el yo quedaría baldío.

3. Los estigmas de los terapeutas y de los pacientes

a. Hablan las personas etiquetadas de pacientes:

- A mí no me gusta nada el grupo grande, ¿entiendes? Nada. Y somos muchos por aquí que pensamos igual. ¿Entiendes? Además, no idealizo a los terapeutas. ¡Que lo sepas!
- Para mí ha sido un aprendizaje a la hora de escuchar a las personas. No tengo ningún inconveniente en ponerme a hablar entre tanta gente y, además, si te pueden ayudar, mejor que mejor. Yo he traído bastantes temas y me he sentido mejor con algunos que con otros. Conoces las vivencias de otros y te pueden ayudar a pensar en las tuyas, si te tocan, o escuchar simplemente y aportar lo que puedas.
- El grupo grande es el más difícil de todos los grupos en donde he participado. No sé qué es lo que hay que hacer. No dan explicaciones. La gente en círculo. Somos muchos. Me siento incómoda siempre. No entiendo nada. Hay gente que habla y no se la entiende. No me gusta nada. Y somos muchas a las que no nos gusta nada el grupo grande. Vamos porque hay que ir.
- A mí personalmente no me gusta mucho el grupo grande. Hay demasiadas personas que no conozco y aunque sepa que es un miedo irracional, el simple hecho de estar sentada en una silla ya me supone un esfuerzo por miedo a ser

juzgada. Han pasado varios grupos grandes y el miedo continúa. Miedo a que se rían de mí, a que discrepen y a ser incapaz de defender mi idea, porque el miedo a la burla me paraliza, no me siento nadie para hablar delante de tanta gente. Por ello intento esconderme todo lo posible. Cuando se habla de un tema que me interesa aún me cuesta mucho más, porque quiero hablar pero no puedo porque tengo que tenerlo todo muy bien pensado, muy bien unido, y para cuando lo tengo se pasa la oportunidad. Cuando esa oportunidad se ha ido me siento peor, como si lo que no he soltado fuese una carga en mis hombros.

- Comprendo que, aunque no sea mi grupo favorito, es necesario, pues yo tiendo a comportarme así también en la calle, incluso con mis amigos más cercanos, y tengo que aprender a hacerle frente. Tengo que superar esta ansiedad social y un buen momento para empezar es este grupo, por mucho que me cueste, incluso el simple hecho de estar sentada y escondida en una silla.
 - Es un grupo que supone un reto personal, en ocasiones me da un poco de miedo e inseguridad. Sin embargo, eso lo hace especial, porque el grupo me permite superar cada día esos temores, ganando seguridad y confianza. También es muy enriquecedor por la variedad de personas que lo componen y la diversidad de sus opiniones y aportaciones, siempre muy valiosas para mí.
- b. Hablan las personas etiquetadas de psicoterapeutas:
- Todo el mundo tiene experiencia en grupos grandes. Y resulta que desde que nacemos, convivimos en grupo, y trasladamos lo que aprendemos en nuestro entorno a la sociedad. A mi paso por la experiencia del grupo grande de AMSA, he tenido la oportunidad de observar las dificultades de las personas que participamos en él. Principalmente he comprobado dos situaciones cuanto menos: en primer lugar, mis emociones al participar en el grupo grande no son tan diferentes del resto de participantes. Me tranquiliza escuchar que la ansiedad porque mis palabras no sean aprobadas por los otros no es un fenómeno aislado, y siento que



eso potencia mi participación en el grupo. En mi experiencia formativa, también participo en un grupo grande como un integrante más, y observo el mismo fenómeno que he descrito.

En segundo lugar, observo *conditio sine qua non* entre el grupo grande y el grupo pequeño. El ser humano construye el vínculo desde que nace en su grupo pequeño, la familia; posteriormente, continúa construyendo el vínculo trasladándolo a la familia grande, la escuela, etc. En las Unidades de Día tratamos de reconstruir la escena de desarrollo del individuo, reparar el vínculo y poderlo trasladar a la sociedad. El contenido de los grupos pequeños, los conflictos y los déficits, se vuelcan sobre el grupo grande con un lenguaje social. La tarea es participar en el grupo, tanto con la presencia como con la palabra, redirigiendo el discurso del grupo al conflicto social.

La característica más positiva del grupo grande la encontramos en la diversidad. Es un grupo heterogéneo. Además de mi sentir, los propios pacientes lo constatan como elementos de ayuda. Refieren sentirse en un espacio muy diverso, donde personas con diferente patología son capaces todos ellos de aportar al grupo contenido a trabajar.

Otro elemento necesario para la elaboración y reconstrucción del vínculo, en mi experiencia han sido las celebraciones. En ocasiones concretas ofrecemos el espacio de grupo grande para celebrar la Navidad o el carnaval, por ejemplo, con una fiesta donde participamos todos los terapeutas de las diferentes unidades. Son situaciones sociales que no ignoramos por su fuerte contenido emocional, y que permiten al individuo dentro del grupo construir un vínculo con todos los trabajadores de las unidades (incluido personal de administración por ejemplo) que permiten la desidealización o desilusión, necesario para la autonomía.

“Este es el foco; la meta no es tanto socializar al individuo, como humanizar la sociedad mediante un proceso de desmitificación”.

- El grupo grande del hospital de día constituye un lugar idóneo para abordar entre otros temas, el problema de las etiquetas, prejuicios e ideas erróneas en salud mental.

Esto es debido por un lado, a la experiencia que supone el encuentro entre participantes de diversas Unidades de Día, con problemáticas psicológicas diferentes, en un espacio símbolo de lo social, y por otro lado a la potencialidad de pensamiento creativo que se genera en un espacio tan amplio y diverso.

Los participantes del grupo grande abordan y transitan por estas cuestiones, por ejemplo; plantándose las dificultades que temen o sienten que encuentran en lo social, por estar recibiendo un tratamiento en salud mental y el temor a ser etiquetado y juzgado negativamente por ello, o reflexionando sobre los prejuicios que surgen dentro del propio grupo entre participantes con diversas dificultades emocionales, el temor al “desconocido”, o explorando y cuestionando diversas ideas erróneas acerca de la salud mental, las relaciones interpersonales, la posibilidad de cambio en el ser humano,...

c. En el espacio de encuentro y reflexión del grupo, se da la posibilidad de que cada cual cuestione, hasta donde considere oportuno, diversas etiquetas y prejuicios, no solo hacia los demás, sino también aquellas que se aplica a sí mismo y que contaminan la construcción de su propia identidad.

- La experiencia en grupo grande da la oportunidad a la persona de confrontarse con la realidad social. Permite acercarse al otro desconocido, más allá de los espacios de seguridad de la relación dual o el grupo pequeño (representativo de la familia), para trabajar los prejuicios, las inseguridades, las defensas que todo ser humano experimenta y construye frente al otro que vive como lejano y a menudo amenazante por ser diferente, por pertenecer a otro grupo de referencia.

En el diálogo y el contacto que fomenta el grupo grande, el sujeto puede trabajar los miedos que le aíslan del otro en lo social, puede hacer caer sus prejuicios (del otro sexo, la otra raza, la otra clase social, el otro estatus cultural, la otra etapa de la vida...). En este proceso de relación el sujeto va saliendo de su “cueva” (en la que se esconde más aun cuando hay una problemática psíquica) y puede empezar a experimentar al otro con más curiosidad y afecto, al mismo tiem-

po que empodera su capacidad de relación y de participación social.

En el grupo grande todos somos uno más, pacientes y terapeutas, mujeres y hombres, jóvenes y mayores... Se produce un efecto inconsciente de acercamiento al semejante y de construcción entre todos, a través del diálogo y el intercambio de pensamientos y vivencias, de un entorno social en el que se fomentan otros valores: la solidaridad, el compromiso, el respeto, la honestidad... con uno mismo y con el otro.

Cada cual a su manera, respetando las diferencias, no borrándolas, pero aprendiendo a vivir con ellas, cada sujeto empieza a sentirse parte de este mundo que le ha tocado vivir y en el que empieza a sentir que puede participar aportando su granito de arena.

- Escribir unas líneas sobre el Grupo Grande ¿por dónde empezar? Tarea ésta tan compleja como la de llenar el espacio grupal que se abre cuando comienza el grupo.

Un espacio grupal lleno de silencio y de ansiedades que se van diluyendo para dar paso a la comunicación y diálogo. Objetivos estos del grupo además del compartir

No es un grupo fácil de pensar pero hemos de decir que el Grupo Grande representa la pluralidad por eso lo que se dice siempre es recogido en algún lugar del grupo, posibilitando así el diálogo, el intercambio de posturas con el propósito, no siempre alcanzado, de lograr acuerdos.

En el Grupo Grande uno siempre intenta encontrar con quien identificarse para poder así sentirse más seguro y perteneciente a alguna de las categorías que surgen en el grupo.

- Participar en el grupo grande nos da la oportunidad de conocerme a nivel personal y profesional. Conocerme y seguir comprendiendo como se opera la construcción social de la subjetividad, y en qué medida, el cómo hayamos construido la subjetividad influye en las relaciones sociales, y en cómo estas se manifiestan.

Participando en el grupo grande podemos trabajar y sentir como nos construimos en sociedad, qué elementos nos constituyen, qué prejuicios

nos afloran, qué duelos tenemos sin resolver, qué dificultades nos colocan al margen de la sociedad y qué claves nos permiten dotarnos de pensamiento allí donde hay queja y desestructuración, dotarnos de hábito, ritmo, rutina, allí donde hay desorganización; dotarnos de confianza, paciencia y ganas de mejorar allí donde había desconfianza, impaciencia y autodestrucción.

Participando en el grupo grande, descubrimos cada día la posibilidad de cambio, la posibilidad cambiar los comportamientos socialmente desadaptados. Participando en el Grupo Grande, desde mi lugar de co-terapeuta (Educador Social), podemos contribuir a generar cambios en las personas que les coloquen en el lugar de sujeto activo y participativo en la sociedad que nos ha tocado vivir.

4. Grupo grande en Bilbao (14)

Datos epidemiológicos. El contexto del grupo grande:

Territorio Histórico de Bizkaia: 1.144.214(15) habitantes.

Personas aseguradas: 400.000 (16).

Pacientes/ año tratados en el Hospital de Día -van al grupo grande-: 100.

Asistencia semanal al grupo grande: 50.

Instalaciones situadas en el corazón de la ciudad.

El grupo grande se convoca semanalmente desde el año 2006.

Nuestro Grupo Grande se ubica dentro del hospital de día AMSA de Bilbao, instalado en el centro de la ciudad, que desde su debut en el año 2006 reúne a más de cuarenta pacientes con diagnósticos de patología dual, T. de la personalidad, T bipolar y T. psicótico, pertenecientes a cuatro micro-comunidades denominadas Unidades de Día, que agrupan a los pacientes por proximidad a los diagnósticos de T de la Personalidad, T de Adaptación Crisis Vitales, T Mental Severo y Patología dual, a cinco psicoterapeutas -dos psiquiatras y tres psicólogos- adscritos a cada unidad, un psicólogo en prácticas y un educador. El equipo de psicoterapeutas se reúne en un pregrupo 15 minutos antes de cada sesión para planificar y coordinar las interven-



ciones a la luz de los emergentes de la semana habidos en el Hospital de Día. El equipo se configura en la conducción del grupo grande en torno a un psicoterapeuta principal. El resto de psicoterapeutas interviene en ese sentido de las intervenciones del psicoterapeuta principal, coordinadamente. Se evita la incoherencia de los conductores del equipo de conducción. Luego de la sesión se vuelve a reunir el equipo de psicoterapeutas tratante junto al resto de psicoterapeutas del Hospital de Día para trabajar el material de la sesión y darle significado, así como para la producción de nuevo pensamiento para ser utilizado en los demás grupos del Hospital de Día, y también con la finalidad de realizar un aporte a la investigación de la Psicoterapia de Grupo Grande. La sesión semanal dura sesenta minutos. La estancia de los pacientes en el Hospital de Día varía entre 2 y 12 meses. Su asistencia es diaria o como mínimo de 2 días a la semana. Se trabaja grupoanalíticamente -se sigue las técnicas y cuerpos teóricos de Jorge Eduardo García Badaracco, Patrick de Marè y José María Ayerra- los problemas de socialización: el aislamiento de la familia y de los amigos, las falsas ideas acerca de la identidad del enfermo mental, el sentimiento de ser rechazado por los demás, la idealización, el fanatismo, la rebeldía en contra de la autoridad, la violencia familiar, el rechazo intergeneracional, la autodesvalorización, los duelos patológicos y los conflictos de la trama familiar. Nosotros consideramos que son los síntomas de la patología de la sociedad actual en que vive la humanidad del siglo XXI: son dinámicas de grupo grande social, que nos llevan hacia las construcciones de guetos excluyentes. Los pacientes logran transformaciones relacionales e intrapsíquicas. Al comienzo trabajábamos en el aquí y ahora todos los aspectos de las dinámicas sociales del sujeto. Relacionamos las dificultades dentro de la sociedad, la comunidad terapéutica y el grupo grande. Estimulamos el diálogo, el compañerismo y la aceptación social de los componentes. Es una resocialización. El psicoterapeuta principal hace de convocador. No obstante, en los últimos meses hemos detectado que el tema que se va imponiendo sobre todos los demás -la falsas ideas sobre la identidad del paciente, las idealizaciones, los fanatismos, los divorcios, los duelos por fallecimientos de los familiares,

la violencia familiar, los despidos improcedentes, la impotencia para el cambio, la pérdida de empleo, la incurabilidad, la incredulidad para el cambio, el rechazo al diferente, las falsas ideas sobre la identidad del psicoterapeuta, la idealización del psicoterapeuta, la agresividad verbal, la segregación, la baja autoestima, la exclusión del grupo social-, han sufrido un proceso paulatino de simplificación y concentración en el tema amplio de los duelos patológicos: la pérdida de empleo, los fallecimientos de seres queridos, la pérdida de la salud física, la pérdida de la pareja, la pérdida de poder económico. Este fenómeno se activa porque en cada sesión semanal aparecen siempre situaciones de personas en tratamiento que acuden por primera vez, o que reciben el alta médica: que entren por vez primera o se despiden del Grupo Grande. Se retoma el trabajo del duelo del paciente del Grupo Grande, en la semana de la finalización de la fase del Hospital de Día de su proceso terapéutico.

5. Por qué hacemos grupos grandes en nuestro servicio de salud mental comunitaria

1. Es posible ayudar a los pacientes a la hora de la realización del difícil duelo de la identidad del diagnóstico en su recorrido hacia la adopción de la propia personalidad del ser.
2. Es posible incluir las psicoterapias profundas en los tratamientos en el siglo XXI.
3. Es posible el logro del objetivo sanitario: la recuperación para la sociedad de las personas enfermas que viven en el apartheid.
4. Es posible que los pacientes desarrollen un pensamiento libre -crítico, autónomo y creativo-.

6. Conclusiones

1. La psicoterapia de grupo grande hace posible el duelo de las falsas identidades del yo -apoyadas por los diagnósticos médicos de los informes, la ideología manicomial de la población, los prejuicios laborales- de los enfermos, ese duelo difícil, se facilita. Se consigue ver la singularidad de cada miembro del grupo grande: personas que son diferentes todas entre sí: personas pacientes y psicoterapeutas (17).

2. Los duelos diferidos, patológicos, estancados, acumulados en la vida del ser cobran una nueva oportunidad: la despedida de cada paciente del grupo grande y la hora intensiva.
3. Facilita la realización del cambio psíquico mental interior y relacional cultural, en la medida en que el acompañamiento es masivo y la seguridad que da la asistencia de tantas personas diferentes lo determina, condicionando el proceso, desde la desidentificación de las identidades falsas patogénicas hacia identificaciones normales y productoras de salud mental que sirven para el desarrollo hecho propio de cada persona participante de los tratamientos así como el crecimiento de la cultura (18,19,20,21).
4. El grupo grande da un contexto de seguridad para la creación del cambio de cada self.
5. Es posible que los pacientes construyan representaciones de palabra y de imagen, recuerdos, ayudados por la conducción de los psicoterapeutas y la fuerza de la cohesión grupal, que construyan significados y pensamientos personales compatibles con los sociales.
6. El mal uso de los manuales diagnósticos y estadísticos DSM 5(22), CIE 11 -su función es el establecimiento de una convención, nunca fueron tratados de psiquiatría y de psicopatología humana profunda- por parte de los profesionales de la salud mental daña la personalidad de los pacientes.
7. La construcción permanente del tejido social se ve facilitado por el concurso de este tipo de psicoterapias adecuadamente conducidas por psicoterapeutas formados. Supondría la contribución de nuestra especialidad al desarrollo pacífico de la cultura porque se abrirían más espacios de encuentro entre diferentes (23).
8. Las personas mayores disponen de un recurso renovado: la rehabilitación de vínculos saludables, para recuperar estados de salud (24).

Contacto

Florencio Moneo • fmoneo@avancesmedicos.es
Calle Heros 28, 1ª dcha • 48009 Bilbao

7. Bibliografía

1. Moneo F. Mil novecientos cincuenta y cuatro. Bilbao: Txentxu; 2014.
2. Jones M. Social Psychiatry in Practice. Harmondsworth: Middlesex Penguin Books Ltd; 1968.
3. Lenn R, Stefano K. Small Large and Median Groups. The Work of Patrick de Maré. London: Karnac Books Ed; 2012.
4. Juliá S. Camarada Javier Pradera. Barcelona: Galaxia Gutenberg; 2012.
5. Pradera J. Corrupción y política. Los costes de la democracia. Barcelona: Galaxia Gutenberg Ed; 2014.
6. Guimón J. Presente y Futuro de la asistencia psiquiátrica en España. Albacete: Fundación Socio-Sanitaria de Castilla La Mancha para la integración sociolaboral del enfermo mental FISLEM y Defensora del Pueblo de Castilla La Mancha Ed; 2014.
7. De Maré P. El Grupo Mediano: amistad, parentesco y koinonía. Boletín. 7. Bilbao: Apag Ed.; 1997.



8. De Maré P. Patrick de Maré. Textos escogidos. Barcelona: Cegaop Press; 2010.
9. Eurípides. Las bacantes. Barcelona: Biblioteca Gredos Ed; 2006.
10. Platón. Diálogos. VIII tomos. Barcelona: RBA Ed; 2007.
11. García Gual C. Introducción a El banquete de Platón. Madrid: AE; 1989.
12. Ayerra JM. Grupo Grande. Boletín. 7. Bilbao: Apag Ed; 1997.
13. Ayerra JM. El Grupo Grande, fuente de provocación y evocación: la regresión en el Grupo Grande. Teoría y Práctica Grupoanalítica. 3 (1). Barcelona: Iniciativas grupales; 2013.
14. Moneo F et al. El grupo grande en el seno del Hospital de Día. Comunicación leída. Bilbao: en prensa; 2014.
15. Gobierno Vasco Eusko Jaurlaritz. Eustat; 2015. URL: www.euskojaurlaritz.eus
16. Moneo F. Archivo propio; 2015.
17. Ayerra JM. Grupo grande. Boletín. 1996. Agosto; 7: 28-46.
18. Rousseau JJ. El contrato social. Barcelona: Editorial Tecnos; 1988.
19. Cervantes M. Capítulo VI. Del donoso y grande escrutinio que el cura y el barbero hicieron en la librería de nuestro ingenioso hidalgo. En: El ingenioso hidalgo don Quijote de la Mancha. Madrid: Molino Ed; 1966.
20. Cervantes M. Capítulo VI. Del donoso y grande escrutinio que el cura y el barbero hicieron en la librería de nuestro ingenioso hidalgo. En: El ingenioso hidalgo don Quijote de la Mancha. Madrid: Diario El País Ed; 2005. p 71-78.
21. Cervantes M. Capítulo VI. Del donoso y grande escrutinio que el cura y el barbero hicieron en la librería de nuestro ingenioso hidalgo. En: El ingenioso hidalgo don Quijote de la Mancha. Barcelona: RBA; 1998. P135-148.
22. González A. Las clasificaciones psiquiátricas actuales y su relación con el estatus científico de la psiquiatría. Norte de salud mental 2016 1 Feb; XIV (54): 74-82.
23. Rousseau JJ. Le Contrat Social... avec Les Notes De Toutes Les Commentateurs. París: Ulan Press; 2012.
24. Adámez A, Correa A. El rol del Trabajador Social en Psicogeriatría. Norte de salud mental 2016 feb 1; XIV (54): 49-57.

• Recibido: 5/4/2016.

• Aceptado: 20/6/2016.

Maternidad y trastorno mental grave.

Maternity and severe mental illness.

Ramón Ramos Ríos (1,5,7), Margarita Núñez Tato (2,7), Silvia Piñeiro Otero (2,7), Susana Mella Loureiro (2,7), Susana García-Luengo Álvarez (2,7,5), Manuela Currás Castiñeira (3,5,7), María del Carmen Viz Otero (6,4,7)

1. Psiquiatra; 2. Enfermera; 3. Auxiliar psiquiátrica; 4. Trabajadora social; 5. Equipos de Continuidad de Cuidados; 6. Unidad de Rehabilitación; 7. Hospital Psiquiátrico de Conxo.

Resumen: La maternidad es un rol normalizado deseado por las personas con trastornos mentales graves. Posiblemente el número de personas con trastorno mental grave que tienen hijos se esté incrementando. A pesar de estos hechos, a esta realidad se le presta escasa atención en la clínica y en los programas de rehabilitación. El objetivo de la presente revisión es abordar la complejidad del tema incluyendo la legislación al respecto, los datos epidemiológicos, la óptica de madres e hijos y las implicaciones para la organización de los servicios.

Palabras clave: Maternidad, trastorno mental grave, psicosis, apego.

Abstract: Maternity is a normalized role that people with severe mental illness desire. Probably the number of people with severe mental illness that have children is growing. In spite of these facts poor attention is paid to this reality in clinical practice and in rehabilitation programs. The objective of this review is to analyze the complexity of this issue including the legislation, the points of view of mothers and children and implications for service organization.

Key words: Maternity, parenting, severe mental illness, psychosis, attachment.

Introducción

En el trabajo de los equipos comunitarios una de las mayores dificultades puede surgir cuando en la asistencia a personas con trastorno mental grave, se deben atender situaciones en que el paciente tiene personas dependientes o niños a su cargo. También puede suceder que el paciente desee, como parte de su proyecto de vida, formar una familia. Se plantean entonces cuestiones que van más allá de la técnica y que tienen que ver con la ética, los valores y las experiencias personales, y que ponen a prueba los principios

del trabajo comunitario y la filosofía de los enfoques de rehabilitación.

La presente revisión surge de la necesidad de dar respuesta a algunos de los interrogantes con los que nos enfrentamos ante uno de estos casos. Se trata de una mujer con un trastorno bipolar tipo I que se derivó al programa cuando estaba en el quinto mes de embarazo. No es el objetivo de este trabajo entrar en detalles sobre la intervención. Sólo queremos aclarar que se optó por mantener al hijo recién nacido con su madre y que esto supuso, además de un importante esfuerzo de



coordinación con varias instituciones, una considerable implicación personal de todos los miembros del equipo que debieron dejar a un lado sus valoraciones previas y sus temores, para atender la demanda de la paciente y de su situación vital con todo lo que acarreaba. Se consiguió de este modo que en el primer año de vida la separación entre madre e hijo fuese mínima y la evolución fuese a una mejoría sostenida en todos los aspectos problemáticos del caso.

La revisión se ha estructurado para intentar abordar la complejidad del tema desde los distintos puntos de vista que nos parecieron relevantes: la legislación al respecto, los datos epidemiológicos, la óptica de madres e hijos y las implicaciones para la organización de los servicios.

Se han consultado artículos localizados en PubMed y Google académico y referencias cruzadas, además de páginas web que explican programas de atención a estas poblaciones.

Consideraciones generales.

Aspectos éticos y legales

Una consecuencia lógica de los movimientos de desinstitucionalización es que han hecho posible un incremento de las probabilidades de paternidad en personas con trastorno mental grave (TMG). Como parte de este proceso y el énfasis en la recuperación, ha quedado patente que el interés de las personas con TMG en adoptar roles adultos normalizados incluye el tener hijos. Pero estos dos hechos no se han tenido en cuenta en las políticas de salud mental ni en el diseño de los programas de rehabilitación que sí se han centrado en otras necesidades como el alojamiento o el trabajo (1).

Por otra parte, en la sociedad, las connotaciones positivas de la maternidad guardan un fuerte contraste con las valoraciones negativas asociadas al concepto de trastorno mental grave. Con el concepto actual, donde lo deficitario es una característica central del TMG, puede parecer que el balance entre el cuidar a los demás frente a la incapacidad para cuidar de uno mismo no es fácilmente conciliable en un individuo concreto (2). Como consecuencia de esto, profesionales sanitarios y opinión pública asumen que las mujeres con TMG no pueden ser buenas madres. De

este modo y aunque pueda resultar paradójico, el estigma asociado a la enfermedad mental crece cuando se trata de madres o padres con trastornos graves.

Pero desde nuestro encuadre de trabajo no podemos olvidar que las personas con TMG tienen las mismas aspiraciones que las demás personas. Además la maternidad representa un rol especialmente valorado en todas las culturas humanas y la reproducción es un derecho fundamental en nuestra sociedad y no puede ser denegada utilizándose como único criterio la enfermedad mental. Este derecho aparece recogido en el Artículo 16 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y el Artículo 39 de la Constitución Española, pero sobre todo debemos hacer referencia por su actualidad a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Nueva York, 13 de diciembre de 2006) a la que se ha adherido España y que por lo tanto es de obligado cumplimiento en nuestro país (Tabla 1).

Epidemiología

Existen pocos datos, pero probablemente la maternidad o paternidad en personas con TMG sea mucho más frecuente de lo que se cree. Esto puede ser debido a los estereotipos asociados al TMG, a la escasa atención prestada a estas situaciones y a la menor accesibilidad de estas personas a los servicios o a los abandonos de seguimiento por temor a la pérdida de custodia (3).

Existen estudios que hacen referencia a las tasas de fecundidad de estas poblaciones, a las madres con TMG al cuidado de niños pequeños y a la proporción de separación de los hijos. La mayoría de trabajos encuentran una frecuencia de maternidad en mujeres con TMG entre 30-60%, aunque existen grandes diferencias según el origen de la muestra, la intención de la investigación y los diagnósticos incluidos. En cualquier caso los datos disponibles no es posible generalizarlos a cualquier comunidad, ya que existen diferencias culturales y socioeconómicas que influyen en el fenómeno de la maternidad.

Blanch et al. (1994) publicaron datos de las usuarias de un servicio de case-management intensivo en Nueva York. El 45% de las mujeres

menores de 35 años eran madres. Sólo el 20% conservaban la custodia de sus hijos (4).

White et al. (1995) detallaron las características de las usuarias de case-management de un departamento de salud mental de Massachussets que estaban al cuidado de sus hijos menores de 18 años. Eran 314 madres (9% de las usuarias del servicio). En comparación con usuarias sin hijos a cargo, encontraron una mayor frecuencia de matrimonio, predominio de etnia no caucásica, menor nivel de instrucción, mejor funcionalidad, mayor frecuencia de trastorno afectivo (52% vs. 31%) y mayor frecuencia de trastornos psicóticos en no cuidadoras (38% vs. 59%). No hallaron diferencia en el número de hospitalizaciones, el 40% de las mujeres habían tenido uno o más ingresos en el último año (2).

McGrath et al. (1999) en Queensland, Australia, compararon la fecundidad de personas con trastornos psicóticos de un área de salud mental con la de sus hermanos sanos. El 36% de los pacientes eran padres: el 59% de las mujeres y el 25% de los hombres. Encontraron menor fecundidad en los afectados por trastornos psicóticos, sobre todo hombres. No había diferencias en la fecundidad entre pacientes con trastornos afectivos y sus hermanos (5).

Howard et al. (2001) realizaron un estudio epidemiológico en el sur de Londres. El 63% de las mujeres con TMG eran madres. La maternidad se asoció a mayor edad, debut más tardío de la enfermedad, haber estado casada, menor formación y no residir en un alojamiento protegido en el momento del estudio. El 10% tenían algún hijo a cargo de servicios sociales. Esta situación se relacionaba con la etnia, la inmigración reciente, la edad de inicio, el número de ingresos y la presencia de problemas legales. No se identificaban en cambio diferencias por diagnóstico, funcionalidad o necesidades percibidas (6).

Mowbray et al. (2001) aportaron datos sobre las condiciones de vida de las madres con TMG que eran atendidas en 12 centros de salud mental y 3 unidades de hospitalización psiquiátrica en Michigan. Identificaron a 379 mujeres con TMG que cuidaban al menos un hijo (33,5% de la población elegible). Entre las características de estas mujeres destacaron que el 68% vivían por deba-

jo del umbral de la pobreza y el 32% habían necesitado al menos un ingreso en el último año. El 63,7% había tenido algún hijo antes del inicio de la enfermedad. El 29% estaban casadas. El 49% vivían solas con sus hijos (7).

Dipple et al. (2002) realizaron un estudio sobre las experiencias de maternidad de las usuarias de un servicio de rehabilitación derivado de un hospital psiquiátrico de larga estancia en Leicestershire, Reino Unido. 58 mujeres habían sido madres (37%). De estas, el 68% habían sido separadas de sus hijos, y el 46% de los niños habían perdido el contacto con sus madres. No había cambios en el mantenimiento de la custodia de los hijos en la serie histórica (desde 1970), lo que significaba que los avances habidos en la atención a esta población no significaban que aumentasen las probabilidades de mantenerse al cuidado de sus hijos. El estudio retrospectivo mostró que en muchos casos no había ninguna referencia a la maternidad ni a la experiencia de pérdida en las historias clínicas. La información inicial suministrada por los profesionales infraestimaba la frecuencia de maternidad (8).

Contreras y del Amo (2010) estudiaron a los usuarios de la red de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica de Madrid. Identificaron 163 usuarios con 216 hijos menores de 18 años. El 56% de los niños no vivían con sus padres. En el 43% de los casos los padres no mantenían la tutela. En el caso de que el progenitor con TMG fuese el padre, la mayoría de los hijos vivían con su madre. En cambio, entre los hijos de madres con TMG había una mayor heterogeneidad y alejamiento, cuando se producía esta situación el 35% de los niños vivían en instituciones. En este estudio no había diferencias en el mantenimiento de la tutela dependiendo de la ayuda de servicios sociales, lo que no confirmaba la impresión de muchas madres con TMG de que la intervención de servicios sociales podía acabar con la pérdida de custodia, aunque tampoco que esta fuese de ayuda (9).

Experiencias de maternidad

Este es un tema al que se le ha prestado escasa atención hasta hace poco, siendo en cambio muy



extensa la bibliografía sobre el efecto de la salud mental parental en los hijos. Las fuentes de información disponible abarcan estudios longitudinales, estudios transversales y estudios cualitativos (entrevistas semiestructuradas, estudio de narrativas, grupos de discusión).

Kahng et al. (2008) realizaron un seguimiento a 2 años de 294 madres con TMG al cuidado de niños entre 4-16 años en Michigan. No encontraron asociación entre la psicopatología inicial con medidas de estrés parental y conductas de crianza a lo largo del seguimiento. Los cambios en la psicopatología se relacionaban con cambios en medidas de estrés parental y conductas de crianza. Factores contextuales (pobreza, educación, etnia, red social) actuaban como moduladores de la relación entre psicopatología y crianza y estrés parental. Estos autores concluyen que los síntomas y la conducta parental en una fase aguda no predicen la adecuación de la crianza a largo plazo, existiendo la posibilidad de recuperación del rol. Estas consideraciones parecen importantes para el seguimiento de estos casos, evitando valorar la conducta de la madre sólo en episodios de descompensación psicopatológica y teniendo en cuenta otros factores de índole social o de la crianza en la toma de decisiones (10).

En la muestra de Dipple et al. (2002) la pérdida de los hijos tenía su reflejo en la psicopatología de más de la mitad de las mujeres de la muestra incluyendo delirios megalomaniacos y de filiación mantenidos en el tiempo, delirio de Capgras o pseudociesis entre otras manifestaciones clínicas. La mayoría de las mujeres, algunas ya muy mayores, seguían sufriendo por estas pérdidas que se unían a otras experimentadas desde el ingreso hospitalario como la pérdida de salud, del rol de madre, de la relación con los niños, de la relación con sus parejas, de los derechos como madres o de la libertad personal. Estas pérdidas no se habían elaborado ni se les había prestado atención en la clínica (8).

El mayor conocimiento de las experiencias de maternidad procede actualmente de estudios cualitativos (Tabla 2). Estos trabajos encuentran una serie de temas que se repiten y reflejan la visión de estas madres sobre la maternidad (9, 11, 12, 13, 14, 15):

1. Visión positiva de la maternidad:

- La consideran una motivación para mantenerse bien.

2. Dificultades con la maternidad:

- Muchas madres encuentran dificultades para simultanear el afrontamiento de la maternidad con el cuidado de la salud mental, lo que incluye la asistencia a consultas ambulatorias y a otras modalidades de tratamiento en lugares que no están habilitados para que puedan ir con sus hijos.
- También destacan el impacto de los síntomas y las medicaciones en el cuidado de los hijos.
- Se quejan de dificultades para mantener autoridad, temor a la pérdida del afecto de los hijos y a la pérdida real por culpa de la enfermedad.
- Les preocupan mucho las dificultades de comunicación con los hijos y los problemas de conducta que estas mujeres tienden a observar con mayor frecuencia en los hijos.

3. Efectos en los niños:

- Una preocupación recurrente es por el riesgo de que desarrollen la enfermedad por la genética o el ambiente. Ante esto cualquier trastorno de conducta lo tienden a considerar la confirmación de esta predicción negativa.
- También se culpabilizan por hacer que sus hijos vean a su madre enferma y obligarles a asumir responsabilidades que no les corresponden.

4. Estigma:

- Muchas mujeres hablan del rechazo por parte de sus familias de sus deseos de maternidad.
- Existe la asunción por parte del entorno de su incapacidad para la maternidad, que lleva a la sensación de estar siempre a prueba. Ante esto, cualquier problema de los hijos podrá ser la demostración de su ineptitud como madres.
- Temen ser consideradas malas madres si desvelan su condición de enfermas y también los efectos del estigma en los hijos.

5. Relación con la familia:

- Muchas madres se lamentan de la falta de comprensión sobre la enfermedad en algunos familiares.
- La necesidad de apoyo, hace que conflictos con la pareja o con los padres no se puedan afrontar libremente, lo que puede suponer un aumento del estrés para estas mujeres
- En algunos casos la existencia de malos tratos por parte de la pareja es un problema añadido que acrecienta más su indefensión.

6. Relación con servicios de salud mental y servicios sociales:

- Existe un silencio en las consultas en relación al tema de la maternidad. Lo explican por la falta de interés de los profesionales y por su temor a la pérdida de custodia.
- Hay una valoración negativa de la actuación de los servicios sociales, consideran que sólo dan ayuda en momentos de crisis y para retirarles a los niños.

7. Cuidado de los hijos durante las crisis:

- Manifiestan el deseo de que se mantengan en un lugar estable cuando necesitan ser hospitalizadas, idealmente en la familia, pero si no es posible siempre en los mismos lugares de acogimiento.
- También el deseo de mantener contacto en las crisis. Proponen un lugar seguro en las unidades de ingreso, más formas de atención domiciliaria o incluso el ingreso en hogares protegidos con los hijos.
- Temen que las crisis acaben con el fracaso en el rol de madre.

Consecuencias en los hijos

La mayor parte de la literatura sobre hijos de personas con TMG se ha centrado en el estudio de factores de riesgo. Existen datos consistentes de mayor riesgo de enfermedad mental y de alteraciones de la conducta y de las emociones, alcanzando un 30-50% frente al 20% en niños sin antecedentes (16). Pero hay un porcentaje nada desdeñable de niños que parecen no presentar problemas significativos, lo que hace necesario

un enfoque distinto, ya que hasta el momento hay poca información sobre factores de resiliencia en estos niños y se ha prestado poca atención a las experiencias de los hijos en el afrontamiento de las circunstancias de la familia.

La relación entre la enfermedad materna y las dificultades en los hijos es compleja e influida por múltiples factores. Es una asociación no específica, no dándose correspondencia entre la enfermedad del progenitor y el trastorno del hijo. Además se han descrito consecuencias similares en caso de enfermedad física, delincuencia o fallecimiento del progenitor (17). Todo esto hace difícil distinguir lo que corresponde a la herencia, al ambiente o a las interacciones en la familia.

Los principales estudios sobre factores de riesgo en estas poblaciones han destacado (18, 19):

1. Factores genéticos

- Existe una abundante literatura cuya enumeración se aparta del objetivo de esta revisión.
- Hay que señalar que los TMG son enfermedades complejas, por lo que en la actualidad el mayor interés se centra en estudiar las interacciones gen-ambiente.

2. Factores biológicos

- Se ha hallado una mayor frecuencia de complicaciones obstétricas en partos de mujeres con TMG.
- Las madres con TMG pueden presentar alteraciones neuroendocrinas que incidan en el desarrollo cerebral del feto.

3. Consecuencias ambientales directas:

- Derivadas de la psicopatología, con implicación del niño en la misma o por negligencia en los cuidados (20)

4. Consecuencias ambientales indirectas:

- Ser separado de la madre o institucionalizado.
- Crianza anómala.

5. Factores que correlacionan con la presencia de trastorno mental en uno o los dos progenitores.

- Con frecuencia puede haber discordia y conflictos entre los padres. Puede llegarse a la



separación de los padres y producirse abandono o exclusión del progenitor “sano”.

- La enfermedad mental se asocia a pobreza, aislamiento y marginación o carencia de apoyos.

Todos estos factores conducen a una vulnerabilidad biológica, emocional y económica.

Especial interés pueden tener los factores relacionados con la crianza. Para Bowlby el vínculo que comienza en la infancia con una relación continua y cálida con la madre u otra figura de apego es la piedra angular de la salud mental del adulto (21).

Varios autores psicoanalíticos han señalado la importancia de las experiencias de crianza precoces para el desarrollo de psicopatología. Fundamentalmente se basan en experiencias de terapia con niños o adultos. Para Spitz (1969) la madre actúa como “yo auxiliar” del recién nacido que se encuentra sobrecargado de estímulos que es incapaz de procesar (22). Según Bion la función materna es la capacidad de “continente” que origina en el niño una barrera que permite el juicio de realidad y la demora en la descarga. Para Mahler (1975) la madre es un “marco de referencia en espejo” para el yo inmaduro de su hijo. Si es impredecible, inestable, ansiosa u hostil el marco se verá comprometido, siendo menos probable que el niño pueda funcionar de forma independiente (23). El énfasis se pone en el establecimiento de una identidad separada y diferenciada en relación a la madre en la que la conducta predecible y segura de esta va a ser un requisito fundamental.

Winnicott establece que la vinculación madre-hijo comienza durante el embarazo con la “preocupación materna primaria”, una actitud que debe mantenerse durante los primeros meses de vida del lactante para ir retirándose muy paulatinamente. La ausencia de esta preocupación, su exceso o la retirada brusca que se pueden producir por trastornos mentales de la madre puede influir en la vinculación. Este autor también introduce en la década de 1950 el concepto de “madre suficientemente buena” que presta sostén y seguridad al bebé al tiempo que le va mostrando los elementos reales del mundo externo y le permite su manipulación. Esta madre se adapta a su hijo y con el tiempo se va retirando gradualmente

a medida que este puede enfrentarse a sus errores. La falla en estas funciones maternas puede dar lugar a un “falso self” incapaz de regular sus respuestas ante los estímulos ambientales (24).

Desde esta óptica resulta evidente que la existencia de un estado caótico en la madre puede perturbar seriamente el desarrollo de estos niños.

En cualquier caso existe el riesgo de atribuir a la genética o a la crianza inefectiva de madres gravemente psicóticas perturbaciones en niños que han sido separados precozmente, sin tener en cuenta que el factor más pernicioso puede haber sido el abandono y la ausencia de figuras de apego.

Otros autores han investigado asociaciones entre los patrones de crianza de madres con TMG y el desarrollo de los niños. Goodman y Brumley (1990) realizaron un estudio transversal en Atlanta en el que compararon madres con esquizofrenia, depresivas y control y sus hijos. Utilizaron medidas resultado de la observación de prácticas de crianza y medidas de inteligencia y competencia social de los hijos. Hallaron que ambos grupos de madres con TMG mostraban menores interacciones verbales y emocionales con sus hijos. Las madres psicóticas mostraban menos hostilidad que las depresivas. Las madres depresivas mostraban más hostilidad, tristeza e irritabilidad que controles. En ambos grupos de hijos había alteraciones del apego, retraso del desarrollo, atención y competencia social. Para estos autores los déficits en los hijos estaban más relacionados con las prácticas de crianza que con los diagnósticos concretos (25). El estudio longitudinal a dos años realizado en Londres por Rutter y Quinton (1984) es uno de los más citados entre los que abordan la cuestión. Compararon 137 familias con trastorno mental con controles. Se aplicaron entrevistas estructuradas a los padres y se obtuvieron informes escolares. No había diferencias en la frecuencia o calidad de las interacciones progenitores hijos entre los dos grupos. Sí se detectaba una mayor exposición a comportamientos ansiosos y hostiles de los padres. La presencia de trastornos conductuales y emocionales en los niños se asoció a la hostilidad, a conflictos entre los padres y a trastorno de personalidad en alguno o los dos

progenitores. En cambio, la asociación con otros diagnósticos no era significativa. Tampoco fue posible correlacionar cambios en la psicopatología de los padres con los trastornos de los hijos. Un tercio de los niños no presentaron trastornos durante el seguimiento (18).

Otra fuente de información han sido los testimonios de los propios niños, obtenidos de dos maneras principalmente: testimonios de adultos que fueron hijos de personas con TMG – estudios retrospectivos (26, 27) y testimonios de niños que convivían con progenitores de TMG en el contexto de intervenciones con estos o con sus padres (28, 29, 12).

Dunn entrevistó a sujetos que habían crecido con una madre psicótica. Identificó cinco temas principales en sus recuerdos:

1. Abuso y negligencia, tanto por la madre como por el padre.
2. Aislamiento de sus iguales y del resto de la comunidad. Nadie hablaba, nadie daba explicación de lo que estaba sucediendo.
3. Sentimientos de culpa por la enfermedad que se acompañaba de lealtad hacia la madre.
4. Percepción de los contactos con salud mental como negativos.
5. Búsqueda de apoyo social. Aparecen otras figuras de soporte en el entorno en las que encuentran seguridad (26).

Cooklin (2006) en el contexto del trabajo con grupos multifamiliares obtuvo el testimonio de “jóvenes cuidadores”. Destacaban las siguientes preocupaciones: la ausencia de contacto íntimo con el progenitor enfermo, las situaciones de negligencia y violencia, demandas ambiguas, temor por la seguridad del progenitor enfermo, temor por el futuro de la pareja, aislamiento por el estigma y el temor al rechazo, aislamiento de la familia y dificultades por recibir pautas educativas diferentes al tener distintas personas de referencia (28).

Khalifeh et al. (2009) entrevistaron a 5 de los hijos de dos madres con TMG atendidos en un programa domiciliario. En este grupo las preocupaciones de los hijos no coincidieron con las de las madres, estos estaban escasamente

preocupados por los cuidados y fundamentalmente se sentían atemorizados y confusos por el comportamiento de las madres. Todos menos uno dijeron que preferirían ser separados de la madre durante la fase aguda para que ella descansase (12).

Respecto a los factores de resiliencia, los que se han ocupado de estos destacan las características de los propios niños (18): temperamento, inteligencia, estilo de pensamiento. La permanencia del progenitor sano y la existencia de otras figuras de apego que estos niños pueden buscar activamente en su entorno son otros factores de resiliencia importantes. Se ha descrito una sobreadaptación en determinados niños caracterizados como serios, resignados, hipercontrolados, sin aficiones, con un buen rendimiento escolar y que participan en los cuidados de la familia, que si bien positiva no puede considerarse saludable (19).

Implicaciones asistenciales

Por último debemos detenernos en las implicaciones que para nuestra práctica y para la organización de la asistencia a personas con TMG y sus familias pueden tener estos datos (30). Siguiendo la exposición las dividiremos según afecten principalmente al trato a las madres o a los hijos.

1. Respecto a las madres:

a. Para el trabajo de los equipos de salud mental:

- Se deben incluir en las historias los antecedentes referidos a maternidad, situación de los hijos, pérdidas.
- Debe ofrecerse apoyo para la elaboración de las pérdidas si las hubiera.
- Se considerará la inclusión de la maternidad en los planes de rehabilitación como rol a recuperar.
- Será valiosa la existencia en los equipos de personas que den continuidad al soporte en la maternidad durante todo el proceso, papel que podría corresponder a la enfermería psiquiátrica (profesional más implicado en los cuidados y vivido por las madres como menos amenazante).
- Cuando sea necesario se incluirá en el trabajo con estas madres información sobre el



desarrollo normal del niño, cómo estimularlo, cómo jugar con él, cómo mantener la autoridad.

b. Para la organización de los servicios:

- Se deben ofrecer alternativas de tratamiento domiciliario para disminuir la separación de las madres de sus hijos en situación de crisis y también de cronicidad.
- Deben habilitarse espacios seguros en las unidades de hospitalización y las unidades de día que permitan el contacto de las madres con sus hijos y de estos con los equipos.
- Pueden organizarse grupos de madres en formato de grupos de discusión, psicoeducación o talleres.
- Es posible el desarrollo de unidades que permitan el internamiento de las madres con sus hijos.
- Debe procurarse la coordinación con servicios sociales y atención primaria y el enlace con los servicios de Obstetricia para la identificación de situaciones de riesgo.

- Sería de gran utilidad asesoría médico-legal para todo lo referente a custodia, abusos o negligencia.

Respecto a los niños:

- a. Deben tener la oportunidad de discutir detalladamente sobre la enfermedad de su progenitor con algún profesional (lo mismo es aplicable a otros cuidadores jóvenes como pueden ser hermanos).
- b. En la psicoeducación a los padres con TMG debe abordarse el modo en que puedan explicar la enfermedad a los hijos.
- c. Pueden formarse grupos de jóvenes cuidadores.
- d. Se fomentarán las actividades orientadas a disminuir el aislamiento, organizadas desde los propios grupos de jóvenes cuidadores o por los profesionales que los atienden. En el desarrollo de estas actividades pueden ser de interés la colaboración de voluntarios.

Correspondencia

Ramón Ramos Ríos • Ramon.Ramos.Rios@sergas.es
Hospital Psiquiátrico de Conxo
Plaza Martín Herrera 2 • 15706 Santiago de Compostela

Bibliografía

1. Nicholson J, Blanch A. Rehabilitation for parenting roles for people with serious mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1994; 18:109-119.
2. White CL, Nicholson J, Fisher WH, Geller JL. Mothers with severe mental illness caring for children. *J Nerv Ment Dis.* 1995; 183:398-403.
3. Oyserman D1, Mowbray CT, Meares PA, Firinginger KB. Parenting among mothers with a serious mental illness. *Am J Orthopsychiatry.* 2000; 70:296-315.
4. Blanch A, Nicholson J, Purcell J. Parents with severe mental illness and their children: The need for human services integration. *The Journal of Mental Health Administration* 1994; 21: 109-30.
5. McGrath JJ, Hearle J, Jenner L, Plant K, Drummond A, Barkla JM. The fertility and fecundity of patients with psychoses. *Acta Psychiatr Scand.* 1999; 99:441-6.
6. Howard LM, Kumar R, Thornicroft G. Psychosocial characteristics and needs of mothers with psychotic disorders. *Br J Psychiatry.* 2001; 178:427-32.

7. Mowbray CT, Oyserman D, Bybee D, MacFarlane P, Rueda A. Life circumstances of mothers with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2001; 25:114-23.
8. Dipple H, Smith S, Andrews H, Evans B. The experience of motherhood in women with severe and enduring mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37:336-40.
9. Contreras MB, del Amo R. Prevención de trastornos mentales en hijos de personas afectadas por trastornos mentales graves. Estudio inicial sobre la situación en la comunidad de Madrid. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*. Octubre de 2010.
10. Kahng SK, Oyserman D, Bybee D, Mowbray C. Mothers with serious mental illness: when symptoms decline does parenting improve? *J Fam Psychol*. 2008; 22:162-6.
11. Díaz-Caneja A, Johnson S. The views and experiences of severely mentally ill mothers--a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39(6):472-82.
12. Khalifeh H, Murgatroyd C, Freeman M, Johnson S, Killaspy H. Home treatment as an alternative to hospital admission for mothers in a mental health crisis: a qualitative study. *Psychiatr Serv*. 2009; 60:634-9.
13. Nicholson J, Sweeney EM, Geller JL. Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatr Serv*. 1998; 49(5):635-42.
14. Nicholson J, Sweeney EM, Geller JL. Mothers with mental illness: II. Family relationships and the context of parenting. *Psychiatr Serv*. 1998; 49:643-9.
15. Montgomery P, Mossey S, Bailey P, Forchuk C. Mothers with serious mental illness: their experience of "hitting bottom". *ISRN Nurs*. 2011; 2011:708318. doi: 10.5402/2011/708318.
16. Nicholson J, Biebel K, Hinden B, Henry A, Stier L. Critical issues for parents with mental illness and their families. Massachusetts: Centre for Mental Health Services Research, 2001.
17. Rutter M, Giller H. *Juvenile delinquency: trends and perspectives*. Harmondsworth: Penguin, 1983.
18. Rutter M, Quinton D. Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychol Med*. 1984; 14:853-80.
19. Sánchez del Hoyo P, Sanz Rodríguez LJ. Hijos de padres psicóticos. Revisión bibliográfica: implicaciones preventivas, de apoyo y terapéuticas. *Psicopatol salud ment*. 2004, 4: 99-107.
20. Oates M. Patients as parents: the risk to children. *Br J Psychiatry Suppl*. 1997; (32):22-7.
21. Bowlby J. *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós, 1993.
22. Spitz R. *El primer año de vida del niño*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1969.
23. Mahler M. *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Basic Books, 1975.
24. Winnicott DW. *La familia y el desarrollo del individuo*, Buenos Aires: Hormé, 1980.
25. Goodman SH, Brumley HE. Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting. *Developmental Psychology* 1990; 26:31-9.
26. Dunn B. Growing up with a psychotic mother: A retrospective study. *American Journal of Orthopsychiatric*. 1993; 63:177-89.
27. Marsh DT, Appleby NF, Dickens RM, Owens M, Young NO. *Anguished Voices: Impact of Mental Illness on Siblings and Children*. Innovations Research. 1993; 2(2): 29-38.
28. Cooklin A. Children as carers of parents with mental illness. *Psychiatry* 2006; 5:32-5.
29. Evans J, Fowler R. *Family minded: Supporting children in families affected for mental illness*. Essex: Barnardo's, 2008.
30. Reupert A, Maybery D. Families affected by parental mental illness: a multiperspective account of issues and interventions. *Am J Orthopsychiatry*. 2007; 77:362-9.



Tabla 1. Textos legales con referencia al derecho a la maternidad y a la paternidad

Artículo 16 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos:

1. *Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.*
2. *Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.*
3. *La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.*

Artículo 39 de la Constitución Española:

1. *Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia.*
2. *Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil. La ley posibilitará la investigación de la paternidad.*
3. *Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en que legalmente proceda.*
4. *Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.*

Artículo 23 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad:

1. *Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que:*
 - a) *Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges;*
 - b) *Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos;*
 - c) *Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.*
2. *Los Estados Partes garantizarán los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad en lo que respecta a la custodia, la tutela, la guarda, la adopción de niños o instituciones similares, cuando esos conceptos se recojan en la legislación nacional; en todos los casos se velará al máximo por el interés superior del niño. Los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a las personas con discapacidad para el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de los hijos.*
3. *Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en familia. Para hacer efectivos estos derechos, y a fin de prevenir la ocultación, el abandono, la negligencia y la segregación de los niños y las niñas con discapacidad, los Estados Partes velarán por que se proporcione con anticipación información, servicios y apoyo generales a los menores con discapacidad y a sus familias.*
4. *Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño. En ningún caso se separará a un menor de sus padres en razón de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.*
5. *Los Estados Partes harán todo lo posible, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, por proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar.*

Tabla 2. Estudios cualitativos sobre experiencias de maternidad

Tipo de estudio	Autores (año)	Lugar	Participantes
Entrevistas semiestructuradas:	Díaz-Caneja y Johnson (2004)	Londres	22 mujeres
	Khalifeh et al. (2009)	Londres	18 madres, 5 hijos
Grupos de discusión:	Nicholson et al. (1998)	Massachusetts	42 madres, 55 gestores de casos
	Contreras y del Amo (2010)	Madrid	4 madres, 1 padre
Análisis de narrativas	Montgomery et al. (2011)	Ontario, Canadá	32 madres, 173 narraciones

- Recibido: 15/4/2016.
- Aceptado: 24/6/2016.

Guía Breve sobre el Apoyo en Salud mental/Psicosocial a los refugiados sirios en España.

A primer on the Mental Health and Psychosocial Support of Syrian Refugees in Spain.

Stella Evangelidou¹, Francisco Collazos^{1, 2, 3}, Adil Qureshi^{2, 3}

1. Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona; 2. Servei de Psiquiatria, Hospital Universitari Vall d'Hebron; Universitat Autònoma de Barcelona; 3. CIBERSAM.

Autores y centros de trabajo:

Stella Evangelidou, BSc (Hons), MA, MSc: Doctoranda en Psiquiatria Transcultural del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) en los servicios de Psiquiatria, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; Consultora de programas de apoyo de salud mental/psicosocial para ONG Internacionales en contextos humanitarios; Profesora Asistente en Psicología e Interculturalidad.

Francisco Collazos, MD: Coordinador del Programa de Psiquiatria Transcultural del Hospital Universitari Vall d'Hebron; Profesor Asociado del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal de la UAB.

Adil Qureshi, EdM, PhD: Doctor de Multicultural Counseling Psychology de la Universidad de Southern California. Psicólogo, Programa de Psiquiatria Transcultural, Hospital Universitari Vall d'Hebron; Profesor de psicología IES Abroad Barcelona; Profesor La Salle University Business School, Barcelona.

Resumen: La presente guía breve recoge una serie de orientaciones teóricas y prácticas que permiten hacer algunas recomendaciones contextualizadas en tres ejes sobre el apoyo de salud mental/psicosocial de refugiados sirios en España. Primero, se destaca la importancia de realizar una evaluación comprensiva de las necesidades de salud mental/psicosociales de los grupos de población afectados directa e indirectamente, antes de elaborar una estrategia de salud mental/psicosocial que no discrimine a unos refugiados frente a otros por razón de su país de origen. Segundo, las intervenciones de salud mental/psicosociales propuestas, basadas en la información obtenida de la evaluación de las necesidades, se desarrollan sobre un sistema piramidal (IASC, 2007). La competencia cultural representa un componente transversal necesario tanto en el proceso de la evaluación de las necesidades como en la elaboración de la estrategia o en la implementación de las intervenciones, fundamental para asegurar la eficacia de los programas implementados.

Palabras Clave: refugiados sirios en España, apoyo de salud mental/psicosocial, competencia cultural.

Abstract: The present primer is a compilation of theoretical and practical orientations that describe a series of contextualized recommendations in three axes over the mental health and psychosocial support (MHPSS) of Syrian refugees in Spain. At

first, we underline the importance of a comprehensive evaluation of mental health/ psychosocial needs of the population groups affected directly and indirectly, before the elaboration of a mental health/psychosocial strategy that does not discriminate some refugees over others based on their country of origin. Secondly, the proposed mental health/psychosocial interventions, informed by the results of the needs assessment, are developed on a multi-level pyramidal system (IASC, 2007). A transversal component that informs the process of the needs' assessment and the strategy planning as well as the implementation of MHPSS interventions is the incorporation of cultural competence, in order to ensure the efficacy of those programs implemented.

Key Words: Syrian refugees in Spain, mental health and psychosocial support, cultural competence.

Introducción

Si hay un reto en la intervención intercultural en salud mental, es el de encontrar el equilibrio entre prestar la debida atención a las peculiaridades de la cultura del paciente y del contexto socio-político de su país de origen, sin incurrir en un excesivo reduccionismo cultural (Qureshi & Revollo, 2010). Con esta intención surge la idea de escribir esta guía, fruto de la experiencia acumulada por nuestro equipo de Psiquiatría Transcultural en los últimos 15 años, reconociendo que en España la experiencia con refugiados en general es escasa, y más aún con refugiados procedentes de Siria (y Oriente Medio).

No se pretende explicar aquí “cómo son los refugiados sirios”, lo cual podría pecar de pretencioso; de la misma manera que reconocemos que este artículo corre el riesgo precisamente de incurrir en un reduccionismo que lamentaríamos. Lo que sí esperamos es que esta guía pueda resultar útil a los profesionales que trabajan con esta población y les facilite su trabajo.

La presente guía breve se apoya en la experiencia laboral de una psicóloga transcultural de nuestro equipo, especialista en salud mental en contextos humanitarios, en el apoyo en salud mental y psicosocial (SMPS) a sirios que huyeron del conflicto de su país hacia Turquía, Jordania y Grecia. Nuestras lecciones aprendidas pueden servir para:

a) Evaluar las necesidades en salud mental/psicosociales de los refugiados y concretar la estrategia de salud mental/psicosocial (SMPS) como resultado de dicha evaluación.

b) Implementar, monitorizar y evaluarlas intervenciones del apoyo SMPS en la población diana en ciudades de España. Según los datos confirmados por la Comisión Europea España acogerá a 17.680 refugiados procedentes de Siria y otros países en conflicto de un total de 120.000. La cantidad es la tercera más alta, detrás de Alemania y Francia.

Las recomendaciones indicadas están contextualizadas para que puedan servir como herramienta a los profesionales del ámbito de salud mental y psicosocial que trabajan con esta población en España. Eso es debido al hecho de que el contexto del país de acogida (cultural, religioso, político, económico) determina los factores de la planificación y de la implementación de las intervenciones para refugiados en riesgo de exclusión social.

Se hace necesario implementar programas de salud mental y psicosociales (SMPS) adaptados al contexto específico del país de acogida/tránsito, integradas en los programas de SMPS existentes, diseñados a diferentes niveles y ofreciendo un enfoque multidisciplinario.

La guía se estructura a partir de la compilación de orientaciones teóricas y prácticas que resumen lecciones aprendidas y describen una serie de recomendaciones en tres ejes:

- A. Evaluación de necesidades de salud mental/psicosociales y Estrategia SMPS.
- B. Intervenciones propuestas de salud mental/psicosociales.
- C. Incorporación de la competencia cultural en los programas de SMPS.

A. Evaluación de necesidades de salud mental/psicosociales y Estrategia SMPS

El primer paso de cualquier estrategia SMPS ha de ser la correcta evaluación de las necesidades de la población diana. Cada persona, en este caso refugiada, tiene diferentes necesidades que dependen de muchos factores (motivos para huir del país, exposición a eventos potencialmente traumáticos, condiciones de viaje durante el tránsito, actitud de la comunidad de acogida, etc.). Esto no significa que recomendemos una estrategia SMPS que priorice a unos inmigrantes/refugiados sobre otros de otras nacionalidades, ni que la estrategia proponga un programa independiente; sino que se debe hacer una correcta evaluación de necesidades. Se debe explorar el perfil de las personas y desarrollar intervenciones y actividades SMPS integradas en las que ya pudieran preexistir en los diferentes programas para la población refugiada en sus contextos de origen.

A.1. Evaluación de necesidades de salud mental/psicosociales

Conviene recordar que la heterogeneidad de los refugiados reside en su diversidad no solo en aspectos sociodemográficos (p.ej. edad, género, nivel de educación, etc.), sino también en cuanto a su religión (sunnitas, chiitas, cristianos, drusos), idioma (árabe, kurdo, arameo) y etnia (árabes, kurdos y otros).

Desde nuestra experiencia el conflicto y el desplazamiento tienen efectos psicosociales debidos a:

a) una serie de eventos precipitantes potencialmente traumáticos:

- Experiencias propias y observadas de violencia relacionadas con el conflicto (desde torturas a la violencia de género).
- Experiencias propias y observadas de violencia relacionadas con el viaje de tránsito (autoridades nacionales, policía, red de mafias y contrabandistas, etc.).
- Condiciones precarias de vida en los campos de refugiados en los países de tránsito (Turquía, Grecia).

b) estresores diarios durante el desplazamiento:

- Pobreza.

- Falta de necesidades básicas y de seguridad.
- Riesgos continuos de violencia y explotación.
- Aislamiento y discriminación.
- Pérdidas del apoyo familiar y comunitario.
- Incertidumbre sobre el futuro.
- Preocupaciones sobre la situación en Siria.

c) el “estrés aculturativo” (Collazos et al, 2008), que consta de varios factores:

- la discriminación percibida
- la adaptación cultural
- la nostalgia o las pérdidas (familia; estatus; trabajo; hogar, etc.) relacionadas con el desplazamiento

La suma de estos posibles estresores tiene un claro impacto negativo en el estado de salud mental de los refugiados sirios (Ventevogel, 2016) que varía desde reacciones normales, no patológicas, ante unos “eventos anormales” hasta síntomas patológicas relacionados con trastornos de salud mental.

Desde 2011, la guerra en Siria ha provocado desplazamientos masivos tanto dentro del país como hacia los países vecinos. Una reciente revisión sistemática de la literatura sobre la salud mental de los refugiados sirios a países vecinos como Líbano, Jordania o Turquía (Quosh, 2013) ofrece un completo resumen de los resultados de la evaluación de necesidades de salud mental/psicosociales recogidos por actores internacionales y nacionales (UNICEF, Médicos Sin Fronteras, Médicos del Mundo, International Medical Corps, Malteser International y Jordan Health Aid Society) en la región.

Entre las reacciones más habituales se han observado altos niveles de miedo, preocupación y angustia, duelo, aburrimiento y letargia, problemas alimentarios y de sueño, tristeza y depresión. De la falta de soluciones sostenibles se derivan reacciones de rabia y agresividad, sentimientos de humillación y vivencias de ataque a la dignidad relacionados con la frustración por la dependencia en ayuda humanitaria. Tanto hombres como mujeres han relatado experiencias de tortura y de violencia sexual (p.ej.: matrimonios

precoces arreglados y relaciones sexuales como medio de sobrevivencia). Estos síntomas afectan el funcionamiento diario de los individuos y al funcionamiento familiar. Algunas madres han descrito cambios en el comportamiento de sus hijos, y expresan dificultades para controlar a sus niños e incapacidad para manifestar afecto hacia ellos. En adultos, los predictores para el Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT) están relacionales con la exposición a las escenas de guerra, hostilidad e historia de trauma previas al conflicto. En el caso de los niños, los predictores de TEPT están relacionados con el número de experiencias traumáticas relacionadas con el conflicto. Con el tiempo las respuestas emocionales abrumadoras se aumentan.

A nivel de comunidad, la falta de unidad, organización comunitaria, apoyo y confianza aumentan los niveles de frustración y de rabia. El bienestar de los refugiados sirios se atribuye a la satisfacción de las necesidades básicas, como por ejemplo ingresos suficientes, alojamiento y alimentación. Los mecanismos positivos de adaptación están relacionados con la oración, la socialización con amigos y familia, el ejercicio físico, o los juegos con niños; mientras que los negativos se relacionan con el hábito de fumar, mirar la tele o no hacer nada.

Desde el verano de 2015, una oleada de sirios ha llegado a Grecia vía Turquía, con el objetivo final de llegar a Europa Occidental (Hassan et al, 2016). Miles de refugiados sirios están sometidos a numerosos obstáculos en su trayecto desde Siria hasta Europa, a los que se suma una atención en salud mental limitada y, a veces, inadecuada por la falta de adaptación cultural (Jefee-Bahloul, 2016). Se desconoce cuál es la prevalencia de trastornos de salud mental entre los refugiados en los diferentes países en Europa en el momento de escribir esta guía, pero las estimaciones sugieren que supera a la prevalencia de la población general (Gulland, 2015). En poblaciones sobrevivientes de guerra, la prevalencia de reacciones traumáticas y manifestaciones de TEPT disminuye con el tiempo, salvo en casos de reacciones traumáticas graves, prolongadas y complicadas (Steel et al, 2002). Como consecuencia, especialmente en las primeras etapas del reasentamiento, las posibles barreras individuales que se encuentren, como pueden ser

las barreras lingüísticas, el desempleo o las dificultades en la aculturación, pueden acarrear sentimientos de desmoralización y desesperación (Hassan et al, 2015). Ullman et al (2015) han descrito las dificultades en la atención a la salud mental de estas personas por la falta de mediadores culturales, instrumentos psicométricos específicos para la cultura siria y la ausencia de lugares apropiados para la recolección de los datos clínicos. En un estudio clínico en Suiza llama la atención la alta incidencia de síntomas físicos sin explicación médica (somatización) entre los solicitantes de asilo de Siria y de Oriente Medio (Pfortmueller et al 2016).

Es indispensable, por tanto, llevar a cabo una evaluación extensiva de las necesidades de salud mental/psicosociales de los refugiados sirios que llegan a cada ciudad de Europa.

La evaluación de las necesidades de salud mental/psicosociales de los sirios no debe limitarse a un cribado (“screening”) de salud mental, sino que debe ser un proceso más amplio que incluya aspectos psicosociales. La tabla 1 incluye unas notas recordatorias sobre el tema de evaluación de las necesidades SMPS.



Tabla 1

NOTAS RECORDATORIAS: Elementos importantes a considerar durante el proceso de la evaluación de necesidades de salud mental/psicosociales

Utilizar la triangulación de métodos de evaluación: cualitativos (entrevistas semi-estructuradas con diferentes personas de la población diana -mujeres, hombres, niños, líderes religiosos, etc.-, grupos focales, etc.) y cuantitativos (cuestionarios, datos clínicos médicos con atención a los síntomas somáticos sin causa médica, estadísticas sociodemográficas (edad, género, nivel académico, etc.); datos epidemiológicos de salud mental/psicosociales de la misma población a nivel europeo, etc.).

Identificar posibles problemas de salud mental/psicosociales entre la población; eventos potencialmente traumáticos (en el país de origen, durante el viaje de tránsito, en el país de acogida...); grupos especialmente vulnerables; presencia de métodos tradicionales/culturales de tratamiento de problemas de salud mental/

psicosociales; existencia de creencias sociales/culturales sobre los problemas de salud mental/psicosociales; potenciales factores de resiliencia (personales, sociales/tradicionales/culturales, espirituales/religiosos).

Explorar las necesidades de salud mental/psicosociales que se pueden presentar entre la población local de la comunidad de acogida.

Identificar entre la diáspora siria personas que quizás sufren por sus compatriotas; un sufrimiento y oculto.

Identificar necesidades de formación/formación continuada del personal existente e identificar carencias en los recursos humanos que se dispongan para atender las necesidades de esta población.

Para poder evaluar de manera eficaz las necesidades en salud mental y psicosociales de los refugiados, los profesionales deben:

- Evitar asumir que la mayoría de los sirios que llegan a las ciudades de Europa están “traumatizados” y requieren “psicoterapia” o “apoyo psicológico”.
- Evitar enfocarse en los eventos traumáticos y descuidar los estresores sociales actuales.
- Tener precaución a la hora de invertir recursos en:
 - Cribado e identificación de síntomas sin servicios de atención suficientes.
 - Provisión de apoyo psicológico relacionado con trauma (“trauma counselling”).

- y debriefing psicológico (“psychological debriefing”) durante emergencias o en situaciones inestables, desde que este tipo de intervenciones pueden provocar más daño psicológico (OMS, 2003; Rose et al, 2003; van Emmerik et al, 2002) Énfasis en psicopatología y victimismo, no en resiliencia y movilización comunitaria.

La Tabla 2 resume algunas lecciones aprendidas de nuestro trabajo con refugiados sirios en países de tránsito durante su trayectoria y que pueden ser útiles en el trabajo de los profesionales de salud mental/psicosociales en Europa en general, y en España en particular:

Tabla 2

Resumen de las lecciones aprendidas relacionadas con las necesidades de salud mental/psicosociales de refugiados sirios

“Grandes ciudades de Europa se han ofrecido a recibir miles de refugiados del conflicto de Siria que están intentando llegar a Europa desesperadamente” podía leerse en los periódicos en los últimos meses. Según nuestros pacientes, el sueño de los sirios que huyen de su país es el de poder regresar a Siria, sin tener que ir a Europa y menos para instalarse allí indefinidamente. Según sus relatos, prefieren estar expuestos a los bombardeos en su país que vivir sin dignidad en otros países (p.ej. cuando una familia entera tiene que compartir una habitación en un campo de refugiados; o cuando surgen sentimientos de encarcelamiento por no poder moverse con libertad en los países de acogida).

Los sirios hablan frecuentemente de una “revolución” y no de una guerra. Según ellos si la “revolución” termina, se terminará la libertad.

Los signos y síntomas de salud mental/psicosociales y las necesidades relacionadas con ellos son distintos en los diferentes países del tránsito de las personas. Un sirio en Líbano no tiene las mismas necesidades que puede tener en España; igual que la misma persona no reaccionaría de la misma manera en un país que en otro. El trayecto de la inmigración se refleja en el trayecto emocional de cada uno: desesperación, estrés agudo, irritabilidad, agresividad, tristeza... El contexto cultural, la acogida de la comunidad local y los factores personales son variables que determinan la adaptación psicosocial de cada persona a su nuevo entorno. Característicamente la acogida que reciben los sirios por parte de la comunidad local es diferente en los países musulmanes que en los países cristianos.

El estigma de las etiquetas “inmigrante” o “refugiado” se suma al estigma relacionado con los trastornos mentales, lo cual afecta doblemente a la población desde una perspectiva sistémica. Por ejemplo, en Turquía, a los sirios en los campos provisionales del Creciente Rojo se les denomina “visitantes”, ni “inmigrantes” ni “refugiados” ni “desplazados”.

Los trastornos de salud mental normalmente debutan cuando las personas son conscientes de lo que han perdido (casa, amigos, familiares).

Según nuestras observaciones en contextos humanitarios, entre los refugiados sirios que viven fuera de su país han aumentado los episodios de violencia doméstica. Además, las vivencias y testimonios de experiencias traumáticas desde el principio de la “revolución” en 2011 pueden aumentar la reactividad emocional, producir entumecimiento emocional (“emotional numbness”), fenómenos disociativos o causar alternaciones cíclicas entre los dos extremos. Aparte de las personas que presentan reacciones “normales” después de los eventos “anormales” que han sufrido, también hay casos con trastornos mentales graves, p.ej. psicosis y trauma complejo.

Las personas pueden parecer desilusionadas. La esperanza inicial suele desaparecer al tomar conciencia de que la situación de inseguridad en su país no se va a resolver pronto. La fragilidad del estado de salud mental de los sirios dependerá, en buena medida, de las condiciones de vida en los países de tránsito y de acogida, de los recuerdos del conflicto en Siria, del nivel de incertidumbre sobre su futuro y si, una vez que el conflicto termine, podrán volver a llevar una vida normal.

La mayoría de las mujeres refugiadas sirias no están acompañadas. Sus maridos han muerto, han sido detenidos, han desaparecidos o están luchando por la “revolución”. Esto hace que su rol cambie convirtiéndose en los padres y las protectoras de las familias, teniendo que buscar la comida para sus niños. Las mujeres que han sufrido violaciones sexuales pueden evitar acercarse a los equipos médicos por la vergüenza social que sienten sus familias. Según un estremecedor relato en Jordania un padre mató a sus tres hijas después de que hubieran sido violadas frente a él, y a continuación, se suicidó...

Según estadísticas recientes (Sirin & Sirin, 2015), la mitad de los refugiados sirios son menores no acompañados y 40% de ellos son menores de 12 años. En este subgrupo, la Irritabilidad, la agresividad, la enuresis, los problemas en el apego a los padres, o la participación en actividades delictivas son algunos de los síntomas emocionales y de conducta que pueden presentarse.

A.2. Estrategia de SMPS

Una evaluación adecuada de las necesidades de salud mental/psicosociales de los refugiados sirios en un contexto específico debería:

- a) explorar las características culturales y el perfil de la población diana, e
- b) identificar vacíos en la provisión de atención en salud mental/psicosocial con la intención de reforzar las carencias identificadas.

Los resultados de dicha evaluación informarían sobre el contenido de una estrategia SMPS global. La estrategia SMPS sirve de guía y permite

señalar el enfoque de las intervenciones y las actividades previstas. Es indispensable concretar la estrategia para que las intervenciones y actividades planificadas se adapten a las necesidades identificadas y sean congruentes con el contexto general del país de acogida. Se debe advertir que una estrategia SMPS para personas que huyen de su país de origen variará en función de si el programa se implementa en un país de tránsito o en un país de acogida.

En la Tabla 3 se enumeran los elementos importantes a considerar para diseñar la estrategia SMPS en un contexto específico dado.

Tabla 3

NOTAS RECORDATORIAS: Elementos importantes a considerar para la estrategia de salud mental/psicosociales

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Resultados de las necesidades detectadas en salud mental/psicosociales y la descripción de la población afectada directamente e indirectamente. 2. Intervención propuesta: delinear perspectiva global; localización y duración del proyecto, etc. 3. Objetivos. 4. Actividades, cronograma, colaboraciones. 5. Métodos de monitorización y evaluación; incluir indicadores. | <ol style="list-style-type: none"> 6. Recursos humanos y materiales necesarios; es importante fortalecer el papel de mediadores culturales, de preferencia sirios. 7. Cuidado a los cuidadores. 8. Modalidades de reportaje. 9. Networking y Red de derivaciones. 10. Presupuesto estimado. |
|---|--|

El papel de los mediadores culturales

El empoderamiento del papel de mediadores culturales es importante para el desarrollo y la implementación de intervenciones culturalmente competentes. Es necesario reflexionar sobre la nacionalidad de los mediadores culturales, marroquí, sirios u otros países “árabe parlantes”. De hecho las tareas del mediador intercultural van mucho más allá que las de un mero “intérprete lingüístico”; es un facilitador de la comunicación y de la relación entre el paciente y el profesional sanitario. Gran parte de su trabajo consiste en “normalizar” las diferencias para reducir la incomodidad de todas las partes. En este sentido es importante asegurar que los mediadores interculturales son competentes para

empeñar su trabajo; ser árabe-parlante” en sí no es suficiente.

Los mediadores culturales pueden ayudar a establecer una correcta relación terapéutica entre los refugiados y los profesionales sanitarios. Su intervención puede facilitar que los refugiados se atrevan a expresar su dolor y el sufrimiento emocional que están viviendo y que, por razones de orgullo y dignidad, podrían no hacerlo de forma inmediata ante los profesionales del ámbito sanitario y social. El orgullo cultural no permite una transparencia emocional y mental. Las heridas psicológicas son invisibles y profundas, no accesibles fácilmente a los profesionales. Por razones culturales interiorizadas tienden a presentarse fuertes, resilientes sin necesidad aparente de apoyo psicológico.

B. Intervenciones propuestas de Salud Mental/Psicosociales

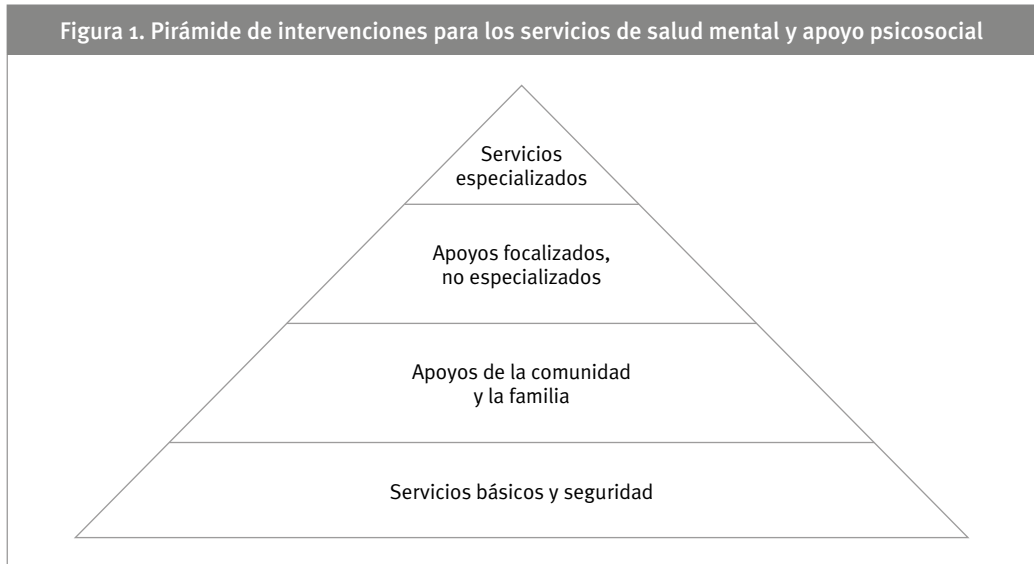
Las intervenciones tienen que ser adaptadas a las necesidades identificadas de los grupos de población afectada directamente o indirectamente: sirios, inmigrantes de otras nacionalidades, sirios de diáspora, miembros de la comunidad local de acogida, mediadores culturales.

Las intervenciones se desarrollan en 4 etapas:

Prevención - Intervenciones de crisis -
Tratamiento - Seguimiento

La UNHCR (Hassan et al, 2015) propone que el enfoque de la intervención de salud mental/psicosocial se desarrolle en 4 niveles múltiples según la pirámide de intervenciones de IASC (Inter-Agency Standing Committee, 2007; Figura 1).

Figura 1. Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial



Las intervenciones clínicas (servicios de atención en salud mental especializados e intervenciones de salud mental integradas en atención primaria, así como apoyos focalizados no especificados) deben discurrir paralelamente a las intervenciones psicosociales (servicios básicos y de seguridad, y apoyos a la comunidad y a la familia) para mitigar las condiciones de vida difíciles, y fortalecer los mecanismos de protección comunitarios, con el fin de ayudar a las personas a recuperar la normalidad de su vida diaria. Las intervenciones destinadas a mejorar las condiciones y los medios de vida pueden contribuir significativamente a la mejora de la salud mental de los refugiados, incluso más que cualquier intervención psicológica y psiquiátrica (Hassan et al, 2015).

B.1. Tipos de intervenciones/actividades

- Promoción de salud mental y psicoeducación.

- Sensibilización de profesionales sanitarios y del ámbito social.
- Primeros auxilios psicológicos por el personal sanitario e intervenciones de salud mental en crisis por los profesionales de salud mental.
- Apoyo psicológico (individual/de pareja/grupal).
- Atención psicofarmacológica.
- Movilización de la comunidad local.
- Recogida de testimonios.

Se debe subrayar que por ser un refugiado sirio, y a pesar de todas las experiencias traumáticas que probablemente habrá vivido, se podría incurrir en un grave error si se asume de entrada que necesita “ayuda psicológica”. De hecho, el concepto de *primeros auxilios psicológicos* (OMS, 2012) incide en que, en un primer momento, lo más importante para el refugiado es la



seguridad, tanto la de él como la de su familia (disponer de un lugar seguro para dormir, comer, conocer cuáles serán los próximos pasos a dar, saber dónde y cómo están sus familiares o disponer de una información veraz acerca de lo que está pasando en su país etc.). En general, el apoyo psicológico ha de venir después, una vez que la persona ya ha aterrizado en el país de acogida. La integración de la intervención de primeros auxilios psicológicos en la atención primaria de los refugiados es llave para el seguimiento holístico de las personas.

B.2. Grupos específicos

Se debe prestar una atención particular a los menores no acompañados, niños, mujeres embarazadas, mujeres no acompañadas, supervivientes de violencia doméstica y de género, pacientes de salud mental, víctimas de tortura, etc.

C. Incorporación de la competencia cultural en los programas de SMPS

Es muy aconsejable que los profesionales implicados en la atención en salud mental a los refugiados sean personas culturalmente competentes. El profesional debería **conocer** las diferentes expresiones del malestar psíquico, entender las atribuciones que se puedan hacer de los síntomas psiquiátricos, las expectativas que las personas tengan sobre la atención en salud mental o la existencia de modelos alternativos al biomédico que domina en nuestro entorno.

El éxito de cualquier intervención psiquiátrica o psicosocial con los refugiados va a depender de su adecuada adaptación cultural. La adquisición de habilidades que le permitan al profesional comunicar de forma adecuada en el contexto de interculturalidad, saber aprovechar el potencial de un mediador intercultural o hacer intervenciones culturalmente apropiadas resulta esencial. También es necesaria una actitud de respeto que reconozca nuestra propia condición de seres culturales y, por ello, la influencia que ésta tiene en la forma de interpretar el entorno; así como un interés genuino por lo que le sucede a este grupo de refugiados.

La incorporación de la competencia cultural en los programas de salud mental/psicosociales se refiere:

- a) a la comprensión cultural de los “*idioms of distress*” (expresiones del malestar que varían en función de la cultura).
- b) a los modelos explicativos (“*explanatory models*”) de la enfermedad y las conductas relacionadas con la solicitud de ayuda (“*help seeking behaviour*”).

Los conceptos culturales de “yo” (“*self*”) pueden influir en:

- Cómo las personas *experimentan* y *expresan* su sufrimiento: “*idioms of distress*”.
- Cómo las personas *explican* su enfermedad y su desgracia: modelos explicativos.
- Cómo solicitan ayuda: “*help seeking behaviours*”.

C.1. Idioms of distress

En la cultura siria, al igual que en la mayoría de las culturas árabes, tiende a no existir una separación marcada entre la experiencia de síntomas somáticos y psicológicos. Algunas de las expresiones somáticas comunes que pueden ser reflejo de síntomas de salud mental incluyen quejas sobre la sensación de presión en el pecho, dolor en el corazón, entumecimiento de partes del cuerpo, sensaciones de hormigas que se arrastran sobre la piel.

Los suicidios o los intentos de suicidio pueden ser motivo de estigma, vergüenza y exclusión social. En tradiciones islámicas el suicidio es un pecado y por eso las personas evitan revelar información sobre pensamientos relacionados con suicidio.

Es posible que haya obstáculos culturales no solo en la expresión de los problemas de salud mental/psicosociales, sino también en la comprensión de los diferentes perfiles de los profesionales de la salud mental y sus campos de actuación: psiquiatra, psicólogo, neurólogo, trabajador social, médico general, mediadores culturales, etc. Por ejemplo, los sirios quizás solicitan la intervención de un *tabib al asaab* (بي بيط) (neurólogo) cuando se refieren a un *tabib nafsi* (يسفن بي بيط) (psiquiatra).

La psicología y la psicoterapia no son bien conocidas ni están desarrolladas como ciclos formativos en Siria. Entre los refugiados sirios habrá quien no quiera desbordar a los miembros de su

familia con sus problemas y podrían beneficiarse de un espacio confidencial donde se puedan sentir escuchados.

C.2. “Modelos explicativos” y “Help seeking behavior”

Una adecuada exploración de los modelos explicativos permite a los profesionales de salud mental entender cómo las personas ven las causas, el curso y los resultados de su problema en salud mental o psicosocial. Estos modelos incluyen la percepción de cómo les afecta su condición, cómo ésta repercute en su entorno social y cuál creen que es el tratamiento más apropiado para ellos. Hay varios modelos: biológicos, psicosociales, religiosos, sobrenaturales. También pueden coexistir varios modelos explicativos que le dan sentido a los síntomas y al sufrimiento que generan.

El estigma y la discriminación acompañan con frecuencia a las personas con problemas de salud mental. En no pocas ocasiones, se considerará que estas personas han sido poseídas por un *djinn*, un espíritu malo.

Los modelos explicativos atribuidos por los individuos tienen implicaciones importantes sobre:

- los mecanismos de adaptación
- las conductas de solicitud de ayuda
- las expectativas del tratamiento
- las preocupaciones sobre consecuencias de largo plazo de su enfermedad
- el estigma

C.3. Los retos en la implementación de programas de SMPS culturalmente competentes

La implementación de programas de SMP culturalmente competentes plantea importantes retos:

- *El Idioma y el papel de los mediadores culturales.*
La falta de mediadores culturales que puedan facilitar la comunicación con los refugiados sirios puede disminuir la calidad de los servicios ofrecidos.
- *El estigma sobre los problemas y trastornos de salud mental*

El estigma y la discriminación hacia los problemas de salud mental van a influir negativamen-

te en las conductas de solicitud de ayuda entre los refugiados sirios.

- *Temas relacionados con los privilegios y la neutralidad*

La situación social de los refugiados y las características de la comunidad de acogida influyen en la interacción entre el profesional de SMPS y el paciente. Los profesionales deben evitar situaciones en las que los refugiados se puedan sentir subordinados o dependientes de los servicios de SMPS.

- *Género y conductas de solicitud de ayuda*

La narración de eventos que puedan ser una fuente de estigma o vergüenza puede verse complicada por razones de orgullo y honor relacionados con el género. Tanto hombres como mujeres pueden evitar revelar experiencias íntimas por el temor a ser estigmatizado.

Conclusión

Sin pretender priorizar ni discriminar a ningún grupo de refugiados en concreto, esta guía breve aspira a servir como una herramienta de orientación en la planificación de estrategias de SMPS y en la implementación de intervenciones/actividades dirigidas a los profesionales del ámbito de SMPS que trabajan con refugiados sirios. No es un informe exhaustivo ni se trata de un manual, pero trata de poner la atención en puntos clave relacionados con el apoyo de salud mental/psicosocial a la población diana, con la intención de promover estrategias e intervenciones culturalmente competentes adaptadas a las necesidades que hayan sido identificadas, potencializando así la eficacia de los programas implementados.

La contextualización de las actividades de apoyo en el país de acogida, el entendimiento del trayecto de los refugiados antes de su llegada a España necesitan informar la práctica de los profesionales del ámbito de salud mental y psicosocial. Las futuras investigaciones deberán aprovechar los datos obtenidos de las intervenciones implementadas para informar y re-orientar en el enfoque de los programas, abordando las necesidades de la población diana, que pueden cambiar a lo largo de su estancia en el país de acogida.



El abordaje multi-disciplinario de la estrategia SMPS propone la colaboración de servicios psicosociales comunitarios, de atención primaria y de servicios de salud mental especializados con el objetivo de asegurar la calidad y la eficacia de los programas implementados para los refugiados precedentes de Siria y de otros países en conflicto.

Nuestro testimonio como profesionales de salud mental/psicosociales en diferentes lugares con

los refugiados sirios ofrece unas orientaciones que creemos pueden servir a otros profesionales que trabajan con la misma población en España, y en Europa. Es importante entender el fenómeno social de la huida masiva de los sirios desde una perspectiva global reflexionando especialmente sobre el trayecto del viaje de cada uno hasta llegar a un país de acogida en Europa, y reconociendo la complejidad de las heridas profundas, invisibles y múltiples que sufren.

Contacto

Stella Evangelidou • Teléfono: 651 102 827 • stella_evangelidou@hotmail.com

Servei de Psiquiatria, Programa de Psiquiatria Transcultural; Hospital Universitari Vall d'Hebron, Planta 5, Antigua Escuela de Enfermería; Pg Vall d'Hebron 119-129 • 08035 Barcelona.

Referencias

Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M. y Tomás-Sábado, J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*; 29: 307-315.

Gulland, A. (2015). The refugee crisis: what care is needed and how can doctors help? *British Medical Journal*; 351:h488. doi:10.1136/bmj.h4881

Hassan, G., Kirmayer, L.J., Mekki-Berrada A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J. B., Youssef, A., Jefee-Bahloul, H., Barkeel-Oteo, A., Coutts, A., Song, S. and Ventevogel, P. (2015). *Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict*. Geneva: UNHCR.

IASC [Comité Permanente entre Organismos] (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. Ginebra: IASC.

Jefee-Bahloul, H., Bajbouj, M., Aladbullah, J., Hassan, G. and Barkil-Oteo, A. (2016). Mental Health in Europe's Syrian refugee crisis. *Lancet*; (3) 4: 315-317.

OMS [Organización Mundial de la Salud], War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Ginebra.

OMS [Organización Mundial de la Salud] (2003). *Single-session Psychological Debriefing: Not Recommended*. Geneva.

Pfortmueller, C.A., Schwetlick, M., Mueller, T., Lehmann, B. and Exadaktylos, A.K. (2016). Adult Asylum Seekers from the Middle East Including Syria in Central Europe: What are their Health Care Problems? *PLoS ONE* 11(2): e0148196. doi:10.1371/journal.pone.0148196

Quosh, C., Eloul, L. and Ajlani, R. (2013). Mental Health of refugees and displaced persons in Syria and surrounding countries: a systematic review. *Intervention*; 11(3): 276-294.

Qureshi, A. & Revollo-Escudero H.W. (2010). Herramientas imprescindibles en la intervención psicosocial. In Valdés, L. M. (coord.) *La Persona Más Allá de la Migración: Manual de intervención psicosocial con personal migrantes*, pp. 335-363. Valencia: Fundación CeiMigra.

Rose, S., Bisson, J. and Wessely, S. (2003). A systematic review of single-session psychological

interventions (“debriefing”) following trauma. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 72 (4): 176-184.

Sirin S.R. & Rogers-Sirin, L. (2015). The Educational and Mental Health Needs of Syrian Refugee Children. Migration Policy Institute.

Steel, Z., Silove, D., Phan, T., and Bauman, A. (2002) Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *Lancet*; 360: 1056–1062.

Ullmann, E., Barthel, A., Taché, S., Bornstein, A., Licinio, J. and Bornstein, S.R. (2015). Emotional and psychological trauma in refugees arriving in Germany in 2015. *Molecular Psychiatry*; 20: 1483–1484.

Van Emmerik, A.A., Kamphuis, J.H., Hulsbosch, A.M. and Emmelkamp, P.M. (2002). Single-session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*; 360: 766-771.

Vetervogel, P. (2016). The Mental Health of Syrians. In *Providing Mental Health Care for Syrian Refugees*. SSPC (Society for the Study of Psychiatry and Culture) Webinar.

- Recibido: 9/7/2016.
- Aceptado: 4/8/2016.

La función social de las instituciones en la atención a las personas sin hogar: un deber de humanidad. El ejemplo de HOUSING FIRST.

The social role of institutions in caring for the homeless: a duty of humanity. The HOUSING FIRST project.

Cosme Sánchez Alber

Técnico en intervención social.

Resumen: El proyecto HOUSING FIRST es un buen ejemplo para pensar la función social de las instituciones en el campo de la atención a las personas en situación de “sin hogar”. En el presente artículo partimos de esta experiencia para poder articular nuevas maneras de pensar las instituciones, los discursos y las disciplinas que dedican sus esfuerzos al tratamiento de la exclusión social. Haciendo especial hincapié en la función social, de acogida y abrigo, que a mi juicio debe prevalecer en el programa institucional en nuestro trabajo con las personas sin hogar.

Palabras clave: Sin hogar, función social, Housing First, Educación social, psicología.

Abstract: The Housing First project is a good example to think about the social role of institutions in the field of care for people in a situation of “homeless”. In this article we start from this experience to articulate new ways of thinking institutions, discourses and disciplines who devote their efforts to the treatment of social exclusion. With special emphasis on the social, host and protection, which in my opinion should prevail in the institutional program in our work with the homeless.

Key words: Homeless, social function, Housing First, social education, psychology.

Introducción

El proyecto Housing first, en curso en diversos países, permite dar cuenta de la “función social” que debe, a mi juicio, privilegiar la atención social sobre otras líneas del programa institucional en la actualidad y, en particular, en la atención a las personas en situación de vulnerabilidad social y sin hogar. Sin entrar a hacer un estudio pormenorizado y detallado del método si querría situar y localizar algunas cuestiones del mismo, que no han de pasar desapercibidas para aquel que pretenda hacer una lectura atenta y contem-

poránea de los dispositivos de atención a las personas en situación de sinhogarismo.

En nuestra práctica, no son pocas las ocasiones en las que nos vemos interpelados a preguntarnos por nuevos lugares y maniobras que permitan poder alojar a aquellas personas que no pueden seguir los itinerarios marcados, y que nos convocan a nuevas búsquedas. Cada disciplina se ve empujada a re-inventarse, a investigar nuevas maneras de pensar la profesión, la red asistencial o los dispositivos de atención ciudadana (Salud Mental, educativos, sociales). Hoy, más

que nunca, necesitamos espacios, tiempos e iniciativas que hagan posible acoger y promover a aquellos que, por diversos motivos, hayan quedado “caídos” del lazo social, es un deber de humanidad. Es este el caso de muchas personas que se encuentran actualmente, hoy, en situación de “sin hogarismo” en nuestro territorio.

En las siguientes líneas trataré de articular algunas cuestiones que quizás nos permitan elucidar otras maneras de tratar la red asistencial ante los impasses de una época marcada por el signo de la fragmentación social, la caída de los ideales reguladores de otro tiempo y el desgaste de las figuras de autoridad que alumbraban las coordenadas del programa institucional durante la modernidad. Haciendo especial hincapié en la función social, de acogida y abrigo, que a mi juicio debe prevalecer en el programa institucional en nuestro trabajo con las personas sin hogar. Para ello tomaré como muestra algunas consideraciones y paradojas que pone sobre la mesa esta experiencia que toma por nombre “housing first”; la casa o el hogar, lo primero.

La función social de las instituciones: un deber de humanidad

Tradicionalmente, se ha abordado el fenómeno del sinhogarismo como una cuestión de política social, buscándose soluciones a través de dispositivos especializados de alojamiento. No obstante, en los últimos años ha ido creciendo una mayor sensibilidad hacia el papel central de la vivienda en la erradicación del sinhogarismo y su función social. En ese contexto, cada vez es mayor la atención que se le está dando al modelo Housing first como solución a este problema.

Se trata de un enfoque que, sin ser revolucionario, subvierte en algunos postulados las intervenciones tradicionales. Este modelo surge en Estados Unidos a principios de los años noventa, por la organización Pathways to Housing. Esta entidad se dirigía exclusivamente a trabajar con personas sin hogar con problemas de adicciones y/o que padecen trastornos de salud mental. El modelo se basa en una intervención temprana en vivienda, proporcionando viviendas asequibles, permanentes y unipersonales a personas que vienen directamente desde la calle o desde dispositivos de emergencia, y ofreciendo un servi-

cio de apoyo y acompañamiento social y de salud intensivo. Este modelo tiene como objetivo prioritario alojar a la persona en una vivienda estable tan pronto como sea posible, estableciendo los siguientes principios básicos:

- Es una elección del usuario.
- Separación de vivienda y servicios de tratamiento.
- Ofrecer servicios que promuevan la recuperación.
- Integración en la comunidad.
- Práctica basada en hechos.

Este modelo privilegia la función social -de acogida- de los servicios residenciales y por extensión de las instituciones, poniéndola en primer plano. Distanciándose de los enfoques tradicionales de intervención residencial, basados en el “modelo de escalera”, la reeducación o los itinerarios residenciales, donde la vivienda estable es el objetivo final del proceso de integración, y las personas sin hogar pasan por distintas etapas (centros de acogida o albergues, pisos tutelados de corta, media y larga estancia, pisos de mayor autonomía, etc.) antes de “estar preparadas” para ser alojadas. Esta estrategia de escalera ha sido seguida tradicionalmente por muchos países europeos, incluido España.

En el campo de la exclusión social es necesario tomar muy en serio que lo que está en primer plano es una dificultad subjetiva, a veces estructural, para hacer con el lazo social. En muchas ocasiones se trata precisamente de personas con una problemática asociada a la salud mental. En este sentido se trataría de poder crear “espacios de vida” o, dicho de otra manera, unas instituciones que posibiliten de entrada, y de manera prioritaria, acoger a las personas de manera un tanto incondicional, en una atmósfera de seguridad, calidez y apoyo, de tal forma que la persona pueda tener un tiempo y un espacio desde el cual poder iniciar ciertos recorridos sociales. Una práctica que considera que toda persona tiene derecho a una vivienda y a una vida digna, que todos necesitamos un espacio y un tiempo para poder construir un proyecto vital, y que es responsabilidad de las instituciones el deber de comandar un discurso que permita acoger en su seno a todo ciudadano. Intervenir en las redes de asistencia,

en las prácticas institucionales y sociales, en la política de la salud mental, con el fin de que el respeto de los “derechos del hombre” no sea amputado en el campo de estas prácticas. Proteger los derechos de todas las personas, y quizás especialmente en aquellos casos en los que el sujeto se encuentra aturcido, perdido o desorientado. Podemos entonces considerar esta función de hospitalidad, de deber de humanidad, como aquella tarea que se encuentra en el lugar central de lo que es deseable ofrecer a nuestros ciudadanos. Acoger, de manera incondicional, a aquellos que se encuentran sin hogar, sin casa, desalojados de un espacio tan imprescindible como esencial para poder construir un porvenir, un proyecto de vida, una vida digna y privada.

El programa desarrollado por *Pathways to Housing* contiene los siguientes elementos clave que permiten orientar un trabajo y una práctica muy particular:

- Se dirige exclusivamente a personas que sufran de enfermedades mentales y trastornos de adicción.
- Proporciona acceso inmediato a una vivienda asequible y permanente directamente desde la calle o desde los dispositivos de emergencia.
- A los usuarios se les recomienda la participación en un tratamiento de salud mental y/o en la reducción de las drogas y el consumo de alcohol, pero no es obligatoria para el acceso a la vivienda o para que puedan mantenerse en la vivienda y recibir apoyo social.
- La vivienda se proporciona a través de un contrato de arrendamiento sin límite de tiempo, y la prestación del servicio está disponible todo el tiempo que sea necesario. La vivienda y el apoyo social se mantienen independientes entre sí.

En este sentido, el modelo Housing first plantea una separación muy interesante a la par que necesaria y contundente entre lo terapéutico y lo social. Dando a entender que si bien ambas tareas son compatibles también es cierto que se corresponden con momentos y tiempos distintos. Separar ambas perspectivas permite pensar los recursos residenciales para las personas sin hogar desde un prisma diferente a la actual ló-

gica predominante. Además, tanto para la una como para la otra, es necesario e imprescindible contar con el consentimiento del sujeto. Un sujeto de derechos, un ciudadano de pleno derecho que solicita, siguiendo los trámites necesarios, ser puesto al abrigo en una institución. Baste decir que en el contexto actual de los servicios residenciales tienden a confundirse estos dos campos, lo terapéutico y lo social, como si formaran parte de una unidad indisoluble y amalgamada.

Separar el acto “terapéutico” del acto “social”

En la actualidad existe una peligrosa tendencia a confundir y solapar el acto terapéutico con el acto social, más propio de las prácticas educativas. Dicho de otra manera, para que una persona (cualquiera de nosotros) pueda solicitar un tratamiento y decidirse a llevar a cabo un trabajo personal que le permita sostenerse mejor en el lazo social debe antes existir un previo, una demanda. Poder sostener la posibilidad y la confianza de que algunos de los malestares que uno experimenta puedan ser abordados en el encuentro con un otro, bien sea éste un profesional, un servicio o un dispositivo de atención socio-sanitaria.

En el campo de la exclusión social, podemos agregar que hay ciertas demandas implícitas que necesitan de un tiempo, siempre subjetivo, para poder constituir un llamado al otro. Es el tiempo que se deduce de tener unos mínimos apoyos económicos y sociales, como por ejemplo, tener una vivienda, un espacio, un lugar propio donde sentirse seguro y desde el cual poder comenzar otros caminos. No se entiende, pues, no se deduce automáticamente que en los dispositivos residenciales se opte por unas metodologías que condicionan la estancia a unos objetivos terapéuticos que se imponen de entrada y por igual a cada persona, sin tener en cuenta la particularidad de cada caso. Todos estaremos de acuerdo en afirmar que el acceso a un tratamiento no debe ser tomado como condición previa y necesaria para el acceso y el mantenimiento en una vivienda. Entonces ¿Por qué se exigen objetivos terapéuticos en las prácticas sociales? Es una pregunta que encierra múltiples paradojas y malentendidos, y a la que trataré de contestar en el presente artículo.

Esta separación entre disciplinas, entre prácticas sociales y terapéuticas, debe ser abordada con la mayor prudencia y detenimiento, ya que si bien se trata de dos disciplinas diferentes, la psicología y la pedagogía, considero imprescindible que exista una conversación entre ambas. Lo cual no implica que se den al mismo tiempo ni en el mismo lugar, ni que sea una la condición de la otra. No obstante existen múltiples maneras de pensar su articulación. Sin ir más lejos, existen por ejemplo prácticas sociales orientadas por la clínica en el campo de las psicosis infantiles con gran éxito y eficacia social, o las múltiples experiencias educativas que se apoyan en la supervisión clínica para poder alojar y acompañar a las personas con enfermedad mental grave que acuden a su servicio. En el mismo sentido, la construcción del caso en red (Ubieto, Barcelona) permite organizar una conversación entre las diferentes disciplinas y servicios que atienden un caso en común, situando los límites y las funciones de cada uno, así como orientando un trabajo común y colaborativo.

En mi opinión, esta cuestión encierra un debate fundamental que debería suscitar, cuanto menos, la inquietud de aquellos profesionales y disciplinas que concurren en el aparato de la red asistencial y los Servicios Sociales. Como señala Alfredo Zenoni, *¿Cuál es la razón misma de la existencia de una institución? “Las instituciones de cuidados y de asistencia existen, antes incluso que para afrontar el “tratar” al sujeto, para acogerlo, ponerlo al abrigo o a distancia, ayudarlo, asistirlo: antes que tener un objetivo terapéutico, es una necesidad social.”* Es un deber de humanidad, añade.

Muchas de las prácticas sociales e institucionales que alberga la red asistencial y, en particular, los dispositivos residenciales para personas en situación o riesgo de exclusión social se basan en modelos de reeducación y tratamiento que condicionan de manera muy notable tanto el acceso al servicio como el trabajo de acompañamiento, propiciando en multitud de ocasiones el abandono de estos programas. Se trata, en consecuencia, de profundizar tanto en los límites éticos como en la separación necesaria que existe entre la voluntad terapéutica, a veces feroz, y la función social de acoger y alojar a aquellas personas que se encuentran en una situación

extremadamente vulnerable. Mantener esta función “social” es precisamente lo que permite marcar un límite a una voluntad terapéutica que, sin este límite, arriesga transformar la institución en un lugar de alienación, improvisación y de experimentación a ultranza. Quizás no se haya percibido que es a causa de esta confusión entre su función hospitalaria y sus objetivos terapéuticos, por lo que la institución ha podido ser objeto de crítica y de medidas de abolición tanto en el pasado como en el presente. Tenemos muy reciente la experiencia italiana de abolición de los Hospitales psiquiátricos y sus devastadores efectos. En cambio, a las personas sin hogar se les “aplica” generalmente el conocido vulgarmente como “método de la escalera”, a saber, si la persona cumple con las exigencias de “tratamiento” que se le imponen podrá ir ascendiendo progresivamente a mayores niveles de asistencia hasta poder alcanzar una vivienda normalizada. Obviamente, para la gran mayoría no funciona, en consecuencia, cada 6 días muere una persona en la calle en España y su esperanza de vida desciende dramáticamente con respecto al resto de la población.

A continuación expongo uno de entre muchos ejemplos que podemos constatar en nuestra práctica, a modo de ilustrar mejor algunas de las dificultades y obstáculos con las que se encuentra tanto la persona que solicita apoyo como los profesionales y servicios que le atienden. María sigue un tratamiento en un CSM, se encuentra alojada en un albergue y es atendida en un centro de día. Tras solicitar la valoración de exclusión social, necesaria para poder acceder a una plaza en un recurso residencial, acude a una primera entrevista con la responsable del dispositivo asistencial al que ha sido derivada. En esta entrevista se le aconseja cambiar su tratamiento psiquiátrico que será administrado y controlado de ahora en adelante por los educadores del piso, además se le advierte de que “estará vigilada las 24 horas del día” así como que deberá dejar de acudir a los comedores sociales, al centro de día que frecuenta y abandonar las pocas e intermitentes relaciones sociales que mantiene, por considerarlas “tóxicas”. María, que ha hecho un intento de suicidio hace una semana y que desde hace un mes ha visto agravados sus síntomas de paranoia, rechazo y desconfianza,

se pone inmediatamente en actitud defensiva. Esto es tomado por la entrevistadora como una actitud de desafío y de “no querer participar del programa”. Los días sucesivos, María se muestra esquivada y evita acudir a las comidas del piso de acogida. De nuevo, la lectura del equipo educativo se traduce en una frase que es dicha a María, “esto no es una pensión, usted aun no está preparada para residir en una vivienda”. A los pocos días, María se hace expulsar del dispositivo quedando expuesta a consecuencias dramáticas, en la calle y sin poder confiar en nadie. Lo que para María podía haber sido tomado como un comienzo, una solicitud de ser alojada y protegida de las dificultades que le perturban, un corte con respecto a la deriva y la errancia a la que de manera repetida ha recurrido en momentos estragantes de su vida, se ha convertido en causa de mayor sufrimiento y desamparo. Por otra parte, lo que podía haber sido leído como la posibilidad de iniciar un trabajo de colaboración entre servicios e instituciones sociales y terapéuticas ha quedado elidido y suprimido al acceder al servicio residencial que ha apostado por centralizar en su seno muchas, sino todas, las facetas de la red que el sujeto había construido, con gran esfuerzo, y que eran parte de su solución particular para afrontar sus dificultades.

Eficacia social y buen pronóstico

Hace aproximadamente dos décadas que se puso en marcha Housing first en los Estados Unidos. Atendiendo a los datos supone una práctica institucional que funciona particularmente bien para aquellas personas que se encuentran en situación de especial gravedad y vulnerabilidad. El modelo Housing first ha sido recientemente puesto en marcha en nuestro territorio por la fundación RAIS bajo el nombre de “programa HÁBITAT”. RAIS ha evaluado los efectos del modelo junto con el Centro de Estudios Económicos de la Fundación Tomillo -en colaboración con la Fun-

dación La Caixa-. En atención a los datos que presenta en sus informes llama la atención el hecho de que este modelo resulte más económico que las soluciones asistencialistas convencionales. Una plaza de albergue cuesta de media en España 39,34 euros al día y una vivienda unipersonal de Hábitat -con todo su equipamiento incluido- cuesta 34,01 euros por día. Incluso se ahorra aún más porque se reduce sustancialmente el uso de emergencias sanitarias, instituciones penitenciarias y Administración de Justicia, visitas a médicos, número de hospitalizaciones, uso de ambulancias, intervenciones policiales, servicios de limpieza, servicios de emergencias, etc.

En este sentido, la seguridad que supone una vivienda así como la confianza que la persona siente depositada en él, hacen que la persona genere procesos que antes eran impensables en las condiciones precedentes. Desde ese hogar las personas se encuentran en una situación nueva, diferente, que les lleva a iniciar otros recorridos y opciones personales como acceder a recursos de formación y empleo, acceder de manera continuada a los servicios sanitarios, recibir una atención psicológica, entrar en programas de deshabituación en el campo de las adicciones, o solicitar prestaciones de discapacidad o vejez, etc. En cualquier caso, se trata de cómo cada persona podrá ocupar un lugar, su lugar, en el mundo. La solución particular de cada uno pasa por considerar que todos necesitamos un espacio y un tiempo para construir nuestro porvenir. Si bien, esto no se puede precipitar ni violentar, si podemos contribuir a generar espacios y prácticas que tengan en cuenta estas dos dimensiones.

A largo plazo, los estudios internacionales demuestran que el proyecto aumenta la calidad de vida general, limita la autopercepción de discapacidad, mejora la salud mental y reduce el uso de sustancias tóxicas.

Contacto

Cosme Sánchez Alber
cosmesan@hotmail.com • Móvil: 620 313 855
Bilbao La Vieja 25, 2º • 48003 Bilbao

Referencias bibliográficas

- Bauman Z. (2007). *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Editorial Gedisa.
- Vidal F. (2015). *Housing First: una revolución para personas sin hogar*. Artículo publicado en el periódico EL PAÍS, el 8 de Octubre de 2015, por Fernando Vidal, Presidente de RAIS Fundación y profesor de la Universidad de Comillas.
- Zenoni A. (2006). *Orientación analítica en la institución psiquiátrica*. Revista Bitácora El psicoanálisis hoy. Nº 1, Mayo 2006.
- EAPN, Grupo de Alojamiento de la Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. *El modelo Housing first, una oportunidad para la erradicación del sinhogarismo en la comunidad de Madrid*. EAPN Madrid, Junio del 2013.

- Enviado: 20/1/2016.
- Aceptado: 12/6/2016.

Psicología a través del caballo.

Psychology with horse.

Paola Rosa Vecino Alonso

Psicóloga especialista en Infancia y Adultos.

Resumen: Los caballos han ayudado desde la antigüedad a tratar diferentes tipos de trastornos y enfermedades que afectaban a la sociedad, sin embargo, en la actualidad se centra en ayudar a mejorar diferentes tipos de afectaciones tanto a nivel físico como mental tanto en niños como adultos de muy diversas edades. En concreto, son muy utilizados para mejorar los síntomas de la depresión, ansiedad, stress, autismo entre otros.

Palabras clave: Caballos, Psicología, Tratamiento, Estrés, Depresión, Ansiedad, Déficit relaciones sociales, Autismo.

Abstract: The horses have helped since ancient times to treat different types of disorders and diseases affecting society, no clutch, currently focuses on helping improve different types of damages both physically and mentally both children and adults very different ages. Specifically, they are widely used to improve symptoms of depression, anxiety, stress, autism among others.

Key words: Horses, Psychology, Treatment, Stress, Depression, Anxiety, social relations Deficit, Autism.

Introducción

A lo largo de la historia los caballos han sido utilizados para diversos fines tales como para participar en las batallas o en la ayuda del trabajo en el campo, sin embargo uno de los usos más beneficiosos es la utilidad de estos animales para mejorar la afectación de diversas enfermedades y trastornos tanto a nivel físico como a nivel psicológico en niños y adultos.

Si nos remontamos a la antigüedad ya en Grecia, los Sabios Griegos utilizaban los animales con fines terapéuticos, en concreto los caballos, los cuales los empleaban para dar paseos a las personas que padecían enfermedades incurables para levantarles el ánimo y la autoestima. Platón, nos ha transmitido gracias a sus escritos

las curaciones hechas por los discípulos de Esculade, Dios médico de los Griegos y de los Romanos, que trataban diversos tipos de enfermedades físicas por medio de la equitación. Según Hipócrates, en uno de sus libros, *Las Dietas*, recomendaba la equitación para regenerar la salud y proteger el cuerpo de muchas dolencias, sobre todo lo utilizaba en el tratamiento del insomnio, ya que los movimientos suaves del caballo propiciaban un relajamiento de los músculos y del cuerpo en general provocando al finalizar el ejercicio una tranquilidad que propiciaba a un sueño profundo. Además, Hipócrates afirmaba que la equitación practicada al aire libre y en un entorno natural favorecía que los músculos mejorasen su tono debido a la tensión que hay que provocar en ellos para sujetarnos de manera correcta en el caballo.

William Tuke, que se convirtió en pionero en el tratamiento de personas con enfermedades mentales sin métodos coercitivos, intuyó que los caballos, podían propiciar valores humanos en enfermos de tipo emocional, aprendiendo autocontrol mediante refuerzo positivo. Además, fue un médico reconocido como el padre de la Terapia Ocupacional, tras observar que la dependencia de un animal pequeño propiciaba el autocontrol en sus pacientes y que la interacción entre seres humanos y animales producía efectos positivos en la vida de los enfermos, decidió incluir animales de granja en sus tratamientos para mejorar las condiciones infrahumanas de los manicomios de la época.

En la actualidad, hay una cantidad considerable de estudios, tanto a nivel Nacional como Internacional que demuestran como el contacto con un equino es capaz de mejorar el tono muscular, el equilibrio, la motricidad, la agresividad, la falta de control e incluso la manera de relacionarse tanto con el entorno que le rodea como con las personas, tanto niños como adultos que poseen diferentes tipos de trastornos tales como la parálisis cerebral, autismo, trastornos del desarrollo, depresión, ansiedad, stress,... entre otros.

Características de los caballos

Los caballos poseen una serie de características que los hacen por sí solos especiales, tales como la sensibilidad, la cual les permite valorar y hacerse cargo del estado del jinete y ser capaces de percibir casi de manera instantánea las características de la persona que lo monta (confianza, nerviosismo, miedo, timidez...) y adaptarse a ello, también gozan de una buena predisposición natural para complacer y colaborar en múltiples tareas, poseen también inteligencia y una gran memoria que les permite almacenar todas las experiencias vividas, lo cual les ayuda a adaptarse a los cambios del entorno y a tener una mayor flexibilidad con los que le rodea.

Partiendo de las características generales de la especie, cada caballo tiene su propio y único carácter, al igual que las personas, por ello, es sabido, que no todos los humanos podemos realizar actividades concretas porque no poseemos ese don, los caballos tampoco, por eso es muy importante que el caballo de terapia haya sido

domado para tal fin y posea unas características tales como la tranquilidad, el no asustarse fácilmente, eliminar su temor natural y tener una actitud cariñosa con las personas.

Para que la terapia obtenga éxito, es importantísimo que el caballo genere confianza y se maneje fácilmente, que sea tranquilo, dócil, sumiso y sensible a la hora de ayudar al jinete. Es de vital importancia que el animal se acostumbre al ruido y a los movimientos bruscos que pueda realizar el paciente que este encima de él, se debe acostumbrar a los movimientos inexpertos de sus piernas, a que le toquen cualquier parte del cuerpo y a los objetos que se utilicen para realizar el tratamiento tales como aros, pelotas, fichas... es fundamental que adquiera el hábito de permanecer quieto cuando el jinete se suba y baje, la presencia de muchas personas a su alrededor y el alboroto de voces.

De esta manera se creará el vínculo paciente-caballo-terapeuta, básico para la mejora del paciente. Aunque quizás pudiese parecer un dato poco relévante la edad del caballo tiene un papel muy importante, ya que no es lo mismo un caballo joven que un caballo de más de seis años de edad el cual ha adquirido una madurez y una experiencia en el trato con el mundo que le rodea.

Procedimiento

Para realizar este tipo de terapia se hace una previa evaluación del paciente, recopilando su historia clínica y haciendo una correcta valoración de ella, tras todo esto se procede a realizar y adaptar una serie de ejercicios y juegos que correspondan al tipo de problema que tenga, ayudando mediante el juego a modificar y regular esas pautas de comportamiento que afectan a una incorrecta adaptación del medio y del mundo que le rodea. Es muy importante hacer una buena elección del caballo que se vaya a utilizar, en función de las necesidades y del carácter que pueda poseer el paciente. Así por ejemplo a una persona nerviosa se le procede a dar un caballo que transmita tranquilidad y sus movimientos sean suaves, lo que va a permitir que la persona se relaje y se pueda llevar el tratamiento de una forma más adecuada. Con niños se trabaja mediante el juego, sin embargo con adultos los ejercicios van más orientados a la relajación y al diálogo.



Lo beneficioso del caballo es que permite a la persona relajarse gracias a los movimientos tridimensionales que transmiten al andar y por lo tanto evadirse por un tiempo de sus problemas y conectar con el medio natural, facilitando una visión diferente de los problemas y del mundo que le rodea.

Es muy importante que durante el tratamiento haya un personal cualificado, en este caso un profesional de la salud mental (Psicóloga/o) y un profesional de la hípica, lo cual permite que cada uno este centrado en su trabajo y las tareas estén repartidas para una mayor seguridad.

En la actualidad, nos encontramos con muy variadas y diferentes técnicas para tratar diferentes tipos de problemas mediante el caballo, como la Hipoterapia o Equinoterapia que ayudan sobre todo en la mejora de las personas utilizando el caballo como mediador para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad física, psíquica y sensorial, pero también existen las terapias en las que se utiliza el caballo para tratar diferentes tipos de trastornos como la depresión, ansiedad, stress, autismo, falta de relaciones sociales, límites y normas, TDHA... Y únicamente trabajan este tipo de patología dejando de lado los problemas físicos de los cuales se encargan otros profesionales, a esta técnica es a la que me refiero cuando nombro la psicología con caballos.

La psicología mediante el caballo está indicada tanto para niños y adultos de edades comprendidas entre los 5 hasta los 80 años, la edad no es un limitador para poder interactuar con ellos y no hay ninguna necesidad de montarse, los ejercicios también se pueden realizar en tierra mediante técnicas como el cepillado, el cuidado y aseo del caballo o simplemente caminar junto a él.

Conclusiones

En la actualidad están aflorando mucho los debates sobre las terapias alternativas que distan, en cierta forma, del proceder de atender al paciente como se ha hecho desde siempre, en un despacho, cara a cara y mediante el dialogo, sin embargo no hay que olvidar que este tipo de terapias que ahora nos parecen novedosas ya existían en la antigüedad, como queda constatando en escritos y estudios y que estas, ayudaban a mejorar diferentes tipos de síntomas que ahora nos resulta más fácilmente de tratar gracias a los adelantos que la ciencia nos ha facilitado, sin embargo, estas terapias alternativas también han evolucionado y con ellas su eficacia que queda demostrada en diversos estudios tanto a nivel nacional como internacional. No nos olvidemos que son un grano de arena para poder ayudar a los pacientes que nos necesitan y que requieren de nuestros conocimientos para salir de la circunstancia que no les deja continuar y poder facilitarles la mejora, sin duda un objetivo común en todos los que nos dedicamos a la salud mental, aunque nuestros métodos y nuestras formas de pensar varíen y en ocasiones choquen. Por ello, afirmo que es recomendable utilizar las terapia con caballos tanto en niños como en adultos que padezcan algún tipo de trastorno tales como depresión, ansiedad, stress, autismo, falta de limites o de relaciones sociales, TDAH entre otras, para mejorar los síntomas que les producen estos trastornos y poder mejorar su estado y su manera de abordarlo de cara al mundo que le rodea. Además es una técnica que se puede utilizar tanto como terapia combinada con otro tipo de tratamientos o como terapia única. No olvidemos que el medio natural es capaz de ofrecernos una gran cantidad de recursos muy beneficiosos para tratar diferentes tipos de afecciones a nivel mental.

Contacto

Paola Vecino • centropaolavecino@gmail.com
C/ Ercilla 42, 2 F • Bilbao
Tel.: 946 055 476 \ 619 637 424

Bibliografía

- Cabra Martínez C.A. (2012). Terapia asistida con animales: efectos positivos en la salud humana. *Journal of Agriculture and Animal Science*, 1(2), 32-44.
- Citterio D. (1997). *Autism and horses: Intervention strategy from the point of view of a science of movement*. In Proceedings of the Ninth International Therapeutic Riding Congress, USA, 41, 211.
- Gross E. (2006). *Equinoterapia: La rehabilitación por medio del caballo*. México: Trillas.
- Hall P.L. y Malpus Z. (2000). Pets as therapy: Effects on social interaction in long-stay psychiatry. *Br J Nurs*, 9, 2220-5.
- Klontz B. T., Wolf E. y Bivens A. (2001). *The effectiveness of a multimodal brief experiential psychotherapy approach*. *The International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skills Training and Role Playing*, 53(3-4), 119-135.
- Signes M. y Claverol M. (2000). *Animales de Compañía y niños: una relación educativa y terapéutica*. Madrid.

• Recibido: 18/4/2016.

• Aceptado: 11/7/2016.



FORMACIÓN CONTINUADA

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XXIII).

La relación médico paciente y desarrollo humano a lo largo del ciclo vital. Fundamentos teóricos 1º parte.

Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz

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. En los dos próximos números de *NORTE de salud mental* se repasarán aspectos clave de la entrevista psiquiátrica, la relación médico paciente y se revisarán los aspectos básicos del desarrollo humano a lo largo del ciclo vital.

Pregunta 182. De entre los diferentes modelos de atención médico-paciente, indique cuál de entre los siguientes considera el más inadecuado en su utilización:

- a. Modelo activo-pasivo.
- b. Modelo maestro-alumno.
- c. Modelo de participación mutua.
- d. Modelo de amistad.
- e. Modelo guía-cooperación.

Pregunta 183. Ekkehad y Sieglinde Othmer establecieron un modelo de entrevista dividida en varias dimensiones para establecer el rapport entre las que no se encuentra:

- a. Hacer que el paciente se sienta cómodo.
- b. El orden a seguir lo determina según terapeuta.
- c. Comenzar la entrevista con preguntas abiertas.
- d. Empatizar con el sufrimiento.
- e. Discutir el contrato terapéutico.

Pregunta 184. De entre las ventajas e inconvenientes de la utilización de preguntas abiertas o cerradas durante la entrevista señale la interrelación falsa:

- a. Pregunta abierta — fiabilidad alta.
- b. Pregunta cerrada — precisión alta.
- c. Pregunta cerrada — cobertura diagnóstica alta.
- d. Pregunta abierta — veracidad alta.
- e. Pregunta abierta — cobertura diagnóstica baja.

Pregunta 185. Entre las consideraciones especiales a tener en cuenta cuando se entrevista a pacientes psicóticos se debe tener en cuenta qué, señale la propuesta más cierta:

- a. Los pacientes psicóticos experimentan el insight como amenazante.
- b. Si el paciente psicótico tolera ciertos niveles de insight deben primarse y estimularse.
- c. No disuadir al paciente de sus creencias delirantes.
- d. Estructurar las sesiones de entrevistas sin dejar largos silencios.
- e. Todo lo anterior es verdadero.

Pregunta 186. Diferentes autores describen diferentes procesos según su perspectiva en las teorías del desarrollo humano. Una de las siguientes interrelaciones autor teoría es falsa:

- a. Margaret Mahler — separación individuación.



- b. Jean Piaget — permanencia objetal.
- c. Erik Erikson — confianza frente a desconfianza básicas.
- d. Donald Winnicott — situación extraña.
- e. John Bowlby — teoría del vínculo.

Pregunta 187. Según Offer y Sabshin los criterios que globalmente definen a los jóvenes adolescentes entre los 13 y 19 años son, señale la opción falsa:

- a. Pertenencia a una colectividad cultural y conciencia de sus normas y valores.
- b. Relaciones objetales relativamente buenas con sus madres hermanos y amigos.
- c. Presencia frecuente de graves conflictos psicopatológicos.
- d. Capacidad para resolver sus conflictos activamente con un éxito razonable.
- e. Capacidad para experimentar afecto de un modo flexible.

Respuestas

Pregunta 182. Respuesta correcta: D

Comentario: El modelo de amistad en la relación médico-paciente se considera como disfuncional e incluso falto de ética. En la mayor parte de las ocasiones representa un problema psicológico subyacente en el médico quien quizás tenga una necesidad emocional de desviar los cuidados debidos al paciente a una relación de necesidad de compartir información personal y amor. El modelo supone la perpetuación indeterminada de la relación en lugar de tener un final adecuado y una pérdida de los límites entre profesionalidad e intimidad.

Bibliografía: La relación médico paciente. En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock editores, 10ª Edición. Pag 1-11. Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins. 2009.

Pregunta 183. Respuesta correcta: B

Comentario: Ekkehad y Sieglinde Othmer describieron la entrevista dividida en cuatro dimensiones, establecimiento del rapport (relación de mutua confianza y comprensión), evaluación del

estado mental del paciente, uso de técnicas específicas y de diagnóstico con el proceso de la entrevista que progresa en siete fases. Ekkehad y Sieglinde Othmer recalcan que el orden a seguir para cumplir los objetivos de la entrevista viene determinado por las necesidades del paciente y no del terapeuta.

Bibliografía: La relación médico paciente. En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock editores, 10ª Edición. Pag 1-11. Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins. 2009.

Pregunta 184. Respuesta correcta: A

Comentario: Entrevistar a un paciente requiere un delicado equilibrio entre permitir relatar al paciente su propia historia con libertad y la obtención de la información precisa para un adecuado diagnóstico y tratamiento. La mayoría de los expertos en el arte de la entrevista coinciden que la entrevista ideal comenzaría con preguntas abiertas, se iría haciendo más específica y terminaría con preguntas directas sobre temas concretos.

Las preguntas cerradas enfocan el problema aunque pueden sugerir la respuesta, dando en general lugar a alta fiabilidad.

Bibliografía: La relación médico paciente. En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock editores, 10ª Edición. Pag 1-11. Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins. 2009.

Pregunta 185. Respuesta correcta: E

Comentario: Todo lo enumerado debe tenerse en cuenta a la hora de entrevistar a pacientes psicóticos y además se deberá: no reírse del material psicótico o extraño, mantener cierta formalidad con el paciente, centrarse en habilidades sociales concretas del día a día, y ser sensible a lo fácil que resulta humillar o avergonzar al paciente.

Bibliografía: La relación médico paciente. En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock editores, 10ª Edición. Pag 1-11. Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins. 2009.

Pregunta 186. Respuesta correcta: D

Comentario: El estudio sistemático del ciclo vital comenzó a principios del siglo XX como conse-

cuencia del interés de la psiquiatría en el desarrollo de la personalidad. Los primeros estudios analizaron el interés de las vivencias psicológicas síntomas y los efectos del desarrollo de la infancia en la personalidad del adulto. Las conceptualizaciones sucesivas extendieron el foco del interés al estudio de la influencia de los procesos interpersonales y la naturaleza del cambio a lo largo de la vida.

La situación extraña es un experimento ideado por Mary Ainsworth para evaluar la cualidad del vínculo madre hijo, entre los 12 y 18 meses de edad del niño. La autora describió 3 tipos de vínculo: 1º – vínculo ansioso 10% de los niños; 2º – vínculo esquivo 20% y vínculo normal o consolidado 70% de los niños.

Todos los autores enumerados en este ítem son claves para el entendimiento de las teorías pasadas y actuales en psiquiatría y psicología

Bibliografía: Desarrollo del ser humano a lo largo del ciclo vital. En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock editores 10ª Edición. Pag 12-61. Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins. 2009.

Pregunta 187. Respuesta correcta: C

Comentario: Contrariamente a la creencia popular la mayoría de los adolescentes no presentan problemas psicopatológicos graves, ni tampoco una adolescencia turbulenta.

Bibliografía: Desarrollo del ser humano a lo largo del ciclo vital. En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, editores 10ª Edición. Pag 12-61. Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins. 2009.

Recorrido psicoanalítico y educativo en un niño diagnosticado de trastorno del espectro autista.

Psychoanalytic and school trajectory in a child diagnosed with autism spectrum disorder.

Vilma Cocoz¹, Elena Esther Gómez Santoyo², Azucena Martínez Ruiz³

¹ Psicoanalista de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis ELP y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis AMP, responsable del Observatorio Internacional de Políticas del Autismo de la AMP y docente del Instituto del Campo Freudiano.

² Psicóloga sanitaria, Psicoanalista socia de la Sede de Bilbao de la ELP, Coordinadora del Grupo de Investigación sobre Psicoanálisis y Educación de Cantabria inscrito en el Instituto del Campo Freudiano.

³ Psicóloga sanitaria, Orientadora de Educación Infantil y Primaria, miembro del Grupo de Investigación sobre Psicoanálisis y Educación de Cantabria.

Resumen: Presentamos el caso de un niño diagnosticado de trastorno del espectro autista TEA que refleja el recorrido terapéutico en la escuela y en la clínica. Desde la escuela es el recorrido desde el punto de vista de las deficiencias en los aprendizajes y de las dificultades de comunicación en la relación con los demás, dificultades que se acrecientan a pesar de la buena voluntad de los educadores. Desde la clínica psicoanalítica vemos cómo se van produciendo efectos terapéuticos que permiten, a través del establecimiento de la transferencia analítica, que el niño vaya consiguiendo una cierta regulación del goce, lo cual apacigua su excitación y le permite ir saliendo de su lugar de objeto para *el Otro* e ir tomando entidad como sujeto. Y así, entendiendo la subjetividad y las particularidades específicas del niño, éstas se van a incluir en la educación para construir estrategias adecuadas también en el colegio.

Palabras clave: Psicoanálisis lacaniano, autismo, psicosis, subjetividad, goce, Otro.

Abstract: The article presents a case of a child diagnosed with autism spectrum disorder (ASD), which shows his school and clinical trajectory. The school trajectory is focused on his learning disabilities and communication problems with the others, which are intensified despite teachers' good intention. From the psychoanalytic clinical approach some therapeutic effects are seen; in fact, through the establishment of the analytic transference, he is beginning to achieve some regulation of jouissance, which calms down his excitement and lets him start to get out from the Other's object place and structure his subjectivity. That way, by understanding child's subjectivity and particularity adequate strategies are going to build up at school.

Key words: Lacanian psychoanalysis, autism, psychosis, subjectivity, enjoyment, Other.

Introducción

El caso que exponemos es el resultado del trabajo en común realizado desde el ámbito educativo y el ámbito clínico por Azucena Martínez Ruiz y Elena Esther Gómez Santoyo, y que fue presentado en una Jornada de Trabajo del actual Grupo de Investigación sobre Psicoanálisis y Educación de Cantabria inscrito en el Seminario del Campo Freudiano de Bilbao, en la que tuvimos la oportunidad de contar con la presencia de Vilma Cocoz y el comentario a este caso.

Abordaje educativo

Enrique se escolariza en el centro en el aula de 2 años. Durante su paso por la educación infantil el denominador común en la manera de presentarse es el siguiente: muy dependiente, retraído, apenas se relaciona con nadie ni contesta cuando se le habla, precisa estabilidad en los contextos. Presenta inhibiciones en el gran grupo y altos niveles de inseguridad.

Permanecerá toda la Educación Infantil con la misma profesora del aula de 2 años estableciendo una buena relación: Enrique no busca nunca su contacto pero, si ella se acerca, lo acepta. La profesora crea con frecuencia situaciones en las que el niño pueda participar y valora el más mínimo avance. Trabaja con el grupo de iguales en esta línea. El niño es aceptado y querido entre sus compañeros.

Por razones laborales de los padres, Enrique pasa muchas horas al cuidado de los abuelos maternos y paternos. En la relación con la madre, ésta refiere que es un tirano, rebelde y que le realiza “chantaje emocional”: *“no me quieres, me dejas abandonado todo el día trabajando”*. La madre se siente culpable por esta situación y se reconoce muy ansiosa en el manejo del niño. El padre no tiene estos problemas. El discurso del padre y de la madre siempre serán diferentes: la madre, preocupada y angustiada por el niño y qué hacer con él; el padre, lo vive con calma y tiende a normalizar al niño y las experiencias con él. Enrique refiere quejas de que sus padres siempre están enfadados con él: *“Siempre estáis con esa cara...”*.

La relación del colegio con la familia ha transcurrido desde el inicio de manera fluida y frecuente.

La dinámica de las entrevistas a lo largo de estos años suele ser la siguiente: citas demasiado extensas en las que la madre toma la palabra respondiendo de manera ansiosa y complaciente a las intervenciones del colegio. El padre se suele retirar y *“deja que la mujer hable porque ella lo necesita”*.

Los padres se sorprenden de que el niño se muestre tan inhibido en el colegio y tan dominante en casa.

A lo largo de la etapa de Infantil, la madre continúa con una visión muy pesimista de la situación y del niño. El padre manifiesta que las exigencias de la madre son excesivas para un niño de 4 años: *“quiere que ya sea ingeniero”*. Desde el colegio mantenemos una línea de intervención con el niño en la que se le dice que estamos ahí si necesita algo y esperamos a que él realice la demanda. Intentamos darle tiempo, aunque apenas hay iniciativa por su parte. En la idea de facilitar un corte entre la madre y el niño, orientamos a la familia a que el padre realice esa función de corte, que tome más iniciativas con el niño e intervenga creando una relación triangular. Insistimos en que el padre continúe apoyando y sosteniendo emocionalmente a la madre que constantemente se presenta angustiada (percepción paterna por parte del colegio de hombre que mantiene la calma con facilidad).

Al finalizar la Educación Infantil la evolución personal del niño ha sido escasa. Como orientadora se me plantea un conflicto que, pienso, no resolví acertadamente en ese momento: Enrique está curricularmente muy descolgado en relación a sus compañeros, por lo que se recomienda la realización de una evaluación psicopedagógica que le provea de apoyos educativos especializados y medidas específicas que se adapten a sus necesidades. Por contra, la misma evaluación psicopedagógica implica etiquetar al niño en vez de favorecer su lugar como sujeto. ¿Qué hacer, entonces? Finalmente, se decide realizar la valoración psicopedagógica apostando por los apoyos educativos para la escolarización en Primaria. Valorado por el Equipo de Atención Temprana de la Consejería de Educación se concluye un retraso madurativo y un retraso mixto del lenguaje. Se dictaminan Necesidades Educativas Especiales y se prescribe apoyo de Pedagogía



Terapéutica y Audición y Lenguaje. Precisa Adaptaciones Significativas en todas las áreas.

En este momento sucederá un cambio significativo en la relación de la orientadora con el padre. Por primera vez, el padre tras recibir el informe, acude en solitario a hablar con ella; lo hará a partir de ahora frecuentemente, sin avisar y en momentos muy oportunos (generalmente, cuando hay problemas), con una visión de certeza personal y sentido práctico de qué hacer con Enrique. Manifiesta su sorpresa por los resultados de la valoración. Insiste en que su hijo *“no es tonto”* y subraya los avances que el niño ha tenido. La orientadora muestra su acuerdo con el padre y obvia cualquier referencia a CI y/o trastornos. Se centra en la mejoría intrapersonal del niño; no obstante, le dice que las diferencias interpersonales en el paso a Primaria son importantes y el niño se beneficiará de los apoyos (el conflicto se explicita). El padre se muestra preocupado por la *“autoestima”* de su hijo y por la angustia que a Enrique le producen los cambios. En este sentido, convenimos que se cuidará el paso a Primaria.

En el paso a Primaria se distribuirá en la clase de Enrique a aquellos compañeros con los que más relación tiene y se asignará una tutora con un perfil similar al de su profesora de Infantil. No obstante, el Enrique que inicia 1º Primaria en septiembre es un niño diferente al que dejamos en el mes de junio. Se produce entonces un cambio de su estado de inhibición y retraimiento a un nuevo estado de exaltación e inquietud: aparecen bloqueos y ausencias, estereotipias, permanente estado de alerta y/o miedo, regresión en la autonomía en el trabajo, repite verbalmente narraciones y secuencias cotidianas, aparecen risas descontextualizadas y en la relación con sus iguales tiende a aislarse.

Comienza en este momento su peregrinación por diferentes profesionales, recibe múltiples diagnósticos (TDA-H, TGD, TOC,...) y se le prescriben diferentes medicaciones que no logran que el niño mejore.

En ese año, desde el colegio se propone el abordaje de los llamados *“TGDS”* en un seminario de formación psicoanalítica con la ayuda de Elena. Comenzamos a trabajar el concepto de estructura psicótica con los profesores y la puesta en mar-

cha de algunas medidas como la comunicación triangular, apelar a un otro de la autoridad regulado, facilitarle un espacio para los momentos en los que se agobia (*“El rincón de Enrique”*) o el acompañamiento en sus crisis evitando que se sienta invadido. No obstante, todo el profesorado que se relacionaba con Enrique mantenía una excesiva presencia y un gran *“furor sanandis”*.

Más adelante comenzarán las autolesiones en aquellos momentos en que se le enfrenta al *“no”*. Aparecen rituales y manías. Desde el profesorado, vamos incorporando pequeños cambios en sus rituales pidiéndole permiso (vg. *“¿me dejas que sea yo quien cierre la puerta?”*); el niño lo acepta y comienza a verbalizar su malestar y a preguntarse por qué le pasan estas cosas. Lloro y se mortifica (*“¿Cómo puede ser que un niño de 8 años se haga pis y no sepa escribir?”* *“No soy capaz de aprender”*). Tras estas verbalizaciones suele venir la autoagresión.

En el presente curso la situación empeorará. Con fluctuaciones de la risa al llanto, comenzará un pensamiento delirante con preocupación frecuente porque no le dejan pensar y una exagerada búsqueda de contacto físico con los adultos, pero no con los niños. Su integración en el colegio y en el aula en particular se complica más: Enrique, desde que llega al centro, comienza su verborrea en voz alta repitiendo frases hechas con independencia de la respuesta que se le ofrezca. En las situaciones en las que no se le presta atención cuando habla y/o no se le mira, se empieza a poner nervioso, se tira al suelo o se esconde bajo los percheros. Su tutor descubrirá que Enrique se calma si se le invita a que vaya a la clase de enfrente a coger un libro que él elija. Esta estrategia nos ayudará en varias ocasiones a evitar que *“estalle”*.

No obstante, sus crisis son cada vez más frecuentes. Agrede en dos ocasiones a su PT y a otros niños. Tras estos episodios, entra en una profunda tristeza, llora y pide perdón repetidas veces.

El colegio habla con los padres de nuevo. Nos preocupa el sufrimiento que vemos en el niño, mucho más allá de los aprendizajes. Tras varias conversaciones, se les orienta a que consulten con Elena.

Abordaje psicoanalítico: Entrevistas con los padres

Recibo a los padres de Enrique de 9 años, y en esa primera entrevista la madre toma la palabra para explicarme que está diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista por una Clínica de prestigio nacional, y que toma antidepresivos y antipsicóticos. Me dice que el niño no está igual en el colegio que en casa, en casa está bastante bien y en el colegio tiene problemas, últimamente se queja de dolor de barriga, han tenido que ir varias veces a buscarle, pero cree que es porque no quiere trabajar en el cole, *“para no hacer nada”* dice la madre.

De pequeño dormía por la noche 6 horas del tirón, pero de día no dormía. Estaba con los ojos abiertos, como alerta. Era muy introvertido.

A los 6 años los Equipos de Orientación le hicieron una valoración y diagnosticaron Retraso Madurativo. Le doy la palabra al padre y dice que mejor que hable su mujer. Le insisto al cabo de un rato y él dice que no había visto nada raro en el niño, que es verdad que después del diagnóstico, viendo un video de una visita que hicieron a un Parque natural, cuando Enrique contaba 4 años y medio, se dio cuenta que aleteaba las manos, pero que él nunca se había fijado. A él le parecía un niño normal, callado pero nada más.

De nuevo retoma la conversación la madre y cuenta que ese verano, cuando acabó el colegio, a los 6 años, fueron a Eurodisney. Enrique lo pasó genial, tuvo muchas experiencias nuevas muy emocionantes, pero al volver de allí le subió la fiebre hasta 40º; tuvo una infección que se le fue a la cadera: sinovitis transitoria¹. Tuvo que ir durante una semana de nuevo en la sillita de bebé. La madre dice: *“es como que brotó”* *“hablaba con todos los que se cruzaba, sin ton ni son, abrazaba, no discriminaba”*.

¹ La sinovitis transitoria es una inflamación del tejido sinovial de causa desconocida aunque se relaciona con infecciones inespecíficas de vías respiratorias u otitis, y con traumatismos, caídas o golpes principalmente. Se caracteriza por dolor en la cadera, ingle o muslo, provoca cojera, a veces se acompaña de fiebre, dura, de media, 10 días y el tratamiento es reposo hasta que cede el dolor y se recupera la movilidad, a veces antiinflamatorios también.

Le llevaron a un neurólogo privado quien les dijo que el niño estaba muy excitado, que tenía TDAH, pero que mejor no lo dijeran en el colegio (supone que para no discriminarle). Le llevó a una Asociación de Santander de TDAH y allí le dijeron que no era TDAH. Posteriormente le llevaron a la clínica privada y allí le diagnosticaron TEA, a la edad de 7 años.

El padre toma de nuevo la palabra y dice que cuando Enrique está muy angustiado a veces se golpea la cabeza y se araña; últimamente llora, y él piensa que el llanto es otra manera de descargar la angustia, pues cuando finalmente rompe a llorar se calma.

El niño se llama como el abuelo materno y como un hermano de la madre que murió en un accidente. El padre dice que a él le gustaba ese nombre y que le pareció que quizá ponérselo al niño sería del gusto de sus suegros y su mujer. La madre explica que ella siempre ha sido de preocuparse mucho por todos, pero cuando su hermano murió tuvo que sostener a sus padres porque se hundieron totalmente y fue muy duro para ella. Cuando nació Enrique, ella tuvo una fuerte depresión que se le hizo más difícil sobrellevar porque no podía permitirse que sus padres la vieran mal, no quería disgustarles más y hacía como que todo iba bien.

Me pregunto qué habrá significado para la madre que su hijo lleve el nombre de su hermano muerto, creo que el padre hace un intento de vivificar a la familia de su mujer poniéndole ese nombre, pero quizás para la madre produjo el efecto contrario. Pareciera que el niño no tuviese un lugar para sí mismo en la familia sino que ocupara el lugar del deseo de los abuelos. Como si fuese una ofrenda sin elaboración del duelo por el hijo muerto.

Enrique es hijo único y nieto único por parte de las dos familias. Los abuelos siempre se han ocupado de él mientras los padres trabajan. Es un niño muy mirado, que ha creado muchas expectativas, especialmente para el abuelo materno pues según palabras de la madre *“es la única razón de su vida”*.

Creo que Enrique ha tenido y tiene demasiadas personas pendientes continuamente de él, tiene que cubrir demasiadas expectativas de demasia-



das personas. Ejemplo de ese estar pendiente continuo es que la madre le llama cada día desde el trabajo una o varias veces, y el abuelo materno le llama cada noche aunque acabe de estar con él.

En el colegio muchos profesores también están pendientes de Enrique así como los niños, para cuidarlo y ayudarlo. Sin embargo me parece que él lo vive como algo muy invasivo.

Tanto a la madre como al abuelo materno les preocupa mucho el tema escolar, que trabaje bien, que se esfuerce, que saque bien las materias, etc. El padre no le da tanta importancia a eso sino a que el niño esté bien y contento.

Tras varias sesiones con Enrique en que la transferencia se va instalando y el niño comienza a abrirse, los padres piden hablar conmigo y me explican que está igual o peor que antes de venir, que ha tenido varias crisis en el colegio y que incluso se ha puesto agresivo con ella también. Con el padre no es tan grave porque sabe cómo parar a tiempo la espiral de angustia en la que Enrique entra a veces. Se sienta a su lado, le habla despacito y le dice que se tome su tiempo para calmarse. La madre, sin embargo, se angustia mucho y no para de hablarle y de explicarle lo que está bien y mal, lo que ha de hacer y no, lo que le tiene que hacer sentirse bien y lo que no.

Al final de esa entrevista me doy cuenta que la han solicitado para cancelar el tratamiento de Enrique, me sorprende pues hasta ese momento había habido buena aceptación del tratamiento y buena relación con ellos. Intentando mantener el tratamiento de Enrique les insisto sobre la pertinencia de que el niño continúe, y finalmente el padre me dice que van a dejarle venir hasta el final del curso escolar, que no vendrá durante el verano porque quieren ver cómo lo pasa sin ir al colegio y me da a entender que después del verano en principio no volverá.

Parece que una vez más la madre ha sucumbido a su angustia y no permite que algo se mueva respecto a su hijo, pero el padre, que es quien generalmente le trae a las sesiones, de nuevo apuesta por la vivificación y sin llegar a contradecir a su mujer, intenta darle la oportunidad al niño.

La orientadora del colegio me informa que la madre les ha pedido una entrevista en la que les ha

expuesto su preocupación por haberles derivado hacia un tratamiento psicoanalítico, del que según sus informaciones no es adecuado para su hijo, incluso puede ser perjudicial. Parece que es la asociación cognitivo conductual a la que asisten quien les ha prevenido de manera tan prejuiciosa contra el psicoanálisis asustando a estos padres². Sin embargo es importante hacer constar que el modo en que niños psicóticos y autistas pueden sacar provecho de la práctica psicoanalítica lacaniana es muy diversa como podemos constatar en las diversas instituciones y en las consultas privadas de muchos psicoanalistas que trabajamos desde esta orientación³.

Las sesiones con Enrique

Durante las primeras sesiones Enrique está muy excitado, deambula continuamente por el despacho preguntando cosas que no parecen que salgan de él sino más bien que son la repetición de frases que él escucha, que dicen otros, como “¿qué tal? bien no?”, “¿Cuánto tiempo dura?, ¿estás bien? ¿Si no? ¿Y yo estoy bien? ¿sí, no?”. Parece que su discurso no tiene nada que ver con él, como si el sujeto no se dejara ver en absoluto, más bien parece un lorito que repite frases de adultos.

También suele canturrear, reír con descontrol, sonreír sin aparente sentido, rumiar en voz baja y dar saltitos.

Desde el primer día coge mis gafas de la mesa, que llevan un cordelillo para colgarlas al cuello y juega

² “La batalla del autismo.” De Eric Laurent. Ed Grama 2013. En pág 18-19: “... En este contexto crítico, la búsqueda de una solución única es una gran tentación. Los métodos conductuales, basados en el aprendizaje repetitivo de conductas predefinidas, encarnan especialmente bien el engaño que constituye el modelo “problema-solución”. El carácter autoritario y reductor de este abordaje educativo es denunciado, en particular, por los “autistas de alto nivel” que manifiestan su hostilidad respecto a la “industria ABA-autismo”. Sus preocupaciones legítimas plantean preguntas fundamentales: ¿qué es aprender? ¿qué es saber? El abordaje psicoanalítico restituye a estas preguntas que nos dirigen los autistas toda su complejidad. En efecto, contienen una demanda: que afrontemos la angustia de la incertidumbre para no caer en las tentaciones autoritarias del modelo único”.

³ En el documental “A cielo abierto” de Mariana Otero tenemos un extraordinario testimonio gráfico de esta forma de trabajo en una institución orientada por el psicoanálisis lacaniano. <http://www.lacasadelaparaula.com/es/mariana-otero-cineasta-la-experiencia-de-a-cielo-abierto-me-ha-permitido-ver-el-mundo-con-otros-ojos/>

con él. Le hace nudos y lo gira en redondo. También se acerca a la ventana y sube y baja el cordel del estor y lo agita formando figuras circulares.

Cada día va al baño y hace cacas. Advertida desde el colegio de los problemas que este tema les ha supuesto (no puede ir solo, no sabe si quiere o no ir, se angustia mucho cuando las cacas caen por la taza, dice que hay brujas, etc.), busco la manera de tratarlo en las sesiones y a sus preguntas sobre si tiene ganas de ir o no, si espera o no, si es mejor que vaya o no, me sitúo en posición de no saber y le digo que sobre su cuerpo sabe él, yo no sé. Le propongo quedarme en la puerta de mi despacho desde la que se ve la del baño y él acepta esa distancia de buen grado, cierra la puerta del baño, algún día se asoma a ver si sigo ahí, y de esta forma cada día se desprende de algo que puede dejar aquí⁴.

Yo procuro responder poco a sus preguntas constantes y cuando insiste, a menudo le digo que no sé, que eso se me da mal, que soy algo torpe, etc. Tampoco respondo a sus pedidos de abrazos o caricias. Si él me besa o me agarra, yo me dejo pero no respondo, únicamente si acaso, sonrío.

En una sesión me habla de cuánto le gusta correr, que va a atletismo y que el sábado tiene una carrera, pero que no le gusta el pitido de salida, que se asusta mucho y le cuesta salir, pero que luego corre muy bien. Le digo “no me extraña, yo también me asustaría porque a mí me sobre-saltan los petardos y los ruidos fuertes”. ¿Ah sí? dice él, ¿a ti también te asustan?, se sorprende y se ríe. En la sesión siguiente me dice que no se asustó del pitido, que salió mucho más rápido que otras veces.

⁴ “El tratamiento del niño autista” Martin Egge. Ed Gredos, Pag169-170:” El objeto anal es para Lacan el objeto por excelencia de la “demanda del Otro”. De hecho desde que el bebé recibe de la madre todo lo que necesita sin que se le pida nada a cambio, con la demanda de mantenerse limpio esto se le da la vuelta: de la demanda al Otro, de ser amado y cuidado, a la demanda del Otro. La madre le pide un don, y -en esto reside la particularidad- en cuanto el niño se lo da, ella lo arroja al inodoro. Así el niño comprende que no es el don en sí mismo lo que interesa a la madre, sino que él haga lo que se le pide.

En los casos de psicosis el objeto anal no entra en juego como don y el niño no responde a la demanda de mantenerse limpio. Al no estar separado del Otro, advierte una presión sobre él que no alcanza a entender. Por eso muchas veces los niños autistas y psicóticos sufren de incontinencia, o bien retienen las heces...“.

El no responder a sus supuestas demandas todo el tiempo y dejarle un hueco por donde pueda aparecer él mismo, le está permitiendo apaciguarse un poco. En una sesión en la que yo le estaba hablando él me pide que me calle y le digo “tienes razón, hoy no paro de hablar”, lo que tiene también un efecto apaciguador.

En otra sesión dice que está cansado porque ha vomitado y se tumba en el diván. Me mira y me dice que si le acaricio, me cuenta que luego va a dormir con su abuela porque sus padres van a ir al cine. Duerme en la cama con su abuela paterna y a ella le gusta mucho acariciarle, me explica, y me vuelve a preguntar si yo quiero acariciarle, le digo que no, que yo estoy aquí para escucharle y para que esté bien, no para acariciarle, que además su cuerpo es suyo.

En la siguiente sesión me dice que ese día no ha ido al cole porque está enfermo de la garganta (realmente está ronco, le cuesta hablar). Se tumba en el diván y me pide que le tape con una manta que tengo al lado. Lo hago y le hablo un rato, pero cuando él se da la vuelta mirando a la pared yo me pongo tranquilamente a escribir. A veces me dice *Hola!* Y me mira, *qué tal?* digo *bien*, el dice *mal*, y rápidamente dice: *bien!* Le digo “aquí también se puede estar mal, incluso se puede hablar de lo que te hace sentir mal, si quieres claro”. “¿Si quiero?” me dice sorprendido. Luego se tapa y destapa la cara con la manta y pregunta si le veo. Entonces se me ocurre introducir algo del juego presencia-ausencia⁵ y voy diciendo: “ahora sí, ahora no, ahora sí, ahora no.” El habla y canturrea bajito, pero insiste en el juego preguntando ¿ahora? Y seguimos *ahora sí, ahora no*. Le gusta, se ríe, pero ahora la risa es alegre, controlada, no su risa habitual de excitación y descontrol. Finalmente me dice, *estoy cansado ¿sabes?* Terminamos la sesión con una calma inusual.

⁵ En “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis” Lacan nos explica que desde que nace, el niño está inmerso en un baño de lenguaje, que incluso antes de nacer ya es hablado, se habla de él y se le habla. El juego de un niño que se esconde y que vuelve a aparecer es un juego vinculado a la captura del sujeto humano por el lenguaje y el par mínimo oposicional se funda, en psicoanálisis, en la presencia-ausencia del Otro, porque siempre que hay una llamada se espera una respuesta ya que la palabra en primer lugar viene del Otro.

Espero con ganas la siguiente sesión a ver si retoma algo de este juego y así sucede. Le noto más tranquilo, menos excitado y sin preguntas reiterativas. Llega, va al baño, luego se tumba en el diván, me pide que le tape con la manta, está en calma, habla poco, pero lo que dice ahora sí parecen producciones propias, que va a ir hoy también a dormir con los abuelos, que el otro día no pudo ir a la carrera porque estaba malo, etc. jugamos un poco al “ahora sí, ahora no”, me pregunta si tengo un peluche y le digo que mire en la caja de los juguetes a ver si hay. Por primera vez se acerca a la caja y la abre (aunque he puesto siempre algún juguete por la mesa o la caja cerca, nunca había pedido nada ni sentido curiosidad por nada de la caja), coge un muñeco de Bob Esponja que es lo más parecido a un peluche que hay en la caja y se tumba con él entre las piernas. Se tapa y me pide si puede estar así un rato más, noto que se toca los genitales, pero que a medida que está más tranquilo tumbado y tapado cede algo de esa excitación en el cuerpo.

Creo que tenemos que trabajar más lo que le pasa en el cuerpo, tratar de poner alguna palabra a esa excitación que le desborda a menudo y le lleva incluso a ponerse agresivo, ayudarlo a construirse un cuerpo⁶. Llevamos tres meses trabajando con una sesión semanal, vamos contra reloj, nos quedan un par de sesiones nada más, pero soy optimista, ya se han producido cambios.

Inclusión de la subjetividad en lo educativo

Tras unas sesiones con Elena, proponemos una reunión entre ella, la orientadora, la PT y el tutor de Enrique para pensar juntos algunas posibles intervenciones.

Así, decidimos hacer un viraje en la relación con los iguales; hablamos con los compañeros de Enrique para invitarles a cambiar la forma de relacionarse con él, que no intenten solucionar ellos la situación de manera sobreprotectora sino que

avisen a un adulto en el caso de que se ponga demasiado nervioso. Respecto a las entrevistas familiares nos proponemos reducir la duración de las mismas y subrayar la información positiva para trasmitírsela a la madre. También facilitamos que el rincón de Enrique tenga elementos significativos para él como un peluche y una manta y no se le censura el uso de la cuerda con la que suele jugar. Vemos la posibilidad de evitar el exceso de información, de explicaciones y preguntas. En relación al contacto físico nos pusimos de acuerdo para que tanto profesores como alumnos mantengamos una distancia conveniente para Enrique.

Con la puesta en práctica de estos cambios se empieza a ver la mejoría de Enrique también en el colegio.

Comentario del caso por Vilma Coccoz

Tiene mucho interés este modo de presentar un caso que refleja el recorrido de un niño en dos ejes, lo educativo y lo analítico. Por un lado, desde la perspectiva de la escuela, se presenta la historia de los fracasos, del malestar que no se resuelve, de las dificultades que se acrecientan a pesar de la buena voluntad y el empeño de los educadores. Es el recorrido desde el punto de vista de las deficiencias en los aprendizajes y de las dificultades en la comunicación, en la relación a los demás. Se nos comenta que, muy tempranamente, a los dos años, se hizo una primera valoración en la que se le calificaba de “dependiente” “retraído”, en la que se dejaba constancia de que “apenas se relaciona y contesta”, detectándose inhibiciones (sin especificar) e inseguridad.

En su paso por Educación Infantil se destaca que no busca el contacto aunque se adapta, estableciendo una buena relación con su maestra. También se refiere que el niño es criado por sus abuelos y que su madre se queja por la diferencia en su comportamiento según se encuentre en el colegio o en casa, le califica de tirano. A pesar del trabajo con la familia, se admite que ha habido una evolución personal y escolar pero “escasa” y que “se muestra descolgado del grupo.” Además, padece enuresis y problemas del sueño. Una nueva valoración le diagnostica retraso madurativo y del lenguaje.

⁶ “No todo sobre el autismo” Neus Carbonell e Iván Ruiz. Ed Gre-dos. Pag: 95: “No se nace teniendo un cuerpo, ni mucho menos sabiendo que se tiene. Más bien se trata de una relación que se va construyendo, especialmente en los primeros años de vida. De manera que, para llegar a tener un cuerpo, es necesario por un lado construir una imagen propia e identificarse con ella y, por otro, ordenar la satisfacción que se obtiene de él”.

El paso a primaria trae consigo un cambio radical, presenta una gran exaltación e inquietud. Entremedias ha conocido Eurodisney y sufrido un acontecimiento traumático, una grave infección. Se tapa los oídos, tiene bloqueos y ausencias. Entre muchos problemas, padece estereotipias, rigidez y ansiedad. No comparte juegos y tiende al aislamiento. Es diagnosticado de TGD y TDH. En segundo de primaria surgen autolesiones, rituales y manías. Profiere “automensajes negativos”. Es diagnosticado de TOC.

En Tercero la situación empeora, y el niño lo percibe con claridad, dice: “no me dejan pensar” “se me está olvidando pensar”, la alteración ansiosa es patente. Lloro con melancolía, se muestra agresivo, luego pide perdón, describen el trastorno del lenguaje en forma de automatismos, reiteraciones, frases interrumpidas, ecolalias y verborrea. No se opera la separación, “se pega” al cuerpo del otro.

Es un resumen del recorrido de Enrique desde los dos hasta los nueve años, multidagnosticado, terapeutizado, hasta el momento en el cual, por fin, sus padres atienden el consejo del colegio y consultan a Elena.

Tenemos también la historia analítica que se inicia en marzo de este año y que toma en cuenta la subjetividad del niño y la de sus padres. En ese momento el diagnóstico es de TEA y está muy medicado.

El retraso que aparece subrayado es, desde el punto de vista del sujeto, un retraso en la incorporación de la estructura que compromete los aprendizajes, la relación con los demás, la dimensión del cuerpo.

El niño no está solo, es un axioma del psicoanálisis: No hay sujeto sin Otro. Sus síntomas están vinculados a su historia particular, y a quienes representan para él el lugar del Otro, el discurso del Otro, las condiciones del Otro, que serán fundamentales en la construcción de su lugar en el mundo. Por eso en primer lugar se refieren sus palabras, intentando situar qué lugar ocupa Enrique para sus padres, qué les llamaba la atención, y la interpretación que ellos hacían de esos signos. Según la madre del pequeño, el niño era introvertido, estaba alerta, con los ojos muy

abiertos. El padre no había visto nada raro hasta los cuatro años y medio, cuando se percató de que aleteaba. Le parecía callado, pero normal.

La visita a Eurodisney marcará un antes y un después, quedando asociada a una afección grave que afectó su movilidad al punto de que “tuvo que ir en la sillita de pequeño.” El exceso de excitación que experimentó en la visita generó un cambio en su comportamiento: abandonó el retraimiento, “como si hubiera brotado, hablaba con todos, abrazaba, no discriminaba”, dice la madre. La identificación masiva a la figura de un doble representado por los personajes Disney que abrazan y hablan con todos, es patente.

El niño tiene el mismo nombre que su abuelo y un tío muerto. Su madre lo ha pensado como ofrenda, como consuelo para sus padres, destinado a darles la vida. Este lugar tiene una vertiente de sacrificio, al que ella también se consagra. El exceso de mirada y de cuidados conlleva el deber cumplir con “demasiadas expectativas” y le destina a un lugar de objeto.

En el colegio también, muchos profesores están pendientes de él. Elena detecta que Enrique tiene una vivencia de invasión, de intrusión. Seguramente es la causa de su agitación, de que no pueda parar. De entrada se evidencia la alteración de la función de la palabra. El cambio se inicia cuando el niño se interesa por un objeto de Elena, sus gafas, más concretamente, el cordelillo, al que hará girar en redondo. También hará formas circulares con el cordel del estor. Por un lado muestra su posición, de sujeto “congelado”, que no puede avanzar, es el que gira en redondo, y, por otro, anuncia que, en el trabajo con Elena, se tratará de un anudamiento, como nos ha enseñado Lacan, que tiene el valor de una escritura y permite una regulación de la subjetividad, hasta ese momento, extraviada, errática.

La posibilidad de cavar un objeto en el Otro, de quitarle algo, de producir un vacío allí donde sólo hay excesos, induce la cuestión de su relación con el objeto anal. Lentamente se va operando una separación del objeto, “cada día se desprende de algo que puede dejar ahí”, aceptando la buena distancia y cerrando la puerta. Así se constituye el perímetro de su intimidad.



El establecimiento de la transferencia analítica es muy claro en este pasaje, porque supone una operación sobre la pulsión, sobre el goce. Elena “se sitúa en posición de no saber” y le propone una solución en la que se implica pero manteniendo una posición determinada, de reserva; se queda en la puerta del despacho, absteniéndose de mirarlo.

Después tendrá lugar la primera conversación acerca de los pitidos y ruidos en la que se manifiesta una simetría entre ellos que alivia y divierte al niño. No sólo eso, en la sesión siguiente dirá que ese diálogo tuvo un efecto terapéutico, luego ya no se asustó. En esta conversación se va creando el “hueco para que pueda aparecer el sujeto”, como dice Elena, que responde al niño sin clausurar sus preguntas. Y cuando el sujeto la convoca a un lugar de goce, ofreciéndose en la transferencia como objeto, como consuelo, ella le responde “yo estoy aquí para escucharte y para que estés bien, además, tu cuerpo es tuyo.” Se opera así un tratamiento del goce desde la ética analítica, el sujeto advierte que no está condenado a ser un objeto para el Otro.

El efecto de tranquilidad que ocasiona esta intervención es inmediato. Y la alegría y sorpresa al ser considerado un sujeto de deseo, una novedad que le sorprende: Elena le dice que “puede hablar... si quiere.” La abstinencia de cualquier imperativo promueve la primera demanda de cobijo, de protección, que va a la par de la conquista del par presencia-ausencia, el germen del registro simbólico según nos enseñó Freud en su texto *Más allá del principio del placer*. A lo que se añade la temporalidad: “ahora sí-ahora no”. Una primera alternancia que distingue “sí” y “no” allí donde antes había indiferenciación, no había corte, como en una banda de Moebius sin derecho ni revés.

Ahora Enrique puede reír, ya no con una risa loca, inmotivada, sino como el afecto placentero del diálogo, de la humanización, del juego en el que puede participar. Entonces, también, puede llegar a decir que está cansado.

La vez siguiente tendrá lugar su primer relato y la primera demanda de un objeto, un peluche, con el cual se toca los genitales, pero debajo de la manta, mostrando que se ha instalado en él

el sentimiento del pudor. Pide estar un poco más así, hasta que se queda tranquilo, y la agitación erotizada desaparece. El ha encontrado, por fin, un lugar de reposo, donde puede darse un respiro. En tres meses los cambios son notables. El intercambio con el colegio ha permitido tomar en cuenta la necesidad de una pausa, de un momento de silencio, un intervalo “bajo la manta” para poder continuar. Entonces se verifica que la inclusión de la subjetividad en la educación permite construir estrategias de cuidado, que el intercambio entre el colegio y Elena propicia una nueva mirada sobre Enrique.

Contacto

Elena Esther Gómez Santoyo
C/Lealtad 14, 4^º-2^ª • 39002 Santander
gomezsantoyoelenaesther@gmail.com
Móvil: 687 811 092

Bibliografía

- Laurent E. La batalla del autismo. Ed Grama, 2013.
- Otero M. “A cielo abierto”. 2013. http://www.acielouvert-lefilm.com/p/le-film_17.html
- Egge M. “El tratamiento del niño autista”. Ed Gredos, 2008.
- Carbonell N, Ruiz I. “No todo sobre el autismo”. Ed Gredos, 2014.
- Recibido: 15/4/2016.
- Aceptado: 9/7/2016.

El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general.

Stigma towards people with mental illness in general hospital health professionals.

Huurma Gil Santiago a,b, Marta Winter Navarro a,c, Petra León Pérez a,c, Elena Navarrete Betancort a,c

a. Gerencia Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España, b. Psicóloga Clínica, c. Psiquiatra.

Resumen

Introducción: el estigma hacia las personas con enfermedad mental repercute negativamente en la recuperación. No sólo está presente en la población general sino entre los profesionales sanitarios. En los últimos años ha aumentado el interés por este complejo fenómeno y la reducción del mismo se incluye en estrategias de salud mental nacionales e internacionales.

El objetivo de este trabajo es estudiar, el estigma y las variables implicadas, en el personal sanitario del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Material y método: se seleccionó una muestra de 160 trabajadores, representativa de los estamentos profesionales; se elaboró un cuestionario de veinte ítems para estudiar las actitudes de los profesionales hacia los pacientes con enfermedad mental. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

Resultados: el 43% de los encuestados opinó que los pacientes con enfermedad mental son más violentos que otras personas, el 54% que son más impredecibles; el 71% manifestó sentir incomodidad al tratarlos y el 37% consideró que deben ser tratados en centros específicos para ellos. Los estereotipos, prejuicios y distancia social estudiados se relacionaron y explicaron entre sí significativamente. La edad, el nivel de estudios y la cercanía a personas con enfermedad mental se suman a las variables explicativas de las actitudes estigmatizantes.

Conclusiones: el estigma hacia las personas con enfermedad mental, presente también entre los profesionales sanitarios, supone que las intervenciones orientadas a reducirlo se dirijan a este sector profesional como grupo diana, considerando los factores de riesgo y protección implicados.

Palabras clave: estigma, enfermedad mental, profesionales sanitarios.

Agradecimiento a los profesionales del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín que han participado voluntariamente en este estudio.

No se ha recibido financiación. No existe conflicto de intereses.



Abstract

Background: the stigma against people with mental illness negatively affects recovery. It is not only present in the general population but among health professionals. In recent years it has increased interest in this complex phenomenon and reducing it is included in national and international mental health strategies. The aim of this work is to study the stigma and the variables involved in the health professionals of the University Hospital of Gran Canaria Dr. Negrin.

Methods: A randomized group of 160 workers of the University Hospital of Gran Canaria Dr. Negrin, was selected, representing the different professional hierarchies within the hospital; a questionnaire of twenty items was developed to study the attitudes of professionals towards patients with mental illness. The results were analyzed using the statistical program SPSS 15.0.

Results: 43% of respondents believed that patients with mental illness are more violent than people without it, 54% considered that they are more unpredictable; 71% manifested feelings of discomfort when treating them. 37% believed that people with mental disorders should not be treated in general hospitals, but in specific centres. The stereotypes, prejudices and social distance studied were related and explained each other significantly. Age, educational level and closeness to people with mental illness are added to the explanatory variables for stigmatizing attitudes.

Conclusions: Stigma against people with mental illness, also present among health professionals, means that interventions to reduce it should take this professional sector as a target group, considering the risk and protective factors involved.

Key words: Stigma, mental illness, health professionals

Introducción

Aunque la preocupación por las actitudes discriminatorias hacia las personas que padecen enfermedades mentales no es algo nuevo en el marco de la atención comunitaria en salud mental, en la actualidad la disminución del estigma ocupa un lugar preferente en las recomendaciones y estrategias en salud mental de distintos organismos internacionales, nacionales y locales^{1,2,3}.

La estigmatización dificulta la recuperación y la integración social de los pacientes en tanto que disminuye considerablemente sus posibilidades reales de acceder a un empleo, disponer de vivienda, mantener relaciones sociales y, en general, utilizar los distintos recursos de la comunidad. Un estudio realizado por la Comisión Europea llama la atención sobre cómo en toda Europa, los pacientes con enfermedad mental reciben un trato discriminatorio frente a los pacientes con otro tipo de enfermedades. En comparación con éstos, reciben menos atención para sus problemas de salud física y no se respeta suficientemente su derecho a recibir información adecuada sobre su enferme-

dad y tratamiento. Asimismo, los pacientes con patología mental merecen, con frecuencia, menos credibilidad que otros pacientes, resultando atribuidas sus quejas a problemas psicológicos^{6,7}. En este sentido, varios estudios han encontrado que los médicos de familia^{8,9} son influidos en su práctica asistencial por los diagnósticos de depresión y esquizofrenia, mostrándose menos propicios a diagnosticar una enfermedad médica cuando un paciente padece depresión¹⁰ y manifestando ciertas dificultades en el seguimiento del paciente con esquizofrenia⁹ al igual que ocurre con enfermería en Atención Primaria⁸. El hecho de padecer un trastorno psíquico puede ser, en ocasiones, la causa de que los pacientes no puedan recibir algún tipo de tratamiento. Levenson y Oldbrisch¹¹, por ejemplo, informan de que dos de cada tres equipos de trasplante renal en los EE.UU. consideran la esquizofrenia y los antecedentes de trastorno afectivo una contraindicación para este tipo de intervención. Por tanto, las creencias y actitudes estigmatizantes no sólo se encuentran en la población general sino que también aparecen entre los profesionales sanitarios^{12,13,14}.

La estrategia en salud mental del sistema nacional de salud¹ recomienda la realización de intervenciones dirigidas a reducir el estigma entre los profesionales de la salud. Para erradicar el estigma asociado a las personas con trastornos mentales, los distintos organismos nacionales e internacionales incluyen, entre sus recomendaciones, la existencia de normas dirigidas a fomentar su integración en los centros asistenciales y las intervenciones en diversos sectores de la población, como empresarios, agentes sociales, escolares, medios de comunicación, asociaciones familiares y profesionales de la salud.

El objetivo de este trabajo es estudiar si existen actitudes estigmatizantes hacia los pacientes con enfermedad mental entre el personal sanitario del hospital y conocer qué variables pueden explicarlo, como paso previo al desarrollo de un programa destinado a reducir el estigma.

Material y método

Se seleccionó una muestra de 160 profesionales sanitarios de los distintos servicios (centrales, médicos, quirúrgicos, intensivos y de urgencias), representativa de los estamentos profesionales: 67 enfermeros, 58 auxiliares y 35 médicos.

Los criterios de inclusión de los encuestados fueron ser profesionales sanitarios del hospital y aceptar responder al cuestionario de forma voluntaria y anónima. El único criterio de exclusión fue pertenecer al Servicio de Psiquiatría, considerando que forman un grupo diferente dado su mayor grado de conocimiento y contacto con personas con la enfermedad mental¹⁷⁻²⁰.

Se elaboró un cuestionario ad-hoc, de fácil cumplimentación, autoaplicado, compuesto por veinte ítems, con respuesta cerrada de elección múltiple, diseñado para recoger información de estas tres categorías: datos sociodemográficos y de filiación, incluyendo edad, sexo, nivel educativo, profesión y servicio médico de pertenencia; presencia o ausencia de persona cercana con enfermedad mental y actitudes hacia personas con enfermedad mental, considerando las dimensiones cognitiva (estereotipos), emocional (prejuicios) y conductual (distancia social o discriminación).

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 15.0.

Resultados

La media de edad de la muestra es de 39.4 ± 9.2 años y está compuesta por un 56.4% de mujeres y un 43.6% de hombres. Los encuestados no respondieron a la pregunta sobre el servicio médico de pertenencia, por lo que esta variable no pudo incluirse en el análisis estadístico.

En primer lugar se calcularon los porcentajes de respuesta a los ítems, quedando reflejados en la tabla 1 los datos relativos a estereotipos. En segundo lugar, se estudiaron las asociaciones por medio del test X^2 y, partiendo de las asociaciones significativas, se analizó qué variables podían explicar las respuestas estigmatizantes. Para esto se utilizaron técnicas de regresión logística binaria con criterio de selección por pasos, que permiten obtener modelos explicativos parsimoniosos. En la tabla 2 se presentan los modelos finales, junto a las variables que quedaron excluidas en cada uno de los modelos. A continuación, se presenta los datos en función de las dimensiones del estigma.

Estereotipos:

Un amplio porcentaje de profesionales sanitarios manifestó que a lo primero que asocia el concepto de enfermedad mental es a la esquizofrenia o a la depresión. El 43% respondió que las personas con enfermedad mental son más violentas que los demás pacientes y que la población general y el 54% que son más impredecibles. Las expectativas de violencia y de impredecibilidad guardaron una estrecha relación entre sí ($p=0.034$). Los profesionales que consideraron a las personas con enfermedad mental más impredecibles y violentas ($n=42$), frente al grupo que las considera iguales ($n=49$), se caracterizaron por tener menor contacto con personas con enfermedad mental (21.4% frente a 42.9%, $p=0.30$) y por considerar, en mayor medida, una mala evolución de la enfermedad mental (35.7% frente a 16.3%, $p=0.34$).

Prejuicios:

El 71% manifestó sentimientos de incomodidad cuando tiene que tratar a un paciente con enfermedad mental, lo cual resultó explicado, en parte, por la creencia de que estos pacientes son más violentos que el resto de personas. El 30% de los profesionales afirmó que ante los



pacientes con enfermedad mental experimentan sentimientos distintos que con el resto de pacientes. El 21% reconoció sentir temor, el 5% rechazo, manifestando compasión el 40% y curiosidad el 16%.

Distancia social deseada en el ámbito sanitario:

El 63% de los encuestados respondió que los pacientes con enfermedad mental deben ser tratados al igual que el resto de pacientes, por los especialistas adecuados en los centros de salud y hospitales generales. Un 37% de los profesionales manifestó que deben ser tratados en centros específicos para ellos. Las variables que mejor explicaron esta respuesta de distancia social fueron: por un lado, creer que los pacientes con enfermedad mental no son igual de predecibles que el resto de la población, y por otro, la profesión y nivel de estudios (significativamente asociada a la profesión), resultando factores protectores tener estudios universitarios y ocupar el puesto de médico.

Distancia social deseada fuera del ámbito sanitario:

El 37% de los profesionales de la muestra manifestó que no le daría empleo a una persona con enfermedad mental. Las variables que mejor lo explicaron fueron: la edad, resultando que las personas de más de 40 años mostraron mayor distancia social en esta área; no tener contacto cercano con personas con enfermedad mental y creer que una persona con enfermedad mental es más violenta o impredecible que otras. El 28% de los profesionales contestó que no querría tener a una persona con enfermedad mental como vecino. Entre los que tenían a una persona cercana con enfermedad mental, la variable que mejor explicó esta respuesta fue considerar que son más violentos y, entre los que no tenían a una persona cercana con enfermedad mental, fue el sentimiento de incomodidad. El 20% de los encuestados respondió que no tendría a una persona con enfermedad mental como amigo, resultando la variable que mejor explicó esta respuesta, el hecho de experimentar, hacia los pacientes con enfermedad mental, sentimientos diferentes a los que tienen hacia los demás pacientes.

En nuestro estudio, las actitudes descritas se encuentran relacionadas entre sí. De este modo, los profesionales que se muestran favo-

rables a tener a una persona con enfermedad mental como amigo, también se muestran más favorables a tenerlo como vecino (60% por 20%, $p < 0.001$) y la disposición a darle empleo se triplica en aquellos que se muestran favorables a tenerlos como vecino (72.1% por 43.2%, $p < 0.001$) o como amigos (69.3% por 38.7%, $p = 0.002$). Esta asociación es similar en los tres estamentos profesionales.

Tabla 1. Estereotipos en las respuestas al cuestionario

VARIABLES ESTUDIADAS	% (n)
Enfermedad mental prototípica	
Esquizofrenia	34
Depresión	34
Trastorno Bipolar	18
Trastornos de ansiedad	13
Enfermedad mental de mayor gravedad	
Esquizofrenia	65
Otros diagnósticos de psicosis	24
Trastornos del estado de ánimo	10
Trastornos de ansiedad	6
Evolución de la enfermedad mental de mayor gravedad	
Nunca se recuperan a pesar de tratamiento	24
Periodos de remisión con recaídas	71
Remisión completa	5
Causas de la enfermedad mental	
Factores psicosociales	3
Factores biológicos	22
Ambos factores influyen	75
Expectativas ante personas con enfermedad mental	
Más violentos	43
Igual de violentos	55
Menos violentos	3
Más impredecibles	54
Igual de impredecibles	34
Menos impredecibles	12

Tabla 2. Modelos explicativos de actitudes estigmatizantes

Variable estudiada (%varianza explicada)	OR (IC 95%)	P
Variables explicativas		
1. Expectativa de incurabilidad (8%)		
Expectativa de violencia	3,2 (1,47-6,97)	←0,01
2. Expectativa de violencia e impredecibilidad (20%)		
Tener persona cercana con enfermedad mental	0,2 (0,66-0,62)	←0,01
Expectativa de incurabilidad	5,4 (1,65-17,67)	←0,01
3. Incomodidad en el trato (7%)		
Expectativa de violencia	3,03 (1,39-6,59)	←0,01
4. No desear a persona con EM como vecino (10%)		
Incomodidad	4,7 (1,72-12,99)	←0,01
5. No desear a persona con EM como amigo (8%)		
Sentimientos diferentes ante persona con EM	0,2 (0,06-0,75)	0,06
6. No desear a persona con EM como empleado (21%)		
Ser mayor de 40 años	3,5 (1,67-7,35)	←0,01
No tener persona cercana con enfermedad mental	0,4 (0,16-0,89)	0,03
Expectativa de impredecibilidad y violencia	3,2 (1,46-7,13)	←0,01
7. Conveniencia de tratar a las personas con EM fuera del Hospital general (22%)		
Expectativa de impredecibilidad	2,1 (1,0-4,4)	0,05
Ocupar puesto de enfermero	10,4 (2,3-47,7)	←0,01
Ocupar puesto de auxiliar clínico	20,9	←0,01

En la primera columna, el % de varianza de la variable dependiente está explicado según R de Nagelkerke. En la segunda columna, el Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza (IC) al 95% y en la tercera columna, p= grado de significación. EM= Enfermedad Mental.

Nota: variables consideradas para el modelo explicativo de las distintas variables dependientes (VVDD) que no han entrado en la ecuación final:

- “Sexo” y “Nivel de estudios” en todas las VVDD y “Edad” en todas las VVDD excepto la 1.
- “Tener a una persona cercana con enfermedad mental” en las VVDD 1 y 7.
- “Incomodidad” en la VD 7.
- “Expectativa de violencia” en las VVDD 4, 5, 6 y 7.

- “Expectativa de impredecibilidad” y “Expectativa de incurabilidad” en VVDD 3, 4, 5 y 6.

- “Expectativa de impredecibilidad” y “Sentimientos diferentes ante persona con EM “ en la VD 1.

Discusión

Encontramos que entre los profesionales sanitarios existe también actitudes negativas hacia las personas con enfermedad mental, en consonancia con otros estudios^{7,12,13,19}. Los profesionales encuestados contestaron a todos los ítems excepto al servicio médico de pertenencia, probablemente en relación al deseo de extremar la confidencialidad de sus respuestas²⁰. La enfermedad mental resultó asociada a impredecibilidad, violencia²¹ e incurabilidad, así como a incomodidad, temor y, en menor grado, rechazo, lo cual aparece relacionado con la visión,



descrita en la bibliografía, de desorganización y deterioro^{7,12,14,22}. El tipo de trastorno mental y la gravedad atribuida modificaba las actitudes de los profesionales, coincidiendo con otros estudios²⁴. La esquizofrenia fue considerada la enfermedad mental más grave y de peor evolución, lo cual, acorde a lo descrito por otros autores, supone que sea una de las enfermedades mentales más estigmatizadas^{25,26,27}. A esto se une que la esquizofrenia, junto con la depresión, fue la primera enfermedad en la que los profesionales sanitarios encuestados declararon pensar cuando oían que alguien tenía un trastorno mental. Parece importante subrayar la necesidad de conocer el efecto del diagnóstico y la indispensable cautela al emitirlo, ya que este instrumento de comunicación interprofesional tiende a disparar estereotipos¹¹, prejuicios y discriminación de manera independiente al comportamiento real de las personas que lo presentan. En ocasiones, además, se hace un uso erróneo del diagnóstico, transmitiendo que la enfermedad engloba a la totalidad de la persona (en expresiones como que un paciente “es” esquizofrénico), lo que puede propiciar actitudes como la invalidación de los síntomas físicos que presentan²⁸.

En cuanto a la distancia social deseada de los profesionales ante las personas con enfermedad mental en diferentes roles de la comunidad, como vecino y empleado, nuestro estudio concuerda con otros, encontrando que la discriminación parece aumentar cuando la situación implica mayor presencia de intereses personales³⁰. Este trabajo apunta a considerar como factores de riesgo para actitudes discriminatorias el tener menor nivel de estudios y mayor edad, en consonancia con la bibliografía revisada, que señala una menor distancia social deseada en personas con mayor nivel cultural y menor edad^{3,22,29,30,31}. Así mismo, los datos apuntan a considerar como factor de protección ante actitudes estigmatizantes el tener a una persona cercana con enfermedad mental, coincidiendo con la bibliografía, que indica que las actitudes más positivas hacia el grupo estigmatizado se presentan en las personas con mayor contacto personal con dicho grupo^{14,23,32}.

En cuanto al tratamiento de los pacientes con enfermedad mental en el hospital general⁷, sin embargo, los resultados contrastan con los de otros estudios revisados³³. Encontramos que un porcentaje importante de los profesionales encuestados no se muestra favorable a que los pacientes con enfermedad mental reciban atención en un hospital general como el resto de los pacientes, considerando conveniente su tratamiento en centros específicos. Esta cierta inclinación hacia la institucionalización, lamentablemente, se aleja del marco de la atención comunitaria en salud mental, explicado por autores de relevancia³⁴ y de amplio consenso en la comunidad científica. Resulta importante no olvidar que el estigma y la reclusión guardan una relación circular, ejerciendo un negativo refuerzo recíproco que obstaculiza los objetivos de la recuperación.

La complejidad del fenómeno del estigma, tal y como nos enseña la psicología social, depende de dinámicas sociales generales cuyos factores aún no se conocen suficientemente, produciéndose cambios lentos que inicialmente sólo afectan a la dimensión cognitiva³⁵. El estigma hacia las personas con enfermedad mental presenta importantes repercusiones negativas³⁶, ya que reduce las oportunidades y la calidad de vida de los pacientes^{37,38,39}. Por ello, nos unimos a los distintos organismos nacionales e internacionales al considerar que su reducción es un objetivo indispensable en la recuperación e integración de las personas con enfermedad mental. Resulta necesario realizar intervenciones dirigidas a la lucha contra el estigma, considerando los factores implicados en el fenómeno y teniendo presentes a los profesionales sanitarios como un grupo diana, ya que el estigma en ámbitos sanitarios puede repercutir en una atención insuficiente a los problemas físicos de salud o una asistencia inadecuada^{12,40,41,42}. Es fundamental promover el reconocimiento del paciente como persona, no como individuo perteneciente a un grupo, para lograr una asistencia sanitaria efectiva y digna^{43,44}.

Correspondencia:

Hiuma Gil Santiago • hiurmags@gmail.com • Tel.: 679 854 056
Barranco de la Ballena, s/n • 35010 Las Palmas de Gran Canaria, España

Bibliografía

1. Gómez M. (coord.) Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2007.
2. Plan de Salud de Canarias 2004-2008. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad.
3. Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*. 2007; 19(2): 137-155.
4. Desai MM, Rosenheck RA, Druss BG, Perlin JB. Mental disorders and quality of diabetes care in the Veterans Health Administration. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159 (9): 1584-1590.
5. Marsh A, Sahin-Dikmen M. The European Opinion Research Group (EEIG) for the European Commission Directorate General Employment and Social Affairs. Discrimination in Europe. Euro-baromètre 57.0 [revista electrónica]. Mayo 2003. Disponible en: <http://ec.europa.eu/public.opinion/archives/ebs/ebs.168.exec.sum.en.pdf>
6. Wright S, De Ponte D. Updates. Pull yourself together! A survey of the stigma and discrimination faced by people who experience mental distress. London. The Mental Health Foundation; 2000.
7. Liggins J, Hatcher S. Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *General Hospital Psychiatry*. 2005; 27: 359-364.
8. Arrillaga M, Sarasqueta E, Ruiz M, Sánchez A. Actitudes del personal sanitaria de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Aten Primaria*. 2004; 33(9):491-5.
9. Lawrie SM, Martin K, McNeill G, Drife J, Chrystie P, Reid A et al. General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychol Med*.1998; 28:1463-7.
10. Graber M, Bergus G, Dawson J, Wood GB, Levy BT, Levin I. Effect of a patient's psychiatric history on physicians' estimation of probability of disease. *J Gen Intern Med*. 2000; 15: 204-6.
11. Levenson JL, Oldbrisch ME. Psychosocial evaluation of organ transplant candidates. *Psychosomatics*. 1993; 34: 314-23.
12. Filipic I, Pavicic D, Filipic L, Begić D, Grubisin J, Dordević V. Attitudes of Medical Staff Towards the Psychiatric Label "Schizophrenic Patient" Tested by an Anti-Stigma Questionnaire. *Coll. Antropo*. 2003; 1:301-307.
13. Björkman JT, Angelman T, Jönsson M. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand J. Caring Sci*. 2008; 22 (2): 170-7.
14. Corrigan P. y Watson A. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002; 1 (1): 16-20.
15. Scott DJ, Phillip AE. Attitudes of psychiatric nurses to treatment and patients. *British Journal of Medical Psychology*. 1985; 58: 169-173.
16. Mavundla TR and Uys LR. The attitudes of nurses towards mentally ill people in a general hospital setting in Durban. *Curationis*. 1997; 20(2): 3-7.
17. Brinn F. Patients with mental illness: general nurses' attitudes and expectations. *Nursing Standard*. 2000; 14(27), 32-36.
18. Bayar MR, Poyraz BC, Aksoy-Poyraz C et al. Reducing mental illness stigma in mental health professionals using a web-based approach. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2009; 46 (1): 226-230.



19. Aydin N, Yigit A, Inandi T, Kirpinar I. Attitudes of hospital staff toward mentally ill patients in a teaching hospital, Turkey. *The International Journal of Social Psychiatry*. 2003; 49: 17-26.
20. Hori H, Richards M, Kawamoto U, Kunugi H. Attitudes towards schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrists: a web-based survey in Japan. *Psychiatry Research*. 2011; 183-189.
21. Arboleda-Flórez J. Considerations on the stigma of mental illness. *Can J Psychiatry*. 2003; 48: 645-50.
22. Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness: a review and critique. *Journal of Mental Health*. 1997; 6(4), 345-354.
23. Murkherjee R, Fialho A, Wijetunge A, Chencinski K, Surgenor T. The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatric Bulletin*. 2002; 26:178-181.
24. Gaebel W, Zäske H, Baumann E. The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006; 113 (429): 41-45.
25. Angermeyer, M. From intuition to evidence-based anti-stigma interventions. *World Psychiatry*. 2002; 1 (1): 21-22.
26. Angermeyer M, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003; 108: 304-309.
27. Magliano L, De Rosa C, Fiorillo, A, Malangone C, Guarneri M, Marasco C et al. Beliefs of Psychiatric Nurses about Schizophrenia: a comparison with Patients' Relatives and Psychiatrists. *Int. J. Soc. Psychiatry*. 2004; 50 (4): 319-330.
28. Arvaniti A, Samakouri M, Kalamara E, Bochtsou V, Bikos C, Livaditis M. Health service staff attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009; 44: 658-665.
29. Jones S, Howard L, Thornicroft G. Diagnostic overshadowing: worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scand*. 2008; 118: 169-73.
30. Ylla L, Ozamiz A, Guimon J. Sociedad, cultura y actitudes hacia la enfermedad mental. *Psiquis*. 1982; 3:30-44.
31. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006; 113: 163-179.
32. Peris, TS, Bethany A. Teachman, BA and Nohse, BA. Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness: links to clinical care. *J Nerv Ment Dis*. 2008; 196 (10):752-60.
33. Lauber C, Anthony M, Ajdacic-Gross V, Rössler W. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*. 2004; 19: 423-427.
34. Thornicroft G, Tansella M. What are the arguments for community-based mental health care? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. 2003 [accedido 29 August]. Disponible en: www.euro.who.int/document/E82976.pdf
35. Núñez de Arco J, Zapata R. Actitudes hacia la enfermedad mental entre el personal de un hospital psiquiátrico penitenciario. *An. Psiquiatria*. 1994; 10 (6): 242-247.
36. Ruiz MA, Montes JM, Correas J, Álvarez C, Mauriño J, Perrino C. Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012; 5(2):98-106.
37. Angermeyer M. From intuition to evidence-based anti-stigma interventions. *World Psychiatry*. 2002; 1 (1): 21-227.
38. Penn D., Couture S. Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness. *World Psychiatry*. 2002; 1 (1): 20-21.
39. Corrigan P. Target-specific stigma change: a strategy for impacting mental illness stigma.

- Psychiatry Rehabilitation Journal. 2004; 28 (2): 112-21.
40. Ahmedani BK. Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. J Soc Work Values Ethics. 2011; 8(2): 4-1--4-16.
41. Gassman RA, Demone HW, Albilal R. Alcohol and other drug content in core courses: encouraging substance abuse assessment. Journal of Social Work Education. 2001; 37(1): 137-145.
42. Tam TW, Schmidt L, Weisner C. Patterns in the institutional encounters of problem drinkers in a community human services network. Addiction. 1996; 91(5):657-670.
43. Sartorius N. Iatrogenic Stigma of Mental Illness. Begins with Behaviour and Attitudes of Medical Professionals, Especially Psychiatrists. British Medical Journal. 2002; 324: 1470-1471.
44. Laviana M. La atención a las personas con Esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. Apuntes de Psicología. 2006; 24: 354-373.

- Recibido: 25/5/2016.
- Aceptado: 29/6/2016.



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

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



PRE-OCUPACIONES

En mi sorpresa descubro la fantasía.

To my surprise I discovered fantasy.

Patricia Sánchez Benito

Técnica en intervención social. Bilbao.



Resumen: Reflexión del acercamiento del educador social a las terapias corporales y artísticas en su propósito de guiar en procesos educativos. Este texto, pretende aproximar el trabajo diario de un educador social en intervención directa. Para ello, es necesario explicar con un lenguaje que llegue y cercano, cómo la expresión de nuestra práctica y la intercesión de las terapias corporales y artísticas, son herramientas coadyudantes en los procesos vitales que acompañamos. Para poder apoyarme en la explicación, apporto reflexiones en dos direcciones, ya que abordo un diálogo entre ambas partes, que de alguna forma conversan de manera singular: hacia el “paciente” al que acompañas, y hacia el “educador social” que tutoriza el proceso individualizado.

Palabras clave: Educador social, reflexiones, diálogo, paciente (1), formas de expresión, terapias corporales y artísticas, procesos vitales.

Abstract: The aim of this text is to approximate the daily work of a community worker in direct action. Thus, it is very important to explain with a familiar and understandable language, how the expressing of our practice, and the mediation of the artistic and body therapies, are helping tools in the life processes that we accompany. In order to explain this properly, I am going to share reflections in to directions, considering that I deal with a dialogue between the two parts, who somehow talk in a special way: the ‘patient’ that you accompany, and the community worker, who guides the personalized process.

Key words: community worker, reflection, dialogue, patient (1), forms of expression, artistic and body therapies, life processes.

Reflexiones y presentación de la figura del educador social

Cuando me presento socialmente y me preguntan por mi profesión, he de decir que tanto en entornos cercanos como laborales, podría aproximar la siguiente práctica escénica:

- ¿A qué te dedicas?

- Yo soy educadora social...

- A lo que se crea siempre el comentario de designarnos como herramienta humana que trabaja con material de frágil fractura. Es tan subjetivo, que definir sus funciones se hace difícil sino tiene un marco o perfil con el que intervenir. Así, son tantos los colectivos que la demandan como dificultades de inserción social existen. Es algo que nos suena a todos los mortales según se potencia una regla muy sencilla: Cuanto más en contacto te encuentres



en la necesidad, más te encuentras o te sientes en exclusión social.¹

Como siempre, el aprendizaje y la creatividad nacen de la pura necesidad o carencia, en el grado que sea, y en la percepción que sea, considerando como problema, aquel que te invada en mayor o menor medida.

- Y a la pregunta, ¿Pero y tú qué sabes hacer? o “¿Cómo me defines lo que haces?” podríamos responder....Pues entre mis saberes están el saber un poco de mucho, o mucho y a pocos, ya que si desmembramos las áreas en las que se compone una persona, existen tantas, como vivencias individuales y situaciones en las que te ves en la vida. Como diría un compañero mío “No por saber hacer un pastel, eres pastelero” sin embargo el pastelero debe detectar los elementos que hacen que un pastel suba, es lo que define su profesión.

¿Quiénes se salvan de sufrir una necesidad? Podríamos decir que nadie. Nadie es tan prepotente como para verbalizarlo, así como tampoco debería existir nadie, tan valiente como para comprometerse a ello.

Durante mis 12 años en la profesión, he recopilado muchas vivencias por lo que aprendes a desarrollar un sentido cada vez más agudo en el campo de la percepción, planificación y resultado de ciertas conclusiones que por gracia o desgracia tienes que aprender a contemplar, esperar, o jugar, en función de los diferentes agentes existentes, reduciendo los riesgos y los daños que puedan comportar éstos en tu persona y en la persona que te invita a acompañarla.

Con el tiempo y el vínculo, aprendes a dialogar y entenderte de una forma permitida dentro de nuestra relación, por ello que en ocasiones la intervención de cada profesional se haga propia. Por otro lado, tu persona como único agente interventor es insuficiente para albergar tantas

áreas de conocimiento coexistentes en un único individuo. Nosotros ponemos nuestra mirada en el comportamiento que observamos, el resto de áreas deben ser codirigidas con otros profesionales a los que el cliente demanda o puede tener acceso en la red socio-sanitaria según necesite.

Así, podemos extrapolarlos a ser la figura del educador social como una herramienta coadyudante como también lo son, la utilización de las terapias corporales y artísticas en el proceso individualizado y genuino de cualquier persona.

En mi trabajo, nazco del pensamiento, que nadie es nadie para cambiar la forma de ser de ninguna persona, pero sí creo que intervenir en formas de hacer, hace interiorizar y ser consciente por lo menos de que algo pasa, de que algo te hace sufrir, de que algo se repite y que todos esos “algo” comportan consecuencias en tu vida. Nos ayuda a palpar, a ver, a experimentar y a decirnos, que la vida en sociedad tiene sus límites y si queremos vivir en ella, a veces tenemos que “pasar por el aro”, o simplemente debemos ser lo más honestos que podamos con nosotros mismos siendo un grupo minoritario, igualmente digno de pensar de forma diferente o en oposición.

Parece ser sencillo, pero llevarlo a la práctica, es una pura prueba de saber detectar ciertas situaciones y responder con mucha fuerza de voluntad con un relativo tiempo de reacción, o con una respuesta imperativa (que contemple límites desde que tenemos noción de las cosas): un sí, o un no (en una primera toma de decisiones) para flexibilizar con el tiempo, ciertas posturas rígidas que te hacen sufrir en la exigencia, la incapacidad de visibilizar formas más grises, una mala vivencia, o una equivocada incorporación e interpretación. En el proceso de nuestra vida gobernamos cada uno, encontrando altos y bajos siendo el fin el mantenimiento de nuestra propia supervivencia, con una mayor sensación de haberla vivido con calidad.

En procesos de personas, con vidas muy destruidas y sin identidad querida en edad temprana, la balanza se declina más hacia la cantidad de historias y anécdotas que la calidad de lo vivido, realizando en muchas ocasiones, una distorsión de haber mantenido durante mucho tiempo la calidad en su vida cuando eso no ha sido la realidad de lo vivido, pero que en ocasiones hace po-

¹ “Paciente”: Aclaración del término Paciente: usuario o protagonista se utilizan como términos genéricos para designar a aquellas personas a las que va dirigido nuestro trabajo. Todas ellas, llevan inherentes en el concepto, una connotación de protección y separación entre los entes que dialogan. Así mismo, debe ser comprendido desde el entenderse el uno/a con el otro/a y no desde el padecer con él.

sible que estos pacientes sigan manteniéndose entre los mortales.

He tenido la oportunidad de trabajar en diferentes asociaciones y fundaciones como técnica en intervención social, cuya existencia y creación de éstas han sido atender al colectivo que nos ocupaba. En cada una de ellas, he aprendido diferentes estilos de intervención educativa que tienen que ser puestos en práctica si queremos que la persona sobre la que recae nuestra orientación, sea exitosa de la forma más integral.

Los estilos de intervención, marcan la capacidad global y la tendencia más y menos desarrollada para que la propia persona pueda vivenciar (si quiere) que su proceso vital sea propio y responsable en primer lugar, (en su toma de decisiones) así cómo en saber qué reforzar para vivir más plenamente, y que su vida realmente se acerque a una forma más autónoma, donde uno se vea menos dependiente, menos frustrado, menos Institucionalizado, más fuerte y más motivado ante las desavenencias que le ocupan, y potencialidades que se le olvidan que tiene.

¿Por qué dedicar un tiempo al arte?

Arteterapia sirve como apoyo, para utilizar los estilos que a continuación se miden en un proceso educativo donde opino desde mi experiencia y reflexión, ser todas válidas utilizadas con mano izquierda (llamada como “la tercera mano de Cathy Malchiodi ”-una de las técnicas más utilizadas en AT por esta artista-). Los principios a transmitir propondrían por lo tanto, a cada persona participar en un trabajo de proceso y desarrollo propio en el que cada uno de ellos se debe dar cuenta de que se tiene que prestar a ser:

- Dirigido o más abierto para incluir apreciaciones desde fuera.
- Libre o tener la capacidad individual de decidir sin que otros respondan por ti.
- Grupal o ser capaz de referenciarte en el otro/a experimentando la aceptación, negación o negociación de tu participación en el proceso del prójimo.

Es curioso pero el arte, me ayudó a encontrar aquellas percepciones más chirriantes que no

tienen descripción o definición y que a veces, son una incógnita ya que dificulta la orientación en procesos. Así, la actividad artística nos hace conscientes de una forma menos agresiva con una proyección más amplia en el tiempo, provocando con ello un aumento del nivel de participación en el proceso que cada uno estaba viviendo.

Respondiendo a la pregunta que este subtítulo nos ocupa, parece que en ocasiones es necesario responder de forma ipso-facto a dificultades en la vida. Aparece la necesidad de intervenir con rapidez, sin hablar del cómo y si no, utilizar algún método que justifique algo con una consecuencia punitiva o vivida desde el castigo, el arte también responde al caos de lo urgente que en ocasiones nos toca intervenir, pero también da el tiempo necesario para poder tratar respuestas y modificaciones que necesitan de un tiempo y espacio relativo para cada caso, creando un ambiente más amable para la intervención.

La potencia de la técnica, radica en utilizar otras herramientas que ayudan a expresar, a exteriorizar, a desarrollar capacidades ocultas, designar un concepto, demostrar vivencias por medio de una imagen, hacer conscientes rigideces, aumentar tu propia autoestima y valor, entrenar habilidades sociales, darte cuenta de algo, desahogarte, fomentar momentos catárticos, visualizar somatizaciones con formas menos directas o bruscas...me refiero a la búsqueda de todo lo contrario, para evitar aquellas situaciones en las que te ves en una especie de “diálogo de besugos”, un intentar convencer a alguien, o un intentar “sacar con sacacorchos”.

Por otro lado, ayuda no solo al protagonista, sino también al orientador, para no pecar en prepotencia de gobernar la vida de otros cuando su trabajo es orientar. Las respuestas, necesitan de tiempos precisos o mejor dicho, de ser intervenidas en diferentes tiempos, muy poco a poco, no de golpe, respetando los tiempos de cada uno o marcándolos si se necesita hacer consciente este factor.

Es a menudo, cuando llego a este párrafo de lectura donde me nace la indignación, ya que parece que en nuestra figura solo se muestra como la forma perfecta de hacer, de posicionarse, debiendo respetar las decisiones de los pacientes a los



que acompañas y a menudo se olvida mencionar que dentro de la relación que estableces, también tienes la obligación y digo obligación muy conscientemente de devolver como acompañante, hasta dónde llega tu presencia, tu acuerdo, tu desacuerdo y tus limitaciones de hasta dónde llegar con él/ella de forma honesta y creo que además dotada de humanidad y realidad de devolverle a esta persona, que en la vida real y fuera de las Instituciones se va a encontrar algo similar, límites.

Creo que si les tocara responder a las personas que he tutorizado hasta el momento, lo destacarían como algo positivo que devuelve responsabilidad, personalidad, ausencia de hipocresía y definición en el juego de las fronteras tanto comportamentales como emocionales para mantener una relación sana entre ambos. De lo contrario, nos quedamos con el asistencialismo, el no diálogo entre las partes, el responder sí por agradar, y la composición de un proceso donde nuestra intervención no tiene acto ni forma de participación.

Técnicas utilizadas en Arteterapia

El arte se asemeja al concepto y funciones del educador social, es muy amplio....Así las más conocidas y expandidas son: las artes plásticas, la música, el teatro, el movimiento o danza, la escritura....es decir todo aquello que por medio del cuerpo en conjunto de la mente, produce efectos en las personas.

Su utilización no se centra en saber más o menos de un instrumento musical, saber o no dibujar bien, tener vergüenza o no para desempeñar un personaje o un rol, saber escribir con propiedad, moverte con estilo o no, simplemente, se trata de utilizarlas para poder hacer una introspección si se necesita, mantener un vínculo social o crearlo, desarrollar una habilidad o potenciar otras, coherencia por algo, crear un producto, destinar tiempos de parada para expresarte, fomentar la empatía desarrollando un papel imaginario o moverte en el espacio más conscientemente de lo que tú te crees. Todo ello por medio de, diferentes materiales y actividades pudiendo ser complementarias diferentes técnicas. De este modo, éstas pueden hablar por sí solas y dialogar más allá de lo que una persona es capaz de

decir y por lo tanto, comprender cómo es, y cómo hacer para acompañarla.

Herramientas poderosas del Educador Social

El Plan de Atención Individualizado consiste en visualizar un trabajo común con el paciente en trabajar bien desde la realidad, bien desde la fantasía. Previo, realizas un estudio de necesidades, donde tocas vagamente de dónde parte la persona y cuáles pueden ser sus dinanismos vitales o motivaciones iniciales.

El plan de atención, pone en acuerdo o desacuerdo (un tiempo más tarde) al profesional y al cliente, siendo las plantillas, necesidad de herramientas con metodologías comunes para colectivos que no tienen que ver, y un lenguaje lejano, las razones de no poder conseguir un compromiso adquirido sin conciencia en ocasiones de lo que firman, o sin dotación de un calado educativo. Así que, ¿por qué no hablar en un idioma común para todos? Excluidos o incluidos, todos tenemos relación con el arte y nos influye de alguna manera, así que cuando describamos la parte de participación comunitaria, habilidades sociales, ocupación de su ocio y tiempo libre o su área psico-afectiva, acordamos de este artículo y que por medio del arte tenemos un potencial a desarrollar o una práctica que probar y dar a conocer en nuestra profesión donde, la agresividad y tensión vividas como algo normalizado, no es normal y que la insensibilización no significa actuar como autómatas o desde el sota, caballo y rey. Necesitamos el ajuste de tantas cosas en la relación que establecemos, que el ambiente debe ser percibido de formas menos tensas.

El arte te ayudará a relajarte, y relajar al que te rodea, participando de la misma conversación que nos ocupa, encontrando en nuestra sorpresa una nueva forma de comunicarnos, desde la realidad o desde la fantasía.

¡Gracias por expres-ARTE!

Contacto

Patricia Sánchez Benito

Móvil: 610 830 286 • patriciasanben@yahoo.es

Estrada de Masustegui 3 bis, 1ºc • 48002 Bilbao

Referencias Bibliográficas

- Malchiodi C. The healing arts. The ten coolest art therapy interventions. Psychology Today, 2010.
- Alegre Carvajal E y otros. Técnicas y medios artísticos. Editorial Universitaria Ramón Areces. 2011.
- Rubin J.A. (ed.) Approaches to art therapy: theory and technique. Hove, Brunner. Routledge. 2001.
- Méndez D y Sánchez C.J. <http://www.apuntesdeentrenador.com/explota-tu-creatividad>
- Wadeson H. Art psychotherapy. Lea, London, 2010.
- Ministerio de Sanidad. Prácticas clínicas de los beneficios psico-educativos. Boletín del Ministerio de Sanidad. 2009.
- Sánchez P. Guiar en procesos psico-educativos por medio de la expresión artística, 2012.
- Asociación t4 de lucha contra el Sida. Reflexiones propias y de equipo de una práctica profesional actual. Mimeo, 2015.

Agradecimientos

A todas aquellas personas y profesionales que me han dado la oportunidad de incorporar, aprender y poner en práctica mi expresión por medio del arte.

- Enviado: 25/1/2016.
- Aceptado: 27/6/2016.

Prioridades y Posición de la ACN ante la política sanitaria en salud mental de la Consejería de Sanidad.

Priorities and position of the ACN with the politics of mental health from the Ministry of Health of the Canary Islands.

La Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental (ACN), ante los nuevos responsables sanitarios de la administración pública que lidera la Consejería de Sanidad, quiere manifestar su posición y las prioridades que le preocupa ante la situación actual:

1. En primer lugar nuestra preocupación por la falta de **inversiones** en el área de Salud Mental y Rehabilitación psicosocial que se prolonga ya ocho años. Esto es más alarmante ante la situación actual de crisis económica y la repercusión que ésta tiene sobre las personas y familias que sufren enfermedad mental, que suelen estar en una posición desfavorable tanto social como económicamente.

2. En relación al **III Plan de Salud de Canarias (2016-2017)**: Proponemos que se incorporen las aportaciones realizadas por los diferentes agentes que tienen relación directa con la Salud Mental:

- CIRPAC (Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria), donde están representados el SCS, La Dirección General de Bienestar Social, la Dirección General de Empleo, el Instituto de Atención Social y Sociosanitaria (IASS), los Ayuntamientos y las Asociaciones de Familiares y de Enfermos Mentales. Actualmente un organismo donde existe una gran representación de los sectores implicados, no tiene poder de decisión ni sus conclusiones son vinculantes.
- Las mesas de salud mental que se constituyeron en las I conferencias Insulares de Sa-

lud Mental y que realizaron aportaciones al borrador del III Plan de salud.

- Que se consideren las aportaciones de asociaciones profesionales como la ACN.

Consideramos necesario poner un plazo para la puesta en marcha del **Plan de Salud Mental**. Desconocemos el estado actual del anunciado plan. Es prioritario el cierre de una agenda con plazos tanto para la redacción como para la puesta en marcha del plan. Entendemos como razonable que esté listo para su implementación a finales del presente año. También esperamos que se cuente con la participación de todos los sectores de la salud mental y se invite a participar a otros sectores relacionados como son: Justicia, Educación, Empleo y Servicios Sociales.

Existen puntos claves que creemos que son ineludibles:

- Definir la cartera de servicios de la asistencia pública en Salud Mental, especialmente en materia de Rehabilitación.
- Reajustar los recursos en SM de acuerdo al crecimiento de la población actual (profesionales, plazas de hospitalización, plazas de rehabilitación...).
- Especial atención al respeto de los derechos de las personas con discapacidad según la convención internacional.
- Proceso de democratización de los servicios, con mayor participación y capacidad de decisión de los diferentes agentes.

- Potenciación de los CIRPAC.
- Coordinación-Colaboración con los Servicios Sociales, responsables de los recursos y la cartera de servicios de materia de Dependencia.
- Infanto-Juvenil: Desarrollo de una red completa específica y diferenciada.
- Psicogeriatría: Detección de necesidades y desarrollo de recursos insuficientes en la red actualmente.
- Drogodependencia: Inclusión de la atención a la drogodependencia en cartera de servicios de la red pública dependiente del SCS, abandonando el modelo actual dependiente de ONGs.
- Trastornos de Personalidad: Detección de necesidades y desarrollo de recursos específicos, inexistentes en el momento actual.

Existen temas de especial sensibilidad que ya se han planteado como “puntos calientes” en planes anteriores y que continúan siendo “temas pendientes” y que por eso abordamos de manera específica.

En relación a la **atención infanto-juvenil**, Contamos con una red de Salud Mental Infanto-juvenil deficitaria, siendo ésta una línea prioritaria dentro de la Salud Mental y aun pese al Programa de atención infanto-juvenil del 2007, no se ha cumplido la extensión completa de una red específica.

Las actuaciones a llevar a cabo en relación a la población infanto-juvenil precisan, para tener éxito, de una especificidad que contemplen los aspectos cualitativos propios de la población a la que se dirigen, tal como señala nuestro Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil. Así mismo, dichas actuaciones han de estar integradas en los Planes de Salud Generales.

A pesar de que la implementación del Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-juvenil se puso en marcha hace ya casi una década, el desarrollo de los dispositivos ha sido lento, irregular y poco equitativo. No todas las áreas geográficas disponen de Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil completamente dotadas de especialistas así como físicamente diferenciadas de los espacios destinados a la atención de los adultos.

La Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil comunitarias deben de contar, como mínimo, con espacio propio, psicología clínica, psiquiatría, enfermería especializada en Salud Mental, trabajo social, auxiliar de enfermería y auxiliar administrativo. Actualmente, en Tenerife sólo contamos con una Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil que cumpla con estos requisitos. En Gran Canaria ninguna de la las Unidades de Salud Mental que atienden a población infanto-juvenil los cumplen en su totalidad.

Dadas las características de la red de Salud Mental infanto-juvenil, fundamentalmente por falta de infraestructura y personal, no se está pudiendo dar la necesaria atención a los niños y adolescentes con Trastorno Mental Grave, sobre todo a los niños y adolescentes con diagnóstico dentro del Trastorno del Espectro Autista, lo que resulta preocupante en relación a la salud de estas personas y sus familias.

En la misma línea, señalar que existen desajustes graves en la infancia y adolescencia que requieren de intervenciones en régimen de hospitalización tales como los intentos de autolisis, trastornos de la conducta alimentaria graves, psicosis y otros trastornos de conducta. En el momento actual no existe ninguna Unidad de Hospitalización en toda la Comunidad autónoma y la derivación de los casos a Unidades específicas de otras comunidades no resulta posible, independientemente de la gravedad de los casos, debido a que se trata de población infanto-juvenil, en la que el distanciamiento del entorno familiar sería contraproducente. En su defecto, la hospitalización se está llevando a cabo en Unidades de hospitalización no preparadas para las características y necesidades del paciente pero adecuadas para su edad (Pediatría) o en Unidades preparadas para la atención a la salud mental, pero no adecuadas para las características y necesidades específicas y diferenciadas de la infancia y adolescencia (Unidades de Internamiento Breve de adultos, sin personal ni espacio específico para la atención a población infanto-juvenil).

Por otra parte, de no contar con Unidad de hospitalización en el momento en el que se reconozca la especialidad de Psiquiatría Infanto-juvenil (previsión para 2017), ninguno de los

hospitales de la comunidad autónoma podría ser acreditado para formar especialistas en dicha especialidad.

Esta situación, además de la permanencia de los dispositivos comunitarios en Unidades de adultos, implica problemas que van más allá de la calidad en la atención e intervención, refiriéndonos a problemas éticos y legales.

Parece claro que el desarrollo de la red de Salud Mental Infanto-Juvenil no ha supuesto una prioridad en los últimos años, asistiendo a un crecimiento y desarrollo en la misma muy lento y poco equitativo

II Borrador del Plan de Urgencias

La propuesta de la consejería, en el Anexo 5: Atención Urgente a Colectivos Vulnerables, donde se contempla al paciente psiquiátrico, nos remite al Plan de Salud Mental. Textualmente: “...se propone en este documento que desde los servicios de urgencias se colabore en el desarrollo del Plan de Salud Mental que tiene previsto elaborar el SCS, la elaboración de Protocolos/ Guías Clínicas unificadas para la Atención a las Urgencias Psiquiátricas en la Comunidad (Patologías prevalentes, Protocolo de Atención al paciente con riesgo suicida...), la mejora de las infraestructuras hospitalarias creando zonas de atención específica a estos procesos que faciliten la seguridad de los profesionales y los pacientes y la disponibilidad de personal específico con experiencia y/o formación en el campo de la Salud Mental para la atención y el cuidado de los pacientes psiquiátricos en los Servicios de Urgencias.”

Nuestra preocupación es lógica dado que el nuevo plan no está aún redactado. Por tanto, la ACN manifiesta y propone lo siguiente:

Que no se aplacen las acciones específicas en materia de Salud Mental en urgencias, en espera del Plan. Los espacios y personal necesario deben reestructurarse ya en la medida que se mejora las infraestructuras de urgencias en los hospitales públicos de canarias.

1. Disponer de un espacio propio para las personas con enfermedad mental grave en los Servicios de Urgencias que permita dispensar

un trato adecuado, evitando fugas y agresiones innecesarias, así como acortando la permanencia de los pacientes a lo estrictamente necesario.

2. Estas zonas deben estar a cargo de un personal especializado y bien coordinado tanto con las Unidades hospitalarias como con los dispositivos extra hospitalarios.
3. Unificar y protocolizar la atención en urgencias en los diferentes hospitales de la Comunidad. En la actualidad se dan alarmantes diferencias entre los distintos centros hospitalarios.
4. Protocolizar las actuaciones como las contenciones mecánicas y los ingresos involuntarios y constituir una comisión de seguimiento clínico que valore periódicamente estas actuaciones.
5. Promover la constitución de un equipo móvil de atención a domicilio para la resolución de las urgencias.

Reconocimiento de la categoría profesional de la Enfermera/o especialista en Salud Mental

La creación de la categoría profesional de Enfermera/o Especialista en Salud Mental o Enfermero Especialista, sigue siendo un tema pendiente sin ejecutarse, a pesar de haberse aprobado en el Parlamento hace unos años una PNL propuesta por el Consejero actual de Sanidad.

La ACN ha hecho llegar a la administración y a los diferentes poderes políticos cual es su posición frente a la importancia de dicha especialidad, para la atención de calidad de la población, para el aprovechamiento de la inversión hecha en una formación específica, que dura de 2 años, y que luego provoca la huida de los profesionales de las islas a otras comunidades donde sí está reconocida la especialidad, y para acabar con el trato discriminatorio en Canarias a los profesionales enfermeros.

Desde la ACN, se pide que no se publique tal cual está, el borrador de especialidades, ya que no se tiene en cuenta que los niveles en la Administración Pública se dan por titulación académica y se encorseta a la enfermería especialista de tal forma, que impide así ningún tipo de cambio o mejora para el futuro.

En relación a las **peritaciones judiciales**, decirle que se están recibiendo peticiones de peritaciones judiciales al personal facultativo de la Red de Salud Mental desde los juzgados. Aunque siempre hemos sido requeridos por justicia, tanto para la emisión de informes, como para la asistencia a juicios, con la confusa función de “testigo” o “perito-testigo”, ahora se incrementa la presión sobre nosotros con la petición de nuevas actuaciones. Y ya no se trata sólo de informar de los pacientes con los que tenemos una alianza terapéutica que se pone en juego, tanto desde el punto de vista de la necesaria confianza depositada en nosotros, como de las implicaciones éticas y de posible vulneración de la confidencialidad. ¿Cómo se puede ser objetivo con las exigencias de testificar en un proceso judicial y con el trabajo por la salud de quién la ha perdido? Por otra parte, en estos casos se trata de personas afectadas por un proceso que ni siquiera han acudido a nuestros dispositivos.

Entendemos que nuestras funciones primordiales son las de asistencia, formación e investigación. Detraer más recursos de nuestra endeble e insuficiente plantilla de facultativos no parece ético, ni responsable si se permite por parte de las autoridades sanitarias. Pedimos que se nos informe con claridad y transparencia sobre los acuerdos contraídos entre sanidad y justicia, en el caso de que los hubiese, y que de forma tan negativa podrían afectar la calidad de la asisten-

cia de los servicios de Salud Mental. Así como remitir desde la administración de justicia toda necesidad de peritaje a los Colegios Profesionales, para que estos a través de sus procedimientos atiendan estas demandas.

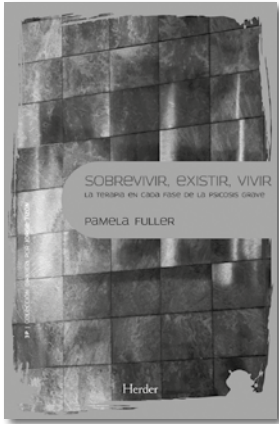
Para más información Sr. Consejero de lo tratado en este escrito puede usted consultar la página web www.ascane.org o el documento **Canarias, salud mental sin rumbo**, donde se expone con mayor detalle la situación de la asistencia psiquiátrica actual.

18 de mayo 2016, Canarias

Fdo. Junta Directiva ACN



ACTUALIZACIONES



Sobrevivir, Existir, Vivir. La terapia en cada fase de la psicosis grave

Autor: Pamela Fuller

Edita: Herder. Barcelona, 2015 • 255 páginas

ISBN-10: 8425434300

La colección 3P (Psicopatología y Psicoterapia de las Psicosis) añade un nuevo libro a una considerable lista de libros importantes en el campo del tratamiento de la psicosis.

En este que nos ocupa, Pamela Fuller, psicóloga y psicoterapeuta, propone un modelo de intervención, con la recuperación como meta, que se dirige también a las formas más graves de las psicosis, a veces en personas institucionalizadas y cronificadas durante largos años de tratamiento según un modelo exclusivamente médico. Nos presenta situaciones límite en las que, además de alucinaciones o delirios, las personas padecen problemas considerables en su funcionamiento y su pensamiento, tan alterado que su sentido de la identidad se desvanece hasta llegar a poner en duda su individualidad y singularidad, y su propia existencia.

En estos casos en los que cualquier terapeuta, sea de orientación psicosocial, psicoterapéutica o psicofarmacológica, estaría tentado de arrojar la toalla, Fuller nos facilita un modelo conceptual y operativo que nos orienta hacia un trabajo en equipo multidisciplinar, minucioso y extremadamente paciente en sus ritmos, plazos y objetivos intermedios, encaminado a la recuperación.

Para moverse en terrenos tan extremos Fuller recoge y actualiza diversos conceptos clásicos acerca de las psicosis y la esquizofrenia, que considera como una condición biopsicosocial, con especial atención a la historia biográfica y

al trauma, dimensional a lo largo de un continuo que refleja diversos niveles de gravedad y de repercusión funcional, y en la que la característica fundamental es el trastorno del self.

Se trata de un modelo heurístico, pero también de un sistema operativo en el que la ambición de la autora es la de facilitar los medios necesarios para determinar qué intervenciones hay que llevar a cabo y cuando, combinando muchos de los diversos enfoques terapéuticos actualmente en uso, en un abordaje integral de la psicosis. Terapias cognitivo-conductuales, psicodinámicas, enfoques de la psicoterapia del self, terapias familiares, técnicas de mindfulness, programas psicosociales multidisciplinares, psicoeducación y psicofarmacología contribuyen, cada cual a su manera pero de forma integrada, en una terapia orientada a la recuperación y estructurada en fases.

Es el modelo SEL (Surviving, Existing, Living), un modelo dimensional estructurado en tres niveles de severidad dependiendo de la fortaleza del self: las fases Sobrevivir, Existir y Vivir.

La fase Sobrevivir es un estado en el que la persona puede dudar de su propia existencia o considerarse muerta. Se vive en un estado de permeabilidad máxima, en el que el self está muy diluido, no hay separación clara con los demás, sin poder distinguir sus propios pensamientos de sí mismo o de los demás. Es un estado de extrema vulnerabilidad, donde el miedo a ser absorbido por otros es literal y máximo.



En la fase Existir el self está algo más definido, pero la sensación de permeabilidad sigue siendo importante. La persona se percibe invadida por los otros, no diferencia sus propios pensamientos y sentimientos de su self o los atribuye a otros. El peligro percibido es la amenaza a su existencia. Aunque puede verse a sí mismo definido sus fronteras son frágiles, difusas, permeables y fácilmente traspasables. Son habituales los fenómenos de lectura de pensamiento, la atribución errónea de sus sensaciones físicas, el no diferenciar sus fenómenos mentales de la realidad externa, la atribución de intenciones sin base, o las hipótesis apresuradas.

En la fase “Vivir” el self es lo bastante fuerte como para que la persona pueda percibirse diferenciada de los demás; vivirse como no permeable, y separar sus pensamientos de la percepción de su identidad, es decir verlos como una actividad mental cambiante que no la define de forma completa. Es capaz de evaluar sus miedos de forma más precisa en relación a la situación presente. En este estadio se asemeja a una persona parecida al cliente típico que solicita ayuda y se muestra colaborador con el psicoterapeuta, con capacidad para procesar y tratar los sucesos pasados y traumáticos, aunque aún persiste la posibilidad de retroceder a un estado más regresivo. Este estado es el más frecuente en las personas que se recuperan de un primer episodio psicótico. Son frecuentes actitudes de evitación experiencial parecidas a las de otros pacientes no psicóticos, aunque pueden mostrarse más vulnerables y más temerosos.

Estas fases no son compartimentos estancos, funcionan dinámicamente como vasos comunicantes, con estadios intermedios, avances y retrocesos posibles, es decir, un continuo en el que será necesario evaluar donde se sitúa cada paciente, antes de comenzar el tratamiento y a lo largo del mismo, puesto que la autora defiende que es necesario escoger las técnicas a utilizar, los procedimientos de psicoterapia u otras intervenciones, y adaptarlos en forma y contenido a la situación y presentación de cada paciente.

Para la evaluación se recurre a un continuo con ocho dimensiones: 1) la definición del self, 2) la conciencia del otro, 3) la amenaza percibida, 4) el impacto de los delirios y alucinaciones, 5) la

conciencia de las cogniciones, 6) el pensamiento lógico, 7) la conciencia emocional y 8) el comportamiento dirigido al objetivo.

Se trata de áreas que se evalúan de forma dimensional, en una perspectiva pragmática y multidisciplinar, con objeto de facilitar lo que el cliente precisa en cada fase de la psicosis. La validez y fiabilidad son suficientes como para que todos las intervinientes en un caso puedan llegar a un acuerdo al evaluarlas, aunque a veces no sea siempre fácil.

En las dos primeras fases los pacientes pueden oscilar rápidamente dentro de un estadio, incluso de una fase y a otra, y la tercera es una fase de mayor estabilidad. Ante una persona en las primeras fases es necesario encaminarla a la fase Vivir, desde la que los objetivos terapéuticos en relación a una vida plena, en el sentido del modelo de recuperación, resultan posibles.

Tanto en la fase Sobrevivir como Existir el fortalecimiento del self es lo más importante. Para ello es necesario establecer una relación del terapeuta con el cliente basada en la seguridad de que no será dañado y que se le proporcionará un espacio seguro, sin verse abrumado por la influencia externa. No se propiciará el contacto con emociones potentes que le puedan sobrepasar o un tono estimular excesivamente intenso, progresando en ello lentamente y en la medida en que la persona sea capaz de hacerlo con seguridad. Proporcionar un ambiente seguro es clave para poder ayudar a definir el self. La autora nos muestra abordajes sencillos y metódicos para reforzar la seguridad y la definición del self. Nos dice que la confrontación y la intrusión por mínima que sea, debe ser evitada de forma muy radical en la fase Sobrevivir. Incluso una aproximación cálida puede hacer que el paciente doble sus defensas y se hunda más en un mundo interno que le protege a la vez que le incomunica.

El ritmo en estas dos primeras fases no es el mismo que el de un trabajo con un paciente de alto funcionamiento. Ha de ser pausado y el terapeuta no puede esperar visibilizar grandes cambios durante cierto tiempo, en un trabajo lento con avances minúsculos, y sin grandes reconocimientos del paciente hacia su terapeuta y su dedicación o hacia el trabajo que se está realizando.

En la fase Sobrevivir es posible que el paciente ni siquiera reconozca al terapeuta. Incluso el trabajo de sentarse a hablar con él puede requerir una gran inversión de tiempo y una persistencia sutil, que muchos terapeutas considerarían insostenible.

Resulta especialmente interesante conocer las estrategias y el abordaje en estas dos fases más graves, que la autora presenta en detalle en diversas áreas, dado que rara vez se han descrito este tipo de intervenciones. Son estrategias para fortalecer el self, mediante una relación terapéutica radicalmente no invasiva, evitando encarar los temores y los acontecimientos traumáticos.

En la fase Vivir se pueden utilizar las formas más habituales de las terapias cognitivo conductuales, psicodinámicas y otras. En la fase Existir podrían tener alguna indicación pero necesitan ser adaptadas, ya que en esa fase el fortalecimiento del self y su diferenciación sigue siendo el objetivo básico.

El abordaje del trauma está presente a lo largo de todas las fases. Primero con psicoeducación, en la fase Existir y Vivir, para familiarizarse y alentar de forma suave el procesamiento del mismo en la fase Vivir. El tratamiento para la recuperación de la psicosis y el abordaje del trauma convergen, y este último puede formar el núcleo de la intervención esencial de la fase Vivir en parte de los casos.

La forma en la que sugiere abordar los delirios y las alucinaciones se centra en la elaboración del sentido de los mismos, antes que ningún tipo de cuestionamiento, que en general es desalentado. Este trabajo comienza en la fase Existir y progresa en la fase Vivir.

Un aspecto peculiar es la restricción vital, tan difícil de superar en muchas etapas del tratamiento y que puede exasperar al terapeuta. Aún con todo, se propone en la medida de lo posible iniciar una actividad laboral o similar ya en la fase Existir.

Fuller proporciona sugerencias para actividades en grupo, según el estadio del paciente. También el procesamiento del trauma puede ser abordado en ciertos aspectos desde una intervención grupal.

Las diversas disciplinas que se incluyen en la práctica asistencial juegan su papel con actividades diferenciadas adaptadas a cada fase, como la terapia ocupacional y las terapias artísticas, el tiempo libre y recreativo, la orientación vocacional y laboral, la actividad de enfermería, etc... Desde estas disciplinas se puede incidir en el fortalecimiento del self, las actividades agradables, la actividad laboral, la orientación vital, el procesamiento de experiencias biográficas, y la vida en la comunidad.

La mayoría de los terapeutas se han formado para trabajar con pacientes con un funcionamiento más alto y que mantienen una relación sustentada en una petición formal de ayuda. Están acostumbrados a considerar la empatía y la calidez humana en su trabajo como valores positivos. En el tratamiento de las formas más graves de las psicosis nada de esto es necesariamente así y, además, el terapeuta ha de asumir un trabajo a largo plazo, persistente, que evoluciona lentamente, a veces con retrocesos, especialmente si el paciente se encuentra en la fase Sobrevivir o Existir. El terapeuta necesita un soporte y un fortalecimiento de su resistencia, para ser constante en su tarea. Por ello conviene un marco que valore su trabajo y le apoye en el mismo. Fuller dedica un capítulo a este tema.

En resumen, este es un libro práctico orientado a la recuperación de los pacientes psicóticos más graves o más regresivos, de lectura necesaria para quienes trabajan en entornos de media estancia, rehabilitación e inserción comunitaria, tanto en dispositivos de internamiento como ambulatorios, y en general para aquellos que trabajan en el campo de las psicosis. También deberían prestarle atención los gestores y quienes planifican los servicios de ayuda para los pacientes psicóticos.

José A Inchauspe, psiquiatra, y **Mikel Valverde**, psicólogo clínico, son también los traductores de este libro.



Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales

Autor: Robert Whitaker

Edita: Capitán Swing. Madrid, 2015 (2010) • 439 páginas

ISBN: 9788494381676

El propósito argumental de *Anatomía de una epidemia* es relativamente sencillo: contrastar la imagen de una psiquiatría actual innovadora y exitosa con sus resultados objetivos. Está muy extendida la creencia de que en las últimas décadas la asistencia psiquiátrica se ha beneficiado del hallazgo de nuevos psicofármacos eficaces y seguros que resuelven los problemas del sufrimiento mental. El destino de fracaso vital que esperaba hace años a una persona con trastorno mental ha mejorado ostensiblemente y hoy en día puede llegar a convertirse en un funcionamiento pleno y feliz de quienes son tratados adecuadamente con estos fármacos innovadores. El descubrimiento de nuevos fármacos se acompaña del conocimiento cada vez más preciso de los mecanismos biológicos del malestar psíquico, desvelados gracias a un esfuerzo científico recompensado con hallazgos cruciales en aspectos bioquímicos y genéticos. Científicos, clínicos, divulgadores y medios de comunicación nos hablan de una ciencia y una clínica psiquiátrica que avanzan de la mano con gran éxito. Lo sustancial actualmente para seguir progresando sería captar a los numerosos pacientes que quedan aún fuera del sistema sanitario, diagnosticarlos y ponerlos en tratamiento de la forma más temprana posible.

Al autor, periodista científico en el campo sanitario y psiquiátrico, le llamaron la atención dos fenómenos: el incremento exponencial a lo largo de las últimas décadas de personas diagnosticadas de trastorno mental y tratadas con fármacos, in-

cluso en tramos de edad tradicionalmente ajenos a la psiquiatría y sus fármacos, como la población pediátrica, y la multiplicación de las tasas de incapacitación por enfermedad mental, coincidentes con el desarrollo, introducción y generalización de los nuevos avances farmacológicos.

Whitaker se plantea preguntas propias de un periodista de investigación: ¿Y sí los tratamientos de los pacientes no fueran tan eficaces como se publicita? ¿Es posible que el desarrollo de la psicofarmacología esté ligado al aumento de la discapacidad? ¿Qué dicen los estudios en los que se basa la práctica de diagnosticar y prescribir psicofármacos? ¿Qué muestran sobre la eficacia de los psicofármacos? ¿En qué se diferencian las trayectorias que siguen los pacientes en tratamiento psicofarmacológico y los que no lo están? ¿Es posible que esos fármacos puedan llegar a perjudicar a quienes los toman? Siguen años de indagación y revisión de trabajos científicos de los que los más interesantes le resultan los estudios a medio y a largo plazo del tratamiento con psicofármacos, y aquellos que permiten comparar a medio y largo plazo las trayectorias de las personas tratadas y no tratadas.

En el libro se aborda un espectro amplio de problemas de Salud Mental: ansiedad, depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y otros trastornos en la infancia. Whitaker comprueba que los estudios existentes a medio y largo plazo no corroboran el relato habitual, mostrando algo

muy distinto a una historia de éxito de la psicofarmacología.

Reconoce el autor (p. 252-3) que es posible que existan factores sociales diversos, como el nivel de estrés, la soledad, la falta de ejercicio, y otras cuestiones de estilo de vida, e incluso el desarrollo del sistema de pensiones y una mayor sensibilidad social al respecto, que incidan a favor del incremento de resultados de incapacidad asociados a problemas de salud mental. No obstante los estudios acerca de los resultados del uso de psicofármacos a medio y largo plazo muestran escasa efectividad y abundantes efectos adversos, y podrían ser los motivos principales del aumento de las tasas de incapacidad. Son datos conocidos y publicados en revistas científicas de prestigio, pero no parecen haberse tenido en cuenta por la psiquiatría a la hora de cambiar sus prácticas o dejar de difundir una imagen de sí misma de avance y progreso constantes.

Hace hincapié en dos fenómenos convergentes: el incremento de la discapacidad, multiplicada por tres de 1987 a 2007 en USA, y por 34 en el caso de menores, y la existencia de estudios que muestran malos resultados asociados al uso de psicofármacos a largo plazo. Ello le lleva a formular otras preguntas: ¿Cómo es posible que la práctica psiquiátrica haya soslayado esos datos? ¿Existen otros estudios con resultados positivos del uso a largo plazo de los psicofármacos? ¿En caso contrario, hay algún contexto que explique esta divergencia entre los resultados, la práctica psiquiátrica y su proyección pública?

La obra y su autor recibieron en los USA fuertes críticas, en general “ad hominem”. Se dijo que era la obra de un periodista, analfabeto científico, y por lo tanto confusa, sesgada, equivocada y superficial, llena de malas intenciones e intereses espurios –básicamente alimentar el escándalo y aumentar las ventas del libro– o que se inscribía en la corriente ideológica de la anti-psiquiatría –descalificativos no muy diferentes a los lanzados en nuestro país tras su publicación en español y las entrevistas concedidas por el autor.

Tras su publicación en 2010, aunque fue acogido como un material esclarecedor por algunos, fue objeto del desdén de muchos y de un auténtico apagón mediático, hasta que al año siguiente

obtuvo para su autor el reconocimiento del IRE, asociación de reporteros y editores de investigación americanos, con el premio al mejor libro de periodismo de investigación. Varios años más tarde, los detractores procedentes del campo clínico y académico aún no han podido mostrar estudio científico alguno que permita llegar a conclusiones distintas y refutar las hipótesis formuladas en él.

De hecho, desde la publicación del libro, nuevos estudios a largo plazo han venido a apuntalar sus tesis, p.ej. en el ámbito de la esquizofrenia el estudio de seguimiento de Chicago y el de Wunderink, o en el de la depresión las nuevas revisiones de los datos procedentes de estudios que se habían publicitado como exitosos el uso de antidepressivos, como es el caso del estudio STAR*D.

En realidad, Whitaker no es el único autor que encuentra estudios que sustentan la hipótesis de que tratar con fármacos a largo plazo puede empeorar el estado de muchos usuarios, algo que se observa, con ligeras variantes, en el tratamiento de los problemas de ansiedad, depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, en el TDAH en la infancia y otros tratamientos pediátricos. Hoy en día, no es difícil defender que la actual práctica de medicar a largo plazo con objeto de mantener la mejoría o prevenir nuevas crisis tiene un aval científico escaso.

La cuestión inmediata que surge es: ¿Cómo es posible que unas prácticas clínicas con una base científica tan débil y con tantos estudios que las desalientan se hayan extendido junto a la creencia de que resultan efectivas? Y aquí el autor sitúa bajo el foco una relación privilegiada y peculiar entre quienes proveen los tratamientos psicofarmacológicos y aquellos que los llevan a la práctica. Bajo esta luz se pone de relieve una capacidad sorprendente de relatar y difundir una historia de éxito –la psiquiatría se ha convertido en una ciencia y una práctica exitosa, gracias a la psicofarmacología– en cuya autoría destaca la colaboración entre la industria farmacéutica y la psiquiatría institucional, incluyendo la clase académica, que consiguen llevar a buen puerto un gran trabajo de marketing social.

Efectivamente, *Anatomía de una Epidemia* es un libro de divulgación, y es posible que el lector

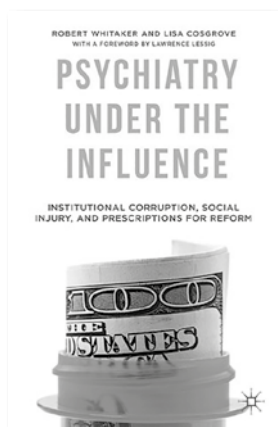


encuentre cuestiones objetables. No obstante es un libro científico en su más pleno sentido, por la indagación realmente minuciosa y rigurosa que Whitaker realiza en el campo de los resultados en los diferentes tipos de trastorno, como ha sido reconocido por numerosos y reputados autores, pero también porque, como corresponde a una perspectiva científica, formula las preguntas correctas que ponen en cuestión el núcleo de un paradigma clínico y la ciencia que lo sustenta, es decir, aporta vida y debate a la ciencia del campo de la salud mental.

Robert Whitaker no es una *rara avis*, más bien pertenece a una estirpe de periodistas científicos y de investigación entre los que podemos

citar a Albert Deutsch, Shelley Jofre, Janne Larson y otros, quienes con sus preguntas, denuncias e investigaciones han provocado cambios y han hecho avanzar la asistencia sanitaria.

No sabemos que nos deparará el futuro pero de momento podemos indicar que este libro seguramente es el que mayor impacto ha tenido en los últimos años en el campo de la salud mental en su país de origen y en muchos otros, y aunque no fuera más que por esto su lectura resulta imprescindible.



Psychiatry Under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform

Autoría: Robert Whitaker & Lisa Cosgrove

Edita: Palgrave MacMillan. New York, 2015 • 241 páginas

ISBN: 978-1-137-50692-4

Whitaker vuelve a publicar en el 2015 un nuevo trabajo (*Psychiatry Under the Influence* – La psiquiatría bajo la influencia: corrupción institucional, daño social y prescripciones para la reforma) que puede ser considerado como la continuación de su indagación sobre algunas cuestiones planteadas en *Anatomía de una epidemia*, las referentes a la convergencia de intereses y concertación de conductas entre parte de la psiquiatría y la industria farmacéutica.

El libro comparte autoría con Lisa Cosgrove, psicóloga y docente en la Universidad de Massachusetts, autora de varios trabajos sobre los

conflictos de intereses, incluyendo su impacto en los desarrollos diagnósticos y las guías de práctica clínica, y sobre los sesgos de las clasificaciones psiquiátricas.

El tema de análisis en este libro se centra en la relación de la psiquiatría institucional, en especial la Asociación de Psiquiatría de USA (APA) y la psiquiatría académica, con la industria farmacéutica. El concepto rector es el de la corrupción institucional.

La corrupción institucional hace referencia a prácticas sistemáticas, por lo general legales,

que hacen que la institución actúe de una forma que socava su misión pública y su eficacia, y en última instancia debilita la confianza pública en la propia institución. Estas prácticas pueden aparecer cuando hay incentivos financieros que alientan a los miembros de la institución de forma regular a comportarse de cierta manera incompatible con la misión y propósitos de la institución (p. 6). Por ello el libro se centra primero en identificar las economías de influencia, las que tienen el potencial de corromper la misión de la institución. Tres economías de influencia serán las analizadas: a) los intereses corporativos de la APA, b) la influencia del dinero de las farmacéuticas en la APA y c) en la psiquiatría académica.

El libro rastrea la evolución de la APA desde que presentó en 1980 el DSM III. Esta versión del manual diagnóstico y estadístico de la APA, una respuesta basada en la ciencia a la versión anterior, el DSM II, cuya primera edición data de 1968, considerada carente de bases científicas suficientes. Este impulso tuvo éxito en remover a los fundamentos de la psiquiatría americana previa, supuso el relevo de las personas que dirigían la APA, y el comienzo del fin de los conceptos dinámicos y sociales que la inspiraban. Quienes elaboraron el DSM III creían firmemente que su conceptualización nosológica era la correcta y que la investigación científica así lo confirmaría. Pensaban que los trastornos de Salud Mental eran auténticas enfermedades de las que se estaba a punto de encontrar sus bases biológicas: las hipótesis ya se habían formulado y solo se necesitaba realizar los estudios y análisis correspondientes que las demostraran. Tal era su fe que la hipótesis del desequilibrio bioquímico cerebral fue considerada como un hecho y divulgada como tal. Los autores reconocen que el artificio de esta idea fue la psiquiatría, que además se encargó de popularizarla con gran éxito. La industria farmacéutica encontró en esas nuevas concepciones una perspectiva muy conveniente para sus propios intereses.

En esa situación, la industria decide invertir en la nueva APA y la psiquiatría académica, apoyando a sus personalidades más relevantes y a la propia APA. Esta colaboración ayudó a formar a los médicos en los nuevos conceptos, a realizar estudios, a editar publicaciones, a realizar congresos, todos en la misma línea, e incluso al mismo

funcionamiento económico de la APA. La relación entre ambas partes desembocó en un estado de dependencia mutua, también económica. La psiquiatría, a través de sus personalidades más relevantes, participa en la creación y expansión del mercado psicofarmacológico, a través de la expansión de nuevos trastornos y la flexibilización de los criterios diagnósticos de los antiguos, que crean nuevas oportunidades para los psicofármacos, mediante educación sanitaria, campañas informativas, y con actividades como jornadas, congresos, elaboración de guías diagnósticas y de práctica clínica, etc. La financiación de esas actividades muestra un flujo económico desde la industria farmacéutica a la psiquiatría institucionalizada. Casi toda la actividad supuestamente científica sobre salud mental se realiza bajo el prisma de esta colaboración.

Los contenidos del libro están engarzados de una forma sistemática y detallista. Se nos muestra una fotografía económica de la APA y la procedencia de sus ingresos. Abundan los datos, siempre desde una perspectiva panorámica global que concede verdadero valor a los detalles. Se nos detalla la financiación de la APA, y la de sus congresos y jornadas. También las campañas de la APA para promocionar su imagen pública y las fuentes de su financiación.

En uno de los ejemplos se nos presenta al coordinador del DSM IV, después de su publicación, organizando en colaboración con la industria la elaboración de una guía de directrices clínicas de consenso entre expertos que incluya la recomendación del último antipsicótico que salió al mercado, junto con el dinero que invirtió la empresa farmacéutica propietaria de la patente (p. 149-150).

También se analiza cómo afecta la dependencia de la industria sobre los estudios, facilitando como ejemplos el análisis del estudio MTA (el único que justificaría la práctica de mantener con medicación a largo plazo a niños diagnosticados de TDAH), las revisiones sobre los estudios de antidepresivos ISRS, el STAR*D, un estudio que se consideró el más importante sobre antidepresivos, y el TADS, otro sobre el uso de antidepresivos en menores. Nos muestra lo que los profesionales dijeron de los resultados de estos estudios y lo que los resultados de estos mostraban en realidad.



También se analizan algunas guías de práctica clínica, consideradas de ordinario como la mejor base para las buenas prácticas profesionales, y las directrices clínicas formuladas por consenso entre expertos. Se utilizan como estudio de casos la guías de la APA para la depresión mayor y para el TDAH. Se pasa revista a los participantes en los paneles de expertos y su relación con la industria, lo que las guías dicen y recomiendan, los sesgos de los estudios en los que se basan, los puntos que los estudios muestran y los autores de las guías soslayan, y los estudios que deciden no tener en cuenta.

Los autores recogen la teoría de la disonancia cognitiva para explicar la posible y real falta de conciencia de los profesionales de estar sesgando su actividad docente, investigadora, sus recomendaciones, y la prescripción a favor de la promoción de los productos de la industria que los financia creyendo de buena fe que actúan de forma independiente.

También hay lugar en el texto para la importante cuestión de cómo afecta a la sociedad la dependencia de la APA y la psiquiatría académica respecto a la industria farmacéutica. Los autores defienden que la dependencia tiene efectos sobre la investigación, la práctica clínica y, de forma muy llamativa, sobre la evaluación de resultados de la práctica asistencial. Aquí se vuelve a poner sobre el tapete la creciente discapacidad asociada a salud mental en numerosos países, como Alemania, Dinamarca, Islandia, Suecia, etc. (p.160-164). Se nos dice que una de las cuestiones que han podido resultar más dañina de esa colaboración ha sido divulgar y fortalecer la creencia de que prácticamente todo malestar mental es una enfermedad del cerebro, que se puede resolver fácilmente y sin riesgo mediante una medicina. La idea de que cualquier sufrimiento de la vida es un estado patológico puede estar dañando a la capacidad de resiliencia y la vitalidad de la comunidad, que ha sido inducida a creer que los sinsabores de la vida y sus correlatos emocionales necesitan de una cura.

Este trabajo acaba poniendo sobre la mesa diversas cuestiones importantes que pueden ayudar a resolver esta corrupción y tratar de recuperar una psiquiatría fiel a su propósito de ayudar a las personas en dificultades. Entre otras, los autores

defienden que no es suficiente que los conflictos de intereses sean desvelados, sino que las guías deben ser realizadas por profesionales sin conflictos de intereses, pertenecientes a diferentes campos de saber, e incluyendo expertos en metodología.

Entendemos que es una buena cosa, tal vez lo mejor que le pueda ocurrir al campo de la Salud Mental, que libros como estos se publiquen y se difundan, abriendo un debate imprescindible, por mucho que pueda resultar doloroso e incómodo. Una ciencia y una práctica profesional vivas necesita desafíos, y Whitaker y Cosgrove, y un número creciente de otros autores, cuestionan lo que ha sido durante años el eje central de la ciencia y la clínica en Salud Mental.

Ahora lo que esperamos es que quienes se sientan interpelados, concernidos, no estén de acuerdo o deseen debatir, lo hagan partiendo de argumentos, datos y estudios, prescindiendo de descalificaciones “ad hominem” del tipo a que el autor es un periodista superficial, su actitud es prepotente, o lugares comunes como pretender que debatir sobre estas cuestiones estigmatiza a los pacientes, o que esto es antipsiquiatría: la opinión pública se merece algo más que descalificaciones y atribución de intenciones a quienes proporciona argumentos.

Si el debate se desarrolla conservando una perspectiva argumental saldremos todos beneficiados, clínicos, gestores y especialmente los usuarios de los servicios de Salud Mental.

José A. Inchauspe, psiquiatra, y **Mikel Valverde**, psicólogo clínico.



Cohabitar la diferencia: de la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva

Autor: Manuel Desviat

Edita: Editorial Grupo 5, Madrid, 2016 • 318 páginas
Colección Salud mental colectiva, 9

ISBN: 978-84-945028-4-2

No se trata de ignorar las teorías y herramientas hasta ahora logradas por la psiquiatría, la psicología, la sociología y otras disciplinas afines. La cuestión que propone este libro es resignificarlas en el marco de una salud mental que parta del sujeto, de la subjetividad proyectada en lo común; que permita cohabitar la diferencia y desde ella reformular las respuestas asistenciales, clínicas, sociales. Se trata de aventurar un camino, cuando hemos llegado al límite, a ese no hay un afuera, cuando el único escenario que se nos ofrece es la privatización y la psiquiatría fármaco-biológica.

Este libro parte de la presunción del agotamiento de la reforma psiquiátrica y de la integración de sus logros en la sociedad de los mercados, donde predominan una sanidad y unas prestaciones sociales regidas por la ganancia privada y no por la solidaridad. Parte de la necesidad, por tanto, de una reforma de la reforma psiquiátrica, que ya no podrá ser un proceso pactado en el marco de un Estado del bienestar, sino un quehacer a contracorriente en el horizonte de una Sociedad del bienestar.

Es aquí, en esta encrucijada en la que nos instala con urgencia el debate sobre el tipo de sanidad del futuro, donde surge la iniciativa de esta colección. Hacer frente al reto que supone mantener, en estos tiempos pragmáticos y sin valores, un modelo comunitario que haga posible una atención integral, equitativa y eficiente significa

una opción política y una opción ciudadana, pero también una responsabilidad de los profesionales de la salud mental. Significa la imperiosa necesidad de adecuar nuestras técnicas, nuestros programas, a una realidad vertiginosamente cambiante.

Partiendo de la reflexión acerca de la salud pública, la salud mental comunitaria y los Sistemas y modelos sanitarios, nos adentra en el conocimiento y en la acción terapéutica desde las clínicas: la negada, la del sujeto con sus itinerarios y la renovada a través de psiquiatrías críticas. Con una buena revisión de los momentos del saber psiquiátrico: el saber profano, el movimiento de usuarios, el asociacionismo, el empoderamiento de la persona y de la comunidad, las iniciativas multitudinarias.

Con mención particular a la necesidad de legislar en y para la salud mental, quizá un tratamiento o una condena, según los valores éticos, con numerosos procedimientos pendientes del necesario debate. Un debate donde no prime la seducción por el mercado y sí considere las consecuencias (en la gestión pública, eficiencia, contención del gasto, equidad, satisfacción, legitimación social,...), máxime en tiempos de recesión, donde la participación social que se ha expresado en forma de indignación que salta a la calle, favorezca la reforma inacabada. No todo vale. El futuro de la atención a la salud mental no está en la confrontación entre psiquiatría biológica y



psiquiatría biopsicosocial, sino en el modelo de atención, con una oferta de servicios según las necesidades sociales y con una práctica que recupere una psicopatología que defina el por qué y el devenir de *la enfermedad mental*, que defina su campo de competencia, su finalidad terapéutica, preventiva, rehabilitadora.

La viabilidad de un modelo público, colectivo, sostenible, implica hacerlo creíble a la población para que lo incluya entre sus prioridades reivindicativas; pero para ello tenemos que avanzar

en nuestros programas, en la clínica, en el conocimiento. Tenemos que romper la brecha entre acción y conocimiento para, desde la propia práctica, construir una nueva clínica y una nueva psicopatología hecha desde el cuidado y el respeto a la autonomía de las personas con problemas de salud mental. Los textos de esta colección quieren contribuir a esta tarea.

Agenda

- 15 y 16 de septiembre • Tudela, Navarra • www.svnpsi.org/ • svnpsiquiatria@gmail.com
XV Reunión anual de la SVNP: Enfermedad Mental: Integración familiar y laboral.
- 29 y 30 de septiembre • La Laguna • **Trastornos de Personalidad. Una mirada integradora.**
<http://www.ascane.org/jornadas/Programadefinitivocontalleres2016.doc>
- 30 de septiembre • Barakaldo, Bizkaia
III Jornadas para la Igualdad: “Derechos, Resiliencia y Recuperación”.
Organizan: Servicio Psiquiatría OSI Eskerraldea/Osakidetza, BioCruces, OME-AEN, Dpto. Salud Gob. Vasco, IAWMH.
Inscripción hasta cubrir aforo: formacion.continuadaOSIECESI@osakidetza.eus
- 7 y 8 de octubre • Alcázar de San Juan • XVjornadasACMNSM@gmail.com
XV Jornadas de la Asociación y 25 Aniversario de la ACMNSM: Las dificultades en la construcción del vínculo y su relación con la Salud Mental en las diferentes edades.
- 20 al 22 de octubre • Gijón • jornadasdelnorte@hotmail.com • www.aenasturias.es
IV Jornadas Interautonómicas de Salud Mental del Norte: Tiempo de cambio, tiempo de reflexión. Premio Julia Menéndez del Llano a los mejores pósteres.
<https://aen.es/blog/2016/06/29/iv-jornadas-interautonomicas-de-salud-mental-del-norte/>
- 27 al 29 de octubre • Palma de Mallorca • <http://www.psiquiatriapalma2016.org/>
XIX Congreso Nacional de Psiquiatría.
- 11 y 12 de noviembre • Madrid • Información: <http://www.aesfashu.es>
Diálogo abierto: La psicosis como efecto de modos de relación significativos con Jaakko Seikkula.
Organiza: AESFASHU, IGP, FUNDIPP, Ágora Relacional.
- 10 al 12 de noviembre • Sevilla • <http://jornadas-aapsm-aen.com> • info@jornadas-aapsm-aen.com
31 Jornadas de la Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental: Polémicas de aquí y ahora en Salud mental.
- 11 al 12 de noviembre • Tenerife • www.healthnarratives.org • <http://www.iatros.es/eventos/>
Congreso Internacional de Narrativas sobre Salud y Enfermedad.
- 17 al 20 de noviembre • Santander • <http://www.aepc.es/PsClinicalX/Fechasimportantes.html>
IX Congreso Internacional y XIV Nacional de Psicología Clínica.
- 19 de noviembre • Universidad Orbaniana, en el Vaticano • <http://laredatenea.com>
V Congreso Internacional de la Red Atenea sobre migración y salud mental.
Colabora la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA).
- 11 de noviembre • Valladolid
XV Jornadas de la Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental: Dilemas y desafíos para una clínica del desamparo.
- 1 al 3 de Diciembre • Madrid
XXI Curso Anual de Esquizofrenia: “Fragilidad, adversidad y nuevas terapias en las psicosis”.
http://aen.es/wp-content/uploads/2016/04/Programa_Castellano_esquizofrenia.pdf

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 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.

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*: info@revistanorte.es

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 y palabras clave, en castellano e inglés. Habrá de 3 a 8 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los artículos Originales de investigación 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 adjunto, 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 in-

formatics. 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 utilization*. 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; 1995. 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.html

Solicitud de Ingreso

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

La cuota anual será de 100 euros. Profesionales en formación, jubilados y no-facultativos (enfermería, trabaj. sociales, terapeutas, educadores sociales,...) será del 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 • Correo-e: aen@aen.es

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

D./Dña profesional de la Salud Mental,

con título de

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

IBAN/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/Profesionales de Salud Mental.

En el de 20 Firma:

Revista de:



ASOCIACIÓN DE
SALUD MENTAL
Y PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA



S.A.S.M.



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental

Asociación Castellano Manchega
de Neuropsiquiatría
y Salud Mental

Asociación Extremeña
de Neuropsiquiatría
(AExN)



ABSM ASSOCIACIÓ BALEAR DE SALUT MENTAL

